



วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข

Journal of Health
Systems Research

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ ม.ค.-มี.ค. (ฉบับเสริม ๔) ๒๕๕๑
Vol. 2 No. 1 Jan.-Mar. (Supplement 4) 2008

บรรณาธิการ

สมชัย บวรภักดิ์

จรรยาพร ศรีศัลักษณ์

Somchai Bovornkitti

Jaruayporn Srisasalux



บรรณาธิการกลอง

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขฉบับนี้เป็นฉบับเสริม ๔ ของวารสารฉบับปกติเดือนมกราคม-มีนาคม ๒๕๕๐ ซึ่งได้ออกตามกำหนด สนนโยบายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสนับสนุนแพทย์ชุมชนให้ผลิตผลงานวิจัยจากเวชปฏิบัติประจำเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าในระบบราชการ. ถึงตอนนี้บรรณาธิการก็ต้องออกตัวอีกว่าการทำงานเร่งรัดที่มีเวลาจำกัดก็ได้งานพอใช้ได้เท่าที่เห็นอยู่นี้ เชื่อว่าหากให้ท่านอื่นมาทำก็คงได้งานไม่ดีกว่านี้มากนัก คงจะได้ความไม่สมบูรณ์เต็มร้อยพอกัน.

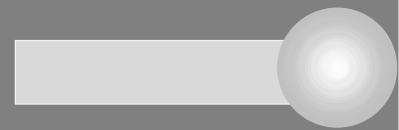
วารสารฉบับนี้ได้ลงพิมพ์บทความ ๓๑ เรื่องเกินโควต้ามียุทธศาสตร์ที่ดีควรได้รับการชมเชยหลายเรื่อง. บทความนอกนั้นก็ต้องวิพากษ์ว่าดีพอสมควร เนื่องจากการประเมินจาก

นักวิชาการชั้นนำมาแล้ว. อย่างไรก็ตามก็อยากเสนอว่าต่อไปภายภาคหน้า เพื่อจะได้บทความที่พร้อมพิมพ์จริง ๆ และผู้เขียนจะได้เรียนรู้การเตรียมบทความวิจัยก่อนจะส่งต้นฉบับให้คณะผู้จัดทำวารสารพิจารณา ทางสวรส.ควรจัดเวลาสักวันสองวันรวบรวมผู้พิมพ์ทุกท่านให้นำบทความที่จะส่งลงพิมพ์ในวารสารมาเสนอต่อที่ประชุม เพื่อปรึกษาพิจารณาและรับข้อเสนอแนะจากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ. ถ้าจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการได้ก็ยิ่งดี.

ช่วงนี้ บรรณาธิการดีใจและหายเหนื่อยที่เริ่มมีผู้ส่งความคิดเห็นมาติชมวารสารฯ เพราะถือว่าช่วยให้คณะผู้จัดทำวารสารสามารถปรับปรุงการทำงานให้สมบูรณ์ขึ้น ถือว่าการติชมเป็น “การบ่อนกลับ” ที่มีคุณค่า.

สมชัย บวรกิตติ
จรรยาพร ศรีศศลักษณ์

บทความที่พิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน. อนึ่งบทความในวารสารฯ สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมายไทย การนำไปเผยแพร่จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.



สารบัญ

Contents

บรรณาธิการแถลง		Editors' Note	
การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกิน จังหวัดลำปาง	777	Developing a Stroke-care Model for the Outpatient Department, Thoen Hospital, Lampang Province	
สรารวุธ แสงทอง		<i>Saravut Sangtong</i>	
กรรณิการิ ราษสวางค์		<i>Kannika Rachsawong</i>	
วนิดา สายต่างใจ		<i>Wanida Saitangjai</i>	
สุริรัตน์ ไชยชนะ		<i>Sureerat Chaichana</i>	
ธนัทธ อู่เจริญ		<i>Thanapat Ouicharoen</i>	
อาภาภรณ์ บำรุงศรี		<i>Arpaporn Bamruengsri</i>	
ผลการรักษาโรคนิ้วงูน้ำคิโดยการผ่าตัดผ่านกล้องและการ ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ	789	A Study Comparing Laparoscopic Cholecystectomy with Open Cholecystectomy at Aranyaprathet Hospi- tal	
อนุชาติ พานิชผล		<i>Anuchate Panichpol</i>	
การรักษาภาวะตัวเหลืองในการรกแรกคลอด เปรียบเทียบการ ใช้เครื่องส่องไฟที่มีและไม่มีหลอดไฟสีฟ้า โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย	794	Result of Phototherapy for Neonatal Jaundice Com- pared with the Use with and without Blue Light Lamps in Thabo Crown Prince Hospital, Nongkhai Province	
พิมลจันทร์ สัตยาวุฒิพิงค์		<i>Pimonchan Sattayawuthipong</i>	
ผลการจัดตั้งคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร	801	Outcome of Having an HIV Clinic in Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province	
วิโรจน์ วิโรจนวัฒน์		<i>Virot Virothanawat</i>	
ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับระดับฮีโมโกลบิน เอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาล ลาดหลุมแก้ว	809	Relationship between Fasting Plasma Glucose and Hemoglobin A1c in Type 2 Diabetes Mellitus Patients attending Ladlumkaew Hospital	
แสงชัย ธีรปรกรณ์		<i>Sangchai Teerapakorn</i>	
การศึกษาผู้ป่วยมาต้วตตายที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล โคกสำโรง	816	Study of Intentional Suicide in a District Hospital	
ชาติชัย มหาเจริญศิริ		<i>Chatchai Mabacharoensiri</i>	
โรคมือ เท้า และ ปาก ที่อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐	823	Hand, Foot and Mouth Disease in Chumphuang District, Nakhon Ratchasima Province, 2002 -2007	
วชิระ บถพิบูลย์		<i>Vachira Bothpiboon</i>	
สถานการณ์วัณโรคในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน	831	Tuberculosis Situation in Maung Mae Hong Son District, Thailand	
วรเชษฐ เต้ชะรัก		<i>Worachet Teacharak</i>	





สารบัญ

Contents

ประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจ และ
หลอดเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุน อำเภอดงสิงห์
จังหวัดชัยนาท

ธวัชชัย แต่ประยูร

การดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน
อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

รุ่งทิพย์ เทพวงษ์

การผ่าตัดเปิดช่องท้องขนาดเล็กซ่อมกระเพาะอาหาร หรือ
ลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ

ประดิษฐ์ ธนาเดชากุล

การประยุกต์คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานสำหรับคนไทย
สู่การวิเคราะห์ต้นทุน - ประสิทธิภาพของการป้องกันปฐม
ภูมิกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอราษีไศล
จังหวัดนครพนม

มนู ชัยวงศ์โรจน์

ขวัญดาว พันธุ์หมุด

อนเนก ทนงหาญ

พิมพ์วิมลลักษณ์ พึ่งผาสุก

ณัฐพล ผลโยน

ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิด
ไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสังขม จังหวัดหนองคาย

บรรจบ อุบลแสน

รุจี พรชัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของประชาชน
อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์

ปัจจัยเสี่ยงการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาล
พนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

สำเริง ไตรติลานันท์

837 Effectiveness of Cardiovascular Risk Reduction Model
of Nongkhon Primary Care Unit, Amphur Watsing,
Chai Nat Province

Tawatchai Taeprayoon

844 Management of Chronic Obstructive Pulmonary
Disease Patients in a Community Hospital, Phrae
Province

Rungtip Teppawong

854 Mini-laparotomy Exploration in Peptic Ulcer
Perforation

Pradit Tanadachakul

859 Thai Diabetes Risk Score Applied to Cost-effectiveness
Analysis of Diabetes Primary Prevention for Prediabetes
in Thatpanom District, Nakhon Phanom Province

Manu Chaiwongroj

Anek Thanongban

Nuttaphon Ponyon

Kwandao Punbmud

Pimwalaun Pungphaasuk

873 Risk of Coronary Heart Disease in Type 2 Diabetes
Patients Attending Sangkhom Hospital, Nongkhai
Province

Banchob Ubonsaen

Ruchee Pornchai

880 Factors Relating to Hypertension of Residents in
Banlaem District, Phetchburi Province

Pbetchrerak Thansawac

886 Maternal Risk Factors for Having Low Birth Weight
Infants in Panomsarakham Hospital, Chachoengsao
Province

Sumroeng Tritilanunt



สารบัญ

Contents

สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในเขตอำเภอตะพานหิน จังหวัด พิจิตร พ.ศ. ๒๕๔๘ <i>กิตติโชติ ตั้งกิตติถาวร</i>	891	Situation of an Outbreak of Acute Diarrheal Disease in Tapanhin District, Phichit Province <i>Kittichote Tangkittithavorn</i>
การพัฒนาระบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยา เสพติด ในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบางพลี <i>วันชัย พิศาลสิน</i> <i>อุดมลักษณ์ เนื่องแสง</i> <i>จันทร์กานต์ ปราบสงบ</i>	901	Introduction and Development of an Addiction Reha- bilitation Program in Bangphli Hospital, Samut Prakan Province <i>Wanchai Pisarnsin</i> <i>Udomlak Nuengsaeng</i> <i>Chantarakarn Prabsagnob</i>
บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการป้องกันผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเกิดแผลกดทับ <i>เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ</i>	907	Role of Family Physicians in Preventing Disabled Stroke Patients from Developing Pressure Sores <i>Ekarat Chanwanpen</i>
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด โรคมะเร็งคอมดลูก ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้า ไซ จังหวัดสุพรรณบุรี <i>สมพิศ จำปาเงิน</i>	914	Factors Relating Self-care Behavior to the Control of Cervical Cancer in a Target Group of Women in Tambol Nong Ya Sai, Nong Ya Sai District, Suphan Buri Province <i>Sompit Jampa-ngern</i>
ประโยชน์ของการตรวจวิธีแปป เพื่อคัดกรองโรคมะเร็ง คอมดลูกในสตรีที่ผลการตรวจวิธีไอเอ เป็นบวก <i>ไชยพร ส่งประเสริฐเจริญ</i>	920	Benefits of Performing Vaginal Papanicolaou Smear in Visual Inspection Using Acetic Acid-positive Subjects <i>Chaiyaporn Songphasertcharoen</i>
ประชากรวัณโรคอำเภอราษีไศล แนวโน้มการดูแลรักษา ผู้ป่วยวัณโรคอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ <i>สมชาย ภาณุมาศรีวัฒน์</i> <i>สถิต สายแก้ว</i> <i>นพรัตน์ ทารไชย</i>	925	Study of the General Data on Tuberculosis Cases and Management Trends in a TB Clinic in Rasisalai District, Srisaket Province <i>Somchai Panumaswiwat</i> <i>Sathit Saikeaw</i> <i>Noparath Harnrachai</i>
ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการใช้ปากกาอินซูลิน ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชสิงหนคร จังหวัดยโสธร <i>ศิษฏ์คม เบ็ญจจันทร์</i> <i>พิชิต นามวิเศษ</i>	932	Knowledge, Attitude, and Practice in Using Insulin Pens among Diabetes Mellitus Patients of Leongnoktha Crown Prince Hospital, Yasothon Province <i>Sittikom Benchakanta</i> <i>Pichit Namvisate</i>
การส่งต่อผู้คลอดไม่สำเร็จจากโรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล <i>สุพล เจริญวิวกัย</i>	940	Referral of Unsuccessful Labor Cases from Khuandon Hospital, Satun Province <i>Supon Charoenvikkai</i>





สารบัญ

Contents

การวัดแรงดันตาด้วยมาตรอัตโนมัติแบบไม่สัมผัสพัสตา เปรียบ-
เทียบกับวิธีมาตรฐาน

ปิ่นอกัย บุญศรีโรจน์

เปรียบเทียบผู้ป่วยทำร้ายตนเองของโรงพยาบาลขานู-
วรลักษบุรี และโรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
พ.ศ. ๒๕๕๐

ทวีศักดิ์ คณุตม์วงศ์

สุมาลี เฮงสุวรรณ

วินัย ลีสmith

การปรับด้านจิตสังคมของสตรีวัยใกล้หมดระดู โรงพยาบาล
โพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

สุวรรณมา ต่อมย์ม

เยาวลักษณ์ เมืองทอง

การผ่าตัดตาต้อกระจกด้วยเทคนิคผ่าตัดแบบไม่ต้องเย็บแผล
ให้ผู้ป่วยด้อยโอกาสในโรงพยาบาลชุมชน

สุธิน ชินวุฒิ

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น : กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๖ -
๒๕๕๙ โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

วสันต์ เวทย์วัฒนชัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาล
บางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี

อนวัชช์ รักษ์วรรณวงศ์

การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการรับ
รู้ในความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมใน
อำเภอรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

เฉลิมพร ชินาธิวร

ความสัมพันธ์ระหว่างประสาทส่วนรอบเสื่อมกับการเกิด
แผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ รักษาที่โรงพยาบาล
วิเชียรบุรี ศูนย์สุขภาพชุมชนพุเตย และศูนย์สุขภาพชุมชน
โคกปรัง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙

วิสัน เทียนรุ่งโรจน์

947 Comparison between Intraocular Pressures Measured
by Non-contact Tonometer and by Standard Device
in Glaucoma and Non-glaucoma Patients

Pinapai Boonsrirote

952 A Comparative Study of Patients Who Committed
Suicide between Residents of Khanuworalaksaburi
District and Khlongklung District, Kamphaengphet
Province in 2007

Thaweesak Khanutwong

Sumalee Hengsuwan

Vinai Leesmidt

959 Psychosocial Adjustment among Perimenopausal
Women Attending Proprathabchang Hospital, Phichit
Province

Suwanna Tomyim

Yaowalak Mueangthong

965 Manual Sutureless Cataract Surgery for the
Underserved in a Community Hospital

Suton Chinnawut

972 Incidence and Outcomes of Teenage Pregnancy,
October 2003-September 2006
Chaibadan Hospital, Lopburi Province

Wasan Watewatanachai

978 Factors in Patients with Low Back Pain Attending
Bang Pla Ma Hospital, Suphanburi Province

Anawat Rakwannawong

985 Development of Health Promotion among Diabetic Pa-
tients by Self-efficacy and Social Support in Banphotpisai
District, Nakhon Sawan Province

Chalernporn Chinathivorn

990 Relationship between Neuropathy and Foot Ulcer in
Diabetes Mellitus Type-2 Patients

Vison Thienrungrroj



การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

สรจวร์ แสงทอง*

กรรณิการ์ ราชสาวงค์*

วนิดา สายต่างใจ*

สุรริรัตน์ ไชยชนะ*

รณภัทร อู่เจริญ*

อาภากรณี บำรุงศรี*

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน อำเภอลำปาง ในผู้ป่วย ๓๒ ราย. ระยะเวลาดำเนินการ ๖ เดือน (กุมภาพันธ์ - กรกฎาคม ๒๕๕๐) โดยทีมสหวิชาชีพ วางกรอบการดำเนินงาน ๓ มิติ. มิติที่ ๑ ทำการพัฒนาศักยภาพการให้บริการเน้นการควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงเดิมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ๑๓ รายสามารถควบคุมระดับแรงดันเลือด, ระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับไตรกลีเซอไรด์ (TG) และโมเลกุลไขมันความแน่นต่ำ (LDL) ในเลือด ได้ร้อยละ ๒๓.๐๘, ๓๐.๗๗, ๖๕.๒๓ และ ๒๓.๐๘ ตามลำดับ. ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมแต่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๑๔ ราย สามารถควบคุมแรงดันเลือด, ระดับ TG และ LDL ได้ร้อยละ ๖๔.๒๘, ๕๗.๑๔ และ ๑๔.๒๘ ตามลำดับ. ในส่วนการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงใหม่พบร้อยละ ๑๕ ของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการควบคุมทั้งปัจจัยเสี่ยงเดิมและปัจจัยเสี่ยงใหม่ เพื่อลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำซ้อน. มิติที่ ๒ ทำการพัฒนาศักยภาพพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบผู้ป่วยร้อยละ ๕๓.๗๕ ทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ครบถ้วนถูกต้อง และการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีกิจกรรมประจำวันบาร์เรล พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี .๐๐๕). จากการทดสอบความรู้ของผู้ป่วยพบว่า ความรู้ด้านอาหาร, ผักพื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ค่าพี .๐๐๕). มิติที่ ๓ ทำการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน เกิดกระแสความตื่นตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลุ่มอาสาสมัครให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงจัดทำแผนชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และเกิดรูปธรรมด้านการป้องกันปฐมภูมิในประชาชนกลุ่มเสี่ยงรวมถึงการสร้างสุขภาพวิถีไทยในชุมชนโดยศักยภาพของชุมชนเอง. โดยสรุป การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยนอกในระดับโรงพยาบาลชุมชนแม้จะมีข้อจำกัดอยู่บ้าง หากใช้รูปแบบการให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง.

คำสำคัญ: การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ทีมสหวิชาชีพ, การควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงเดิม, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน.

*โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

**Abstract** **Developing a Stroke-care Model for the Outpatient Department, Thoen Hospital, Lampang Province****Saravut Sangtong*, Kannika Rachsawong*, Wanida Saitangjai*, Sureerat Chaichana*, Thanapat Ouicharoen*, Arpaporn Bamruengsri*****Thoen Hospital, Lampang Province.*

To develop a stroke-care model for the outpatient department, Thoen Hospital in Lampang Province, 32 patients were studied in the period February -July 2007 (six months) by a multidisciplinary team. The method of study was a three-dimensional framework. The first dimension was to strengthen the health-care team, focusing on control of co-morbid conditions and risk factors. It was found that, in the DM-patient group of 13 cases, the results of risk control as the compliance levels of blood pressure, plasma fasting glucose, TG and LDL were about 23.08, 30.77, 69.23 and 23.08 percent, respectively. In the group of 14 cases without DM but having other risk factors, we found that the levels of blood pressure, TG and LDL were under control at 64.29, 57.14 and 14.29 percent, respectively. By monitoring for new risk factors, we could detect such factors in 24 cases (75%), for whom we controlled both their previous and new risk factors purposely in order to reduce stroke recurrence. The second dimension was to encourage self-care behavior in the patients and their caregivers; we could empower 30 cases (93.75%) to achieve successful rehabilitation. For evaluating the quality of life, we used the Barthel Index of Activity of Daily Living; we found that the score had statistically significantly increased ($p = 0.005$). The stroke patients could pass their post-test in the topics of nutrition, domestic vegetables and traditional Thai medicine; the increase was significant ($p = 0.005$). The last dimension was for providing competency for the partnership of the community health-network. The local government and a volunteer-group participated in home health-care activities for stroke patients in the villages. For improving the quality of life for the stroke patients, many community plans have been implemented, such as the screening activities among the population at risk for stroke prevention and fostering health promotion in the Thai style. In conclusion, there is a limitation on stroke care in the outpatient department of the community hospital, but with such a model, using the concept of a multidisciplinary team, the effectiveness of integrated health care for stroke patients could definitely be improved.

Key words: *stroke-care model, multidisciplinary team, co-morbid conditions, risk factors, self-care behavior, community health network.*

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุการตายที่สำคัญของโลก โดยในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง ๔.๕ ล้านคน^(๑) และยังเป็นปัญหาสาธารณสุขด้านภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา. ใน พ.ศ. ๒๕๓๘ สถาบันประสาทวิทยาได้ศึกษาโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยโรคนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยรายละ ๓๔,๐๐๐ บาท และ ๑,๔๐๐ บาท ต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอก^(๒). ที่สำคัญคือโรคมักทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีความพิการ ดังรายงานการสำรวจความชุกของคน

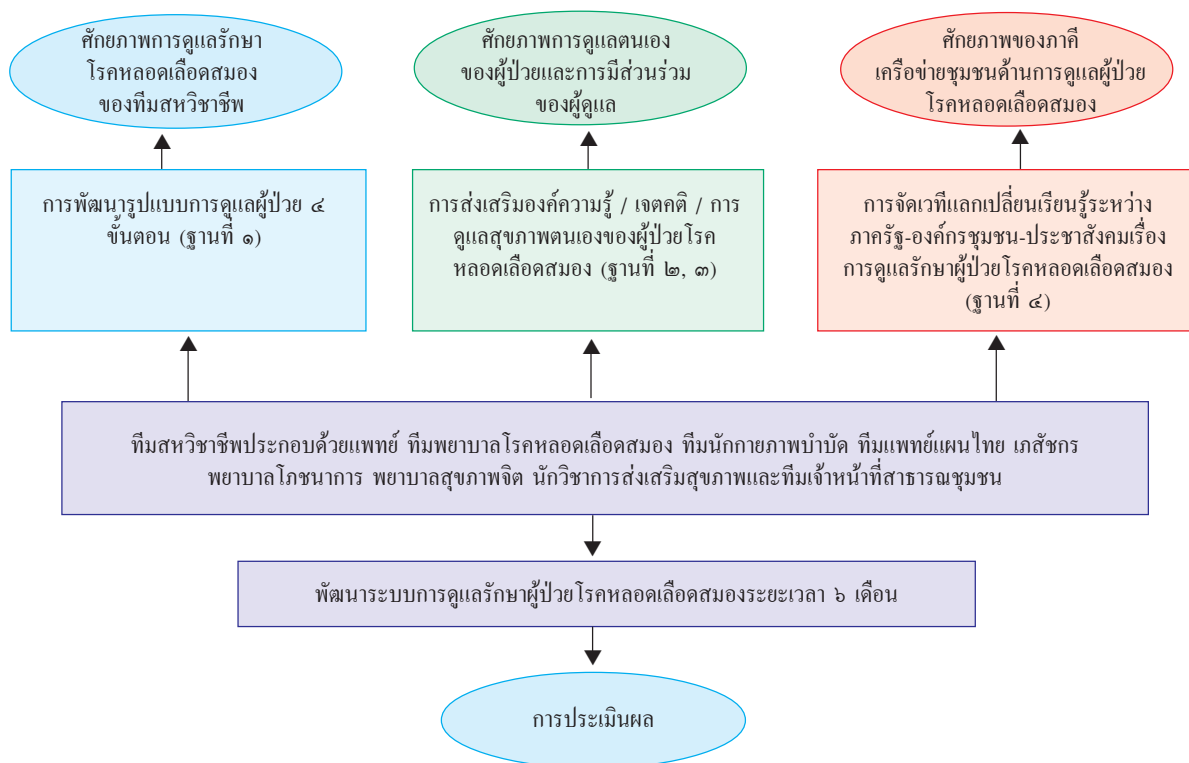
พิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๔ พบคนพิการประมาณ ๑.๑ ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองถึง ๑๖๑,๔๙๔ ราย (ร้อยละ ๑๔.๖) เป็นภาระอย่างยิ่งต่อครอบครัวของผู้ป่วย^(๓). จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยเป็นอันดับ ๒ ในผู้หญิงรองจากโรคเอชไอวี และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ ๓ ในผู้ชายรองจากโรคเอชไอวีและอุบัติเหตุ. นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญอันดับ ๒

ทั้งในชายและหญิง^(๔). สำหรับความชุกของโรคหลอดเลือดสมองพบอยู่ที่ ๖๕๐ ต่อแสนประชากรอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป^(๕). ส่วนอัตราการตายประมาณ ๕๐-๑๗๐ ต่อแสนประชากร^(๖). อนึ่งมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงร้อยละ ๕๗.๓๐, โรคเบาหวานร้อยละ ๓๐.๕๐, ภาวะเลือดมีไขมันเกินร้อยละ ๓๐.๑๐, โรคหัวใจร้อยละ ๒๔.๑๐, และการสูบบุหรี่ ร้อยละ ๒๓.๓๐^(๗). สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีแนวทางการดูแลรักษาจัดทำโดยสถาบันประสาทวิทยาอยู่แล้ว เช่น แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์, แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก, แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. แต่หากพิจารณาถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับโรงพยาบาลชุมชน พบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยที่พ้นจาก

ภาวะวิกฤต ทั้งในส่วนของการควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยง และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วย รวมไปถึงการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ยังเป็นปัญหาในทางปฏิบัติอยู่มาก.

โรงพยาบาลเถินได้พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการจัดบริการแบบผสมผสานโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะเน้นการจัดการองค์ความรู้ทั้งศาสตร์แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยที่สามารถประยุกต์ให้ปฏิบัติได้ง่ายในวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแล และเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยนอกขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบ ดังแผนภูมิที่ ๑ คือ

๑. มิติด้านศักยภาพการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหวิชาชีพ
๒. มิติด้านศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล



แผนภูมิที่ ๑ กรอบการดำเนินงาน



๓. มิติด้านศักยภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน.

- ความรู้เรื่องอาหาร ผักพื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย

- ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย

๓. แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้ดัชนีกิจกรรมประจำวันแบบ Barthel Index of Activity of Daily Living^(๘).

๔. แบบประเมินประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนและหลังดำเนินการ.

๕. มาตรฐานการควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยง ยึดหลักเกณฑ์เป้าหมาย^(๙) ดังนี้

๕.๑ ควบคุมแรงดันเลือดให้ต่ำกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทในคนไม่เป็นเบาหวาน และน้อยกว่า ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท ในผู้ป่วยเบาหวาน.

๕.๒ ควบคุมเบาหวานให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๑๓๐ มก./ดล.

๕.๓ ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ไขมันความแน่นต่ำน้อยกว่า ๑๐๐ มก./ดล. ระดับ ไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า ๑๕๐ มก./ดล. และควรให้ระดับไขมันความแน่นต่ำ ≥ ๔๐ มก./ดล. ในผู้ชาย และ ≥ ๕๐ มก./ดล. ในผู้หญิง.

๕.๔ แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่หรือรับควันบุหรี่.

๕.๕ แนะนำให้ออกกำลังกายระดับปานกลาง ประมาณ ๓๐ นาทีต่อวัน อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์.

๕.๖ ควรหยุดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์.

๕.๗ ลดน้ำหนักให้มิตดัชนีมวลกายต่ำกว่า ๒๓ กก./ตร.ม.หรือมีรอบเอว ≤ ๓๖ นิ้ว (๙๐ ซม.) ในผู้ชาย และ ≤ ๓๒ นิ้ว (๘๐ ซม.) ในผู้หญิง.

๖. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการดำเนินการ.

หมายเหตุ : ดำเนินการตรวจหาระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดผู้ป่วย ๒ เดือนต่อครั้ง รวม ๓ ครั้ง

ระเบียบวิธีพัฒนา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตตำบลล้อมแรด (๑ ใน ๘ ตำบลของอำเภอเถิน) ซึ่งมีประชากรเศรษฐกิจฐานดีที่สุดจำนวน ๔๓ คน คิดเทียบฐานประชากรอายุ ๒๐ ปี (๑๒,๖๐๓ คน) คิดเป็นอัตราป่วย ๓๔๑.๒ ต่อแสนประชากร, เลือกเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะทุพพลภาพบางส่วนหรือมีความพิการที่ต้องใช้กายอุปกรณ์ จำนวน ๓๒ คน เข้าร่วมดำเนินงาน. ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและป่วยมานานเกิน ๕ ปี จำนวน ๑๑ คน.

รูปแบบและขั้นตอนการดำเนินงาน

ปัจจุบันแนวคิดการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองหลังภาวะเฉียบพลันจะเน้นประสิทธิภาพการควบคุมโรคร่วม และปัจจัยเสี่ยงเดิมของผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้. กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยนอก แบ่งออกเป็น ๔ ฐานปฏิบัติการ ดังแผนภูมิที่ ๒; ดำเนินการนัดผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมฐานที่ ๑, ๒ และ ๓ เดือนละครั้ง รวม ๖ ครั้ง และจัดกิจกรรมฐานที่ ๔ จำนวน ๒ ครั้ง (๓ เดือนต่อครั้ง) ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-กรกฎาคม ๒๕๕๐.

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา

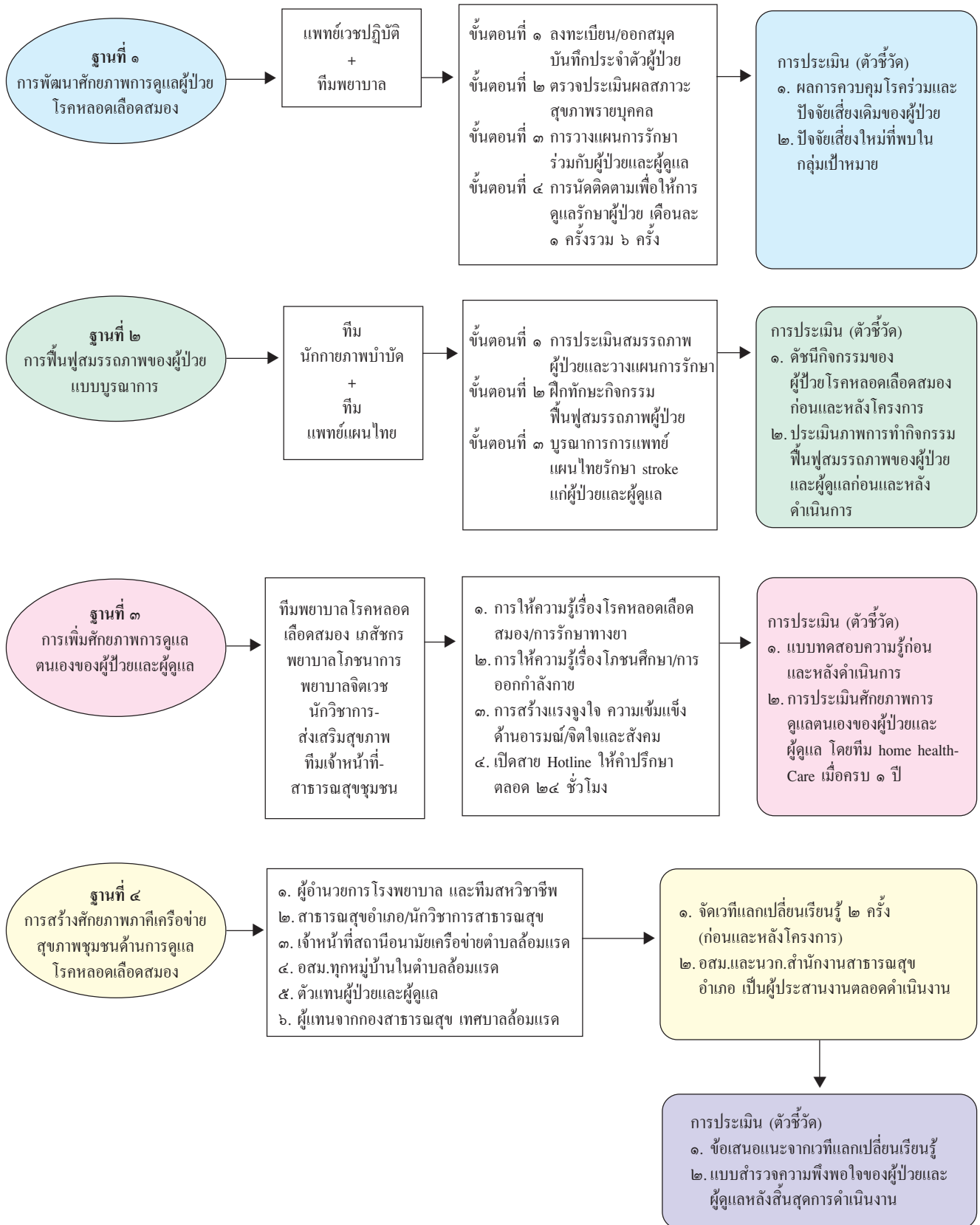
๑. สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย ใช้บันทึกข้อมูลทั่วไป, ปัจจัยเสี่ยง, สภาวะการเจ็บป่วย และผลการดูแลรักษาฟื้นฟูจำนวน ๖ ครั้ง (เดือนละครั้ง).

๒. แบบทดสอบก่อนและหลังดำเนินการ ครอบคลุมเนื้อหา.

- ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
- ความรู้เรื่องยาที่ใช้รักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่, ค่าร้อยละ, สัดส่วนอัตราส่วน, สถิติเชิงอนุมานการทดสอบที่จับคู่ และไทม์-สแควร์.



แผนภูมิที่ ๒ กรอบรูปแบบการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ตารางที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๓๒ ราย (มิติที่ ๑)

	ราย	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๔	๔๓.๗๕
หญิง	๑๘	๕๖.๒๕
อายุ (ปี)		
๔๐ - ๔๙	๕	๑๕.๖๓
๕๐ - ๕๙	๘	๒๕.๐๐
๖๐ ขึ้นไป	๑๙	๕๙.๓๗
พิสัย ๔๓-๖๕ ค่าเฉลี่ย ๖๑.๒๘ ± ๙.๖๕		
สถานภาพสมรส		
โสด	๑	๓.๑๓
คู่	๒๓	๗๑.๘๗
หม้าย/หย่า/แยก	๘	๒๕.๐๐
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	๓	๙.๓๗
ประถมศึกษา	๑๗	๕๓.๑๒
มัธยมต้น	๔	๑๒.๕๐
มัธยมปลาย/ป.ว.ช.	๗	๒๑.๘๘
ปริญญาตรี	๑	๓.๑๓
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
๑,๐๐๐ - ๕,๐๐๐	๒๐	๖๒.๕๐
๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐	๗	๒๑.๘๗
มากกว่า ๑๐,๐๐๐	๕	๑๕.๖๒
พิสัย ๑,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ ค่าเฉลี่ย ๕,๗๒๑ ± ๔,๑๕๗.๕๒		
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)		
น้อยกว่า ๕	๑๗	๕๓.๑๓
๕-๑๐	๑๓	๔๐.๖๒
๑๐ ขึ้นไป	๒	๖.๒๕
พิสัย ๑-๑๘ ค่าเฉลี่ย ๔.๙๔ ± ๓.๗๒		
ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง		
หลอดเลือดสมองตีบ	๒๓	๗๑.๘๘
หลอดเลือดสมองแตก	๙	๒๘.๑๒
ผู้ดูแล		
สามี / ภรรยา	๒๓	๗๑.๘๘
บุตร	๗	๒๑.๘๘
ญาติ	๑	๓.๑๒
จ้างผู้ดูแล	๑	๓.๑๒
โรคร่วม / ปัจจัยเสี่ยงอื่น		
โรคเบาหวาน	๖	๑๘.๗๕
โรคความดันโลหิตสูง	๘	๒๕.๐๐
โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	๕	๑๕.๖๓
ภาวะเลือดมีไขมันเกิน	๒	๖.๒๕
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะเลือดมีไขมันเกิน	๓	๙.๓๗
โรคหัวใจ	๑	๓.๑๓
โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง และภาวะเลือดมีไขมันเกิน	๒	๖.๒๕
ไม่มีโรคร่วม	๕	๑๕.๖๓
บุหรี่	๗	๒๑.๘๘
สุรา	๕	๑๕.๖๓
ดัชนีมวลกายมากกว่า ๒๕	๑๖	๕๐.๐๐

ผลการพัฒนา

ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง ในมิติที่ ๑ การพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการ (ทีมสหวิชาชีพ) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ ๑.

ในการประเมินศักยภาพของการดูแลรักษาของทีมสหวิชาชีพระยะเวลา ๖ เดือน ใช้ผลการควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มที่ ๑ เป็นกลุ่มที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคร่วม จำนวน ๑๓ ราย กลุ่มที่ ๒ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวานเป็นโรคร่วมแต่มี

ตารางที่ ๒ ผลการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วม (จำนวน ๑๓ ราย หญิง ๖, ชาย ๗)

	คุมได้ตามเป้าหมาย ราย (ร้อยละ)			คุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ราย (ร้อยละ)		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
BP < ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท	๓(๒๓.๐๘)	๒	๑	๑๐(๗๖.๙๑)	๕	๕
FBS < ๑๓๐ มก./คิล.	๔(๓๐.๗๗)	๒	๒	๙(๖๙.๒๓)	๕	๔
TG < ๑๕๐ มก./คิล.	๕ (๖๙.๒๓)	๕	๔	๔(๓๐.๗๗)	๒	๒
LDL < ๑๐๐ มก./คิล.	๓(๒๓.๐๘)	๑	๒	๑๐(๗๖.๙๑)	๖	๔
HDL ≥ ๔๐ มก./คิล.	๖(๔๖.๑๕)	๖	๐	๑(๗.๖๙)	๑	๐
HDL ≥ ๕๐ มก./คิล.	๓(๒๓.๐๘)	๐	๓	๑๐(๗๖.๙๑)	๐	๓

ตารางที่ ๓ ผลการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น (จำนวน ๑๔ ราย หญิง ๙, ชาย ๕)

	คุมได้ตามเป้าหมาย ราย (ร้อยละ)			คุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ราย (ร้อยละ)		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
BP < ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท	๙(๖๔.๒๙)	๓	๖	๕(๓๕.๗๑)	๒	๓
TG < ๑๕๐ มก./คิล.	๘(๕๗.๑๔)	๑	๗	๖(๔๒.๘๖)	๔	๒
LDL < ๑๐๐ มก./คิล.	๒(๑๔.๒๙)	๐	๒	๑๒(๘๕.๗๑)	๕	๗
HDL ≥ ๔๐ มก./คิล.	๓(๒๑.๔๓)	๓	๐	๑๑(๗๘.๕๗)	๒	๐
HDL ≥ ๕๐ มก./คิล.	๖(๔๒.๘๖)	๐	๖	๘(๕๗.๑๔)	๐	๓

ตารางที่ ๔ ผลการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วม (จำนวน ๕ ราย หญิง ๓, ชาย ๒)

	คุมได้ตามเป้าหมาย ราย (ร้อยละ)			คุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ราย (ร้อยละ)		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
BP < ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท	๕(๑๐๐)	๒	๓	๐(๐)	๐	๐
TG < ๑๕๐ มก./คิล.	๓(๖๐)	๑	๒	๒(๔๐)	๐	๒
LDL < ๑๐๐ มก./คิล.	๓(๖๐)	๑	๒	๒(๔๐)	๑	๑
HDL ≥ ๔๐ มก./คิล.	๒(๔๐)	๒	๐	๐(๐)	๐	๐
HDL ≥ ๕๐ มก./คิล.	๓(๖๐)	๐	๓	๐(๐)	๐	๐



ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ จำนวน ๑๔ ราย และกลุ่มที่ ๓ เป็นกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมหรือปัจจัยเสี่ยง จำนวน ๕ ราย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแรงดันเลือดได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ ๒๓.๐๘ และ ๓๐.๗๗ ขณะที่ควบคุมระดับไขมัน TG และ LDL ได้เพียงร้อยละ ๖๙.๒๓ และ ๒๓.๐๓ ตามลำดับ. การควบคุมระดับ HDL ทำได้ร้อยละ ๖๙.๒๓ (ตารางที่ ๒).

ในกลุ่มที่ ๒ ซึ่งไม่มีเบาหวานเป็นโรคร่วมแต่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ (ตารางที่ ๓) พบว่าควบคุมแรงดันเลือดได้ตามเป้าหมาย ๙ ใน ๑๔ ราย (ร้อยละ ๖๔.๒๙), ควบคุมระดับ TG และ LDL ได้ร้อยละ ๕๗.๑๔ และ ๑๔.๒๙ ตามลำดับ, และควบคุมระดับ HDL ได้ร้อยละ ๖๔.๒๙. จากตารางที่ ๔ จะเห็นว่าในกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมทั้ง ๕ รายควบคุมระดับแรงดัน

เลือดได้ตามเป้าหมายร้อยละ ๑๐๐ และควบคุมระดับไขมัน TG และ LDL ได้เท่ากันคือร้อยละ ๖๐. ส่วนระดับไขมัน HDL ในผู้ป่วยทั้ง ๕ ราย คุมได้ดีตามเป้าหมายร้อยละ ๑๐๐.

ตารางที่ ๕ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

	ราย	ร้อยละ
DM	๓	๕.๓๓
HT	๓	๒๑.๘๘
DLP	๑๒	๓๗.๕๐
โรคหัวใจ	๒*	๖.๒๕
รวม	๒๔	๗๕.๐๐

*เอเตรียมเดินเร็ว ๑ ราย, หลอดเลือดแดงแคบตีตีบ ๑ ราย

ตารางที่ ๖ ประสิทธิภาพการทำการนวดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล

	ผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ทำการนวด ถูกต้องก่อนดำเนินการ		ผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ทำการนวด ถูกต้องหลังดำเนินการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
การบริหารส่วนแขน				
กำ-เหยียดนิ้วมือ	๒๐	๖๒.๕๐	๓๒	๑๐๐
กระดกข้อมือขึ้นลง	๒๑	๖๕.๖๓	๓๒	๑๐๐
งอ - เหยียดข้อศอก	๒๕	๗๘.๑๓	๓๒	๑๐๐
ยกแขนขึ้นลง	๓๐	๙๓.๗๕	๓๒	๑๐๐
กางแขนออก และหุบแขนเข้า	๑๕	๔๖.๘๘	๓๒	๑๐๐
หมุนข้อไหล่เข้าและออก	๑๘	๕๖.๒๕	๓๒	๑๐๐
การบริหารส่วนขา				
กระดกข้อเท้าขึ้นลง	๑๕	๔๖.๘๘	๓๒	๑๐๐
กางขาออกและหุบขาเข้า	๒๘	๘๗.๕๐	๓๒	๑๐๐
หมุนข้อสะโพกเข้าออก	๒๕	๗๘.๑๓	๓๒	๑๐๐
งอเข้า งอสะโพก	๑๕	๔๖.๘๘	๓๒	๑๐๐
การบริหารทำในการนอน	๓๐	๙๓.๗๕	๓๒	๑๐๐
การจัดทำนอน				
ทำนอนหงาย	๒๐	๖๒.๕๐	๓๒	๑๐๐
ทำนอนตะแคง	๑๘	๕๖.๒๕	๓๒	๑๐๐
การเคลื่อนย้าย (เดินไม่ได้ ๒ ราย)	๒๕	๗๘.๑๓	๓๐	๙๓.๗๕

ไค-สแควร์ = ๖.๐๐, df = ๔, ค่าพี = ๐.๑๕.

สำหรับการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๓๒ ราย (ตารางที่ ๕) พบปัจจัยเสี่ยงใหม่ ๒๔ ราย (ร้อยละ ๗๕), เบาหวาน ๓ ราย (ร้อยละ ๙.๓๗), ความดันโลหิตสูง ๗ ราย (ร้อยละ ๒๑.๘๘), ไขมันในเลือดสูง ๑๒ ราย (ร้อยละ ๓๗.๕๐), สงสัยหลอดเลือดแดงแคบหรือตีบ และภาวะหัวใจเต้นรัวอย่างละ ๑ ราย (ร้อยละ ๖.๒๕).

ผลการศึกษาในมิติที่ ๒ ศักยภาพการดูแลตัวเองของ

ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ตารางที่ ๖) พบว่าประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ, ประเมินความถูกต้องครบถ้วนของการทำกิจกรรมก่อนและหลังดำเนินการ ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถทำถูกต้องครบถ้วน ๓๐ ราย (ร้อยละ ๙๓.๗๕) ยกเว้นการเคลื่อนย้ายในผู้ป่วย ๒ รายที่เดินไม่ได้ และการใช้ดัชนีกิจกรรมประจำวันบาร์เคลประเมินคุณภาพการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย หลังดำเนินการ (ตารางที่ ๗) พบว่าระดับ

ตารางที่ ๗ ผลการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพของป่วยจากดัชนีกิจกรรมประจำวันบาร์เคล

	ก่อนดำเนินการ (ราย)		หลังดำเนินการ (ราย)		ค่าพี
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
การบริโภคอาหาร	๕.๖๘	๑.๒๓	๕.๘๔	๐.๘๘	.๓๒๕
การเคลื่อนย้าย	๑๓.๕๑	๒.๔๕	๑๓.๕๑	๒.๔๕	
การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน	๕.๐๐	.๐๐	๕.๐๐	.๐๐	
การเข้าห้องน้ำ	๕.๒๒	๑.๘๔	๕.๒๒	๑.๘๔	
การอาบน้ำ	๕.๒๒	๑.๘๔	๕.๒๒	๑.๘๔	
การเคลื่อนที่	๑๔.๒๒	๑.๘๔	๑๔.๓๘	๑.๖๘	.๓๒๕
การขึ้นลงบันได	๘.๗๕	๒.๕๔	๘.๕๑	๒.๔๕	.๓๒๕
การสวมเสื้อผ้า	๕.๕๓	๑.๔๘	๕.๕๓	๑.๔๘	
การกลืนอุจจาระ	๘.๑๓	๓.๐๕	๘.๕๑	๒.๑๐	.๐๒๓
การกลืนปัสสาวะ	๗.๕๖	๓.๑๑	๘.๔๔	๒.๓๕	.๐๒๓
รวม	๕๕.๗๖	๑๑.๗๕	๕๗.๘๑	๕.๓๓	.๐๐๕

ตารางที่ ๘ ผลการทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

ความรู้	ก่อนดำเนินการ (ราย)		หลังดำเนินการ (ราย)		ค่าพี
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
โรคหลอดเลือดสมอง	๖.๑๓	๑.๔๓	๖.๔๗	๑.๕๐	.๐๘๖
เรื่องยาที่ใช้รักษา	๒.๒๒	๐.๗๑	๒.๑๕	๐.๗๔	.๘๖๕
เรื่องอาหาร ผักพื้นบ้านและแพทย์แผนไทย	๓.๓๘	๐.๗๕	๓.๗๘	๐.๖๖	.๐๐๕
เรื่องการออกกำลังกาย	๒.๔๗	๐.๕๑	๒.๒๘	๐.๕๘	.๑๑
รวม	๑๔.๒๘	๒.๓๓	๑๔.๖๖	๒.๓๔	.๒๘๔



คะแนนเฉลี่ยด้านการบริโภคอาหาร, การเคลื่อนย้าย, การล้างหน้าหัตถ์, แปรงฟัน, การเข้าห้องน้ำ, การอาบน้ำ, การเคลื่อนที่, การขึ้นลงบันได, การสวมเสื้อผ้า ก่อนและหลังดำเนินการไม่มีความแตกต่างกัน. แต่ระดับคะแนนเฉลี่ยของการกลืนอุจจาระและการกลืนปัสสาวะ และคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี = ๐.๐๐๕).

ส่วนผลการทดสอบความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับอาหารและผักพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี = ๐.๐๐๕) ขณะที่คะแนนเฉลี่ยเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง, เรื่องยาและเรื่องการออกกำลังกายไม่มีความแตกต่างกัน.

มิตินี้ ๓ ด้านการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนได้รับข้อเสนอแนะจากการประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่ายที่น่าสนใจ ได้แก่

๑. การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และเทศบาลตำบลล้อมแรดได้จ้างพนักงานเยี่ยมบ้าน ๒ คน เข้าร่วมกับทีมดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลเงินออกเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบ้าน.

๒. จัดทำแผนชุมชนเพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตตำบลล้อมแรด และจัดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน.

๓. การปรับองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อใช้ในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เช่น ใช้ชาชงปัญจขันธ์ลดระดับไขมันในเลือด, การนวดกระตุ้นกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนอาหาร, การนั่งสมาธิ และการออกกำลังกายโดยใช้ท่าฤๅษีดัดตน.

๔. การป้องกันปฐมภูมิโดยสร้างความตระหนักในกลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา ให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ลดภาวะเด็กอ้วนในโรงเรียน.

๕. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วยและผู้ดูแล (ตารางที่ ๙) พบว่า มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์และพยาบาลในระดับมากถึงร้อยละ ๙๖.๘๘ และ ๙๓.๗๕ ตามลำดับ, ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับที่เท่ากันคือ ร้อยละ ๘๗.๕๐. สำหรับความพึงพอใจในภาพรวม พบว่ามีความพึงพอใจร้อยละ ๙๓.๗๕.

วิจารณ์

จากผลการดำเนินงานช่วง ๖ เดือน พบว่าด้านการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยนอกในระดับโรงพยาบาลชุมชน นอกจากต้องควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงเดิม, การเฝ้าระวังหาปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ในผู้ป่วยเหล่านั้นก็เป็นสิ่งสำคัญ ดังเช่นการพบปัจจัยเสี่ยงใหม่ในผู้ป่วย ๒๔ ราย (ร้อยละ ๗๕) ขณะเข้าร่วมดำเนินงานการ ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำซ้อนได้^(๑๐-๑๑). สำหรับ

ตารางที่ ๕ ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแล ต่อการดำเนินงาน

ความพึงพอใจ	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ต่อแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา	๓๑	๙๖.๘๘	๑	๓.๑๒๐	๐	๐
ต่อพยาบาลที่ให้การดูแลรักษา	๓๐	๙๓.๗๕	๒	๖.๒๕	๐	๐
ต่อการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค	๒๘	๘๖.๕๐	๔	๑๒.๕๐	๐	๐
ต่อการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ	๒๘	๘๖.๕๐	๒	๖.๒๕	๒	๖.๒๕
เกี่ยวกับการดำเนินงาน	๓๐	๙๓.๗๕	๒	๖.๒๕	๐	๐

ผลการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเดิมในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน ๓๒ คน พบว่ายังมีปัญหาในเรื่องของการควบคุมแรงดันเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย อาจเป็นเพราะระยะเวลาในการดำเนินงาน ๖ เดือนถือว่าน้อยเกินไปในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และอาจต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นโดยการปรับเปลี่ยนยาอีกสักระยะหนึ่ง. ข้อเสนอแนะอีกประการหนึ่ง ได้แก่ ผู้ป่วยทั้ง ๓ กลุ่มสามารถควบคุมระดับไขมันความแน่นสูงได้ตามเป้าหมายร้อยละ ๖๙.๒๓, ๖๔.๒๙ และ ๑๐๐ ตามลำดับ.

ในส่วนการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่าประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพถูกต้องและครบถ้วนจำนวน ๓๐ ราย (ร้อยละ ๙๓.๗๕). ทั้งนี้คุณภาพการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีบาร์เธลมีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. ด้านการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ป่วย/ผู้ดูแล มีความรู้ในเรื่องอาหารผักพื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตัวเองโดยไม่ต้องใช้ยา. สำหรับความรู้เรื่องโรค, การใช้ยาและการออกกำลังกายในผู้ป่วย และผู้ดูแล ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งก่อนและหลังดำเนินการ, การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ช่วยสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่พ้นจากระยะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีหลักฐานยืนยันถึงผลของการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าสามารถเพิ่มระดับความสามารถ และยังมีผลต่อการกลับสู่สังคม ลดภาวะซึมเศร้ารวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้^(๑๒). จากผลสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการดำเนินงานมากถึง ร้อยละ ๙๓.๗๕ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้แนวคิดแบบทีมสหวิชาชีพ ในเรื่องการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน เกิดกระแสความตื่นตัวของอาสาสมัครและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เช่นการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การจ้างพนักงานเยี่ยมบ้านโดยเทศบาลตำบลล้อมแรด และมีแผนชุมชนเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาศัยกรอบแนวคิดการสร้างสุขภาพวิถีไทย.

ในส่วนของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชนในเขตตำบลล้อมแรด.

สรุป

จากผลการดำเนินการดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยนอกในระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดอยู่บ้าง แต่หากใช้รูปแบบการบริการโดยทีมสหวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงเดิม, มีการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงใหม่, การสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทำให้เกิดศักยภาพด้านการดูแลตนเอง. ที่สำคัญคือเกิดผลในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างคุณภาพชีวิตให้กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการทำงานเชิงป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มเสี่ยงของชุมชนต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

นายสุรชัย พงศ์หล่อพิศิษฐ์ นายแพทย์ ๗, นางจันทร์จิรายานะชัย พยาบาลวิชาชีพ ๗, นายบรรเทิง วสันทนา สาธารณสุขอำเภอเถิน, กองสาธารณสุขเทศบาลตำบลล้อมแรด และทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง ๑๔ หมู่ในเขตตำบลล้อมแรด ได้มีส่วนช่วยเหลือให้การดำเนินงานสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี.

เอกสารอ้างอิง

๑. Wolfe CD. Impact of stroke. Br Med Bull 2000;56:275-86.
๒. คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน ฉบับที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา; ๒๕๓๘. หน้า ๒.
๓. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. รายงานการสำรวจคนพิการ พ.ศ. ๒๕๔๔. กรุงเทพมหานคร: กองข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; ๒๕๔๕.



๔. Ministry of Public Health. Burden of disease and injuries in Thailand: Priority setting for policy; 2002. p. 58.
๕. อุดลย์ วิริยะเวชกุล, นิพนธ์ พวงวรินทร์, สาธิต วรรณแสง. The prevalence of stroke in urban community of Thailand. J Neurology 1985;232 (suppl):93.
๖. สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก; ๒๕๔๖.
๗. นิพนธ์ พวงวรินทร์, ทวีสุข ธรรมล้วน, อุบลวรรณ ชาลิตนิจกุล. Risk factors for cerebrovascular disease in urban community of Thailand. จพสท ๒๕๓๓;๗๓:๖๕๓-๖๗.
๘. Friday G, Alfer M, Lai SM. Control of hypertension and risk of stroke recurrence. Stroke 2002;33:2652-7.
๙. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุงที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐. หน้า ๕๖-๗.
๑๐. Burn J, Dennis M, Bamford J, Sandercock P, Wade D, Warlow C, Long-term risk of recurrent stroke after a first -ever stroke. The Oxfordshire Community Stroke Project. Stroke 1994;25:333-7.
๑๑. Petty GW, Brown RD, Whisant JP, Sicks JD, O'Fallon WM, Wiebers D. Survival and recurrence after first cerebral infarction. A population -based stroke in Rochester, Minnesota, 1975 through 1989. Neurology 1998;50:208-16.
๑๒. Ottenbacher KJ, Janelle S. The results of Clinical trials in stroke rehabilitation research. Arch Neurol 1993;50:37-44.

ผลการรักษาโรคนิ่วถุงน้ำดีโดยการผ่าตัดผ่านกล้อง และการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ

อนุชاتی พนิชพล*

บทคัดย่อ

การศึกษาการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีเปรียบเทียบผลจากการผ่าตัดผ่านทางกล้องกับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องในด้านระยะเวลาการผ่าตัด, ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล, ภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัด, การใช้ยาแก้ปวดหลังการผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการรักษา. ข้อมูลเก็บย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๔๕ - เดือนตุลาคม ๒๕๕๐ ได้ผู้ป่วยผ่าตัดผ่านทางกล้อง ๗๓ ราย และ เปิดหน้าท้อง ๗๘ ราย. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows หาค่าสถิติร้อยละ และการทดสอบที่พบว่า การผ่าตัดผ่านทางกล้องใช้เวลาเฉลี่ย ๑๑๑.๖ นาที และการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเฉลี่ย ๔๗.๒ นาที; เวลาพักอยู่ในโรงพยาบาลแบบผ่านกล้องเฉลี่ย ๖ วัน และแบบเปิดหน้าท้องเฉลี่ย ๑๑ วัน; ภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัดผ่านกล้องร้อยละ ๗.๙ และแบบเปิดหน้าท้องร้อยละ ๑๑.๖; หลังผ่าตัดแบบผ่านทางกล้องใช้ยาแก้ปวดเพริดีนเฉลี่ยรายละ ๑๑๑.๖ มิลลิกรัม และแบบเปิดหน้าท้องใช้เฉลี่ยรายละ ๑๗๑.๖ มิลลิกรัม; ค่าใช้จ่ายผ่าตัดแบบผ่านกล้องเฉลี่ยรายละ ๑๘,๓๗๗.๘ บาท และแบบผ่าตัดเปิดหน้าท้องเฉลี่ยรายละ ๒๒,๓๕๐.๔ บาท. จากผลการศึกษาแสดงว่าการผ่าตัดผ่านทางกล้องใช้เวลาผ่าตัดนานกว่า, แต่พักในโรงพยาบาลสั้นกว่า, ใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่า, ผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดน้อยกว่า และค่าใช้จ่ายน้อยกว่า จึงสรุปว่าการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านทางกล้องสามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างปลอดภัย.

คำสำคัญ: โรคนิ่วในถุงน้ำดี, การผ่าตัดผ่านทางกล้อง, การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง

Abstract

A Study Comparing Laparoscopic Cholecystectomy with Open Cholecystectomy at Aranyaprathet Hospital

Anuchate Panichpol*

*Aranyaprathet Hospital, Srakaew Province

The objective of this study was to make a comparison between laparoscopic and open cholecystectomy in 73 and 78 patients, respectively. Information regarding the treatment course and outcomes was obtained from the patients' medical records. Data were analyzed using a statistical software package for percentage and t-test.

Results showed that the average operating time for laparoscopic cholecystectomy was 111.6 minutes, while the average operating time for open cholecystectomy was 47.2 minutes. The average length of hospital stay in laparoscopic cholecystectomy was 6 days; for open cholecystectomy, it was 11 days. The complication rate in laparoscopic cholecystectomy patients was 7.9 percent and in open cholecystectomy it was 11.6 percent. The average dose of pethidine used in laparoscopic cholecystectomy cases was 111.6 mg and in open cholecystectomy it was 171.6 mg. The average cost of laparoscopic cholecystectomy was 18,377.8 baht; open cholecystectomy cost 22,350.4 baht. The present study found that patients having laparoscopic cholecystectomy had longer operative time, shorter hospital stay, required a lower dose of analgesic, had a lower level of complications and the cost was lower than for open cholecystectomy. Thus, the suggestion was that laparoscopic cholecystectomy could be performed in rural hospitals with safety.

Key words: gallstone, laparoscopic cholecystectomy, open cholecystectomy

*โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว



ภูมิหลังและเหตุผล

การผ่าตัดเอาน้ำดีออกโดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง บริเวณใต้ชายโครงขวา ซึ่งมีแผลผ่าตัดยาวประมาณ ๑๐ ซม. แล้วตัดผ่านชั้นกล้ามเนื้อเอาน้ำดีออก เป็นการผ่าตัดมาตรฐานที่ทำกันมานาน และปัจจุบันก็ยังเป็นวิธีมาตรฐานที่ศัลยแพทย์ทำกันอยู่เป็นประจำ. จนกระทั่ง พ.ศ. ๒๕๓๐ Dr. Phillippe Macuret ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศส ที่นำวิธีการผ่าตัดเอาน้ำดีออกผ่านทางกล้อง (laparoscopic cholecystectomy) โดยเจาะรูเล็ก ๆ ๔ รู ขนาด ๐.๕-๑ ซม. ที่หน้าท้อง. เพื่อสอดกล้อง laparoscope (ชื่อห้อง celioscope, peritoneoscope) เข้าช่องท้อง แล้วใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ และสอดเครื่องมือตัดเอาน้ำดีออก. หลังจากนั้นการผ่าตัดนำน้ำดีออกทางกล้องก็เป็นที่นิยมกันแพร่หลายทั่วโลก

ประเทศไทยเริ่มการผ่าตัดเอาน้ำดีทางกล้องอาศัยวิดิทัศน์สำเร็จเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๔ โดยนายแพทย์บรรหาร ลิมสุวรรณ โรงพยาบาลราชวิถี^(๑). การผ่าตัดเอาน้ำดีผ่านกล้องในโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกได้แก่โรงพยาบาลท่าบ่อ จังหวัดหนองคายเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๗. แพทย์โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้วเริ่มการผ่าตัดเอาน้ำดีผ่านกล้องเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๒.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของการผ่าตัดเอาน้ำดีออกผ่านทางกล้องกับวิธีผ่าเปิดหน้าท้อง ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

๑. ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล.
๒. การใช้ยาระงับปวดหลังผ่าตัด.
๓. ภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัด.
๔. ระยะเวลาการทำผ่าตัด.
๕. ค่าใช้จ่ายในการรักษา.

โดยหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการเลือกวิธีผ่าตัดและปรับปรุงวิธีเพื่องานทางเวชปฏิบัติต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเอาน้ำดีโดยวิธีผ่านกล้องหรือผ่าตัดเปิดหน้าท้อง.

ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นโรคนิ่วน้ำดีที่ไม่มีอาการต่อไปนี้

๑. นิ่วน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน.
๒. ตัวเหลือง ตาเหลือง.
๓. ประวัติตับอ่อนอักเสบ.
๔. นิ่วในท่อน้ำดี.
๕. ภาวะตกเลือดผิดปกติ.
๖. โรคหัวใจหรือโรคปอดที่รุนแรง.

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการอธิบายถึงวิธีการผ่าตัดทั้ง ๒ แบบก่อนการผ่าตัด. ผู้ป่วยที่เลือกการผ่าตัดแบบส่องกล้องจะได้รับทราบว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีผ่าตัดจากแบบส่องกล้องเป็นแบบเปิดหน้าท้องในระหว่างทำการผ่าตัด ถ้าแพทย์พิจารณาว่าการผ่าตัดแบบผ่านกล้องไม่ปลอดภัยหรือเหมาะกับผู้ป่วย.

การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังตั้งแต่เดือน

ตารางที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูล	ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง	ผ่าตัดผ่านกล้อง
	ราย	ราย
อายุเฉลี่ย	๕๓(๒๑-๗๕)	๔๘.๕(๒๕-๖๘)
เพศ		
หญิง	๕๖	๕๔
ชาย	๒๒	๑๕
อัตราส่วนหญิง : ชาย	๒.๕ : ๑	๒.๘ : ๑
ดัชนีมวลกาย		
ปกติ	๗๒	๖๕
อ้วน	๕	๔
ผอม	๑	๐
โรคที่เป็นร่วม		
เบาหวาน	๓	๑
ความดันโลหิตสูง	๑๗	๔
ต่อมธัยรอยด์	๑	๓
ตับแข็ง	๐	๑
โรคหัวใจ	๐	๑
ทาลัสซีเมีย	๑	๑
ตับอักเสบ	๐	๑

มกราคม ๒๕๔๕ ถึงเดือนตุลาคม ๒๕๕๐ ได้ผู้ป่วยแบบใช้กล้อง ๗๓ ราย, แบบผ่าเปิดหน้าท้อง ๗๘ ราย, และได้ตัดผู้ป่วย ๑๓ รายที่เปลี่ยนจากแบบใช้กล้องเป็นแบบเปิดหน้าท้อง เพราะ ๑๑ รายมีความยากในการผ่าตัด และ ๒ รายมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างหัตถการ; ได้รวมผู้ป่วย ๒ รายที่มีภาวะแทรกซ้อนเข้าในกลุ่มแบบใช้กล้องสำหรับเปรียบเทียบเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด.

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ, ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด, และวิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลา

ในการผ่าตัด, ระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล, ภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัด, การใช้ยาระงับปวด, และค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดโดยใช้ค่าร้อยละ และการทดสอบที่.

ผลการศึกษา

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและปัจจัยเกี่ยวข้องกับการผ่าตัด. ตารางที่ ๒ แสดงเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเปรียบเทียบระหว่าง ๒ วิธี.

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องได้รับยาแก้ปวดทุกราย และร้อยละ ๙๘.๗ ได้รับยาเพร็ดนิบรีตาม

ตารางที่ ๒ เวลาการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนิ่วถุงน้ำดี

เวลาการผ่าตัด	ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง		ผ่าตัดผ่านกล้อง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
น้อยกว่า ๓๐ นาที	๔	๕.๑	๐	๐.๐
๓๐-๖๐ นาที	๕๕	๗๕.๖	๓	๔.๑
๑-๒ ชั่วโมง	๑๕	๑๙.๒	๔๒	๕๗.๕
มากกว่า ๑-๒ ชั่วโมง	๐	๐.๐	๒๘	๓๘.๔
รวม	๗๘	๑๐๐.๐	๗๓	๑๐๐.๐
	พิสัย ๒๐-๑๐๐ นาที		พิสัย ๔๕-๒๑๕ นาที	
	ค่าเฉลี่ย ๔๗.๒±๑๗.๒ นาที		ค่าเฉลี่ย ๑๑๑.๖±๓๖.๕ นาที	

ตารางที่ ๓ ระยะเวลารักษาคิวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคนิ่วถุงน้ำดี

ระยะเวลา (วัน)	ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง		ผ่าตัดผ่านกล้อง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
< ๕	๑	๒.๔	๓	๔.๑
๕-๑๐	๔๒	๕๔.๕	๖๖	๙๐.๔
๑๑-๑๕	๒๕	๓๒.๒	๐	๐.๐
๑๖-๒๐	๔	๕.๑	๐	๐.๐
> ๒๐	๒	๒.๖	๐	๐.๐
รวม	๗๘	๑๐๐.๐	๗๓	๑๐๐.๐
	พิสัย ๔-๒๔ วัน		พิสัย ๓-๑๐ วัน	
	ค่าเฉลี่ย ๑๑.๐±๑.๗		ค่าเฉลี่ย ๖.๐±๑.๖	



ตารางที่ ๔ ภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ๗๘ ราย		ผ่าตัดผ่านกล้อง ๗๕ ราย	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
๑. ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง				
- อันตรายน้ำดีรั่ว	๑	๑.๓	๑	๑.๓
- อันตรายน้ำดีอุดตัน	๐	๐.๐	๑	๑.๓
- อันตรายน้ำดี	๐	๐.๐	๐	๐.๐
- อันตรายน้ำดี	๐	๐.๐	๐	๐.๐
- น้ำดีรั่ว	๐	๐.๐	๐	๐.๐
รวม	๑	๑.๓	๒	๒.๖
๒. ภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรง				
- แผลติดเชื้อ	๑	๑.๓	๓	๔.๐
- ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ	๖	๗.๖	๐	๐.๐
- อากาศใต้หนัง	๐	๐.๐	๑	๑.๓
รวม	๗	๙.๐	๔	๕.๓
รวมทั้งหมด	๘	๑๐.๖	๖	๗.๙

ตารางที่ ๕ ค่าใช้จ่ายการผ่าตัดเฉลี่ย (บาท)

ค่าใช้จ่าย	ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง	ผ่าตัดผ่านกล้อง
ค่าหัตถการและบริการวิสัญญี	๕,๕๑๖.๐	๑๒,๖๑๕.๓
ค่ายา	๒,๖๑๕.๓	๘๐๒.๓
ค่าบริการทั่วไป	๓,๔๖๓.๓	๒,๑๕๘.๐
ค่าเตียงและอาหาร	๓,๐๑๑.๕	๑,๖๒๑.๕
อื่น ๆ	๓,๗๕๓.๑	๑,๑๗๕.๕
รวม	๑๘,๓๕๙.๒	๑๘,๑๗๓.๖

เฉลี่ย ๑๗๑.๒ มิลลิกรัม, ร้อยละ ๘๗.๒ ได้รับยาพาราเซตามอล, และร้อยละ ๑.๓ ได้รับยาพาราเซตามอล. ส่วนการผ่าตัดผ่านทางกล้องผู้ป่วยร้อยละ ๙๘.๖ ได้รับยาแก้ปวด คือร้อยละ ๘๙ ได้รับเพนติลีนปริมาณเฉลี่ย ๑๑๑.๖ มิลลิกรัม, ร้อยละ ๖๘.๕ ได้รับพาราเซตามอล และไม่ได้รับยาพาราเซตามอลเลย.

การคิดอัตราค่าบริการในการทำให้หัตถการและวิสัญญี ตลอดจนค่ายา, ค่าบริการทั่วไป, ค่าเตียงค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ได้คิดอัตราตามประกาศของกระทรวงการคลัง (ตารางที่ ๕).

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องถูกเปลี่ยนไปเป็นการผ่าตัดแบบเปิดร้อยละ ๑๕ ซึ่งสูงกว่ารายงานของผู้อื่น^(๒-๕) แต่มีหลายรายงานที่มีตัวเลขสูงกว่านี้^(๕-๗) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมีเนื้อแผลพังผืดหนาแน่น, คุณลักษณะกายวิภาคไม่ชัดเจน, ได้ทำอันตรายต่อน้ำดีร่วมและหลอดเลือด ซึ่งเหมือนกับรายงานอื่น. ดังนั้นอัตราการเปลี่ยนวิธีผ่าตัดรักษาจึงสูงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความชำนาญของศัลยแพทย์ และพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่พบระหว่างผ่าตัด ซึ่ง

การคัดเลือกผู้ป่วยจะมีความสำคัญต่ออัตราการเปลี่ยนวิธีผ่าตัด.

ระยะเวลาในการผ่าตัดแบบผ่านทางกล้องโดยเฉลี่ยมากกว่า เวลาการผ่าตัดแบบเปิด และใช้เวลามากกว่ารายงานอื่น^(๒-๕). ทั้งนี้เนื่องจากความไม่พร้อมของเครื่องมือ, แพทย์และผู้ช่วยผ่าตัดยังขาดความชำนาญ.

ระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดทั้ง ๒ วิธีนานกว่าของรายงานอื่น^(๒-๗) เนื่องจากทางโรงพยาบาลอรัญประเทศไม่มีปัญหาเรื่องเตียงรับผู้ป่วย จึงอนุมัติให้ผู้ป่วยบางรายที่นอนจนเตียงเต็ม หรือเรื่องสิทธิของการเบิกประกัน. ดังนั้นการลดจำนวนวันรับการรักษาในโรงพยาบาลในโอกาสอาจทำได้โดยการอธิบายแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนทำผ่าตัดและใช้ care map.

การที่การผ่าตัดผ่านกล้องมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้องไม่แตกต่างจากรายงานอื่น^(๓-๕).

การใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องน้อยกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เหมือนกับรายงานจากต่างประเทศ^(๘). หากรายงานครั้งนี้ได้ทำคะแนนความปวด อาจทำให้การวัดผลได้ดีกว่านี้.

ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดผ่านกล้องน้อยกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจากต่างประเทศ^(๙-๑๑) แต่มีข้อสังเกตว่าในต่างประเทศคิดต้นทุนที่ไม่เกี่ยวกับการผ่าตัดโดยตรงด้วย โดยคิดเรื่องการขาดรายได้ที่เสียไปในช่วงพักรักษาในโรงพยาบาลและระยะพักฟื้น.

จากผลการศึกษานี้พบว่าการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีในโรงพยาบาลชุมชนสามารถทำได้อย่างปลอดภัย และค่าใช้จ่ายไม่สูงมากนัก แต่จะต้องมีความพร้อมในด้านเครื่องมือ, แพทย์และทีมช่วยผ่าตัด. ข้อมูลจากการศึกษานี้อาจนำไปเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกวิธีผ่าตัดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยในแต่ละราย.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ได้กรุณาอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล. พยาบาล

ที่บันทึกแบบสอบถามและผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี.

เอกสารอ้างอิง

๑. ชัยรัตน์ โกภาวัฒนา, เกียรติกร จีระแพทย์. การผ่าตัดทางกล้อง ใน: สุขชาติ จันทวิบูลย์, วีระชัย มหรรธาตล, ทวี รัตนชอุก (บรรณาธิการ). การผ่าตัดอุ้งน้ำดีทางกล้องวิดิทัศน์. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์การผ่าตัดทางกล้องโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๓๘. หน้า ๑-๔.
๒. โพชนงศ์ ซื่อสัตย์. การผ่าตัดอุ้งน้ำดีด้วยกล้องในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. Online [Available]: http://www.geocities.com/Tokyo/Blossom/4423/chgstes/.html?2007_3/12/2550.
๓. สมศักดิ์ กิตติวัฒน์ โชติ. ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดอุ้งน้ำดีโดยใช้กล้องส่องช่องท้องในโรงพยาบาลนครพนมในช่วงปี ๒๕๔๓-๒๕๔๕. เวชสารโรงพยาบาลอุบลราชธานี ๒๕๔๖;๑๔:๕-๑๑.
๔. วัฒนา พาลีศรี. เทคนิคการใช้ Trocar ๒ ตัว ในการทำ Laparoscopic cholecystectomy. ขอนแก่นเวชสาร ๒๕๕๐;๓๑:๑๑๔-๑๒๐.
๕. Byson SJ, Lehment P. Laparoscopic gallbladder surgery for gallstone. http://www.webmed.com/digestive_disorder/Laparoscopic_gallbladder_surgery_23/9/2550.
๖. Fullarton GM, Bell G. Prospective audit of the introduction of laparoscopic cholecystectomy in the West of Scotland. <http://www.Gal.bnj.com/cgi/content/abstuart/35/8/1121>.
๗. ศักดิ์ชาย เรืองสิน, ธนัตชนก วนสุวรรณกุล รุ่งศักดิ์ สังข์ทัต ณ อยุธยา. ผลการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดอุ้งน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร ๒๕๕๐; ๒๕:๓๑๖-๑๒๑.
๘. Hendolin HL, Paakkomen MB, Alhava EM. Laparoscopic or open cholecystectomy. A prospective randomized trial to compare postoperative pain. Eur J Surgery 2003;166:394-99.
๙. ยศ ธีระวัฒนานนท์, สัญญา ศรีรัตนะ, ทวีสิน ต้นประยูร, ธำรง ธรรมกาวการ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ทวี รัตนชอุก และคณะ. ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการผ่าตัดด้วยกล้องเปรียบเทียบกับผ่าตัดแบบเปิดในการรักษาน้ำดีในอุ้งน้ำดี ข้อมูลสำหรับระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๘;๑๔:๔๖๔-๗๔.
๑๐. Buggren V, Zethraeus N, Arvidson N, Hagland V, Jenssen B. A cost minimization analysis of laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy. Am J Surg 1996;172:305-10.
๑๑. Zachs SL, Sandler RS. A population based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. Am J Gastroenterol 2002;97:334-40.

การรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกคลอด เปรียบเทียบการใช้เครื่องส่องไฟที่มีและไม่มีหลอดไฟสีฟ้า โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

พิมลจันทร์ สัตยาวุฒิพงษ์*

บทคัดย่อ

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกคลอดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยเป็นปรกติ แต่มีบางรายที่ต้องให้การรักษาที่เป็นมาตรฐานเบื้องต้น คือการส่องไฟเพื่อลดภาวะตัวเหลืองซึ่งเกิดจากระดับบิลิรูบินในเลือดที่อาจสูงมากถึงระดับที่เป็นอันตรายต่อสมองทารก. ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาย้อนหลังถึงผลการรักษาทารกแรกคลอดที่มีภาวะตัวเหลือง ด้วยการใช้เครื่องส่องไฟในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐ ในทารกแรกคลอดครบกำหนดที่มีภาวะตัวเหลือง โดยไม่มีการเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย, เปรียบเทียบผลการรักษาด้วยเครื่องส่องไฟที่ไม่มีหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์สีฟ้า และมีหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์สีฟ้าในแผงไฟ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นหลักฐานเชิงวิชาการประกอบการพิจารณาจัดหาเครื่องส่องไฟที่มีประสิทธิภาพในการรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อจังหวัดหนองคายต่อไป. ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทารกแรกคลอดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาที่ไม่มีหลอดไฟสีฟ้าในแผงไฟ มีระดับบิลิรูบินสูงสุดขณะให้การรักษามากกว่า และระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยเครื่องส่องไฟที่มีหลอดไฟสีฟ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $P < 0.05$). แม้ว่าประสิทธิภาพของการส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง แต่ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งคือ ชนิดของหลอดไฟที่ใช้ในเครื่องส่องไฟ. จากผลการศึกษาผู้ศึกษาเสนอแนะว่าในการรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกคลอดโดยการส่องไฟให้มีประสิทธิภาพสูงสุดควรใช้เครื่องส่องไฟที่มีหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์สีฟ้าในแผงไฟด้วย

คำสำคัญ: ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกคลอด, ระดับบิลิรูบินในเลือด, เครื่องส่องไฟ, หลอดไฟสีฟ้า

Abstract

Result of Phototherapy for Neonatal Jaundice Compared with the Use with and without Blue Light Lamps in Thabo Crown Prince Hospital, Nongkhai Province Pimonchan Sattayawuthipong*

**Thabo Crown Prince Hospital, Nongkhai Province*

Neonatal jaundice is a common and, in most cases, benign problem in neonates. The treatment of neonatal jaundice is indicated in pathologic jaundice and the goal of therapy is to prevent the concentration of unconjugated bilirubin in the blood from reaching levels at which neurotoxicity may occur. For more than three decades, phototherapy has

*โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

been the standard of care for the initial treatment of neonatal jaundice. A retrospective study about the result of treatment for neonatal jaundice compared between phototherapy with and without blue light lamps was done in Thabo Crown Prince Hospital from October 1, 2004 to September 30, 2007. The purpose of this study was to identify which type of lamp used in phototherapy was more effective in decreasing the blood bilirubin level. This study showed that the highest blood bilirubin level during treatment with phototherapy without blue light lamps was significantly higher and also the length of stays for treatment was significantly longer than in the group that used phototherapy with blue light lamps. Although many factors affect the efficacy of phototherapy in decreasing the blood bilirubin level, one of the important factors is the type of lamps used. This study suggests that, for the treatment of neonatal jaundice to be effective, phototherapy with blue light lamps is recommended.

Key words: neonatal jaundice, blood bilirubin level, phototherapy, blue light lamp

ภูมิหลังและเหตุผล

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกคลอด (neonatal jaundice or hyperbilirubinemia) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยร้อยละ ๒๕-๕๐^(๑). ส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ปกติ (physiologic jaundice) แต่ประมาณร้อยละ ๑๐ เกิดจากพยาธิสภาพ ต้องให้การรักษา^(๒) เพราะถ้าระดับบิลิรูบินในเลือดสูงมาก และไม่ได้รับการแก้ไข อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เนื่องจากบิลิรูบินอิสระจะผ่านเนื้อเยื่อแนวกั้นระหว่างเลือดกับสมอง (blood brain barrier) ไปทำลายเนื้อสมอง เกิดพยาธิสภาพถาวร (kernicterus หรือ bilirubin encephalopathy) ได้^(๑,๓-๔). จากการศึกษพบว่าไม่มีระดับบิลิรูบินที่ปลอดภัยหรือเป็นอันตรายแน่นอนในทารกทุกราย^(๑) ดังนั้นการเฝ้าดูแลสังเกตทารกแรกคลอดตัวเหลืองอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจึงมีความจำเป็น โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงสูง^(๔-๖) เช่น ทารกแรกคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจน, หมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากัน, ทารกคลอดก่อนกำหนด, ทารกน้ำหนักแรกคลอดมากหรือน้อยกว่าอายุครรภ์, ภาวะเม็ดเลือดแดงมาก, เพราะทารกปกติจะปรากฏอาการตัวเหลืองที่มองเห็นได้ในวันที่ ๒-๓ และมักเหลืองมากที่สุดในวันที่ ๓-๔ หลังคลอด^(๑) ซึ่งมักเป็นช่วงที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านแล้ว และเมื่อทารกอายุประมาณ ๑๐ วันอาการเหลืองจะหายไป. ทารกปกติมักมีระดับบิลิรูบินไม่เกิน ๑๒ มก./ดล.^(๑,๔) ส่วนทารกที่มีภาวะเม็ดเลือดแดงแตกรุนแรง

มักเริ่มมีอาการเหลืองตั้งแต่วันแรกคลอด^(๔). เมื่อพบภาวะตัวเหลืองผิดปกติต้องหาสาเหตุ และให้การรักษาตามสาเหตุ และทำการบำบัดเบื้องต้นโดยการส่องไฟ (phototherapy) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ยอมรับและได้รับการพิสูจน์ความปลอดภัยมานานกว่า ๓ ทศวรรษ^(๗,๘) โดยให้ทารกได้รับการส่องไฟบำบัดเมื่อระดับบิลิรูบินในเลือดอาจเป็นอันตรายต่อทารกแต่ยังไม่ถึงระดับที่ต้องเปลี่ยนถ่ายเลือด, หรือส่องไฟให้หลังการเปลี่ยนถ่ายเลือดเพื่อลดระดับบิลิรูบินอย่างต่อเนื่อง. การส่องไฟที่ถูกต้องจะเปลี่ยนบิลิรูบินชนิดละลายได้ดีในไขมัน (indirect หรือ unconjugated bilirubin) ไปเป็นสารที่ละลายในไขมันได้ลดลง และละลายน้ำได้แล้วขับออกจากร่างกายทางอุจจาระและปัสสาวะ^(๑,๔) ทำให้ตัวหายเหลืองเป็นปกติ. การส่องไฟที่มีประสิทธิภาพยังช่วยลดอัตราการเปลี่ยนถ่ายเลือดเพื่อลดระดับบิลิรูบินได้^(๔). อย่างไรก็ตามหากให้การรักษาโดยการส่องไฟแล้วไม่ได้ผล ก็ต้องให้การรักษาด้วยการเปลี่ยนถ่ายเลือดลดระดับบิลิรูบินในเลือด ซึ่งจะช่วยป้องกันเซลล์สมองถูกทำลาย^(๑,๙). การเปลี่ยนถ่ายเลือดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด, หัวใจเต้นผิดจังหวะ, การเปลี่ยนแปลงระดับอิเล็กโทรลัยต์ในเลือด, อุณหภูมิร่างกายต่ำ, ลำไส้เน่าเปื่อย, เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน^(๑,๑๐-๑๒). ดังนั้นการส่องไฟอย่างมีประสิทธิภาพต้องทำอย่างถูกต้อง ซึ่งขึ้นกับเครื่องส่องไฟด้วย. แต่เดิมการส่องไฟใช้แผงไฟซึ่งประกอบ



ด้วยหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์สีขาวขนาด ๑๘ วัตต์ จำนวน ๘ หลอด ให้ความเข้มของแสงประมาณ ๕ ไมโครวัตต์/ตร.ซม./นาโนเมตร. ต่อมามีการศึกษาพบว่า การส่องไฟโดยใช้หลอดฟลูออเรสเซนต์สีฟ้าขนาด ๒๐ วัตต์ ๔ หลอดและหลอดฟลูออเรสเซนต์ธรรมดา ๔ หลอด วางห่างทารก ๑๕-๒๐ ซม. จะให้ความเข้มแสงมากกว่า ๒๐ ไมโครวัตต์/ตร.ซม./นาโนเมตร และบิลิรูบินจะดูดซึมแสงโดยเฉพาะช่วงแสงสีฟ้า ซึ่งมีความยาวคลื่นประมาณ ๔๒๐-๔๘๐ นาโนเมตรได้ดีที่สุด จึงมีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาภาวะตัวเหลือง^(๑,๑๓).

จากข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่าทารกแรกคลอดตัวเหลืองซึ่งให้การรักษาโดยการส่องไฟ มีประมาณร้อยละ ๗ ของทารกเกิดมีชีพ (ข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๔๖) และทารกแรกคลอดได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด เนื่องจากระดับบิลิรูบินสูงมากถึงระดับที่อาจเป็นอันตรายต่อสมองประมาณร้อยละ ๒-๓ ราย ซึ่งบางครั้งมีปัญหาในการจัดหาเลือดที่เหมาะสมในการเปลี่ยนถ่ายเลือด และทารกต้องพักในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ สร้างความวิตกกังวลให้มารดาและญาติอย่างมาก. แต่เดิมการส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลืองในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ใช้เครื่องส่องไฟที่แผงไฟประกอบด้วยหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์ขาวธรรมดาขนาด ๑๘ วัตต์ ๘ หลอด. ต่อมาในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ได้ปรับเปลี่ยนมาใช้หลอดไฟฟลูออเรสเซนต์ชนิดหลอดไฟสีฟ้าขนาด ๒๐ วัตต์ แผงละ ๔ หลอดและ ๖ หลอด ร่วมกับหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์สีขาว รวมหลอดไฟทั้งหมด ๘ หลอด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพเครื่องส่องไฟ. ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกคลอด โดยการส่องไฟที่ใช้หลอดธรรมดาทั้งหมดแบบเดิมกับแผงไฟที่ผสมระหว่างหลอดไฟสีฟ้ากับหลอดธรรมดา โดยเปรียบเทียบจากระดับบิลิรูบินที่สูงที่สุดขณะให้การรักษา และระยะเวลาวันนอนรักษาในโรงพยาบาลที่ระดับบิลิรูบินลงมาสู่ระดับที่หยุดให้การส่องไฟได้ ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการเลือกใช้เครื่องส่องไฟที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาทารกแรกคลอดที่มีภาวะตัวเหลืองต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

ทำการศึกษาย้อนหลังโดยเก็บข้อมูลจากงานสารสนเทศ, จากทะเบียนงานห้องคลอด และเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ หนองคาย ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยเก็บข้อมูลทารกแรกคลอดทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ และคัดเลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มทารกปกติที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ ๓๘ สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดโดยมีคะแนนแอฟการ์มากกว่า ๗ และน้ำหนักตัวตั้งแต่ ๒.๕ กิโลกรัมขึ้นไป ไม่มีภาวะเจ็บป่วยอื่นใดร่วมด้วยซึ่งอาจมีผลทำให้มีภาวะตัวเหลืองมากขึ้นและนานขึ้น โดยไม่คำนึงถึงเพศ วิธีการคลอดและสาเหตุของภาวะเหลือง. ทารกได้รับการเจาะเลือดเมื่ออายุ ครบ ๔๘ ชั่วโมงพร้อมการเจาะคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนธัยรอยด์ตามปกติ และตรวจหาค่าบิลิรูบินในเลือด ยกเว้นกรณีทารกมีอาการเหลืองก่อนอายุ ๔๘ ชั่วโมงจะได้รับการตรวจเลือดก่อน. หลังการรักษาทารกจะได้รับการเจาะเลือดติดตามค่าบิลิรูบินทุก ๒๔ ชั่วโมง ยกเว้นทารกที่มีระดับบิลิรูบินสูงมาก จะได้รับการตรวจทุก ๔-๑๒ ชั่วโมงตามความเหมาะสมของแต่ละราย และให้การรักษาโดยการส่องไฟตามเกณฑ์^(๑๔) ดังแสดงในตารางที่ ๑.

แบ่งกลุ่มการศึกษาเป็น ๓ กลุ่มตามอายุที่เริ่มให้การรักษาโดยการส่องไฟ คือ กลุ่มที่ ๑, ๒ และ ๓ ให้การรักษาโดยการส่องไฟเมื่ออายุ ≤ ๔๘ ชั่วโมง, $> ๔๘-๗๒$ ชั่วโมง และ > ๗๒ ชั่วโมงตามลำดับ. เปรียบเทียบผลการรักษาด้วยเครื่องส่องไฟ ๒ แบบ คือ แบบที่ ๑ ใช้เครื่องส่องไฟที่แผงไฟประกอบด้วยหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์ธรรมดาขนาด ๑๘ วัตต์ จำนวน ๘ หลอด แบบที่ ๒ ใช้เครื่องส่องไฟที่แผงไฟมีหลอดไฟสีฟ้าขนาด ๒๐ วัตต์ จำนวน ๔ และ ๖ หลอด ร่วมกับหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์ธรรมดาขนาด ๑๘ วัตต์ รวมหลอดไฟทั้งหมด ๘ หลอด. ดูผลการรักษาจากระดับบิลิรูบินที่สูงที่สุดขณะให้การส่องไฟ และจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล โดยจะหยุดให้การส่องไฟรักษา เมื่อระดับบิลิรูบินลดลงถึงระดับที่ปลอดภัย ซึ่งขึ้นกับอายุทารก และสภาพของทารกแต่ละ

ตารางที่ ๑ แนวทางการรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะผิดปกติอื่น*

อายุ (ชม.)	พิจารณาส่องไฟ	ส่องไฟ	ถ่ายเปลี่ยนเลือดถ้าส่องไฟไม่ได้ผล	ถ่ายเปลี่ยนเลือด
๒๕-๔๘	> ๑๒ มก. /ดล.	> ๑๕ มก. /ดล.	> ๒๐ มก. /ดล.	> ๒๕ มก. /ดล.
>๔๘-๗๒	> ๑๕ มก. /ดล.	> ๑๘ มก. /ดล.	> ๒๕ มก. /ดล.	> ๓๐ มก. /ดล.
>๗๒	> ๑๗ มก. /ดล.	> ๒๐ มก. /ดล.	> ๒๕ มก. /ดล.	> ๓๐ มก. /ดล.

*ดัดแปลงจากเอกสาร American Academy of Pediatrics^(๑๔)

ราย^(๑๔). โดยทั่วไปถ้าสาเหตุของตัวเหลืองเกิดจาก หมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากันและส่องไฟภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังคลอดมักหยุดส่องไฟได้เมื่อระดับบิลิรูบินน้อยกว่า ๑๒ มก./ดล. ที่อายุ ๗๒-๙๖ ชั่วโมงหรือน้อยกว่า ๑๕ มก./ดล. ที่อายุมากกว่า ๙๖ ชั่วโมง. ถ้าภาวะเหลืองเกิดจากสาเหตุอื่นและเริ่มส่องไฟเมื่ออายุมากกว่า ๔๘ ชั่วโมง จะหยุดส่องไฟได้เมื่อบิลิรูบินน้อยกว่า ๑๕ มก./ดล. ที่อายุตั้งแต่ ๙๖ ชั่วโมงขึ้นไป^(๑). ถ้าระดับบิลิรูบินในเลือดสูงมากจนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกหรือในกรณีที่ระดับบิลิรูบินยังสูงอย่างรวดเร็วหลังการส่องไฟต้องทำการเปลี่ยนถ่ายเลือดให้ทารกต่อไป.

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows 11.0. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้ค่าร้อยละ และความถี่. การวิเคราะห์ตัวแปรเกี่ยวกับการรักษาใช้ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ๒ กลุ่มใช้การทดสอบที และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมากกว่า ๒ กลุ่ม ใช้ One -way

ANOVA ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ (ค่าพี < ๐.๐๕).

ผลการศึกษา

กลุ่มทารกแรกคลอดที่ทำการศึกษาทั้งหมด ๕๐๘ คน จากทารกคลอดมีชีพในช่วงเวลาเดียวกัน ๓,๘๑๐ คน คิดเป็นอุบัติการณ์ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกคลอดไม่มีภาวะผิดปกติอื่นที่ ต้องให้การรักษาโดยการส่องไฟในโรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชท่าบ่อ เป็นร้อยละ ๑๓.๓๓. ส่วนใหญ่ทารกได้รับการส่องไฟรักษาเมื่ออายุ >๔๘-๗๒ ชั่วโมง พบถึงร้อยละ ๘๙.๑๗ (ตารางที่ ๒).

ผลการรักษาในทารกกลุ่มที่ ๑ และ กลุ่มที่ ๓ ซึ่งมีจำนวนทารกไม่มากพบว่าระดับบิลิรูบินที่เริ่มรักษา ระดับบิลิรูบินสูงสุดขณะรักษา และจำนวนวันนอนรักษา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (พี >๐.๐๕).

การศึกษานี้พบว่าระดับบิลิรูบินที่เริ่มให้การรักษา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี >๐.๐๕) ใน

ตารางที่ ๒ จำนวนทารกคลอดตัวเหลือง ๕๐๘ ราย จำแนกตามกลุ่มอายุที่เริ่มให้การรักษา และชนิดของไฟที่ส่องรักษา

อายุของทารก (ชม.)	จำนวนทารกที่รักษาโดยเครื่องส่องไฟ (ราย)		รวม	ร้อยละ
	ไม่มีหลอดไฟสีฟ้า	มีหลอดไฟสีฟ้า		
≤ ๔๘	๕	๖	๑๑	๒.๑๕
> ๔๘-๗๒	๑๖๒	๒๕๑	๔๑๓	๘๑.๑๗
> ๗๒	๒๓	๑๗	๔๐	๗.๘๘
รวม	๑๙๐	๒๖๔	๔๕๔	๘๙.๑๗



ตารางที่ ๓ ผลการรักษาในทารกกลุ่มที่ ๒ เริ่มรักษาเมื่ออายุ > ๔๘-๗๒ ชั่วโมง

ตัวแปร	แบบการส่องไฟ	จำนวนทารก (ราย)	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพี
ระดับบิลิรูบินเริ่มให้การ รักษา (มก./ดล.)	ไม่มีหลอดไฟสีฟ้า	๑๖๒*	๑๔.๗๘๗๓	๒.๘๑๕๖	๐.๐๔๕
	มีหลอดไฟสีฟ้า	๒๕๑	๑๔.๔๒๑๘	๒.๒๔๗๕	
ระดับบิลิรูบินสูงสุดขณะให้การ รักษา (มก./ดล.)	ไม่มีหลอดไฟสีฟ้า	๑๖๒*	๑๕.๖๕๘๖	๓.๒๕๕๕	๐.๐๐๑
	มีหลอดไฟสีฟ้า	๒๕๑	๑๔.๘๖๖๔	๒.๔๒๘๓	
ระยะเวลาที่รักษา (วัน)	ไม่มีหลอดไฟสีฟ้า	๑๖๒*	๒.๗๕	๑.๕๕๖	๐.๐๐๒
	มีหลอดไฟสีฟ้า	๒๕๑	๒.๒๖	๑.๔๐๒	

*ทารก ๒ รายได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือดเนื่องจากระดับบิลิรูบินสูงถึงระดับที่อาจเป็นอันตราย

ตารางที่ ๔ ระดับบิลิรูบินที่เริ่มให้การรักษา, ระดับบิลิรูบินสูงสุดขณะให้การรักษา และจำนวนวันรักษาในโรงพยาบาลจากการส่องไฟ ๒ แบบ ในทารก ๕๐๘ ราย

ตัวแปร	แบบการส่องไฟ	จำนวนทารก (ราย)	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพี
ระดับบิลิรูบินที่เริ่มให้การ รักษา (มก./ดล.)	ไม่มีหลอดไฟสีฟ้า	๑๕๔*	๑๔.๘๕๕๓	๒.๘๑๔	๐.๑๒๔
	มีหลอดไฟสีฟ้า	๓๑๔	๑๔.๕๓๘๐	๒.๔๐๒	
ระดับบิลิรูบินสูงสุดขณะให้การ รักษา (มก./ดล.)	ไม่มีหลอดไฟสีฟ้า	๑๕๔*	๑๕.๗๕๑๖	๓.๒๒๓	๐.๐๐๔
	มีหลอดไฟสีฟ้า	๓๑๔	๑๕.๐๔๔๖	๒.๕๕๑	
ระยะเวลาที่รักษา (วัน)	ไม่มีหลอดไฟสีฟ้า	๑๕๔*	๒.๗๘	๒.๐๔๕	๐.๐๐๔
	มีหลอดไฟสีฟ้า	๓๑๔	๒.๓๑	๑.๕๑๓	

*ทารกได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือดเนื่องจากระดับบิลิรูบินสูงถึงระดับที่อาจเป็นอันตรายต่อเนื้อสมอง ๒ ราย

แต่ละกลุ่มอายุทั้ง ๓ กลุ่มและในกลุ่มทารกที่ศึกษาทั้งหมด. เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยเครื่องส่องไฟ ๒ แบบ โดยดูจากระดับบิลิรูบินในเลือดที่มีค่าสูงสุดขณะให้การรักษ และจำนวนวันนอนรักษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มอายุที่ ๑ และ ๓ (ค่าพี > ๐.๐๕). แต่ถ้าวัดเปรียบเทียบในกลุ่มที่ ๒ ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของทารกที่ทำการศึกษา และเปรียบเทียบการรักษาในทารกทั้งหมด พบว่าในกลุ่มที่รักษาด้วยเครื่องส่องไฟที่ไม่มีหลอดไฟสีฟ้ามีค่าบิลิรูบินสูงสุดขณะให้การรักษาส่งกว่า และจำนวนวันรักษาในโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มที่ใช้หลอดไฟสีฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี < ๐.๐๕). นอกจากนั้นในกลุ่มที่ไม่ใช้หลอดไฟสีฟ้ามี

ทารกที่ระดับบิลิรูบินสูงมาก อาจเกิดภัยอันตรายต่อเนื้อสมอง ต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือดถึง ๒ ราย.

วิจารณ์

ในการศึกษานี้มีทารกแรกคลอดภาวะเหลืองที่ต้องส่องไฟบำบัดร้อยละ ๑๓.๓๓. ส่วนใหญ่ได้รับการส่องไฟรักษาเมื่ออายุมากกว่า ๔๘-๗๒ ชั่วโมง ซึ่งมักเป็นเวลาที่ทารกได้กลับบ้านไปแล้ว. ดังนั้นจึงควรต้องให้คำแนะนำแก่มารดาและญาติในการเฝ้าสังเกตอาการตัวเหลืองอย่างต่อเนื่อง เพราะทารกอาจมีระดับความเหลืองถึงระดับผิดปกติได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงที่จะเหลืองมาก^(๔-๖) เช่น กลุ่มทารกที่มีน้ำหนัก

น้อยกว่าหรือมากกว่าอายุครรภ์, ทารกที่ยังดูนมได้น้อยแต่ญาติชอบนำกลับบ้านก่อน, รายที่มีประวัติการรักษากภาวะเหลืองในลูกคนก่อน ซึ่งควรมีการติดตามทารกกลุ่มเสี่ยงหลังจากให้กลับบ้านจนกระทั่งเป็นปกติ.

ในการรักษากภาวะตัวเหลืองจากการศึกษาที่พบว่าการใช้เครื่องส่องไฟที่มีหลอดไฟสีฟ้าในแผงไฟ ช่วยทำให้ระดับบิลิรูบินที่สูงสุดขณะรักษาต่ำกว่า และระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าการใช้เครื่องส่องไฟที่ไม่มีหลอดไฟสีฟ้าในแผงเลย. ผลคล้ายกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์สีฟ้าให้พลังงานแสงมากกว่าหลอดฟลูออเรสเซนต์สีขาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(๓). นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า การตอบสนองต่อการส่องไฟมีความสัมพันธ์กับขนาดของพลังงานแสง (dose-response relationship)^(๑๕). เมื่อบิลิรูบินดูดซับแสงได้มากจึงเปลี่ยนจากบิลิรูบินชนิดไม่ละลายน้ำไปเป็นชนิดละลายน้ำได้และถูกขับออกจากร่างกาย ทำให้ความเหลืองของทารกลดลงได้เร็ว. มีการศึกษาพบว่าพลังงานแสงเพิ่มตามจำนวนหลอดฟลูออเรสเซนต์สีฟ้า แต่การเพิ่มจำนวนหลอดไฟสีฟ้ามากหลอดอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดศีรษะได้^(๑๖) และการสังเกตอาการผิวเขียว (cyanosis) ในทารกอาจไม่สะดวก และพลังงานแสงที่มากกว่า ๕๐ ไมโครวัตต์/ตร. ซม./นาโนเมตรไม่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการลด บิลิรูบินในเลือดได้^(๑๗) จึงแนะนำให้ใช้หลอดไฟฟลูออเรสเซนต์สีฟ้าไม่เกิน ๓ หลอด^(๑๖) ในการส่องไฟรักษากภาวะตัวเหลืองในทารกแรกคลอดเพื่อให้ประสิทธิภาพของการรักษาดีที่สุด. นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงชนิดของหลอดไฟที่ใช้ในแผงไฟแล้วยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ อีก ได้แก่ ควรให้ระยะระหว่างทารกและไฟห่างกันไม่เกิน ๓๐ เซนติเมตร เพราะความเข้มแสงแปรผกผันกับระยะห่างระหว่างหลอดไฟกับที่ทารกนอน^(๑๖). แต่ถ้าทารกอยู่ใกล้หลอดไฟเกินไปจะทำให้ทารกมีอุณหภูมิกายเพิ่ม ทารกจะมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มและการสูญเสียน้ำทางผิวหนังมากขึ้นอาจทำให้ทารกซึม หมดสติ และชักได้^(๑๘). การนับอายุการใช้งานของหลอดไฟไม่ควรใช้เกิน ๒,๐๐๐ ชั่วโมงเพราะที่ ๒,๐๐๐ ชั่วโมงพลังงานแสงลดลงร้อยละ ๓๗^(๑๖) ซึ่งผลในการลดบิลิรูบินจะลดลง. การกันผ้าสี

ขาวรอบบริเวณที่ส่องไฟโดยให้ติดผ้าจากขอบโคมไฟลงไปถึงระดับพื้นที่ทารกนอนช่วยลดการกระจายแสง ทำให้เพิ่มพลังงานแสงได้^(๑๖). นอกจากนั้นขณะให้การส่องไฟควรถอดเสื้อผ้าทารกออกใส่เพียงผ้าอ้อมเล็ก ๆ เพื่อให้พื้นที่ผิวกายรับแสงได้เต็มที่ ต้องดูแลให้ทารกได้รับสารอาหารอย่างพอเพียง ปิดตาทารกเพื่อป้องกันแสงทำอันตรายต่อตา. แผ่นปิดตาต้องไม่กดแน่นจนเกิดอันตรายต่อตา หรือหลวมเกินไปทำให้ทารกลืมหายไปได้แผ่นปิดตาทำให้เกิดแผลที่กระจกตาได้^(๔) มีพลาสติกใสกั้นระหว่างหลอดไฟและทารกเพื่อป้องกันหลอดไฟตกใส่ทารก. การส่องไฟนี้ไม่ควรใช้กับทารกที่เป็นโรคตับ หรือมีการอุดตันของทางเดินน้ำดี.

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจึงมีข้อจำกัดของข้อมูลที่ไม่สามารถบอกจำนวนหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์สีฟ้าที่ทารกได้รับว่าเป็นจำนวน ๔ หรือ ๖ หลอดในแต่ละราย และไม่สามารถบอกเวลาของการส่องไฟเป็นจำนวนชั่วโมงที่แน่นอนได้จึงบอกเป็นช่วงอายุแทน. อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้บอกถึงภาพรวมของความแตกต่างในการรักษาทารกที่มีภาวะเหลืองโดยการใช้เครื่องส่องไฟที่มี และไม่มีหลอดไฟสีฟ้าได้ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ยืนยันถึงประสิทธิภาพของเครื่องส่องไฟที่แผงไฟมีหลอดฟลูออเรสเซนต์สีฟ้าว่าสามารถลดระดับบิลิรูบินในเลือดได้เหนือกว่าเครื่องส่องไฟที่มีหลอดฟลูออเรสเซนต์สีขาวเพียงอย่างเดียว เป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการด้านเครื่องมือที่ใช้รักษาทารกแรกคลอดที่มีภาวะเหลืองให้มีประสิทธิภาพ ทารกได้กลับบ้านเร็วขึ้น ลดโอกาสเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลทารก มารดาคลายความวิตกกังวลและส่งผลให้มีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้นด้วย.

กิตติกรรมประกาศ

เจ้าหน้าที่ห้องคลอด งานเวชระเบียน งานสารสนเทศ
อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล. คุณเจนจิรา รังาม และ
คุณพิชัย สุขสบาย ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล. คุณวีรดา-คุณวรรณ
วิมล-คุณวิชชา ลัทยาภูมิพงศ์ ช่วยพิมพ์ต้นฉบับ.



เอกสารอ้างอิง

๑. ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด : การดูแลรักษาและความคิดพลาดที่พบบ่อย. ใน: สุขชาติ เกิดผล, จรุงเจตศรีสุภาพ, อรุณี เจตศรีสุภาพ, อรรณพ ไซกกิจญโย, ณรงค์ เอื้อวิษญาแพทย์ (บรรณาธิการ). กุมารเวชศาสตร์ทันสมัย. พิมพ์ครั้งที่ ๑. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; ๒๕๔๗. หน้า ๒๓๕-๔๗.

๒. Kivlahan C, James EJ. The natural history of neonatal jaundice. *Pediatrics* 1984;74:362-70.

๓. Melton K, Akinbi HT. Neonatal jaundice. Strategies to reduce bilirubin-induced complications. *Postgrad Med* 1999;106:167-8.

๔. Stoll BJ, Kliegman RM. Jaundice and hyperbilirubinemia in the newborn. In : Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 592-9.

๕. Dennery PA, Seidman DS, Stevenson DK. Neonatal hyperbilirubinemia. *N Engl J Med* 2001;344:581-90.

๖. Clemons RM. Issues in newborn care. *Prim Care* 2000;27:251-67.

๗. Cremer RJ, Perryman PW, Richards DH. Influence of light on the hyperbilirubinemia of infants. *Lancet* 1985;1:1094-7.

๘. Granati B, Largajolly G, Rubaltelli FF. Efficacy and safety of the "integral" phototherapy for neonatal hyperbilirubinemia : results of a follow-up at six years of age. *Clin Pediatr* 1984;23:483-6.

๙. Maisels MJ. Jaundice. In: Avery GB, Fletcher MA, Mac Donald MG, editors. *Neonatology*. 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1994. p. 630-724.

๑๐. เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์, วัฒนา เลี้ยววัฒนา, เชิดศักดิ์ ชีระบุตร, สุทธิจิรี เกียรติวิชัย. ภาวะไร้เชื้อและเวลาการเก็บเลือดจากรกของทารกที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอด. *สารศิริราช* ๒๕๓๗;๔๖:๘๗๑-๖.

๑๑. เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์, ประเสริฐ เสริมสุข, วัฒนา เลี้ยววัฒนา, สุทธิจิรี เกียรติวิชัย. ประสิทธิภาพของเครื่องอุ่นเลือดศิริราชในการอุ่นเลือด. *สารศิริราช* ๒๕๓๗;๔๖:๒๖๓-๕.

๑๒. Jackson JC. Adverse events associated with exchange transfusion in healthy and ill newborns. *Pediatrics* 1997;99:E7.

๑๓. Tan KL. Efficacy of fluorescent daylight, blue, and green lamps in the management of nonhemolytic hyperbilirubinemia. *J Pediatr* 1989;114:132-7.

๑๔. American Academy of Pediatrics Subcommittee on neonatal hyperbilirubinemia. Jaundice and kernicterus. *Pediatrics* 2001;108:763-5.

๑๕. Tan KL. The nature of dose-response relationship of phototherapy for neonatal hyperbilirubinemia. *J Pediatr* 1977;90:448-52.

๑๖. เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์, วิภา จิระแพทย์. การวัดพลังงานแสงและผลต่ออุณหภูมิสิ่งแวดล้อมของเครื่องส่องไฟสำหรับภาวะตัวเหลือง - ศิริราช. *สารศิริราช* ๒๕๔๐;๔๙:๑๒๓-๕.

๑๗. Tan KL. The pattern of bilirubin response to phototherapy for neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatr Res* 1982;16:670-4.

๑๘. เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์. การดูแลระบบการหายใจในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; ๒๕๓๖. หน้า ๖๓-๕.

ทารกแรกเกิด หมายถึงมนุษย์ที่เกิดมีชีวิตในครรภ์มารดา ซึ่งจะเจริญต่อไปในครรภ์มารดาจนคลอด. แต่คำทารกหมายถึงเด็กที่คลอดออกจากครรภ์มารดาแล้ว. ดังนั้นในความหมายของมนุษย์แรกเกิดมีชีวิตในครรภ์มารดา จึงควรใช้ว่า "มนุษย์แรกเกิด" หรือ "ตัวอ่อนแรกเกิด (*newly born embryo*)".

ทารกแรกคลอด หมายถึง เด็กที่เพิ่งคลอดออกจากครรภ์มารดา.

(ดัดแปลงจาก ทารกแรกเกิด/ ทารกแรกคลอด ในธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๔๘; ๖:๑๓๓)

ผลการจัดตั้งคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

วิโรจน์ วิโรจน์วัน*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๔๕ - กันยายน ๒๕๕๐. วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test.

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจรักษาที่คลินิกทั้งหมด ๒๒๘ คน เป็นชายร้อยละ ๕๔.๔ และหญิงร้อยละ ๔๕.๖, อายุเฉลี่ย ๓๕.๕ ปี, จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ ๗๒.๓, ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมร้อยละ ๗๓.๐, มีความเสี่ยงการติดเชื้อโดยมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศ ร้อยละ ๕๓.๐. เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มใช้ยาต้านเอชไอวี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๓๕) แต่ค่ามัธยฐานของระยะเวลา (เดือน) ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีจนกระทั่งได้รับยาต้านเอชไอวี ไม่มีความแตกต่างโดยนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๑๑๓). ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ และ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ ใช้ยาสูตร Nevirapine + Lamivudine + Stavudine มากที่สุด (ร้อยละ ๗๕.๘). การตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวีในทุกสูตรยาร้อยละ ๘๑.๗ เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานของระยะเวลา (เดือน) ที่ใช้ในการตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวี ตามจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี = ๐.๐๘๘). ผู้ป่วยรายเก่ามีแนวโน้มให้ญาติมารับยาแทนมากขึ้น. วันมโรคปอดเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด. ผลข้างเคียงของการใช้ยาต้านเอชไอวีได้แก่ ผื่นผิวหนัง, ปลายประสาทอักเสบ และแก้มตอบ. ผลการศึกษาแสดงว่าการเข้าถึงยาต้านเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวียังล่าช้า. เมื่อพิจารณาจากค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวียังต่ำกว่า ๑๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร เมื่อมีการตอบสนองต่อยาต้านไวรัสเอชไอวี แล้วมีอาการดีขึ้น. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มไปทำงานต่างพื้นที่ และให้ญาติมารับยาแทนบ่อยขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อความสม่ำเสมอของการได้รับยาต้านเอชไอวี และเกิดการดื้อยาได้ในที่สุด.

คำสำคัญ: คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ยาต้านเอชไอวี, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

Abstract

Outcome of Having an HIV Clinic in Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province

Viroth Virothanawat*

*Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province

A clinic for HIV-infected patients was set up at the Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province in October 2002. This study was conducted during the period from October 2002 through September 2007 to collect clinical as well as adminis-

*โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร



trative data from the outpatient and inpatient medical records of all HIV patients who attended the Clinic during the period October 2002 to September 2007. Descriptive data, i.e., frequency, percentage, means and standard deviation, median, minimum and maximum values, derived from the use of the Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test were obtained.

The results showed that the HIV-infected patients were 54.4 percent male and 45.6 percent female, their average age 35.5 years, education status 72.3 percent primary school, agriculture 73 percent, and heterosexual infection risk 93 percent. There were significant differences in the median amounts of CD4 when they started taking anti-HIV drugs (p value= 0.035). There was no statistically significant difference in the median duration from contracting HIV infection to the treatment period (p = 0.113). The most common drug regimen used was Nevirapine, Lamivudine and Stavudine during the periods 2002-2004 and 2005-2007 (75.8%), and the response rate was 81.7 percent. There was no statistically significant difference in median duration of response to anti-HIV drugs depending on the amount of CD4 (p= 0.088). Side effects of anti-HIV drugs included skin rashes, neuritis and cheek lipoatrophy. The most common of the opportunistic infections was pulmonary tuberculosis. The initial time to receive drugs was quite delayed when a CD4 level of lower than 100 cells/ml was used as an indicator. When acute symptoms subsided, the majority of patients moved to new working areas and received drugs via relatives. The result was inconsistent taking of drugs and drug resistance usually developed thereafter. In such a context, the author has suggested that HIV patients should be given information about opportunistic infection and CD4 levels. Regular care and medications for the patients would be effective if high-quality networks are set up. Finally, it is important to pursue the cooperation of organizations offering work and proper income for the patients after their condition has been improved by treatment with anti-HIV drugs.

Key words: HIV Clinic, anti-HIV regimen, Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย. องค์การอนามัยโลกรายงานว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๙ มีประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีและป่วย ๓๙.๕ ล้านคน และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนโรคนี้ถึง ๒.๙ ล้านคน^(๑). ในประเทศไทยมีรายงานจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขว่ามีประชาชนคนไทยที่ป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี ๓๐๙,๖๕๓ คน และได้เสียชีวิตไปแล้วถึง ๘๕,๘๗๐ คน^(๒). โดยทั่วไปทราบกันว่ายาต้านเอชไอวีสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและชะลอการดำเนินโรคได้ แต่ก็มีผู้ได้รับยาต้านเอชไอวีเพียง ๑๑,๕๒๐ รายเท่านั้น^(๓).

อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร มีประชากร ๑๔๗,๒๑๘ คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีฐานะยากจน. เมื่อเสร็จสิ้นจากฤดูทำนา มักอพยพไป

ทำงานรับจ้างต่างถิ่นทั้งชั่วคราวและกึ่งถาวร ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะทางเพศสัมพันธ์. จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครจนถึงปัจจุบันพบว่า จังหวัดสกลนครมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี ๒,๘๕๙ คน ซึ่งน่าจะน้อยกว่าความเป็นจริงอยู่มาก เนื่องจากผู้ป่วยเอชไอวียังมีความกลัวและความอายจากการถูกรังเกียจ จึงจะเข้ารับบริการสาธารณสุขก็ต่อเมื่อมีอาการมากและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงแล้ว. ส่วนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางคนที่ตนเองอาจไม่ทราบว่าเป็นโรค คาดว่ายังมีอีกเป็นจำนวนมาก. ดังนั้นเมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการนำร่องการเข้าถึงยาต้านเอชไอวี ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จึงจัดตั้งคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม ๒๕๔๕ โดยจัดบริการให้คำปรึกษา, ตรวจร่างกาย, เยี่ยมบ้าน, เจาะเลือดตรวจปริมาณเม็ดเลือด

ชาวซีดี๔ และจ่ายยาต้านเอชไอวีเมื่อมีข้อบ่งชี้. ในระยะแรกใช้ยาอยู่ ๓ สูตร. ยาสูตรที่ ๑ ประกอบด้วย Nevirapine (NVP), Lamivudine (3TC) และ Stavudine (D4T), ยาสูตรที่ ๒ ประกอบด้วย Efavirenz (EFV), Lamivudine (3TC) และ Stavudine (D4T), และยาสูตรที่ ๓ ประกอบด้วย Indinavir/Ritonavir (IDV/RTV), Lamivudine (3TC) และ Stavudine (D4T).

ต่อมาเมื่อมีโครงการ NAPHA (National access to care for people living with HIV/AIDS) พ.ศ. ๒๕๔๖ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้สิทธิการเข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ ตลอดจนเริ่มจัดให้มีบริการตรวจหาจำนวนเชื้อไวรัสและการดื้อยา. ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้ปรับสูตรยาเพิ่มขึ้นอีกหลายสูตรเพื่อปรับเปลี่ยนยากรณีผู้ป่วยทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้หรือเกิดการดื้อยา.

คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินได้ดำเนินงานมาเป็นเวลากว่า ๕ ปี โดยมีเป้าหมายที่จะเพิ่มโอกาสเข้าถึงยาต้านเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนโรคและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอชไอวี. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานของคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินไว้เป็นหลักฐานประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย.

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาข้อมูลย้อนกลับจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มารับบริการที่คลินิกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๕ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ ถึง ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๐. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาแจ้งจำนวน, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่ามัธยฐาน, ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด; เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยใช้สถิติ Mann-Whitney U

test และ Kruskal-Wallis test.

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ข้อบ่งชี้ในการรับยาต้านเอชไอวี ได้แก่ ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเอชไอวีระยะเอดส์ไม่ว่าจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เท่าใดก็ตาม, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการหนึ่งใดต่อไปนี้ เช่น มีรอยโรคเชื้อราในปาก, ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ, ตุ่มคันที่ตัวไม่ทราบสาเหตุ, อุจจาระร่วงเรื้อรังที่สาเหตุไม่ได้นานกว่า ๑๔ วัน, หรือน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ ๑๕ ในเวลา ๓ เดือน, และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ น้อยกว่า ๑๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร^(๔).

การตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวี หมายถึงมีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร ร่วมกับมีอาการดีขึ้น คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น, กินอาหารได้ดี, ไม่มีไข้, ไม่มีอาการท้องเสียเรื้อรัง.

การไม่ตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวี หมายถึงมีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ น้อยกว่า ๒๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร และ/หรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส.

สงสัยดื้อยาต้านเอชไอวี หมายถึงค่าซีดี๔ ลดลงร้อยละ ๓๐ จากค่าสูงสุด ๒ ครั้งติดต่อกัน.

การรับยาด้วยตัวเองสม่ำเสมอ หมายถึงการรับยาด้วยตัวเองตรงตามนัดหรือก่อนนัดหรือหลังนัดไม่เกิน ๗ วัน.

การรับยาแทน หมายถึงผู้ป่วยมอบหมายให้ตัวแทนมารับยาแทนอย่างน้อย ๑ ครั้งใน ๑ ปีโดยตรงตามนัดหรือก่อนนัดหรือหลังนัดไม่เกิน ๗ วัน.

การรับยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการรักษา หมายถึง การรับยาเกินกำหนดและไม่ได้กินยานานมากกว่า ๗ วัน หรือขาดการติดต่อดูแลตามไม่ได้เกิน ๗ วัน.

ผลการศึกษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๔๕ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๐ จำนวน ๒๒๘ คน เป็นชาย ๑๒๔ คน (ร้อยละ ๕๔.๔) และหญิง ๑๐๔ คน (ร้อยละ ๔๕.๖),



อายุ ๖-๗๖ ปี ค่ามัธยฐาน ๓๖ ปี ค่าเฉลี่ย ๓๕.๕ ± ๘.๔ ปี, ส่วนใหญ่ ๒๑๔ คน (ร้อยละ ๙๓.๙) มีอายุ ๑๕-๕๐ ปี; ผู้ป่วย ๑๕๙ คน (ร้อยละ ๗๒.๓) เรียนจบชั้นประถมศึกษา, ๕๒ คน (ร้อยละ ๒๓.๖) เรียนจบมัธยมศึกษา, มีเพียง ๘ คน (ร้อยละ ๓.๖) จบระดับอุดมศึกษา และ ๑ คน (ร้อยละ ๐.๕) ไม่ได้เรียนหนังสือ; ผู้ป่วย ๑๖๕ คน (ร้อยละ ๗๗) มีอาชีพเกษตรกรกรรม และ ๔๐ คน (ร้อยละ ๑๗.๗) อาชีพรับจ้าง; ๒๑๒ คน (ร้อยละ ๙๓) มีความเสี่ยงติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศ, ๖ คน (ร้อยละ ๒.๖) มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน, ๔ คน (ร้อยละ ๑.๘) ได้รับเชื้อจากฉีดยาเสพติด และ ๖ คน (ร้อยละ ๒.๖) จากมารดาสู่ทารก.

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิก ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๔๕ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๐ มีทั้งหมด ๒๒๘ ราย เป็นผู้ป่วยเก่า ๑๗๘ ราย และผู้ป่วยใหม่ ๕๐ ราย.

ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ กับ ๒๕๔๘-๒๕๕๐ แสดงในตารางที่ ๑ พบว่าเมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๓๕).

ตารางที่ ๒ แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานของระยะเวลา (เดือน) ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีจนกระทั่งได้รับยาต้านเอชไอวี พบว่าไม่มีความแตกต่างสำคัญโดยนัยสถิติ (ค่าพี ๐.๐๑๑๓).

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเอชไอวีอย่างน้อย ๖ เดือนพบว่า ๑๓๔ ราย (ร้อยละ ๗๐.๙) มีการตอบสนองต่อยา (เม็ดเลือดขาวซีดี๔ มากกว่า ๒๐๐ เซลล์/มล.) และ ๓๐ รายไม่ตอบสนองต่อยา (เม็ดเลือดขาวซีดี๔ ยังคงน้อยกว่า ๒๐๐ เซลล์/มล.).

ผู้ป่วยอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับยาต้านเอชไอวีอย่างน้อย ๖ เดือน ๖ คน มีผู้ตอบสนองต่อยา ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๗.

สูตรยาต้านเอชไอวีที่ใช้มากที่สุด (ร้อยละ ๗๕.๘) คือ Nevirapine, Lamivudine, Stavudine ตามแผนภูมิที่ ๑ (รูปที่ ๑).

สูตร ๑ = Nevirapine (NVP), Lamivudine (3TC), Stavudine (D4T)

สูตร ๒ = Efavirenz (EFV), Lamivudine (3TC), Stavudine (D4T)

ตารางที่ ๑ ความแตกต่างค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวี ใน พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ กับ ๒๕๔๘-๒๕๕๐

พ.ศ.	ราย	มัธยฐาน	Interquartile Range	Sum of Ranks	ค่าพี*
๒๕๔๕-๒๕๔๗	๗๓	๒๕.๐	๕๐.๕๐	๖,๐๕๕.๐	๐.๐๓๕
๒๕๔๘-๒๕๕๐	๑๑๔	๔๕.๐	๑๐๑.๕๐	๑๑,๔๗๕.๐	

*Mann-Whitney U test

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานของระยะเวลา (เดือน) ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีจนกระทั่งได้รับยาต้านเอชไอวี ใน พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ กับ ๒๕๔๘-๒๕๕๐

พ.ศ.	ราย	มัธยฐาน	Interquartile Range	Sum of Ranks	ค่าพี*
๒๕๔๕-๒๕๔๗	๗๓	๕.๐	๑๘.๔๘	๘,๑๕๘.๐	๐.๑๑๓
๒๕๔๘-๒๕๕๐	๑๑๕	๓.๕๖	๒๕.๐๔	๑๑,๑๐๘.๐	

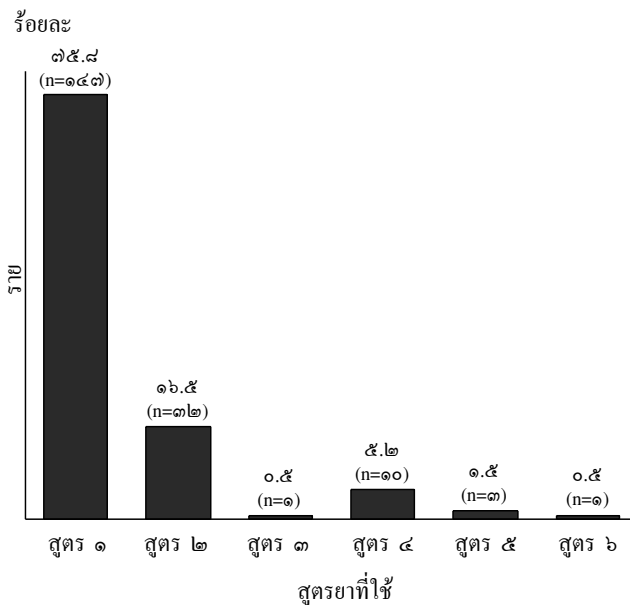
*Mann-Whitney U test

สูตร ๓ = Indinavir/Ritonavir (IDV/RTV), Lamivudine (3TC), Nevirapine (NVP)

สูตร ๔ = Zidovudine (AZT), Lamivudine (3TC), Nevirapine (NVP)

สูตร ๕ = Zidovudine (AZT), Lamivudine (3TC), Efavirenz (EFV)

สูตร ๖ = Tenofovir (TFR), Zidovudine (AZT), Lamivudine (3TC), Indinavir/Ritonavir (IDV/RTV)



แผนภูมิที่ ๑ สูตรยาด้านเอชไอวี ที่ใช้ใน พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐

ในการรักษาผู้ป่วยเอชไอวีด้วยยาต้านเอชไอวี ผู้ป่วย ๑๗๘ คน (ร้อยละ ๗๕.๑) รับประทานโดยไม่ได้เปลี่ยนยาเลย, ๒๔ คน (ร้อยละ ๑๖) เปลี่ยนยา ๑ ครั้ง, และ ๑ คน (ร้อยละ ๐.๕) เปลี่ยนยามากกว่า ๑ ครั้ง.

อัตราการตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวีร้อยละ ๘๑.๗ จากจำนวนผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ๑๖๔ คน, สงสัยมีการติดต่อยาต้านไวรัสเอชไอวี ๓ คน (ร้อยละ ๑.๘). ผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี ที่พบได้แก่ ผื่นจากยา Nevirapine ๕ คน (ร้อยละ ๓.๑) ได้รับการเปลี่ยนสูตรยาทั้งหมด โดยใช้ Efavirenz, ปลายประสาทอักเสบจากยา Stavudine ๓ คน (ร้อยละ ๑๘.๕) ได้รับการเปลี่ยนสูตรยาทั้งหมด โดยใช้ Zidovudine, แก้มตอ (lipoatrophy) ๙ คน (ร้อยละ ๕.๕) ได้รับการเปลี่ยนสูตรยา ๗ คน โดยใช้ Zidovudine, ไม่พบการทำงานของตับผิดปกติอย่างมา (ALT, AST มากกว่า ๓ เท่าของค่าปกติ) จนต้องเปลี่ยนสูตรยา.

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานของระยะเวลา (เดือน) ที่ใช้ในการตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวีตามจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยา พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๘๘) ดังแสดงในตารางที่ ๓.

ในผู้ป่วยรายใหม่พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับยาด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมีจำนวนมากที่สุดอาจจะเป็นเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยมีความตระหนักเกี่ยวกับอาการและโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ดังแสดงในตารางที่ ๔.

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบแสดงในตารางที่ ๕.

พบ Immune Reconstituion Inflammatory Syn-

ตารางที่ ๓ ความแตกต่างค่ามัธยฐานระยะเวลา (เดือน) ที่ใช้ในการตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวี ตามจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มใช้ยา

ซีดี๔ (เซลล์/มล.)	ราย	มัธยฐาน	Interquartile Range	ไข-สแควร์	ค่าพี*
น้อยกว่า ๕๐	๖๕	๑๑.๖๓	๑๒.๕๑	๔.๘๕๗	๐.๐๘๘
๕๐ - ๙๙	๒๘	๖.๖๔	๖.๓๑		
๑๐๐ - ๑๕๙	๓๘	๖.๗๗	๔.๕๗		

*Kruskal-Wallis test



ตารางที่ ๔ ความสม่ำเสมอของการมารับยาต้านเอชไอวี ตามประเภทผู้ป่วย

พ.ศ.	รายใหม่ คน (ร้อยละ)			รายเก่า คน (ร้อยละ)		
	การรับยา ด้วยตนเอง สม่ำเสมอ	การรับ ยาแทน	การรับยา ไม่สม่ำเสมอ, ขาดการรักษา	การรับยา ด้วยตนเอง สม่ำเสมอ	การรับ ยาแทน	การรับยา ไม่สม่ำเสมอ, ขาดการรักษา
๒๕๔๕	๑๔ (๖.๘)	๑ (๐.๕)	—	—	—	—
๒๕๔๖	๑๗ (๘.๒)	๑ (๐.๕)	—	๑๔ (๓.๖)	๑ (๐.๒)	—
๒๕๔๗	๓๕ (๑๘.๕)	๓ (๑.๕)	๒ (๑.๐)	๓๒ (๘.๓)	๑ (๐.๒)	—
๒๕๔๘	๔๓ (๒๐.๕)	๖ (๒.๕)	๑ (๐.๕)	๕๕ (๑๔.๓)	๑๖ (๔.๕)	๑ (๐.๒)
๒๕๔๙	๒๔ (๑๑.๖)	๘ (๓.๕)	—	๘๐ (๒๐.๘)	๓๖ (๙.๓)	๒ (๐.๕)
๒๕๕๐	๔๖ (๒๒.๓)	—	๑ (๐.๕)	๑๐๕ (๒๗.๒)	๔๒ (๑๐.๕)	—

ตารางที่ ๕ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบ ตามระยะเวลาที่ได้รับยาต้านเอชไอวี

โรค	ระยะเวลาที่ได้รับยา	
	น้อยกว่า ๖ เดือน (คน/ครั้ง)	๖ เดือนขึ้นไป (คน/ครั้ง)
ปอดอักเสบป็นิวโมค็อกคัส แครินิไอ	๑/๑	๑/๑
เชื้อหูดสมองอักเสบคริปโตคอกคัส	๓/๓	๒/๒
วัณโรคปอด	๑๕/๑๕	๐
วัณโรคแพร่กระจาย, วัณโรคต่อมน้ำเหลือง, วัณโรคกระดูก, วัณโรคผิวหนัง	๘/๘	๒/๒
จอตาอักเสบคัยโทเมกาโลไวรัส	๒/๒	๐
รวม	๓๓/๓๓	๕/๕

drome (IRIS) ๑ ราย จาก *Cryptococcal neoformans* คิดเป็นร้อยละ ๐.๖

วิจารณ์

ผู้ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ป่วยชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย มีอายุเฉลี่ย ๓๕ ปี และพบความเสี่ยงส่วนมากคือมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวี มาสู่ครอบครัวในวัยทำงานมากขึ้น. แม้ว่าจำนวนผู้ได้รับยาต้านเอชไอวีมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ

ในแต่ละปี ซึ่งน่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยเข้าถึงยาต้านเอชไอวีดีขึ้น. จากค่ามัธยฐานจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวีในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ กับช่วง พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ ที่ยังต่ำกว่า ๑๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร ทำให้มีความเสี่ยงการติดเชื้อฉวยโอกาสสูง และระยะเวลาที่ทราบว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจนกระทั่งได้รับยาต้านเอชไอวีในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ กับ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ ที่ค่อนข้างสั้น ไม่ถึง ๑ ปี แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมักจะรอจนมีอาการมากแล้ว หรือไม่ได้รับคำแนะนำให้ตรวจติดตามดูจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ อย่างต่อเนื่องทุก ๖

เดือน จึงทำให้ค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวี ยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่า ๑๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร ซึ่งจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มใช้ยาต้านเอชไอวีเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วย^(๕).

อัตราการตอบสนองยาต้านเอชไอวีทุกสูตรยาเท่ากับ ร้อยละ ๘๑.๗. ผู้ป่วยอายุมากกว่า ๕๐ ปี มีการตอบสนอง ยาต้านเอชไอวี ร้อยละ ๖๖.๗ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมนึก สังฆานภาพ, วีรวัฒน์ มโนสุทธิ และศศิโสภิณ เกียรติ-บุรณกุล^(๖) ที่แสดงว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ๕๐ ปี ถึงแม้จะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์การเสียชีวิต^(๗) แต่ก็ยังมี การตอบสนอง และการทนยาต้านเอชไอวีได้ดี. ผู้ป่วย ๕ รายจากที่เสียชีวิต ๖ ราย มีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวี ต่ำกว่า ๕๐ เซลล์/มิลลิลิตร และเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แสดงถึงความสำคัญของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อการพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วย^(๘). สูตรยาต้านเอชไอวี ที่ใช้มากที่สุด (ร้อยละ ๗๕.๘) คือ Nevirapine (NVP), Lamivudine (3TC), Stavudine (D4T) ซึ่งมีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัย และราคาไม่แพง^(๙,๑๐). ในการศึกษา นี้ พบผู้ป่วยได้ยาต้านเอชไอวีทุกสูตรโดยไม่เปลี่ยนสูตรยาเลย ร้อยละ ๗๘.๑. ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านเอชไอวีจนต้องเปลี่ยนสูตรยา ได้แก่ ออกผื่น ๕ ราย (ร้อยละ ๓.๑), ปลายประสาทอักเสบ ๓ ราย (ร้อยละ ๑๒.๕), แอ้มตอบ ๙ ราย (ร้อยละ ๔.๙) ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของสุพจน์ ภูเกล้าวัน, ศิริวิทย์ อัศววัฒน์ และชิตธรินทร์ นิยมไทย ที่โรงพยาบาล กระบี่^(๑๑) ที่พบผื่นผิวหนังร้อยละ ๑๕.๘, ปลายประสาทอักเสบ ร้อยละ ๔.๔ และภาวะไขมันสะสมผิดปกติที่ร้อยละ ๑.๘. ในการศึกษา นี้พบผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อยาต้านเอชไอวี ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๘ เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลกระบี่ร้อยละ ๑.๗^(๑๒). ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบสนองยาต้านเอชไอวี (เดือน) ตามค่ามัธยฐาน จำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวี ทั้ง ๓ กลุ่ม ในตารางที่ ๖ ไม่พบความแตกต่างสำคัญทางสถิติ โดยใช้เวลาเฉลี่ยตั้งแต่ ๖.๖๔ ถึง ๑๑.๖๓ เดือน แสดงให้เห็นว่าการรักษา และป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส, การให้กำลังใจและกระตุ้น ให้ผู้ป่วยรับประทานเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยทุกกลุ่ม

ของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยา ตอบสนองต่อยาได้ ดีพอ กัน ซึ่งตรงกันกับการศึกษาของธีรพล สุขมาก, อารีย์ สุภาวงศ์, เพียงใจ ตันตชน และศุภลักษณ์ จิตนาธรรม^(๑๑). ผู้ได้รับยาต้านเอชไอวี และมีอาการดีขึ้น มีแนวโน้มที่จะให้ญาติ มารับยาแทนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี เนื่องจากการไปทำงาน รับจ้างต่างพื้นที่เพื่อการเลี้ยงชีพ ทำให้มีโอกาสที่จะขาดการ รักษาและซื้อตัวยาได้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นปัญหาในอนาคต. ทั้งนี้ควรจะต้องเตรียมหาวิธีการประเมินการรับยาต้านเอชไอวี อย่างมีประสิทธิภาพร่วมด้วย^(๑๒). ในการศึกษา นี้พบโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาสที่พบมากที่สุดคือ วัณโรคปอด, รองลงมาคือวัณโรค ระบบอื่น ๆ และเชื้อราในสมอง เกือบทั้งหมดพบภายใน ๖ เดือน ของการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ส่วนน้อยเพียง ๕ ราย ที่ยังคงพบหลังจากได้รับยามากกว่า ๖ เดือนไปแล้ว. ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวี ต่ำมาก หลังได้ยาต้านเอชไอวี ครบ ๖ เดือน จำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ จึงยังต่ำกว่า ๒๐๐ เซลล์/มิลลิลิตรอยู่ ทำให้ยังคงมีความเสี่ยง โรคติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่อีก. ผู้ป่วย ๑ ราย ได้รับการวินิจฉัย IRIS คิดเป็นร้อยละ ๐.๖ ซึ่งในบางการศึกษาพบได้ถึงร้อยละ ๓๑.๗^(๑๓) และบางรายงานพบว่าเกิด IRIS จากเชื้อ *คริปโตคอก คัสส์นีโอฟอร์แมนส์* สูงถึงร้อยละ ๓๐^(๑๔). การที่มีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละการศึกษาอาจเนื่องจากความรู้ และการนึกถึงในการวินิจฉัยของผู้ให้บริการต่างกัน. มีรายงานว่าภาวะ IRIS จะพบน้อยลงเมื่อจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ หลังได้รับยา ต้านเอชไอวี สูงกว่า ๒๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร^(๑๓,๑๕).

สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเอชไอวีที่คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอสว่างแดนดิน มีค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวีในระดับต่ำกว่า ๑๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร ทำให้มีความเสี่ยงโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และเสียชีวิตระหว่างการรักษา. ผู้ป่วยมีการตอบสนองยาต้านเอชไอวี ดี ผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวีอยู่ในเกณฑ์ต่ำ. ผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาและป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสตลอดจนได้รับยาต้าน เอชไอวี อย่างสม่ำเสมอ มีการตอบสนองยาได้ดี ถึงแม้ระดับ



เม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มได้ยาจะต่ำ. ผู้ป่วยรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นหลังตอบสนองต่อยา มีแนวโน้มที่จะให้ญาติมารับยาแทนมากขึ้น. การไปทำงานรับจ้างต่างพื้นที่ ทำให้มีโอกาสได้รับยาไม่สม่ำเสมอ และดื้อยาได้.

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าควรให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสและความสำคัญของการติดตามดูจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ อย่างต่อเนื่อง, มีการจัดระบบเครือข่ายส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้ผู้ที่ได้รับยาต้านเอชไอวีได้รับการดูแลและได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และควรมีการร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสร้างงาน และรายได้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการดีขึ้นหลังได้รับยาต้านเอชไอวี.

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. AIDS epidemic update, December 2006-WHO-OMS. [Online] 2007. Available from URL: <http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp>. Accessed August 12, 2007.
๒. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of HIV/AIDS patients. [Online] 2007. Available from URL: <http://www.epid.moph.go.th>. Accessed August 10, 2007.
๓. Bureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Infections, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report ART from MOPH. Online 2007. Available from URL: <http://www.aids-thai.org/arv03.html>. Accessed August 9, 2007.
๔. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ (บรรณาธิการ). แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทยปีพ.ศ. ๒๕๔๕. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: โรงพิมพ์การศาสนา; ๒๕๔๕.
๕. มานา คงพัฒนโยธิน, ประพันธ์ ภาณุภาค, เกียรติ รักรุ่งธรรม. ประโยชน์ของการใช้ยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่การตรวจหาปริมาณไวรัสยังอยู่ในขอบเขตที่จำกัด. วารสารโรคเอดส์ ๒๕๔๕;๑๘:๓๕-๔๑.

๖. สมนึก สังฆานภาพ, วีรวัฒน์ มโนสุทธิ, ศศิโสภิณ เกียรติบูรณกุล. The efficacy and tolerability of antiretroviral therapy in HIV-infected patients 50 years of age or older. Intern Med J Thail 2004;20:182-7.
๗. ทวีป กิตติยาภรณ์, สมสิทธิ์ ต้นสุกสวัสดิกุล, พงศวิภา โล่ห์สมบูรณ์, โกวิทย์ พรรณเชษฐ์, ชรนิศ แก้วกั้งवाल, ขวัญจิต ลิ้มปการชนรัตน์, และคณะ. Survival of AIDS patients in the emerging epidemic in Bangkok, Thailand. วารสารโรคเอดส์ ๒๕๓๕;๑๑:๗๗-๘๒.
๘. บุญรอด ประสิทธิผล, วณิชชา กิตติไกรศักดิ์, สุพักตร์ วานิชเสนี, จิตชูปัญญา, ฟิลิป เอ มอก, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, และคณะ. การประเมินค่าใช้จ่ายในการใช้ยาต้านไวรัสสูตรยาสามขนานบางสูตรโดยกำหนดเกณฑ์การเริ่มใช้ยาที่ระดับของเซลล์เม็ดเลือดขาวซีดี๔ ที่ต่างๆ กัน. วารสารโรคเอดส์ ๒๕๔๕;๑๔:๘๐-๘๒.
๙. ถนอมศักดิ์ เอนกธนานนท์, วินัย รัตนสุวรรณ, วิชัย เตชะสาธิต, อารีเอื้อสนใจ, สุรพล สุวรรณกุล. Safety and efficacy of a simplified fixed-dose combination of stavudine, lamivudine and nevirapine (GPO-VIR) for the treatment of advanced HIV-infected patients : a 24-week study. จพสท ๒๕๔๗;๘๗:๖๐-๗.
๑๐. สุพจน์ ภูเก้าล้วน, ศิริวิทย์ อัสวีวงศ์, ชิดชนินทร์ นิยมไทย. ผลของระดับ CD4 ก่อนการเริ่มรับยาต้านไวรัสสูตรผสม (GPO-vir) สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลกระบี่. วารสารวิชาการแพทย์ เขต ๑๕, ๑๗ ๒๕๔๕;๒๐:๘๒-๘๖.
๑๑. ชีรพล สุขมาก, อารีย์ สุภาวงศ์, เพียงใจ ตัฒชาน, สุกัลกษณ์ จิตนาธรรม. ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลทุ่งสง. วารสารโรคเอดส์ ๒๕๔๘;๑๗:๖๐-๗๒.
๑๒. ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล, โอภาส การย์กวินพงศ์, พลสินธุ์ นาควิเชียร, สมบัติ แทนประเสริฐสุข. ผลการใช้เครื่องมือวัดการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในประเทศไทย. วารสารโรคเอดส์ ๒๕๕๐;๑๕:๑๔๑-๕๔.
๑๓. Shelburne SA, Visnegarwala F, Darcourt J, Graviss EA, Giordano TP, White AC Jr, et al. Incidence and risk factors for immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS) during highly active antiretroviral therapy. AIDS 2005;19:399-406.
๑๔. Shelburne SA 3rd, Darcourt J, White AC Jr, Greenberg SB, Hamill RJ, Atmar RL, et al. The role of immune reconstitution inflammatory syndrome in AIDS-related cryptococcus neoformans disease in the era of highly active antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2005;40:1049-52.
๑๕. Hirsch HH, Kaufmann G, Sendi P, Battegay M. Immune reconstitution in HIV-infected patients. Clin Infect Dis 2004;38:1159-66.

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว

แสงชัย ธีรปกรณ์*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดหลังคอดอาหารกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลาดหลุมแก้วในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๐ จำนวน ๑๐๐ คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ, อายุ, เส้นรอบเอว, ดัชนีมวลกาย, ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน, การได้รับยาเมตฟอร์มิน, ระดับน้ำตาลในเลือดหลังคอดอาหาร และระดับ HbA1c. เก็บข้อมูลน้ำตาลในเลือดครั้งที่ ๑, ๒, ๓ และระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานคนเดียวกันไปวิเคราะห์หาสถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรกับระดับ HbA1c ใช้ Odds ratio และค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ ๕๕. ผลการศึกษาแสดงว่ากลุ่มศึกษาที่ได้รับยาเมตฟอร์มิน และกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ๓ เดือนต่ำกว่า ๑๓๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ ๗ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือด ๓ ครั้งในช่วง ๓ เดือนย้อนหลังกับระดับ HbA1c จะเห็นว่าเป็นไปในทางเดียวกันกับระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ๓ เดือน. ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ๓ เดือนได้ต่ำกว่า ๑๓๐ มก./ดล. มีร้อยละ ๓๐ และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ๓ ครั้งในช่วง ๓ เดือนได้ต่ำกว่า ๑๓๐ มก./ดล. ทั้ง ๓ ครั้งมีร้อยละ ๑๕. ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c สูงเกินร้อยละ ๗ ร้อยละ ๕๖.๗ และ ๔๖.๗ ตามลำดับ. ดังนั้นการพิจารณาระดับน้ำตาลในเลือดเพียงอย่างเดียวอาจเป็นผลลวงแก่แพทย์ผู้ดูแลรักษา. การวัดระดับ HbA1c น่าจะเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวได้ดีกว่าการใช้ระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะช่วยประเมินว่าผู้ป่วยควบคุมเบาหวานได้ดีหรือไม่และพยากรณ์การเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานได้ จึงควรตรวจระดับ HbA1c ร่วมด้วย เพื่อการรักษาโรคที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง.

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ ๒, ฮีโมโกลบินเอวันซี, ระดับน้ำตาลในเลือด, เมตฟอร์มิน

Abstract

Relationship between Fasting Plasma Glucose and Hemoglobin A1c in Type 2 Diabetes Mellitus Patients Attending Ladlumkaew Hospital Sangchai Teerapakorn*

**Ladlumkaew Hospital, Pathum Thani Province*

The objective of this descriptive study was to determine the relationship between fasting plasma glucose (FPG) levels, as well as a few other factors, with HbA1c in 100

*โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี



patients with type 2 diabetes who were receiving treatment at Ladlumkaew Hospital. The data were collected during the period May-July 2007. The variables were sex, age, waist circumference, body mass index, duration of illness, administration of metformin, and fasting plasma glucose. The relationship between variables and HbA1c was assessed using percentage, and odds ratio test.

The results of the study showed that patients who received treatment with metformin had a mean level of FPG for three months equal to or less than 130 mg/dl related significantly with an HbA1c level of less than 7 percent. When considering the results, 30 percent of the patients had a mean level of FPG equal to or less than 130 mg/dl and 15 percent of the patients had FPG levels three times in three months that were equal to or less than 130 mg/dl; these patients had HbA1c levels above 7 percent at 56.7 and 46.7 percent, respectively. Such findings denoted that the FPG level reflected the short period of the preceding plasma glucose level; making an evaluation of hyperglycemic control by FPG level would be misleading in the management of diabetes patients. The HbA1c level was a better indicator for evaluating the achievement of glycemic control over the preceding 2-3 months. The HbA1c level could predict the complications of diabetes patients. Therefore, for the goal of glycemic control, the HbA1c test should be employed in conjunction with the FPG test.

Key words: diabetes mellitus, hemoglobin A1c, fasting plasma glucose, metformin

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น. ข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกแสดงว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๓ ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน ๑๗๑ ล้านคนและจะเพิ่มเป็น ๓๖๖ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๗๓. การสำรวจในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗ พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปร้อยละ ๖.๘๕ หรือประมาณ ๓ ล้านคน^(๑). ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังปรากฏใน พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙ มีผู้ป่วยจำนวน ๖๒๒ ราย, ๗๕๑ ราย และ ๘๒๒ รายตามลำดับ.

โรคเบาหวานเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้เกิดการสะสมน้ำตาลในเลือดระดับสูงกว่าปกติ ซึ่งถ้าเกิดเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง^(๒). ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวมีผลต่อหลอดเลือดขนาดเล็ก เกิดพยาธิสภาพที่จอตา, ไต และเส้นประสาทส่วนรอบ, และผลต่อหลอดเลือดขนาดใหญ่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดส่วนรอบ^(๓,๔). จาก

การศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่เพิ่มขึ้น ๔ เท่า^(๕) ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น ช่วยลดความสูญเสียในด้านการเจ็บป่วย, การสูญเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุข.

หลักสำคัญในการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับค่าปกติ. จาก UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒^(๖) พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโดยสามารถลดระดับ glycosylated hemoglobin ชนิด HbA1c ให้อยู่ที่ค่าประมาณร้อยละ ๗ จะมีผลลดทั้งภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก (ไต ตา ระบบประสาทส่วนรอบ)^(๖,๗) และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่^(๘).

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ติดตามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยวัดระดับ HbA1c อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้งในผู้ป่วยเบาหวานทุกราย หรือ ๔ ครั้ง ในผู้ป่วยที่การรักษายังไม่บรรลุเป้าหมาย^(๙) ร่วมกับการ

ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างน้อยวันละ ๓ ครั้ง หรือมากกว่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และอาจใช้วิธีนี้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้^(๙) ในทางปฏิบัติพบว่า การเจาะระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง มีความยุ่งยากสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นตัวชี้วัดในการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่นิยมใช้ในทางเวชปฏิบัติคือ การวัดระดับน้ำตาลในเลือดหรือพลาสมาหลังงดอาหาร (fasting plasma glucose; FPG) ร่วมกับการวัดค่า HbA1c ซึ่งการวัดค่า FPG นั้น ถึงแม้จะเป็นวิธีที่สะดวกและนิยมใช้ ยังพบข้อจำกัดบางประการ คือ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดจะแปรผันตามอาหารที่เพิ่งบริโภคเข้าไป ที่สำคัญคือ ระดับน้ำตาลในเลือดในวันที่ผู้ป่วยมาทำการตรวจวัดนั้นไม่ได้แสดงถึงผลการควบคุมระดับน้ำตาลในช่วงที่ผ่านมา ในขณะที่การวัดค่า HbA1c จะสะท้อนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงประมาณ ๓ เดือนที่ผ่านมาได้ดีกว่า^(๙) เนื่องจาก HbA1c มีอายุเฉลี่ยเท่ากับอายุของเม็ดเลือดแดง คือประมาณ ๑๒๐ วัน^(๙) ค่า HbA1c จึงไม่ถูกกระทบโดยระดับน้ำตาลในเลือดที่แปรปรวน แนวทางการปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยเบาหวานของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยและกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข^(๑๐) ได้กำหนดให้ตรวจระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานทุกราย อย่างน้อยปีละครั้ง.

ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ และผู้ป่วยร้อยละ ๖๗.๒ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ≤ 130 มก./ดล. และการส่งตรวจ HbA1c ในผู้ป่วยทุกรายทำได้ยาก เนื่องจากไม่สามารถตรวจโดยห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลได้ ต้องส่งหน่วยงานภายนอกมีค่าใช้จ่ายสูง. ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือดตรวจหลังงดอาหารในช่วง ๓ เดือน กับระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ของโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว เพื่อนำข้อมูลและผลการศึกษา ไปวางแผนงานในการพัฒนาระบบการดูแลติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โดยคาดว่าจะประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และสถานบริการสาธารณสุขในระดับเดียวกันที่มีรูปแบบการให้บริการและลักษณะทางประชากรศาสตร์

ใกล้เคียงกัน.

ระเบียบวิธีศึกษา

ทำการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่รับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยโดยวิธีจับฉลากได้ผู้ป่วย ๑๐๐ คน มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการ และยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย. เก็บข้อมูลจากแบบบันทึก ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลทั่วไป, ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FPG) อย่างน้อย ๘ ชั่วโมงก่อนเจาะเลือดตรวจโดยวิธีกลูโคสออกซิเดสเดือนละครั้ง ๓ เดือน. ตรวจระดับ HbA1c ในเดือนที่ ๓. ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ เพศ, อายุ, เส้นรอบเอว (เกณฑ์ปกติ ผู้ชาย ≤ 90 เซนติเมตร, ผู้หญิง ≤ 80 เซนติเมตร), ดัชนีมวลกาย (เกณฑ์ปกติ $18.5-24.9$ กก./ตร.ม.)^(๑๑), ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน, การเข้ายาเมตฟอร์มิน. เกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร และระดับ HbA1c ที่ผู้ป่วยคุมได้ตามเป้าหมายคือ FPG ≤ 130 มก./ดล. และ HbA1c \leq ร้อยละ ๗^(๙). นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS for windows แสดงผลเป็นจำนวน, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน; วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ กับระดับ HbA1c โดยใช้ Odds ratio และช่วงความเชื่อมั่น (Confidence Interval) ที่ร้อยละ ๙๕.

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๑๐๐ คน เป็นหญิง ๘๐ คน (ร้อยละ ๘๐) ชาย ๒๐ คน (ร้อยละ ๒๐), อายุ ๒๔-๗๕ ปี เฉลี่ย 55.16 ± 13.66 ปี, เป็นโรคเบาหวานอยู่ ๑-๒๓ ปี เฉลี่ย 5.51 ± 4.12 ปี. รายละเอียดปลีกย่อยและตัวแปรที่ศึกษาแสดงในตารางที่ ๑ และ ๒.

จากตารางที่ ๓ ที่แสดงความสัมพันธ์ของระดับ HbA1c กับระดับ FPG ตรวจ ๓ ครั้งในช่วง ๓ เดือนย้อนหลังในผู้



ตารางที่ ๑ ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างศึกษา

ข้อมูล	ราย	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๒๐	๒๐.๐
หญิง	๘๐	๘๐.๐
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า ๓๕	๑	๑.๐
๓๕ - ๔๕	๒๖	๒๖.๐
๕๐ - ๖๔	๕๘	๕๘.๐
๖๕ ขึ้นไป	๑๕	๑๕.๐
ระยะเวลาเป็นโรค (ปี)		
น้อยกว่า ๕	๔๗	๔๗.๐
๕ - ๕	๓๕	๓๕.๐
๑๐ - ๑๔	๑๑	๑๑.๐
๑๕ ขึ้นไป	๓	๓.๐

ป่วยคนเดียวกัน พบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ตามเกณฑ์ปกติ ($\leq 7\%$) มีจำนวน ๑๓ คน (ร้อยละ ๑๓), ร้อยละ ๖๑.๕ มีระดับ FPG ได้ตามเป้าหมายทั้ง ๓ ครั้ง, รองลงมาร้อยละ ๓๐.๘ มีระดับ FPG ได้ตามเป้าหมาย ๒ ครั้ง และร้อยละ ๗.๗ มีระดับ FPG ตามเป้าหมาย ๑ ครั้ง, และไม่พบผู้ป่วยที่มีระดับ FPG สูงกว่า ๑๓๐ มก./ดล. ทั้ง ๓ ครั้ง โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ระดับ HbA1c ปกติ แต่ควบคุมระดับ FPG ไม่ได้ตามเป้าหมายครบทั้ง ๓ ครั้งนั้น (จำนวนครั้งที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย ๖ ครั้งใน ๓๙ ครั้งคิดเป็น ร้อยละ ๑๕). ระดับ FPG ที่สูงเกินเป้าหมายมีค่าไม่สูงมากคือ ๑๗๑ มก./ดล. รองลงมาคือ ๑๔๓ มก./ดล.

ส่วนกลุ่มศึกษาที่ควบคุมระดับ FPG ได้ตามเป้าหมาย ≤ 130 มก./ดล. ทั้ง ๓ ครั้งใน ๓ เดือนมี ๑๕ คน (ร้อยละ ๑๕). ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c ปกติ ๘ คน (ร้อยละ ๕๓.๓) และสูงกว่าปกติ ๗ คน (ร้อยละ ๔๖.๗); ระดับ HbA1c

ตารางที่ ๒ ข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	พิสัย	ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เส้นรอบเอว (ซม.)	๖๗.๐ - ๑๑๗.๕	๘๑.๒๕±๑๑.๗๗
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	๑๗.๐๖ - ๔๓.๕๕	๒๗.๗๕±๔.๗๗
ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ๓ เดือน (มก./ดล.)	๔๖.๐๐ - ๒๕๐.๖๗	๑๕๓.๔๐±๓๕.๖๑
HbA1c (%)	๕.๔๐ - ๑๓.๐๐	๘.๘๘±๑.๖๕

ตารางที่ ๓ จำนวนครั้งของระดับ FPG ที่ควบคุมได้ใน ๓ เดือน เทียบกับระดับ HbA1c

จำนวนครั้ง FPG ที่ควบคุมได้*	ระดับ HbA1c		รวม
	≤ 7 (%)	> 7 (%)	
> 130 มก./ดล. ๓ ครั้ง	๐ (๐.๐)	๓๗ (๔๒.๕๓)	๓๗
≤ 130 มก./ดล. ๑ ครั้ง	๑ (๓.๓)	๒๘ (๓๒.๑๘)	๒๙
≤ 130 มก./ดล. ๒ ครั้ง	๔ (๓๐.๘)	๑๕ (๑๗.๒๕)	๑๙
≤ 130 มก./ดล. ๓ ครั้ง	๘ (๖๑.๕)	๗ (๘.๐๔)	๑๕
รวม	๑๓ (๑๐๐)	๘๗ (๑๐๐)	๑๐๐

*จำนวนครั้งของระดับ FPG ที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย (≤ 130 มก./ดล.) ในเดือนที่ ๑, ๒ และ ๓

ตารางที่ ๔ ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับระดับ HbA1c

ปัจจัย	ระดับ HbA1c (%)		Odds ratio	95% CI
	≤ ๗ (%)	> ๗ (%)		
เพศ	๑๓ (๑๓.๐)	๘๗ (๘๗.๐)		๐.๕๓๕-๗.๒๑๓
ชาย	๔ (๔.๐)	๑๖ (๑๖.๐)	๑.๕๗๒	
หญิง	๕ (๕.๐)	๗๑ (๗๑.๐)	๑	
อายุ (ปี)	๑๓ (๑๓.๐)	๘๗ (๘๗.๐)		๐.๑๕๒-๒.๑๖๔
น้อยกว่า ๖๐	๘ (๘.๐)	๖๒ (๖๒.๐)	๑	
๖๐ ขึ้นไป	๕ (๕.๐)	๒๕ (๒๕.๐)	๑.๕๕	
ระยะเวลาเป็นโรค (ปี)	๑๓ (๑๓.๐)	๘๗ (๘๗.๐)		๐.๓๕๗-๕.๒๓๗
๑ - ๕	๕ (๕.๐)	๔๐ (๔๐.๐)	๒.๖๔๔	
มากกว่า ๕	๔ (๔.๐)	๔๗ (๔๗.๐)	๑	
เส้นรอบเอว (ซม.)	๑๓ (๑๓.๐)	๘๗ (๘๗.๐)		๐.๓๓๖-๘.๐๒๕
ปกติ	๒ (๒.๐)	๒๐ (๒๐.๐)	๑	
เกิน	๑๑ (๑๑.๐)	๖๗ (๖๗.๐)	๑.๖๔๑๘	
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	๑๓ (๑๓.๐)	๘๗ (๘๗.๐)		๐.๑๕๕-๔.๐๗๕
ปกติ	๒ (๒.๐)	๑๑ (๑๑.๐)	๑.๒๕๖๔	
เกิน	๑๑ (๑๑.๐)	๗๖ (๗๖.๐)	๑	
กินยาเมตฟอร์มิน	๑๓ (๑๓.๐)	๘๗ (๘๗.๐)		๐.๐๓๕-๐.๗๐๔
ได้	๕ (๕.๐)	๘๑ (๘๑.๐)	๑	
ไม่ได้	๔ (๔.๐)	๖ (๖.๐)	๖.๐๖	
ระดับน้ำตาลเฉลี่ย ๓ เดือน (มก./ดล.)	๑๓ (๑๓.๐)	๘๗ (๘๗.๐)		๐.๐๐๐๕-๐.๑๖๕
≤ ๑๓๐	๑๓ (๑๓.๐)	๑๗ (๑๗.๐)	๑๐๕.๒๔	
> ๑๓๐	๐ (๐.๐)	๗๐ (๗๐.๐)	๑	

สูงสุดเท่ากับร้อยละ ๑๑.๖, รองลงมาคือ ร้อยละ ๑๐.

จากข้อมูลในตารางที่ ๔ แสดงว่าการได้รับยาเมตฟอร์มิน และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ๓ เดือนของกลุ่มศึกษาสัมพันธ์กับระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยามีระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ ๗ จำนวนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา และผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ๓ เดือน ≤ ๑๓๐ มก./ดล. มีระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ ๗ จำนวนมากกว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ๓ เดือน > ๑๓๐ มก./ดล. อย่างชัดเจน. ในกลุ่ม

ศึกษาที่มีจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับ FPG เฉลี่ย ๓ เดือนได้ตามเป้าหมายจำนวน ๓๐ คน (ร้อยละ ๓๐) เป็นผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c ปกติ ๑๓ คน (ร้อยละ ๔๓.๓), มีระดับ HbA1c สูงเกินปกติ ๑๗ คน (ร้อยละ ๕๖.๗) ซึ่งระดับ HbA1c สูงสุดเท่ากับร้อยละ ๑๒.๑. ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c ปกติทั้ง ๑๓ คนมีระดับ FPG เฉลี่ย ๓ เดือนได้ตามเป้าหมาย. ส่วนตัวแปรเพศ, กลุ่มอายุ, เส้นรอบเอว, ดัชนีมวลกายและระยะเวลาเป็นโรคพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.



วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ๓ เดือนสัมพันธ์กับระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาใน พ.ศ. ๒๕๔๑^(๑๒,๑๓) แต่การศึกษามีความแตกต่างกันในด้านการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและศึกษาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือด ณ เวลาที่แตกต่างกันกับค่า HbA1c. ในกรณีของการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด ๓ ครั้งและระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานคนเดียวกันในช่วงเวลาเดียวกันแล้วนำมาหาความสัมพันธ์ในแต่ละคน ซึ่งอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล การเจาะเลือดและติดตามผล.

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเมตฟอร์มินมีระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ ๗ มีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา. ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จะใช้เมตฟอร์มินเป็นตัวแรก^(๑) ซึ่งต่างจากเดิมที่จะใช้ยากกลุ่มสัลโฟนิลยูเรียซึ่งปฏิบัติในโรงพยาบาลลาดหลุมแก้วเช่นเดียวกัน จึงอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (จากยาสัลโฟนิลยูเรีย) ได้ยาเมตฟอร์มินเพิ่มจากยาตัวแรก. ในกรณีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีแล้วก็ได้เฉพาะยากกลุ่มสัลโฟนิลยูเรียต่อไป. การศึกษาครั้งนี้ก็น่าจะเป็นอนุหาณ์แนวทางในการให้ยาผู้ป่วยต่อไปด้วย.

ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตัวชี้วัดที่สำคัญของการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และติดตามผู้ป่วยคือ FPG และ HbA1c. การตรวจวัดระดับ FPG เป็นที่นิยมและสะดวก แต่มีข้อเสียคือผลที่ได้จะบอกถึงระดับน้ำตาลในเลือดช่วงที่เจาะเลือดตรวจเท่านั้น แต่การตรวจวัดค่าระดับ HbA1c จะบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะ ๓ เดือนที่ผ่านมา. อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดในการตรวจ HbA1c คือมีค่าใช้จ่ายที่สูง รวมถึงความสะดวกในการส่งตรวจ และการนำผลกลับมาวิเคราะห์วางแผนการรักษา.

ในการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้ได้พบระดับ FPG สัมพันธ์กับ

ระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. แต่เมื่อพิจารณาที่รายละเอียดเปรียบเทียบระดับ HbA1c กับระดับ FPG ย้อนหลังไปก่อนหน้านั้น ๓ เดือน (๓ ครั้ง) ในผู้ป่วยคนเดียวกันพบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยควบคุมระดับ HbA1c อยู่ในระดับปรกติมีระดับ FPG ๓ ครั้งย้อนหลังในช่วง ๓ เดือนได้ตามเป้าหมายเช่นเดียวกัน, มีบางครั้งที่ระดับ FPG ไม่ได้ตามเป้าหมายแต่ค่าสูงเกินไม่มาก อาจเกิดจากในช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี แต่วันก่อนหน้าที่จะเจาะเลือดตรวจระดับ FPG ควบคุมอาหารไม่ดีพอหรือมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อระดับ FPG เข้ามาเกี่ยวข้องเช่น การเจ็บป่วย, การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด, การงดอาหารก่อนเจาะเลือด หรือความคลาดเคลื่อนทางห้องปฏิบัติการ.

พิจารณาในทางกลับกัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับ FPG ๓ ครั้งในช่วง ๓ เดือนย้อนหลังได้ตามเป้าหมายทั้ง ๓ ครั้งมีร้อยละ ๑๕. ในจำนวนนี้ผู้ป่วยมีระดับ HbA1c ปรกติก้อยกว่า ๕๓.๓ และระดับ HbA1c สูงเกินปรกติก้อยกว่า ๔๖.๗; ผู้ป่วยบางคนมีระดับ HbA1c สูงถึงร้อยละ ๑๑.๖. เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระดับ FPG เฉลี่ย ๓ เดือนกับระดับ HbA1c จะเห็นว่าเป็นไปในทางเดียวกันกับระดับ FPG ๓ ครั้งในช่วง ๓ เดือนย้อนหลังแต่ความสัมพันธ์กลับต่ำกว่าโดยมีผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c เกินปรกติมากกว่าถึงร้อยละ ๕๖.๗ และผู้ป่วยบางคนมีระดับ HbA1c สูงถึงร้อยละ ๑๒.๑ แสดงว่ากรณีระดับ FPG ขณะผู้ป่วยมาตรวจที่คลินิกเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ปรกติถ้าตรวจระดับ HbA1c ในผู้ป่วยรายเดียวกันนี้อาจมีค่าสูงเกินปรกติได้ ดังนั้นระดับ FPG จึงอาจเป็นผลลวงแก่ผู้ดูแลรักษา โดยหากว่าธรรมดาแล้วผู้ป่วยดูแลตนเองหรือควบคุมอาหารไม่สม่ำเสมอ แต่ตั้งใจควบคุมให้ดีเพียงก่อนหน้าที่จะมาพบแพทย์, แสดงให้เห็นว่าการวัดระดับ HbA1c น่าจะเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวได้ดีกว่าการใช้ระดับ FPG ซึ่งค่าระดับ HbA1c จะประเมินว่าผู้ป่วยควบคุมเบาหวานได้ดีหรือไม่และยังเป็นตัวพยากรณ์การเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานอีกด้วย. ระดับ HbA1c ที่สูงขึ้นแสดงถึงโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น.

แต่อย่างไรก็ตามระดับ HbA1c ไม่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในระยะสั้นหรือนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยเพื่อปรับขนาดยาได้ จึงควรตรวจระดับ HbA1c ร่วมกับตรวจระดับ FPG. ด้วยข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงก็อาจตรวจหาระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ปีละครั้งตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยและกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข^(๑๐) เพื่อการรักษาโรคที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง.

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารการจัดการโครงการการดูแลรักษาโรคเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรในระดับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ศูนย์การเรียนรู้การใช้ซอฟต์แวร์ Smart DM2550: <http://www.sp.worldmedic.com/dm/intro.php>
๒. วราภณ วงศ์ถาวรรัตน์, วิทยา ศรีคามา. การวินิจฉัยและการแบ่งประเภทเบาหวาน. ใน: วิทยา ศรีคามา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: ยูนิคัฟพับลิเคชัน; ๒๕๔๓. หน้า ๑-๑๔.
๓. Luscher TF, Creager MA. Diabetes and vascular disease: pathophysiology, clinical consequences, and medical therapy (part II). *Circulation* 2003;108:1655-61.
๔. Oki JC, Isley WL. Diabetes mellitus. In: Dipiro JT, Tolbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Polsey LM. *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*. 5th Ed. Stamford: Appleton & Lange; 2002, p. 1335-58.
๕. The UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complication in patients with type 2 diabetes (UKPDS33). *Lancet* 1998;352:837-53.
๖. Beckman JA, Creager MA, Lippy P. Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management. *JAMA* 2002;287:2570-81.
๗. The Diabetes Control and Complication Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993;329:977-86.
๘. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *Br Med J* 2000;321:405-12.
๙. American Diabetes Association. Standards of Medical care in Diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:S15-S34.
๑๐. สำนักงานโครงการพัฒนาแนวทางการบริการสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวาน. ใน: อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขสำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการพัฒนาแนวทางการบริการสาธารณสุข; ๒๕๔๕. หน้า ๑๕-๒๘.
๑๑. ประไพศรี ศิริจักรวาล, สง่า ดามางษ์, อุไรพร จิตต์แจ้ง, กิตติธรรมเจริญพงศ์, ฌฎจิรา ทองบัวศิริไล, กุลพร สุภยาคระกุล, และคณะ. คู่มือธงโภชนาการ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: กองโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๑๒. ชัยพร แจ่มรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลนครนายกและโรงพยาบาลองครักษ์. *SWU J Pharm Sci* 2004;9:43-51.
๑๓. ก่อพงษ์ ทศพรพงศ์. การศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างฮีโมโกลบิน A1c กับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในการประเมินการควบคุมโรคเบาหวานและการประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดแข็งตัวของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมะการักษ์. *วารสารแพทย์เขต ๗* ๒๕๔๑;๑:๖๗-๗๔.

การศึกษาผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล โคกสำโรง

ชาติชัย มหาเจริญศิริ*

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาผู้ป่วยฆ่าตัวตายทำร้ายตนเองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโคกสำโรงในช่วงตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๗ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๕ รวม ๑๒๐ ราย. การเก็บข้อมูลใช้แบบสำรวจผู้ที่มีอาการซึมเศร้า และทำร้ายตนเอง (รง ๕๐๖. DS) และแบบบันทึกข้อมูลจากใบมรณบัตร (ม.บ. ๑). ผู้ที่ทำร้ายตนเองเป็นหญิงร้อยละ ๖๔.๑๗. อายุที่พบบ่อย (ร้อยละ ๔๐) ในช่วงอายุ ๑๐-๑๙ ปี. ภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอโคกสำโรงร้อยละ ๘๘.๓๓, สมรสแล้วร้อยละ ๕๘.๓๓, อาชีพรับจ้างร้อยละ ๔๘.๓๓. เป็นการฆ่าตัวตายครั้งแรกร้อยละ ๘๖.๖๗. เหตุการณ์กระตุ้นการกระทำได้แก่น้อยใจคนใกล้ชิดคิดฆ่าร้อยละ ๔๘.๓๓. วิธีการที่ใ้มากที่สุดคือกินยานอนหลับร้อยละ ๒๑.๖๗.

ผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ๘ คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (๗ ใน ๘), อายุน้อยสุด ๒๕ ปี สูงสุด ๗๐ ปี. สาเหตุจากน้อยใจคนใกล้ชิดคิดฆ่า. วิธีการใ้มากที่สุดคือกินสารเคมี. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล ๒๘ คน เป็นชาย ๑๗ คนและหญิง ๑๑ คนช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุด ๓๐-๓๙ ปี. ร้อยละ ๕๘.๖๒ ผูกคอตาย และร้อยละ ๓๑.๐๓ กินสารเคมี. ผู้ชายใ้วิธีรุนแรงมากกว่าผู้หญิง มีสัดส่วนผูกคอตาย : กินสารเคมี เท่ากับ ๑๑ : ๓. ผู้หญิงมีสัดส่วนผูกคอตายเท่ากับกินสารเคมี (๖:๖).

คำสำคัญ: ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย, โรงพยาบาลโคกสำโรง

Abstract

Study of Intentional Suicide in a District Hospital Chatchai Mahacharoensiri*

*Khoksamrong Hospital, Lop Buri Province

This was a retrospective study on intentional self-harm among patients at Khoksamrong Hospital in the years 2004-2006. The patients were those who intentionally attempted suicide but survived, and who were brought to Khoksamrong Hospital for treatment. Data were collected using a standard form for depression and a self-harm surveillance system (report 506.DS) and a form to collect data from death certificates (M.B.1.). Women comprised the majority of the cases (64.17%), married persons (58.33%) and laborers (49.17%). Most of them (96.67%) had attempted suicide for the first time. Common precipitating causes (48.33%) were "personal conflicts with a close person and love affair problems." A common self-harm method was "ingesting a sedative" (21.67%). Of eight cases who died among the 120 suicidal patients hospitalized, the youngest was 25 years old and the oldest 70 years old. The most common stimulating event among the cases of mortality were "personal conflicts with a close person and love affair problems." The most common method of committing suicide was "drinking chemical agents." Of the 29 cases dead on arrival at the hospital, 17 were males and 12 were females, and 31.03 percent were aged 30-39 years. The most common methods were hanging (58.62%), following by drinking chemical agents (31.03%). It is apparent that men used more aggressive methods than women.

Key words: intentional self-harm patients, Khoksamrong Hospital

*โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

ภูมิหลังและเหตุผล

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย หมายถึงความคิดหรือการกระทำใด ๆ ที่หากดำเนินไปจนสำเร็จจะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้. พฤติกรรมฆ่าตัวตายมีตั้งแต่ความคิดอยากฆ่าตัวตาย, การขู่จะฆ่าตัวตาย, การพยายามฆ่าตัวตาย, จนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ^(๑).

การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ แต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ ๔,๕๐๐-๕,๕๐๐ คน^(๒) ซึ่งมากกว่าการฆ่ากันตายซึ่งมีประมาณ ๓,๓๐๐-๓,๘๐๐ คน และจำนวนผู้ทำร้ายตนเองทั้งหมด จะพบมีจำนวนสูงถึง ๒๕,๐๐๐-๒๗,๐๐๐ คนต่อปี^(๓) ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติอย่างมาก.

อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี มีประชากร ๘๖,๒๑๕ คน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ฐานะยากจน และมีปัญหาสุขภาพจิต. ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙ มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย ๑๔๙ คน กระทำสำเร็จ ๓๗ คน คิดเป็นอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑๓.๕๓ ต่อแสนประชากร สูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด ๗.๗ ต่อแสนประชากร และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของพื้นที่ภาคกลาง^(๔). ปัญหาการฆ่าตัวตายนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของอำเภอโคกสำโรง. การศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ทราบลักษณะประชากรและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ข้อมูลสถานการณ์ที่แท้จริง, รู้กลุ่มที่มีความเสี่ยง, เข้าใจปัญหาที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้วางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ^(๕).

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง วิเคราะห์ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเอง และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลโคกสำโรงในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึง ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙ จำนวน ๑๔๙ คน. ข้อมูลได้จากแบบบันทึกการเฝ้าระวังผู้ที่มีอาการซึมเศร้า และทำร้ายตนเอง(ร.ง.๕๐๖.DS) และจาก

บันทึกข้อมูลในใบมรณบัตร(ม.บ.๑).

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ๑๔๙ คน มาเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ๑๒๐ คน และเสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล ๒๙ คน. ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ๑๒๐ คนนี้ เสียชีวิต ๘ คน.

ข้อมูลลักษณะประชากร ๑๒๐ คนแสดงในตารางที่ ๑. ข้อมูลเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองของประชากร ๑๒๐ คนแสดงในตารางที่ ๒.

จากตารางที่ ๒ พบว่าในผู้ป่วย ๑๒๐ คน ๑๑๖ คน ร้อยละ ๙๖.๖๗ ไม่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน, เคยทำร้ายตนเองมาก่อน ๔ คน ร้อยละ ๓.๓๓. เหตุการณ์กระตุ้นที่พบมากที่สุด คือ น้อยใจคนใกล้ชิด ๕๘ คน ร้อยละ ๕๘.๓๓, รองลงมาคือผิดหวังความรัก ๒๒ คน ร้อยละ ๑๘.๓๓ และทะเลาะคนใกล้ชิด ๑๖ คน ร้อยละ ๑๓.๓๓. วิธีการที่ใช้มากที่สุดคือ กินยา ๖๔ คน ร้อยละ ๕๓.๓๓ คือกินยานอนหลับเกินขนาด ๒๖ คน ร้อยละ ๒๑.๖๗ และกินยาแก้ปวดพาราเซตามอล ๒๕ คน ร้อยละ ๒๐.๘๓, รองลงมา กินสารเคมี ๔๗ คน ร้อยละ ๓๙.๑๗ คือ กินยาฆ่าแมลง ๑๓ คน ร้อยละ ๑๐.๘๓, กินยาฆ่าหญ้า ๑๐ คน ร้อยละ ๘.๓๓, และผูกคอต/เชือดคอต/โดดตึก ๙ คน ร้อยละ ๗.๕.

จากตารางที่ ๓ พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ๑๒๐ คนนี้ เสียชีวิต ๘ คน อายุน้อยสุด ๒๕ ปี อายุสูงสุด ๗๐ ปี เป็นชาย ๗ คน มีภูมิลำเนาในอำเภอโคกสำโรง ๗ คน, สถานภาพสมรสคู่ ๖ คน, อาชีพรับจ้าง ๗ คน ไม่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน ๗ คน. สาเหตุกระตุ้น ได้แก่ น้อยใจคนใกล้ชิด ๓ คน, ทะเลาะคนใกล้ชิด ๒ คน, โรคประจำตัว ๒ คน และผิดหวังความรัก ๑ คน. วิธีการฆ่าตัวตายที่พบคือ กินสารเคมี ๖ คน (ยาฆ่าแมลง ๒ คน ยาฆ่าหญ้า ๒ คน ยาเบื่อหนู ๑ คน ยาฆ่าปู ๑ คน), ใช้วิธีรุนแรง ๒ คน (ผูกคอตาย ๑ คน, โดดตึก ๑ คน).

จากตารางที่ ๔ พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ๒๙ คนเป็นชาย ๑๗ คน ร้อยละ ๕๘.๖๒, เป็นหญิง ๑๒ คน ร้อยละ ๔๑.๓๘. ถ้ารวม ๘ คน ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล



ตารางที่ ๑ ลักษณะประชากรของผู้ทำร้ายตนเองที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ๑๒๐ คน จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวน (คน)							รวม	ร้อยละ
	< ๑๐	๑๐-๑๙	๒๐-๒๙	๓๐-๓๙	๔๐-๔๙	๕๐-๕๙	≥ ๖๐		
เพศ									
ชาย	-	๕	๑๓	๑๔	๔	๑	๒	๔๓	๓๕.๘๓
หญิง	-	๓๕	๑๒	๑๕	๘	๑	๒	๗๓	๖๔.๑๗
รวม	-	๔๐	๒๕	๒๙	๑๒	๒	๔	๑๒๐	๑๐๐
ร้อยละ	-	๔๐	๒๐.๘๓	๒๔.๑๗	๑๐	๑.๖๗	๓.๓๓	๑๐๐	
ภูมิลำเนา									
อำเภอโคกสำโรง	-	๔๒	๒๐	๒๘	๑๐	๒	๔	๑๐๖	๘๘.๓๓
ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด	-	๖	๕	๑	๒	๐	๐	๑๔	๑๑.๖๗
สถานภาพสมรส									
โสด	-	๓๓	๗	๒	๑	๐	๐	๔๓	๓๕.๘๓
คู่	-	๑๔	๑๖	๒๔	๑๑	๒	๓	๗๐	๕๘.๑๗
ม่าย	-	๐	๑	๑	๐	๐	๑	๓	๒.๕๐
หย่า	-	๑	๑	๒	๐	๐	๐	๔	๓.๓๓
อาชีพ									
เกษตรกรรวม	-	๐	๑	๕	๒	๐	๐	๘	๖.๖๗
รับจ้าง	-	๑๒	๑๕	๑๘	๘	๑	๑	๕๕	๔๕.๘๓
แม่บ้าน	-	๐	๑	๒	๑	๑	๐	๕	๔.๑๗
พนักงานบริษัท	-	๓	๑	๐	๐	๐	๐	๔	๓.๓๓
ค้าขาย	-	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๑	๐.๘๓
ข้าราชการ	-	๐	๓	๑	๐	๐	๐	๔	๓.๓๓
นักเรียน	-	๓๒	๐	๐	๐	๐	๐	๓๒	๒๖.๖๗
ว่างงาน	-	๑	๐	๒	๑	๐	๓	๗	๕.๘๓

วิจารณ์

เป็นผู้เสียชีวิตรวม ๓๗ คน เป็น ชาย ๒๔ คน และหญิง ๑๓ คน คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑๓.๕๓ ต่อแสนประชากร. กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด ๓๐-๓๙ ปี ๙ คน ร้อยละ ๓๑.๐๓. วิธีการที่ใช้มากที่สุด ผูกคอตาย ๑๗ คน ร้อยละ ๕๘.๖๒, รองลงมา กินยาหรือสารเคมี ๙ คน ร้อยละ ๓๑.๐๓. วิธีการอื่น ๆ ได้แก่ ยิงตัวตาย เชือดคอตาย โดยเป็นเพศชายทั้งหมด.

จากผลการศึกษารั้งนี้ถือว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอโคกสำโรง มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑๓.๕๓ ต่อแสนประชากร สูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ๗.๗ ต่อแสนประชากร และสูงกว่าข้อมูลระดับประเทศ ๖.๙ ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๔๗)^(๒).

ตารางที่ ๒ พฤติกรรมของผู้ทำร้ายตนเอง ๑๒๐ คน แยกตามกลุ่มอายุ

จำนวน (คน)	กลุ่มอายุ (ปี)							รวม	ร้อยละ
	< ๑๐	๑๐-๑๙	๒๐-๒๙	๓๐-๓๙	๔๐-๔๙	๕๐-๕๙	≥ ๖๐		
เคยทำร้ายตนเอง									
เคย	๐	๒	๐	๒	๐	๐	๐	๔	๓.๓๓
ไม่เคย	๐	๔๖	๒๕	๒๗	๑๒	๒	๔	๑๑๖	๙๖.๖๗
เหตุการณ์กระตุ้น									
น้อยใจคนใกล้ชิด	๐	๓๑	๑๐	๑๑	๕	๐	๑	๕๘	๔๘.๓๓
ทะเลาะคนใกล้ชิด	๐	๗	๕	๒	๑	๑	๐	๑๖	๑๓.๓๓
ผิดหวังความรัก	๐	๗	๘	๗	๐	๐	๐	๒๒	๑๘.๓๓
ปัญหาการเงิน	๐	๐	๒	๓	๒	๑	๑	๙	๗.๕๐
ปัญหางาน	๐	๐	๐	๑	๑	๐	๐	๒	๑.๖๗
โรคจิต	๐	๓	๐	๓	๒	๐	๐	๘	๖.๖๗
โรคเรื้อรัง	๐	๐	๐	๒	๑๐	๐	๒	๕	๔.๑๗
วิธีการ									
สารเคมี									
ยาฆ่าแมลง	๐	๓	๑	๘	๑	๐	๐	๑๓	๑๐.๘๓
ยาฆ่าหญ้า	๐	๒	๓	๒	๑	๑	๑	๑๐	๘.๓๓
ยาฆ่าปู	๐	๐	๑	๐	๑	๐	๒	๔	๓.๓๔
ยาเบื่อหนู	๐	๑	๒	๑	๐	๐	๑	๕	๔.๑๗
น้ำยาล้างห้องน้ำ	๐	๖	๑	๐	๐	๐	๐	๗	๕.๘๓
สารอื่น ๆ	๐	๕	๑	๑	๑	๐	๐	๘	๖.๖๗
รวม	๐	๑๗	๘	๑๒	๔	๑	๔	๔๖	๓๘.๑๗
ยา									
พาราเซตามอล	๐	๑๖	๔	๕	๐	๐	๐	๒๕	๒๐.๘๓
ไดอะซีแพม	๐	๘	๗	๕	๕	๑	๐	๒๖	๒๑.๖๗
อื่น ๆ	๐	๗	๔	๑	๑	๐	๐	๑๓	๑๐.๘๓
รวม	๐	๓๑	๑๕	๑๑	๖	๑	๐	๖๔	๕๓.๓๓
วิธีรุนแรง									
ผูกคอ	๐	๐	๑	๓	๒	๐	๐	๖	๕
เชือดคอ	๐	๐	๐	๒	๐	๐	๐	๒	๑.๖๗
โดดตึก	๐	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๑	๐.๘๓
รวม	๐	๐	๑	๖	๒	๐	๐	๙	๗.๕



ตารางที่ ๓ ลักษณะประชากรและพฤติกรรมของผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

อายุ (ปี)	เพศ	ภูมิลำเนา	สถานภาพสมรส	อาชีพ	เคย/ไม่เคยฆ่าตัวตาย	สาเหตุกระตุ้น	วิธีการ
๒๕	ชาย	ต่างจังหวัด	โสด	รับจ้าง	ไม่เคย	น้อยใจภรรยา	กินยาฆ่าปู
๒๘	ชาย	โคกสำโรง	ม่าย	รับจ้าง	ไม่เคย	น้อยใจแม่	กินยาเบื่อหนู
๓๐	ชาย	โคกสำโรง	คู่	รับจ้าง	ไม่เคย	ติดสุรา, ชัก	โดดตึก
๓๔	ชาย	โคกสำโรง	คู่	รับจ้าง	เคย	น้อยใจภรรยา	กินยาฆ่าแมลง
๓๕	ชาย	โคกสำโรง	คู่	รับจ้าง	ไม่เคย	ผิดหวังความรัก	กินยาฆ่าแมลง
๔๓	หญิง	โคกสำโรง	คู่	รับจ้าง	ไม่เคย	ทะเลาะกับสามี	ผูกคอ
๕๓	ชาย	โคกสำโรง	คู่	รับจ้าง	ไม่เคย	ทะเลาะกับภรรยา	กินยาฆ่าหญ้า
๗๐	ชาย	โคกสำโรง	คู่	ว่างงาน	ไม่เคย	โรคประจำตัว COPD	กินยาฆ่าหญ้า

ตารางที่ ๔ จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล แยกตาม อายุ, เพศ, วิธีการที่ใช้

กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย	หญิง	รวมชาย/หญิง	ร้อยละ	วิธีการที่ใช้								
					ผูกคอตาย			กินยา/สารเคมี			อื่น ๆ		
					ชาย	หญิง	รวมชาย/หญิง	ชาย	หญิง	รวมชาย/หญิง	ชาย	หญิง	รวมชาย/หญิง
๒๐ - ๒๕	๒	๑	๓	๑๐.๓๔	๒	-	๒	-	๑	๑	-	-	-
๓๐ - ๓๕	๗	๒	๙	๓๑.๐๓	๔	๑	๕	๑	๑	๒	๒	-	๒
๔๐ - ๔๕	๑	๔	๕	๑๗.๒๕	๑	๒	๓	-	๒	๒	-	-	-
๕๐ - ๕๕	๒	๑	๓	๑๐.๓๔	๑	๑	๒	-	-	-	๑	-	๑
๖๐ - ๖๕	๒	๒	๔	๑๓.๗๕	๑	๒	๓	๑	๐	๑	-	-	-
๗๐ - ๗๕	๓	๒	๕	๑๗.๒๕	๒	๐	๒	๑	๒	๓	-	-	-
ทุกกลุ่มอายุ	๑๗	๑๒	๒๙	๑๐๐	๑๑	๖	๑๗	๓	๖	๕	๓	-	๓
ร้อยละ	๕๘.๖๒	๔๑.๓๘	-	-	๓๘.๕๗	๒๑.๔๓	๕๘.๖๒	๓๓.๓๓	๖๖.๖๗	๓๑.๐๓	๑๐๐	-	๑๐.๓๕

อัตราการทำร้ายตนเองที่อำเภอโคกสำโรง ๕๗.๖๐ ต่อแสนประชากร สูงกว่าระดับประเทศ ๔๑.๑ ต่อแสนประชากร และสูงกว่าระดับภาคกลาง ๔๓.๖ ต่อแสนประชากร. อัตราการทำร้ายตนเองระหว่างชาย : หญิง ๑:๑.๕ เปรียบเทียบข้อมูลระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๗ กรมสุขภาพจิต ๑:๒ สำนักกระบวนคดีวิทยา ๑:๑.๓^(๓,๖).

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ชาย : หญิง ๑.๘:๑ เปรียบเทียบข้อมูลระดับประเทศ กรมสุขภาพจิต ๒.๓:๑ สำนักกระบวนคดีวิทยา ๓.๑:๑^(๒,๖). ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๓๒.๕) เป็นหญิงวัยรุ่น อายุ ๑๐-๑๙ ปี, ขณะที่ชายในช่วงผู้ใหญ่วัยทำงานอายุ ๒๐-๓๙ ปี ร้อยละ ๒๒.๕. เมื่อรวมทั้งหญิงและชายพบว่า อายุ ๑๐-๑๙ ปี พบมากที่สุด ร้อยละ ๔๐

เทียบกับกรมสุขภาพจิต ๑๕-๑๙ ปี ร้อยละ ๒๑ และสำนัก
ระบาดวิทยา ๑๕-๒๙ ปี ร้อยละ ๖๑.๒^(๓,๖).

กลุ่มผู้เสียชีวิตพบมากสุดในช่วง ๓๐-๓๙ ปี ร้อยละ
๓๒.๔๓ เทียบกับกรมสุขภาพจิต ๓๐-๓๙ ปี ร้อยละ ๑๒.๕
และสำนักระบาดวิทยา ๒๕-๒๙ ปี ร้อยละ ๔๗.๖^(๒,๖) แตกต่าง
จากในต่างประเทศที่พบมากในผู้สูงอายุ^(๒). ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนา
ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลโคกสำโรง และเป็นการฆ่าตัว
ตายครั้งแรก.

อาชีพที่พบมากที่สุดคืออาชีพรับจ้างร้อยละ ๔๙.๑๗, รอง
ลงมา คือ นักเรียน นักศึกษา ร้อยละ ๒๖.๖๗ เทียบกับ
รายงานจากกรมสุขภาพจิต (อาชีพรับจ้าง, เกษตร, นักเรียน
นักศึกษา) ร้อยละ ๓๘.๗, ๒๑.๘ และ ๑๘.๘ และสำนัก
ระบาดวิทยา (อาชีพใช้แรงงาน และนักเรียนนักศึกษา) ร้อยละ
๓๘.๑๗ และ ๑๘.๖^(๓,๖).

เหตุปัจจัยกระตุ้นได้แก่ น้อยใจคนใกล้ชิด, ผิดหวัง
ความรัก, ทะเลาะคนใกล้ชิด ร้อยละ ๔๘.๓๓, ๑๘.๓๓, ๑๓.๓๓
เทียบกับรายงานกรมสุขภาพจิต น้อยใจคนใกล้ชิดร้อยละ ๓๔.๖,
ทะเลาะคนใกล้ชิดร้อยละ ๓๑.๖, ผิดหวังความรักร้อยละ ๒๐^(๓).

สถานภาพสมรสคู่อ้อยละ ๕๘.๓๓ มากกว่าโสดร้อยละ
๓๕.๘ เทียบกับรายงานกรมสุขภาพจิต คู่อ้อยละ ๕๓.๔ และ
โสดร้อยละ ๓๘.๘ และสำนักระบาดวิทยา คู่อ้อยละ ๔๙.๐๘
และโสดร้อยละ ๔๘.๙๙^(๓,๖). ในกลุ่มผู้เสียชีวิต คู่อ้อยละ ๗๕
มากกว่าโสดร้อยละ ๑๒.๕ เทียบกับรายงานกรมสุขภาพจิต คู่อ้อยละ ๕๔.๔ และโสดร้อยละ ๓๘.๙ และสำนักระบาดวิทยา
คู่อ้อยละ ๖๘.๒ และโสดร้อยละ ๒๖.๒๕^(๒,๖).

วิธีการที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายใช้สูงสุดได้แก่กินยาร้อยละ
๕๓.๓๓ เป็นยานอนหลับร้อยละ ๒๑.๖๗ ใกล้เคียงกับยาแก้
ปวดร้อยละ ๒๐.๘๓ รองลงมา กินสารเคมีร้อยละ ๓๙.๑๗
เป็นยาฆ่าแมลงร้อยละ ๑๐.๘๓, ยาฆ่าหญ้าร้อยละ ๘.๓๓
เทียบกับรายงานกรมสุขภาพจิต กินยาร้อยละ ๓๗.๘, สารเคมี
ร้อยละ ๓๓.๖ และสำนักระบาดวิทยา มีทั้งกลุ่มที่ระบุชนิดของ
ยาได้และระบุไม่ได้. กลุ่มที่ระบุได้มีเพียงร้อยละ ๒๔.๒๖ กิน
ยานอนหลับร้อยละ ๓๑.๕๑, ยาฆ่าแมลงร้อยละ ๒๕.๗๖,
สารเคมีอื่นร้อยละ ๑๔.๖๓ และยาฆ่าหญ้าร้อยละ ๑๒.๓๙^(๓,๔).

ผู้ที่เสียชีวิตมักใช้วิธีรุนแรง เช่น แขนงคอร้อยละ ๔๘.๖๕, กิน
สารเคมี ร้อยละ ๔๐.๕๔; ชายใช้วิธีรุนแรงกว่าหญิง^(๖).

ปัจจุบันปัญหาเศรษฐกิจและการขยายตัวของสังคม
เลียนแบบสังคมตะวันตก มีผลกระทบต่อวัยรุ่นและวัยทำงาน
ให้มีความคิดทำร้ายตนเอง.

กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงในอำเภอโคกสำโรง ได้แก่
วัยรุ่นและผู้ใหญ่วัยต้นที่มีอาชีพรับจ้างและนักเรียนนักศึกษา
ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียนและโรงงานอุตสาหกรรมทั้งในเขต
อำเภอโคกสำโรง อำเภอเมือง. กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา
ต้องเริ่มจากในเขตพื้นที่ก่อน. โรงพยาบาลโคกสำโรงร่วมกับ
คปสอ.โคกสำโรงได้จัดอบรมแกนนำครอบครัวแกนนำชุมชน
ให้สามารถดำเนินกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา
สุขภาพจิต และร่วมกันค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยประสาน
งานกับผู้นำชุมชน ได้แก่กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, อบต., เทศบาล,
อสม., อปพร., ครู, พัฒนาการ, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในเขต
และนอกเขตอำเภอที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้านสังคม
ตลอดจนค้นหาผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา. คป
สอ.โคกสำโรง จัดโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต โดย
ประยุกต์ใช้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง เน้นให้ประชาชนเป็น
เจ้าของโครงการ เพราะโครงการที่ประชาชนเป็นแกนนำเป็น
เจ้าของโครงการจะมีความต่อเนื่องและยั่งยืนกว่า^(๗).

การจัดบริการให้เหมาะสม ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก,
คลินิกให้คำปรึกษา, ผู้ป่วยใน, การนัดหมาย, การเยี่ยมบ้าน,
การส่งต่อ โรงพยาบาลโคกสำโรง ได้ส่งแพทย์เข้ารับการอบรม
จิตเวชกับจิตแพทย์ จากโรงพยาบาลพระพุทธบาทและ
โรงพยาบาลอนันตมหิตล และจัดอบรมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
ทั้งในโรงพยาบาล สถานีอนามัย, สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ
ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า และ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างถูกต้อง จัดทำแนวเวชปฏิบัติให้
ครอบคลุม โดย

- เพิ่มทักษะขั้นพื้นฐานในการแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย
ที่ละขั้นตอน.

- รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล ประเมินสภาวะ
จิตใจ, สังคม, เหตุจูงใจและปัญหาที่เกี่ยวข้อง.



- ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินทางจิตสังคมและนัดหมายติดตามอย่างดีแล้ว.

- รายที่ไม่มาตรวจตามนัด ควรมีการติดตามอย่างรวดเร็วตลอดจนเยี่ยมบ้าน เพื่อการแก้ไขปัญหาก็ถูกต้อง.

- นอกจากเหตุจูงใจ ต้องวิเคราะห์เชิงลึกรายบุคคล ค้นหาปัจจัยป้องกัน เพื่อส่งเสริมให้มีมากขึ้น ลดความลังเลใจให้ผู้ป่วยมีทางเลือกหลากหลาย^(๘).

การประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนทั่วไปผ่านสื่อต่าง ๆ ช่องทางต่าง ๆ ในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนทั่วไป มีความรู้ในการป้องกันตนเองและครอบครัว ทราบหน่วยงานที่ให้บริการตลอดจนเฝ้าระวังข่าวสารที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ.

กิตติกรรมประกาศ

แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรีได้กรุณาอนุญาตให้ทำการศึกษา. นายแพทย์วีโรจน์ รัตนอมรสกุล กรุณาให้ข้อเสนอแนะ. คุณวิทยา เบญจพรหม, คุณแอมอร วงศ์วิวัฒน์, คุณสุรดา ยังวิสัย, คุณจันทิมา จันทร์เพ็ญ และคุณชนัดดา ผาสุกมุล งานสุขภาพจิตและยาเสพติด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลโคกสำโรง ตลอดจนผู้ป่วยทุกท่านที่มารับการรักษาและได้นำข้อมูลมาทำการศึกษาคั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. อุมารพ ดังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพฯ: ชั้นดีการพิมพ์; ๒๕๔๔; หน้า ๔๑๔.
๒. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุสรารพ เกษสมบูรณ์, จริยา พิชัยคำ, และคณะ. รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต พ.ศ. ๒๕๔๗. พิมพ์ครั้งที่ ๑. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; ๒๕๕๐. หน้า ๑๐๒.
๓. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุสรารพ เกษสมบูรณ์, จริยา พิชัยคำ, และคณะ. รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พ.ศ. ๒๕๔๗. พิมพ์ครั้งที่ ๑. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; ๒๕๕๐. หน้า ๑๑๘.
๔. ณิชูกานต์ ไวนตร. การพยายามฆ่าตัวตายด้วยการรับประทานยาหรือสารพิษ. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ๒๕๔๘. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๕๐. หน้า ๓๕๘-๔๐๖.
๕. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุสรารพ เกษสมบูรณ์, จริยา พิชัยคำ, และคณะ. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ ๒๕๔๗. พิมพ์ครั้งที่ ๑. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; ๒๕๕๐. หน้า ๑๔๔.
๖. วันัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, อนงค์ แสงจันทร์ทิพย์. การบาดเจ็บรุนแรงจากการตั้งใจทำร้ายตนเอง. ใน: คำนวน อึ้งชูศักดิ์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ๒๕๔๘. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๕๐. หน้า ๔๓๑.
๗. วิเชียร ศิลปินธรรม. รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชน กรณีศึกษา: ชุมชนพรหมคีรี อ. เมือง จ. เพชรบุรี. วารสารสุขภาพภาคประชาชน ๒๕๕๐; ๒:๒๕-๓๒.
๘. เจษฎา ยิ่งวิวัฒนพงษ์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยทางจิต. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการในโครงการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต อำเภอโคกสำโรง; ๑๓ มีนาคม ๒๕๕๐ ณ โรงพยาบาลโคกสำโรง. ลพบุรี: โรงพยาบาลอนันตมหิดล; ๒๕๕๐. หน้า ๘๒.

โรคมือ เท้า และ ปาก ที่อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐

วชิระ บกพิบูลย์*

บทคัดย่อ

โรคมือ เท้าและปาก เป็นโรคติดเชื้อไวรัส พบมากในเด็กเล็กก่อนวัยเรียน. ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ในประเทศไทยพบผู้ป่วย ๓,๕๖๑ ราย เสียชีวิต ๗ ราย และในจังหวัดนครราชสีมาผู้ป่วย ๘๕ ราย เสียชีวิต ๓ ราย เชื้อที่เป็นสาเหตุคือ เอนเทอโรไวรัส ๗๑. การศึกษาเชิงพรรณนาวิทยาการระบาดของโรคมือเท้าและปากในอำเภอชุมพวงในช่วงต้น พ.ศ. ๒๕๔๕ จนถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ จากข้อมูลการสอบสวนโรคเฉพาะราย, จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในจากการวินิจฉัยของแพทย์ทุกราย และข้อมูลประชากรกลางปีจากทะเบียนราษฎร พบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้น ๔๗ ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต, เป็นผู้ป่วยชาย ๓๑ ราย, หญิง ๑๖ ราย คิดเป็นอัตราส่วน ๑.๕:๑, เป็นผู้ป่วยนอก ๔๐ ราย และผู้ป่วยใน ๗ ราย. อาการส่วนใหญ่มีไข้, ผื่นที่ฝ่ามือฝ่าเท้า พบมากที่ตำบลชุมพวง ไม่พบผู้ป่วยที่ตำบลโนนตูม. ส่วนใหญ่พบหมู่บ้านละ ๑ ราย. ช่วงที่พบผู้ป่วยมากคือช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม. จากการตรวจอุจจาระและซีรัม ๒ ครั้ง ผู้ป่วยร้อยละ ๕๓.๖๒ ตรวจพบเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ จากอุจจาระใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และ ๒๕๕๐ ปีละ ๒ รายเท่ากัน. ระบบเฝ้าระวังควรมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยมาพบแพทย์. การที่โรงพยาบาลสามารถส่งสิ่งส่งตรวจได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจะส่งเสริมให้สามารถทราบเชื้อที่เป็นสาเหตุได้ดีขึ้น. การควบคุมโรคต้องให้ความรู้แก่ชุมชน, การป้องกันมิให้เด็กปรกติรับเชื้อจากเด็กที่ป่วยโดยการคัดแยกเด็กปรกติออกจากเด็กป่วยทั้งในโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็ก.

คำสำคัญ: โรคมือ เท้าและปาก, เอนเทอโรไวรัส ๗๑

Abstract

Hand, Foot and Mouth Disease in Chumphuang District, Nakhon Ratchasima Province, 2002 -2007

Vachira Bothpiboon*

**Chumphuang Hospital, Nakhon Ratchasima Province*

Hand, foot and mouth disease is a communicable disease caused by a virus that infects mostly preschool children. In 2006, there were 3,961 cases and seven deaths in Thailand; Nakhon Ratchasima Province had 85 cases and 3 deaths. Enterovirus 71 was the causative pathogen. This descriptive study conducted at Chumphuang District, Nakhon Ratchasima Province during the period from 2002 to September 30, 2007, used individual disease investigation forms, outpatient and inpatient records and the mid-year population data of the Ministry of Interior. There were 47 cases, no deaths, 31 males and 16 females among them; the sex ratio was 1.9:1. Most of them were found during June to October. Forty were treated as outpatients and only seven were admitted to the hospital. Fever, and palm and sole rash were the common symptoms; most patients were from Chumphuang Tambon, and no case was detected at Nontoom Tambon; only one patient was found in each village. Stool and paired serum samples were derived from 93.62 percent of the patients and Enterovirus 71 was isolated from two stool specimens in 2006 and 2007. According to the disease surveillance system, primary health-care staff should be trained to screen and refer the suspects to hospitals, viral isolation should be supported and promoted among the health-care services. The disease-control measures should emphasize community health education and the isolation of patients from other children either in school or in child-care centers.

Key words: hand, foot and mouth disease, enterovirus 71, Nakhon Ratchasima Province

*โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา



ภูมิหลังและเหตุผล

โรคมือ เท้าและปาก พบได้ทั่วโลก ส่วนมากมักจะมีอาการที่ไม่รุนแรง (mild illness) โดยมากมักพบในเด็ก แต่หากเกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ ก็อาจจะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงจนเสียชีวิตจากภาวะปอดบวมน้ำเหลืองปื้นได้ แม้ว่าสถิติอัตราการตายของทารกในประเทศไทยได้มีแนวโน้มลดลง แต่อัตราตายของเด็ก อายุ ต่ำกว่า ๕ ปียังเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก^(๑). โดยที่มีรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขแสดงว่าจากการเริ่มเฝ้าระวังตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ ได้พบผู้ป่วยโรคมือ เท้าและปากใน พ.ศ. ๒๕๔๔ จำนวน ๓,๙๖๑ ราย เป็นอัตราป่วย ๖.๓๓ ต่อประชากรแสนคน, เสียชีวิต ๗ รายเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๑๗ ลดจากสถิติที่พบผู้ป่วยสูงสุดใน พ.ศ. ๒๕๔๘ อัตรา ๗.๔๗ ต่อประชากรแสนคน, แต่ไม่มีผู้เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยหญิง ๑,๕๓๘ ราย และผู้ป่วยชาย ๒,๔๒๓ ราย อัตราส่วนชายต่อหญิง ๑.๖ ต่อ ๑ จำนวนผู้ป่วยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ ๐-๔ ปี^(๒).

ในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมาได้มีการระบาดของโรคมือ เท้าและปากชนิดที่รุนแรงในเด็กเล็กที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว จากการระบาดในประเทศแถบทวีปเอเชีย เช่น มาเลเซีย^(๓), ใต้หวัน^(๔) และสิงคโปร์^(๕). จากข้อมูลในประเทศเพื่อนบ้าน กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้โรคมือ เท้าและ ปาก เป็นโรคที่อาจเกิดการระบาดขึ้นเป็นโรคติดต่อที่เกิดขึ้นใหม่ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๑^(๖).

เชื้อก่อโรคเอนเทอโรไวรัส ๗๑ แยกได้ครั้งแรกในแคลิฟอร์เนีย เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๒^(๗) จัดอยู่ในสกุล *Enterovirus* วงศ์ *Picornaviridae*. เอนเทอโรไวรัสเป็นไวรัสที่พบในทางเดินอาหาร มีสมาชิก ๖๙ ชนิด เช่น *Poliovirus* type ๑-๓, *Coxsackie A* และ *B*, *Echovirus* type ๑-๓๔, *Enterovirus* ๗๐, ๗๑ และ ๗๒. *Coxsackie A virus* type ๑-๒๔ (ยกเว้น type ๒๓) และ *Enterovirus* ๗๑ เป็นเชื้อก่อโรคสำคัญของโรคมือ เท้าและปาก^(๘). มีการคาดการณ์กันว่าภายหลังการกวาดล้างโรคโปลิโอจากโปลิโอไวรัสหมดไป เอนเทอโรไวรัสจะเป็นเชื้อไวรัสที่เข้ามาคุกคามเด็ก ๆ ทั่วโลกแทน ในขณะที่

วัคซีนยังอยู่ในช่วงพัฒนา^(๙).

สถานการณ์โรคมือ เท้าและปาก ของจังหวัดนครราชสีมา ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ พบผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ๓ ราย ทุกรายอายุน้อยกว่า ๑๒ ปี มีลักษณะเวชกรรมรุนแรงคล้ายกันคือ มีไข้สูง เหงื่อเย็บ หวใจเต้นเร็ว ภาวะปอดคั่งน้ำ และช็อกเสียชีวิต และแยกได้เชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑. ในปีเดียวกันนี้จังหวัดนครราชสีมามีรายงานโรคมือ เท้า และปาก ๘๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๓.๓๓ ต่อ แสนประชากร อัตราตาย ๐.๐๔ ต่อแสนประชากร^(๑๐). ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขจากการตรวจวิเคราะห์แยกเชื้อและการตรวจทางวิทยาน้ำเหลืองทั้งหมด ๖๒๔ ตัวอย่างใน พ.ศ. ๒๕๔๔ ให้ผลบวกเอนเทอโรไวรัสก่อโรคมือ เท้าและปาก ๑๘๒ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๒๙.๒) ในขณะที่มีผลบวกเอนเทอโรไวรัสก่อโรคอื่นเพียง ๗ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๘.๘)^(๑๑).

จากข้อมูลที่น่าเสนอข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคมือ เท้าและปากเริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศเพื่อนบ้าน. การให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังโรคจึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญของทุกฝ่าย. โรงพยาบาลชุมพวงเริ่มมีระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้าและ ปาก ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ อันเนื่องมาจากมีผู้ป่วยและมีผู้เสียชีวิตในจังหวัดนครราชสีมา โดยอำเภอชุมพวงเริ่มมีการรายงานผู้ป่วยตามระบบของการเฝ้าระวังเป็นรายแรก และดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องจวบจนปัจจุบัน และในการวินิจฉัยโรคได้ใช้คำนิยามของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๔^(๑๒)

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคมือ เท้า และปากในอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ โดยคาดหวังได้ ข้อมูลและข้อเสนอแนะเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงมาตรการป้องกันควบคุมให้ดีขึ้นในอนาคต.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาข้อมูลย้อนหลังวิทยาการระบาดเชิงพรรณนาจากระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า และปาก ของโรงพยาบาลชุมพวง พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐ (๓๐ กันยายน) โดยวิเคราะห์แบบ

สอบสวนโรคเฉพาะรายทุกราย และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่แพทย์โรงพยาบาลชุมพวงวินิจฉัยโรคมือ เท้าและปากทุกราย และได้กำหนดว่าโรคมือ เท้า และปาก ได้แก่โรคตามรหัส B084 ของระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ ๑๐ ขององค์การอนามัยโลก, ข้อมูลประชากรกลางปีของอำเภอชุมพวงในแต่ละปีใช้ข้อมูลทะเบียนราษฎร. สถิติที่ใช้คือจำนวน, ร้อยละ, อัตราส่วน และค่ามัธยฐาน.

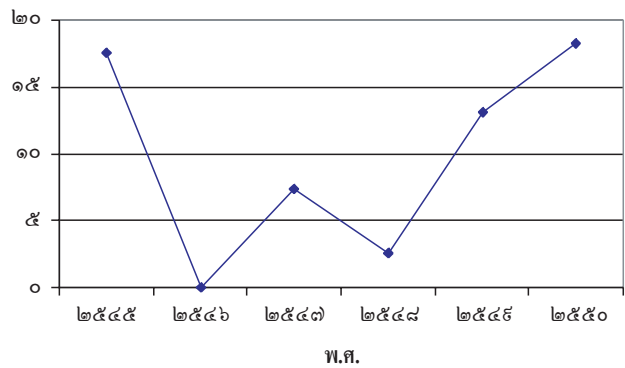
ผลการศึกษา

จากข้อมูลการเฝ้าระวังตั้งแต่ต้น พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ ดังที่ปรากฏพบผู้ป่วยด้วยโรคมือ เท้าและปากรวมทั้งสิ้น ๔๗ ราย. อัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก ๑.๓๓ ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็น ๑๘.๒๕ ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ (๓๐ กันยายน ๒๕๕๐) ยกเว้น พ.ศ. ๒๕๔๖ ที่ไม่พบผู้ป่วย ดังตารางที่ ๑ และรูปที่ ๑. ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเด็กก่อนวัยเรียน, กลุ่มอายุที่พบมาก คือ ๐-๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๖๑ ค่ามัธยฐานอายุ คือ ๑ ปี ๗ เดือน อายุที่มากที่สุดคือ ๘ ปี อายุน้อยสุดที่พบคือ ๕ เดือน. จำนวนผู้ป่วยชาย ๓๑ คน (๖๕.๙๖%) ผู้ป่วยหญิง ๑๖ คน (๓๔.๐๔%) คิดเป็นอัตราส่วน ๑.๙ ต่อ ๑. ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือจำนวน ๔๐ ราย (๘๕.๑๐%), ได้รับการรักษาแบบผู้

ตารางที่ ๑ อัตราป่วยด้วยโรคมือ เท้า และปาก ต่อประชากรแสนคน อำเภอชุมพวงตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐

พ.ศ.	ราย	อัตราป่วยต่อแสนประชากร
๒๕๔๕	๑๔	๑๗.๕๕
๒๕๔๖	-	-
๒๕๔๗	๖	๗.๓๓
๒๕๔๘	๒	๒.๕๖
๒๕๔๙	๑๐	๑๓.๖๕
๒๕๕๐	๑๕	๑๘.๒๕

อัตราป่วย/แสนประชากร



—●— จำนวนผู้ป่วย/แสนประชากร

รูปที่ ๑ อัตราป่วยด้วยโรคมือ, เท้า ปาก ต่อประชากรแสนคน อำเภอชุมพวง พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐

ป่วยในเพียง ๗ ราย (๑๔.๙%). ปีที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ พ.ศ. ๒๕๕๐ แม้ว่าจะเก็บข้อมูลถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ เท่านั้น ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต หรือได้รับการส่งต่อ.

การกระจายตามพื้นที่พบว่าตำบลที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ ตำบลชุมพวง ๑๑ ราย (๒๓.๔๐%) รองลงมาคือตำบลโนนยอ ๑๐ ราย (๒๑.๒๗%), ตำบลหนองหลักและตำบลประสุท ๗ รายเท่ากัน, ตำบลที่ไม่พบผู้ป่วยคือตำบลโนนตูม (ตารางที่ ๒ และรูปที่ ๒).

การรับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในทั้งหมด ๗ ราย เนื่องจากอายุต่ำกว่า ๑ ปี และมีอาการไข้ ร่วมกับกินอาหารไม่ได้ จำนวน ๕ ราย. อีก ๒ ราย ญาติต้องการให้แพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะเกรงว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อน. จำนวนวันพักในโรงพยาบาลเฉลี่ย ๑.๕ วัน. แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านทุกราย. ในส่วนของลักษณะเวชกรรมของผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ สามารถจำแนกได้เป็น ๓ กลุ่มดังตารางที่ ๓.

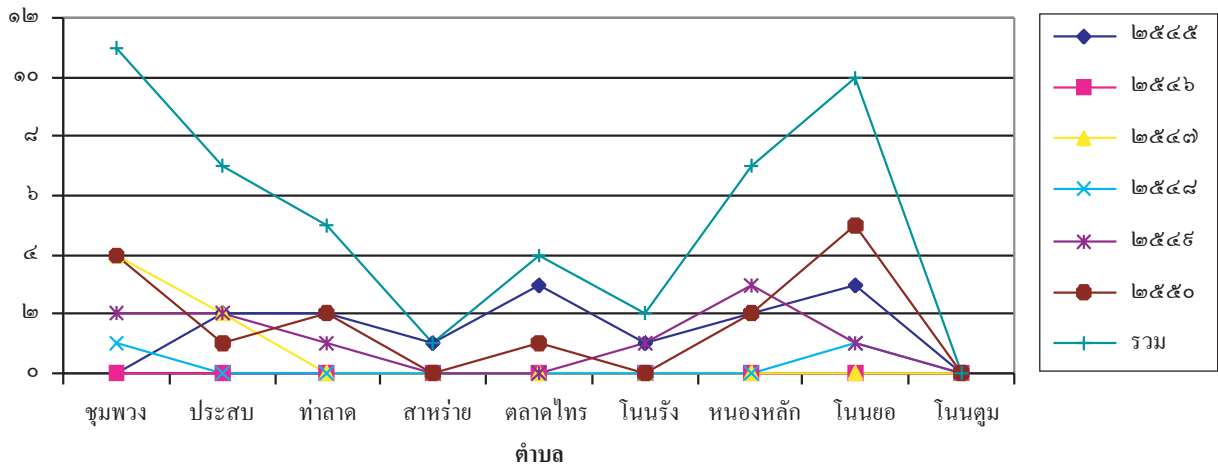
จากการวิเคราะห์แบบสอบสวนโรคเฉพาะราย ในหมู่บ้านที่มีการระบาด ๓ ราย ในพื้นที่เดียวกัน คือ หมู่ที่ ๒ ตำบลชุมพวง และหมู่ที่ ๓ ตำบลโนนยอ พบว่า ทั้ง ๓ ราย ในหมู่ที่ ๓ บ้านประดู่ ตำบลโนนยอ พบว่ารายแรกเริ่มป่วยวันที่ ๒๓ ก.ค. ๕๐. รายที่ ๒ เริ่มป่วยวันที่ ๗ ส.ค. ๕๐ และรายที่ ๓



ตารางที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยกระจายตามพื้นที่ที่พบการระบาดของโรค มือ เท้า ปาก พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ ก.ย. ๒๕๕๐

ตำบล	พ.ศ.						รวม
	๒๕๔๕	๒๕๔๖	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙	๒๕๕๐	
ชุมพวง	-	-	๔	๑	๒	๔	๑๑
ประสพ	๒	-	๒	-	๒	๑	๗
ท่าลาด	๒	-	-	-	๑	๒	๕
สำหรับ่าย	๑	-	-	-	-	-	๑
ตลาดไพร	๓	-	-	-	-	๑	๔
โนนรัง	๑	-	-	-	๑	-	๒
หนองหลัก	๒	-	-	-	๓	๒	๗
โนนยอ	๓	-	-	๑	๑	๕	๑๐
โนนดุม	-	-	-	-	-	-	๐

จำนวนผู้ป่วย (ราย)



รูปที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยกระจายตามพื้นที่ที่พบการระบาดของโรค มือ เท้า ปาก พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐

ตารางที่ ๓ โดยลักษณะอาการและอาการแสดงจำแนกผู้ป่วยได้เป็น ๓ กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่	ลักษณะเวชกรรม	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
๑	ไข้ มีผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า	๒๐	๔๒.๕๕
๒	ไข้ มีผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า, กระทบงัมและกัน	๑๖	๓๔.๐๔
๓	ไม่มีไข้ แต่ตรวจพบแผลที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าและกระทบงัม	๑๑	๒๓.๔๐

เริ่มป่วยวันที่ ๑๙ ส.ค. ๕๐ เด็กอาศัยอยู่ในค้มนเดียวกันแต่ไม่ได้อาศัยในหลังคาเรือนเดียวกันหรือเป็นพี่น้องกัน และป่วยในระยะเวลาใกล้เคียงกันคือ ๓ สัปดาห์ ผู้ปกครองไปมาหาสู่กัน เด็กเล่นด้วยกัน แต่ไม่ได้บริโภคอาหารหรือดื่มน้ำร่วมกัน. ส่วนหมู่ที่ ๒ ตำบลชุมพวง ไม่มีความสัมพันธ์กันเนื่องจากระยะเวลาในการป่วยห่างกันมากคือ ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๔๗. รายที่ ๒ เริ่มป่วย วันที่ ๖ พ.ค. ๔๗ และ รายที่ ๓ เริ่มป่วยวันที่ ๒๕ ต.ค. ๔๗. ผู้ป่วยทั้ง ๔๗ ราย เลี้ยงดูโดยญาติที่ไม่ใช่บิดามารดา จำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๘๙, และบิดา มารดาเป็นผู้เลี้ยงดูผู้ป่วย ๔๐ ราย คิด

เป็นร้อยละ ๘๕.๑๐.

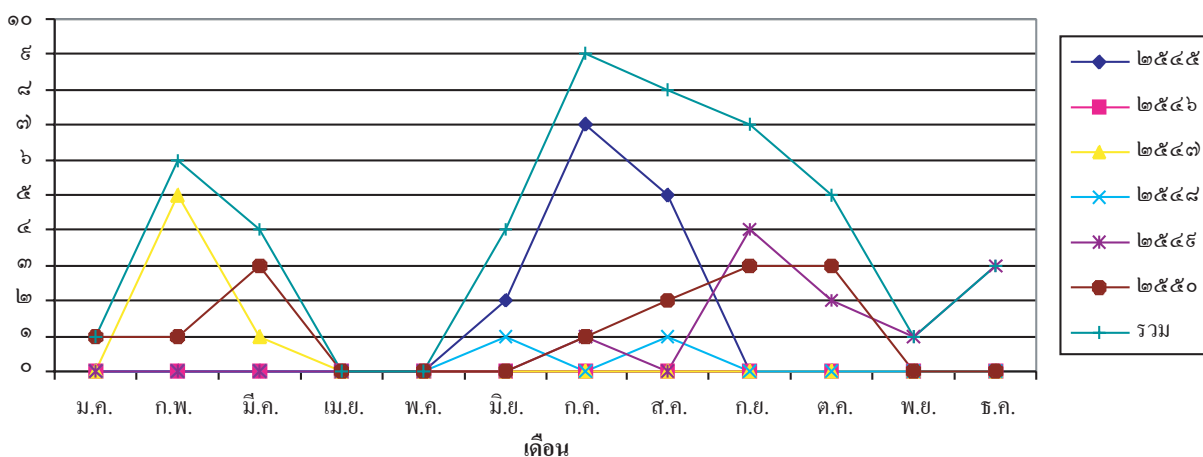
การกระจายในระดับหมู่บ้านพบเพียงหมู่บ้านละ ๑ ราย แต่พบว่าหมู่ที่ ๒ ตำบลชุมพวงพบผู้ป่วยจำนวน ๓ ราย, หมู่ที่ ๓ ตำบลโนนยอ ๓ ราย, และพบหมู่บ้านละ ๒ รายอีก ๔ หมู่บ้าน ของตำบลหนองหลัก, ชุมพวงและประสุข. ในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม (ตารางที่ ๔ และรูปที่ ๓).

การส่งอุจจาระและซีรัมเพื่อตรวจแยกเชื้อไวรัสพบว่าสามารถสอบสวนโรค และเก็บตัวอย่างอุจจาระและซีรัมครั้งที่ ๑ ได้ครบทุกราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐. ส่วนการตรวจซีรัมครั้งที่

ตารางที่ ๔ จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำแนกเป็นรายเดือน พ.ศ. ๒๕๔๕ -วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐

พ.ศ.	เดือน (ราย)												รวม
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
๒๕๔๕	-	-	-	-	-	๒	๖	๕	-	-	-	-	๑๔
๒๕๔๖	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๒๕๔๗	-	๕	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๖
๒๕๔๘	-	-	-	-	-	๑	-	๑	-	-	-	-	๒
๒๕๔๙	-	-	-	-	-	-	๑	-	๔	๒	๑	๒	๑๐
๒๕๕๐	๑	๑	๓	-	-	๑	๑	๒	๓	๓	-	-	๑๕

จำนวนผู้ป่วย (ราย)



รูปที่ ๓ จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำแนกเป็นรายเดือน อำเภอชุมพวง พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐



๒ ไม่สามารถมาตรวจได้จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๓๘ สามารถส่งตรวจครบ ๒ ครั้งได้ร้อยละ ๙๓.๖๒. ผลการตรวจอุจจาระใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ถึง ๒๕๔๘ ยังไม่สามารถระบุเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุได้ จนกระทั่งใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้ตรวจพบเอนเทอโรไวรัส ๙๑ จากผู้ป่วย ๒ ราย และอีก ๒ รายใน พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจนเป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิต. ส่วนเชื้ออื่น ๆ ที่พบคือเอนเทอโรไวรัสชนิดอื่น ๆ ดังตารางที่ ๕.

มาตรการรองรับเมื่อพบผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก โรงพยาบาลชุมพวง ถึงแม้ลักษณะการพบผู้ป่วยของอำเภอชุมพวงส่วนใหญ่จะมีการกระจายเพียงหมู่บ้านละ ๑ ราย และมีเพียงบางหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยตั้งแต่ ๒ ราย แต่ผู้รับผิดชอบคืองานสุขาภิบาลและควบคุมโรค. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีแนวทางปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วย คือ

๑. พบแพทย์ผู้ให้การรักษาเพื่อยืนยันการวินิจฉัยตามคำนิยาม หรือหากเป็นนอกเวลาราชการที่มีผู้ปกครองนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่อยู่เวรซึ่งผ่านการให้ความรู้จะรายงานแพทย์และแจ้งเจ้าหน้าที่งานสุขาภิบาลทันทีเพื่อดำเนินการสอบสวนโรค.

๒. พบกับผู้ป่วยและผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้, ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัย, การดำเนินของโรค, การเก็บส่งส่งตรวจทั้งการเก็บอุจจาระ และเลือดส่งตรวจทางวิทยาน้ำเหลือง ๒ ครั้งห่างกัน ๒ สัปดาห์.

ตารางที่ ๕ จำนวนผู้ป่วยที่ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๙๑ พร้อมผลวิเคราะห์

พ.ศ.	ราย	เชื้อเอนเทอโรไวรัส ๙๑	เชื้ออื่น
๒๕๔๕	๑๔	๐	๒
๒๕๔๖	-	-	-
๒๕๔๗	๖	-	-
๒๕๔๘	๒	-	-
๒๕๔๙	๑๐	๒ (ในอุจจาระ)	๔
*๒๕๕๐	๑๕	๒ (ในอุจจาระ)	-

*หมายเหตุ ปี ๒๕๕๐ รวบรวมการตรวจวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการ อีก ๔ ราย พบเชื้อเอนเทอโรไวรัส อื่นที่ไม่ใช่ เอนเทอโรไวรัส ๙๑ รวม ๖ ราย

๓. ประสานงานและลงพื้นที่ตามเขตหมู่บ้าน (ทั้งนอกและในเขตของโรงพยาบาล) และประสานงานกับสถานบริการปฐมภูมิเพื่อค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม, ให้ความรู้และทำความเข้าใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย, ชุมชนในละแวกใกล้เคียงในหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดความตระหนักในการช่วยกันป้องกันและควบคุมโรค.

๔. รายงานข้อมูลผู้ป่วยไปยังงานระบาดวิทยา กลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.

๕. เผื่อระวังและติดตามสถานการณ์โรคอย่างต่อเนื่อง.

๖. การนำสิ่งส่งตรวจทั้งอุจจาระและน้ำเหลืองบรรจุในภาชนะที่ควบคุมอุณหภูมิส่งไปยังสถาบันวิจัยไวรัส กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยทางรถทัวร์ปรับอากาศและประสานงานการรับส่งทางโทรศัพท์.

๗. การตรวจสระว่ายน้ำซึ่งมีอยู่ ๑ แห่งในเขตอำเภอชุมพวง ทุก ๓ เดือนและรายงานผลเป็นเอกสารลับให้เจ้าของสระว่ายน้ำเพื่อปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐานของกรมอนามัย^(๑๓).

๘. การให้ความรู้แก่ชุมชน, โรงเรียนอนุบาล, ศูนย์เด็กเล็ก โดยผ่านทางวิทยุชุมชน และหอกระจายข่าว.

วิจารณ์

โรงพยาบาลชุมพวงได้ริเริ่มและพัฒนาระบบเผื่อระวังโรคมือ, เท้าและปาก มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ นอกเหนือไปจากระบบเผื่อระวังโรคอื่น ๆ และต้องลงพื้นที่เพื่อควบคุมโรคด้วยทั้งในหมู่บ้านหรือ โรงเรียน แต่ยังมีบางประเด็นจากผลการศึกษาคั้งนี้ที่ควรกล่าวถึงคือ

๑) ระบบเผื่อระวังโรคเริ่มที่โรงพยาบาลโดยการวินิจฉัยโรคจากแพทย์หรือการพบผู้ป่วยนอกเวลาราชการโดยพยาบาลเป็นลักษณะตั้งรับที่จะพบผู้ป่วยที่ผู้ปกครองตื่นตัวหรือสงสัย และสามารถจะเดินทางพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เท่านั้น แต่หากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง, ผู้ปกครองไม่สงสัยหรืออยู่ห่างไกลมาก อาจจะไม่ได้มาโรงพยาบาลทำให้พบผู้ป่วยน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ในขณะที่ไม่มีการวินิจฉัยหรือรับส่งต่อมาจากสถานบริการปฐมภูมิซึ่งมีจำนวนถึง ๑๓ แห่งกระจายอยู่ทั่วอำเภอ ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นว่าไม่พบผู้ป่วยในบางตำบลที่อยู่ห่างไกลเช่น ตำบลโนนตูม หรือตำบลสาหร่าย ซึ่งพบผู้ป่วยเพียง ๑ รายเท่านั้น

ในขณะที่พบผู้ป่วยมากที่ตำบลชุมพวง หากต้องการค้นหาผู้ป่วยให้ได้มากขึ้น โรงพยาบาลอาจจะต้องให้ความรู้และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ของสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์เด็กเล็กหรือ อสม. ในการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

๒) โรงพยาบาลชุมพวงอยู่ห่างไกลจากอำเภอเมืองถึง ๙๙ กิโลเมตร และประสบกับปัญหาที่คล้ายคลึงกับโรงพยาบาลชุมชนอื่นคือบุคลากรทางการแพทย์มีการหมุนเวียนทุก ๑-๒ ปี ทำให้ต้องทำความเข้าใจกับแพทย์เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังอยู่เสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัย บางช่วงปีมีแพทย์เพิ่มพูนทักษะมาร่วมปฏิบัติงานหากไม่ชี้แจงความสำคัญของโรคนี้แพทย์ อาจจะไม่ได้อินิจฉัยโรคนี้ได้ ดังข้อมูลจากการเฝ้าระวังในปี ๒๕๕๖ ที่ไม่มีการวินิจฉัยจากแพทย์.

๓) การศึกษาครั้งนี้ของอำเภอชุมพวงสอดคล้องกับการศึกษาของอำเภอเมืองจังหวัดกระบี่^(๑๔) ซึ่งพบวาระหว่างปี ๒๕๔๘-๒๕๕๐ พบผู้ป่วยมากขึ้นทุกปี, ส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นในช่วงเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝนต่อฤดูหนาว, ในระหว่าง ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๐ - ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๐ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๙ เดือน - ๕ ปี ไม่มีผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และพบเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ เป็นตัวก่อโรคในพื้นที่.

๔) กลวิธีการให้ข้อมูลชี้แจงแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กทำให้เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ทำให้สามารถเก็บตัวอย่างส่งตรวจเพื่อหาเชื้อที่เป็นสาเหตุได้ค่อนข้างครบถ้วนเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังเป็นอย่างมาก ประกอบกับการบริหารจัดการที่มีระบบการสอบสวนโรคนอกเวลาจึงเป็นปัจจัยสนับสนุนให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างดีมากขึ้น รวมทั้งความมุ่งมั่นส่วนบุคคลและทีมงานทำให้มีการติดตามผู้ป่วยมาเจาะซีรัมในวันนัดจนมีผู้มาตรวจซีรัมครบ ๒ ครั้งถึงร้อยละ ๙๓.๖๒.

๕) การสนับสนุนค่าส่งตรวจแยกไวรัสเพื่อหาสาเหตุที่ศูนย์วิจัยไวรัส กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน ทางโรงพยาบาลจ่ายเฉพาะค่าขนส่งรถโดยสารที่นำส่งเท่านั้น เป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญทำให้จำนวนการส่งสิ่งส่งตรวจได้ค่อนข้างจะครบถ้วน ถึงแม้จะเป็นอำเภอที่อยู่

ค่อนข้างห่างไกล.

๖) นโยบายของโรงพยาบาลชุมพวงที่พัฒนาตนเองตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลจนได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital accreditation) เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยเน้นหลักการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (total quality management) ทำให้ทุกหน่วยงานเกิดความกระตือรือร้นในการประกันคุณภาพงานในหน้าที่รับผิดชอบของตนเองทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ จนเป็นผลที่น่าพอใจ ส่งผลให้ระบบการเฝ้าระวังโรคได้รับการควบคุม คุณภาพมากยิ่งขึ้น.

๗) ในช่วงฤดูฝน มีโรคอื่น ๆ ที่สำคัญ และเป็นโรคประจำถิ่นที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เช่น ไข้เลือดออก, ไข้สมองอักเสบ ในขณะที่โรคมือ เท้า และปาก ยังไม่ใช่โรคประจำถิ่น และอัตราป่วยตายค่อนข้างต่ำ จึงไม่เป็นที่รู้จักและใส่ใจมากนัก การค้นหาและการเฝ้าระวังโรคจึงยังไม่สมบูรณ์เมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่เป็นที่รู้จักกันดี.

๘) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความโน้มของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้เห็นแนวโน้มของโรค เป็นสัญญาณเตือนที่ทำให้ผู้รับผิดชอบต้องตระหนักและรีบดำเนินการมาตรการการป้องกันและควบคุมการระบาดให้เข้มแข็งขึ้น ถึงแม้จะยังไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตก็ตาม.

๙) ผลการตรวจจุลจากระที่พบเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ ที่พบครั้งแรกในปี ๒๕๔๙ ถึง ๒ ราย และพบมากขึ้นในปี ๒๕๕๐ เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงความเอาใจใส่ เนื่องจากอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการระบาดได้ในอนาคต การดำเนินงานของระบบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและมีแผนเตรียมความพร้อมรองรับจะทำให้เกิดความมั่นใจในการรับมือกับการระบาดในอนาคต.

กิตติกรรมประกาศ

คุณทรงศรัณย์ อาจหาญ งานศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลชุมพวงได้ช่วยเหลือในการจัดพิมพ์ต้นฉบับ. เจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลชุมพวงได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี.



เอกสารอ้างอิง

๑. สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). กระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๔ - ๒๕๔๖.
๒. สุวรรณ เทพสุนทร, เยาวภา พงษ์สุวรรณ. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี ๒๕๔๕. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
๓. World Health Organization. 1997- Fatal myocarditis in Malaysia- Update 4. Fact sheet ([http:// www. Int/ csr / don/1997_07_03/ en/ print. html](http://www.int/csr/don/1997_07_03/en/print.html) [12 Nov 2550])
๔. Lin TY, Twu, SJ, Ho MS, Chang LY, Lee CY. Enterovirus 71 Outbreaks, Taiwan: Occurrence and Recognition. *Emerging Infectious Diseases* 2003;9:291-3.
๕. Chan KP, Goh KT, Chong CY, Teo ES, Lau G, Ling AE. Epidemic Hand, Foot and Mouth Disease Caused by Human Enterovirus 71, Singapore. *Emerging Infectious Diseases* 2003;9:78-85.
๖. วินัย วุฒติวิโรจน์. โรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่: ๔ การดำเนินการมาตรการทางสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินจากโรคระบาด, กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรจำกัดแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๑.
๗. Schmidt NJ, Lennette EH, Ho HH. An apparently new enterovirus isolated from patients with disease of the central nervous system. *J Infect Dis* 1974;129:304-9.
๘. พิไลพันธ์ พุชฉัตรนะ. ไวรัสวิทยาฉบับพื้นฐาน. มกราคม ๒๕๒๔ อักษรสยามการพิมพ์.
๙. Yien LT, Chang LY, Hsia SH, Huang YC, Chin CH, Hsueh C, et al. The 1998 Enterovirus 71 outbreak in Taiwan, pathogenesis and management, *Clinical Infect Dis* 2002; 34(Suppl 2): S 52-7.
๑๐. รายงานประจำปี ๒๕๔๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: สำนักพิมพ์โคราชพริ้นติ้ง; ๒๕๔๕. หน้า ๑๘-๕.
๑๑. รายงานประจำปี ๒๕๔๕ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕. หน้า ๑๓๐.
๑๒. กองโรคระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดต่อ ประเทศไทย ๒๕๔๔ พิมพ์ครั้งที่ ๑. ๒๕๔๔.
๑๓. ประกาศกรมอนามัย ๒๕๔๓. ข้อปฏิบัติในการดูแลสระว่ายน้ำ เพื่อป้องกันการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก
๑๔. อัจฉิมา ชนะกุล, เบญจพร ว่องเกษฎา, สุรพร คำดี, สุปรามิ เจียวัก, อรวรรณ ศรีหมุ่น. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๕๑ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๐ สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สถานการณ์วัณโรคในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วรเชษฐ เตชะรัก*

บทคัดย่อ

อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนมีแนวชายแดนติดต่อกับประเทศพม่า มีทางเข้าออกหลายช่องทาง, มีประชากรไทยและต่างด้าวเดินทางผ่านเข้าออกจำนวนมาก. เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายของประชากรสูง อาจมีผลกระทบต่อแนวทางควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาสถานการณ์วัณโรคในพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน.

ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๔ ถึงปีงบประมาณ ๒๕๕๐ มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนวัณโรค ๘๒๕ ราย เป็นผู้ป่วยใหม่ ๗๕๕ คน ถือเป็นชาวไทย(มีเลขประจำตัวประชาชน) ๓๘๖ คน (๔๕.๖%), ต่างด้าว ๔๐๙ คน (๕๑.๔%) คิดเป็นอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เฉลี่ย ๕๕.๓ ต่อแสนประชากร (นับเฉพาะผู้ถือสัญชาติไทย). เมื่อนับผู้ที่อาศัยในพื้นที่ทั้งหมดคิดเป็นอัตรา ๑๔๘.๕ ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วย ๘๓ คนขาดการรักษา เป็นต่างด้าว ๖๓ คน ไทย ๒๐ คน. จำนวนนี้ ๑๓ คนกลับมารักษาใหม่. เมื่อประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยที่ไม่เปลี่ยนการวินิจฉัยและสิ้นสุดการรักษากรบจำนวน ๗๒๔ คน พบว่าผู้ป่วยต่างด้าวมียอดขาดการรักษามากกว่าผู้ป่วยสัญชาติไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.

คำสำคัญ: วัณโรค, ผู้ป่วยสัญชาติไทย, ผู้ป่วยต่างด้าว, จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Abstract Tuberculosis Situation in Maung Mae Hong Son District, Thailand Worachet Teacharak*

*Srisangwan General Hospital, Mae Hong Son Province, Thailand

Thailand and Myanmar are both among the 22 countries with a high burden of tuberculosis (TB) cases identified globally. Population migration in Mae Hong Son Province may have a great impact on the national TB-control program. Mae Hong Son's Muang district is close to Myanmar. Citizens of both countries travel back and forth across the border for business or for temporary or permanent settlement. This phenomenon causes problems in controlling tuberculosis in Thailand.

In the period 2001-2007, a total of 829 tuberculosis patients were registered at the TB clinic of Srisangwan Hospital. They were taken for study and 795 newly registered cases (Thai 49.6%, non-Thais 51.4%) were reviewed, reflecting a very high incidence of new tuberculosis cases in this region. Detailed data were reported in the text.

Key words: tuberculosis, Mae Hong Son Province

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีสังวาลย์



ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ถูกจัดเป็น ๑ ใน ๒๒ ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงและมีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี^(๑) รวมถึงปัญหาวัณโรคคือยาหลายขนานซึ่งมีรายงานการตรวจพบในหลายประเทศรวมถึงในประเทศไทยและประเทศข้างเคียง^(๒,๓,๔). ปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคมีปัจจัยส่งเสริมหลายประการอันได้แก่ปัญหาโรคเอชไอวี, ปัจจัยด้านประชากร, เศรษฐกิจสังคม, การอยู่อาศัยอย่างแออัด เช่น ในกลุ่มผู้ต้องขัง^(๓,๔,๖). ปัจจัยด้านประชากร และเศรษฐกิจสังคมมีผลต่อการแพทย์และการขาดการรักษาในผู้ป่วย^(๕,๖). เนื่องจากอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนมีแนวชายแดนติดต่อกับประเทศพม่าซึ่งถูกจัดเป็น ๑ ใน ๒๒ ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคเช่นเดียวกัน^(๘) มีช่องทางการเดินทางเข้าออกของผู้ใช้แรงงานและผู้ป่วยจากประเทศเพื่อนบ้านหลายช่องทาง, มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นจำนวนมากทั้งที่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง, อยู่ในศูนย์พักพิงชั่วคราว และผู้ที่เดินทางเข้าออกประเทศ จึงมีผู้ป่วยต่างด้าวเข้ามาใช้บริการแพทย์เป็นจำนวนมากทุกปี เกิดปัญหาด้านการติดตามรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ แม้แต่ผู้ที่เข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่ก็มักมีการย้ายที่อยู่บ่อยครั้ง.

ดังนั้นจึงทำการศึกษานี้เพื่อทราบสถานการณ์วัณโรคในพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนในกลุ่มผู้ป่วยสัญชาติไทยและคนต่างด้าว ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่ซึ่งมีประชากรต่างด้าวอาศัยจำนวนมาก อันอาจส่งผลต่อผลการรักษา และยิ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาวัณโรคคือยาตามมา^(๗).

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาใช้รูปแบบเชิงพรรณนา. ประชากรเป้าหมายได้แก่ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ถึง ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ จำนวน ๘๒๙ ราย เป็นผู้ป่วยสัญชาติไทย ๓๙๗ ราย (๔๗.๙%) ต่างด้าว (พม่า) ๔๓๒ ราย (๕๑.๑%).

ขั้นตอนการศึกษามีดังนี้

๑. ทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง.
๒. ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากสมุดเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรค.
๓. รวบรวมและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Excel.
๔. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Pivot Table ของโปรแกรม Excel และนำเข้าข้อมูลสู่โปรแกรม SPSS เพื่อคำนวณค่าทางสถิติ หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ; ศึกษาความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยต่อการขาดการรักษา ใช้การทดสอบไค-สแควร์ และ Fischer's exact test.

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรคที่ศึกษา ๘๒๙ รายดังรายละเอียดในตารางที่ ๑ เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อวัณโรค ๓๖๓ ราย (ไทย ๑๖๔ ราย, ต่างด้าว ๑๙๙ ราย) และตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ ๓๒๙ ราย (ไทย ๑๖๐ ราย, ต่างด้าว ๑๖๙ ราย); วัณโรคนอกปอด ๑๓๗ ราย (ไทย ๗๓ ราย, และต่างด้าว ๖๔ ราย). ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ๕๙๘ ราย, ศูนย์พักพิงชั่วคราวบ้านใหม่ในสอย ๑๙๔ ราย และในประเทศพม่า ๓๗ ราย (ตารางที่ ๒). จำนวนนี้เป็นผู้ป่วยใหม่ ๗๙๕ คน อายุ ๕ เดือน - ๙๐ ปี เฉลี่ย ๓๘ ปี (ตารางที่ ๓). ผู้ป่วยขาดการรักษา ๘๓ ราย (๑๐.๔%) เป็นผู้ป่วยสัญชาติไทย ๒๐ ราย, ผู้ป่วยต่างด้าวที่พักอาศัยในพื้นที่ ๓๐ ราย (๑๕.๕%), กลุ่มผู้ป่วยต่างด้าวที่มีอยู่ในประเทศพม่า ๒๐ ราย (๖๒.๕%), และผู้ป่วยต่างด้าวในศูนย์พักพิงชั่วคราวบ้านในสอย ๑๓ ราย (๗.๑%). ผู้ป่วยต่างด้าวมีอัตราขาดการรักษามากกว่าผู้ป่วยสัญชาติไทย ๓ เท่า (๑๕.๔%). ผู้ป่วย ๒๕ รายการรักษายังไม่สิ้นสุด, ๒๘ รายส่งต่อไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลอื่น, ผู้ป่วย ๑๘ รายเปลี่ยนการวินิจฉัยและกำลังรักษา ๒๕ ราย (ตารางที่ ๔).

อัตราป่วยต่อแสนประชากรผู้ป่วยขึ้นทะเบียนใหม่เฉลี่ยตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ถึงปีงบประมาณ ๒๕๕๐ เท่ากับ ๑๔๔ ต่อแสนประชากร (ไม่รวมผู้ป่วยจากศูนย์พักพิงชั่วคราวบ้านในสอยและผู้ป่วยจากพม่า).

ตารางที่ ๑ จำนวน (ราย) ผู้ป่วยวัณโรคจำแนกตามประเภทโรคและเชื้อชาติ

พ.ศ.	วัณโรคปอดเสมหะบวก		วัณโรคปอดเสมหะลบ		วัณโรคนอกปอด		รวม
	ไทย	ต่างด้าว	ไทย	ต่างด้าว	ไทย	ต่างด้าว	
๒๕๔๔	๑๗	๓๗	๑๓	๒๕	๗	๔	๑๐๗
๒๕๔๕	๓๔	๓๔	๑๕	๑๖	๕	๘	๑๑๖
๒๕๔๖	๑๘	๓๓	๒๑	๑๕	๑๕	๑๑	๑๑๗
๒๕๔๗	๓๔	๓๔	๒๔	๑๖	๑๗	๕	๑๓๐
๒๕๔๘	๑๕	๑๕	๓๐	๒๖	๖	๒๐	๑๒๐
๒๕๔๙	๒๕	๒๐	๒๓	๓๕	๕	๑๑	๑๒๓
๒๕๕๐	๑๗	๒๒	๓๔	๒๘	๑๐	๕	๑๑๖
รวม	๑๖๔	๑๕๕	๑๖๐	๑๖๕	๗๓	๖๔	๘๒๕

ตารางที่ ๒ จำนวน (ราย) ผู้ป่วยวัณโรคจำแนกตามเชื้อชาติ และที่อยู่

พ.ศ.	อำเภอเมือง		พม่า		ค่ายอพยพ		รวม
	ไทย	ต่างด้าว	ไทย	ต่างด้าว	ไทย	ต่างด้าว	
๒๕๔๔	๓๗	๒๕	๐	๑๐	๐	๓๕	๑๐๗
๒๕๔๕	๕๘	๒๖	๐	๕	๐	๒๗	๑๑๖
๒๕๔๖	๕๔	๒๘	๐	๓	๐	๓๒	๑๑๗
๒๕๔๗	๗๕	๓๑	๐	๔	๐	๒๐	๑๓๐
๒๕๔๘	๕๕	๓๒	๐	๗	๐	๒๖	๑๒๐
๒๕๔๙	๕๗	๓๕	๐	๖	๐	๒๕	๑๒๓
๒๕๕๐	๖๑	๒๔	๐	๒	๐	๒๕	๑๑๖
รวม	๓๕๗	๒๐๑	๐	๓๗	๐	๑๕๔	๘๒๕

ตารางที่ ๓ ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนประเภทผู้ป่วยใหม่ กลุ่มประชากรและ กลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	กลุ่มประชากร (ราย)				รวม
	ไทย	ต่างด้าว ในเขต	ต่างด้าว นอกเขต	ศูนย์พักพิงชั่วคราว บ้านในสอย	
ต่ำกว่า ๑๕	๒๐	๑๓	๕	๓๐	๖๘
๑๕-๒๔	๒๖	๒๑	๕	๒๗	๗๙
๒๕-๓๔	๘๒	๖๐	๕	๔๗	๑๙๔
๓๕-๔๔	๘๒	๓๓	๗	๓๕	๑๖๑
๔๕-๕๔	๗๐	๓๖	๒	๑๗	๑๒๕
๕๕-๖๔	๔๒	๑๕	๓	๑๓	๗๓
๖๕ ขึ้นไป	๖๔	๑๕	๑	๑๑	๙๑
รวม	๓๘๖	๑๕๓	๓๒	๑๘๔	๗๕๕



ตารางที่ ๔ ผลการรักษาผู้ป่วยขึ้นทะเบียนประเภทผู้ป่วยใหม่ แยกตามกลุ่มประชากร

ผลการรักษา	กลุ่มประชากร ราย (%)				รวม
	ไทย	ต่างด้าว ในเขต	ต่างด้าว นอกเขต	ศูนย์พักพิงชั่วคราว บ้านในสอย	
รักษาครบ	๑๕๔ (๓๕.๕)	๖๕ (๓๕.๘)	๑ (๓.๑)	๘๑ (๔๔)	๓๐๕
รักษาหายขาด	๑๐๔ (๒๖.๕)	๔๕ (๒๓.๓)	๒ (๖.๓)	๖๖ (๓๕.๕)	๒๑๗
ตาย	๖๐ (๑๕.๕)	๓๖ (๑๙.๗)	๖ (๑๙.๘)	๗ (๓.๘)	๑๐๙
สูญหาย	๒๐ (๕.๒)	๓๐ (๑๕.๕)	๒๐ (๖๒.๕)	๑๓ (๗.๑)	๘๓
ล้มเหลว	๑ (๐.๓)	๑ (๐.๕)	๐ (๐)	๔ (๒.๒)	๖
เชื้อมี	๒ (๐.๕)	๑ (๐.๕)	๒ (๖.๓)	๑ (๐.๕)	๖
เปลี่ยนการวินิจฉัย	๕ (๒.๓)	๔ (๒.๑)	๑ (๓.๑)	๔ (๒.๒)	๑๘
ส่งต่อ	๒๓ (๖.๐)	๔ (๒.๑)	๐ (๐)	๑ (๐.๕)	๒๘
กำลังรักษา	๑๓ (๓.๔)	๓ (๑.๖)	๐ (๐)	๗ (๓.๘)	๒๓
	๓๘๖	๑๕๓	๓๒	๑๘๔	๗๕๕

ผู้ป่วยใหม่ที่ยื่นขอการรักษารวม ๗๒๔ ราย เป็นวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ๓๑๖ ราย (๔๓.๖%) ไม่พบเชื้อ ๒๙๓ ราย (๔๐.๕%) และวัณโรคปอดนอกปอด ๑๑๕ ราย (๑๕.๙%) (ตารางที่ ๖), มีผลน้ำเหลือง Anti-HIV บวก ๑๐๐ ราย (๑๓.๘%) และ Anti-HIV ลบ ๓๓๓ ราย (๔๕.๙%) อัตราตายในผู้ป่วยเอชไอวีบวกสูงกว่ากลุ่มเอชไอวีลบและไม่ทราบผล (ไทม์-สแควร์ = ๙๓.๙, DF = 2, ค่าพี = ๐.๐๐๐). อัตราป่วยตายผู้ป่วยเอชไอวีบวกร้อยละ ๔๗. อัตราการรักษาหายในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อร้อยละ ๗๒.๑๕ โดยกลุ่มประชากรที่มีอัตราการรักษาหายต่ำสุดคือกลุ่มผู้ป่วยต่างด้าวนอกเขต (๖.๗%). ส่วนกลุ่มประชากรที่มีอัตราการรักษาหายสูงสุดคือกลุ่มผู้ป่วยในศูนย์พักพิงชั่วคราวบ้านในสอย (๔๑.๓%) และกลุ่มผู้ป่วยสัญชาติไทย (๓๑.๘%) ตามลำดับ. ผู้ป่วยกลุ่มประชากรต่างด้าวนอกเขตมีอัตราตายและการขาดการรักษาสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ ๒๐ และ ๖๖.๗ ตามลำดับ (ตารางที่ ๗).

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการขาดการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เชื้อชาติ และกลุ่มประชากร (ค่าพี < ๐.๐๐๑) (ตารางที่ ๘). อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยเด็กอายุ ๐ ถึง ๑๕ ปี ต่ำกว่าผู้ใหญ่ (ไทม์-สแควร์ = ๙.๙๑, ค่าพี = ๐.๐๐๒,

ตารางที่ ๕ อัตราป่วยของผู้ป่วยขึ้นทะเบียนใหม่

พ.ศ.	อัตราป่วยใหม่ต่อแสนประชากร	
	ไทย	ผู้อาศัยในพื้นที่ทั้งหมด*
๒๕๔๔	๖๔.๘	๑๐๕.๘
๒๕๔๕	๕๗.๒	๑๔๐.๔
๒๕๔๖	๕๓.๖	๑๔๐.๔
๒๕๔๗	๑๒๕.๖	๑๘๑.๕
๒๕๔๘	๕๗.๒	๑๕๑.๓
๒๕๔๙	๑๐๒.๖	๑๖๕.๗
๒๕๕๐	๑๐๕.๘	๑๕๓.๑

*ผู้ป่วยไทยและต่างด้าว มีที่อยู่อาศัยแน่นอนในพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน (ประชากรมีบัตรสี)

การทดสอบ Fischer's exact = ๐.๐๐๐). อัตราการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อร้อยละ ๑.๗๘ (ไทย ๐.๖% ต่างด้าว ๓.๐%). ผู้ป่วยดื้อยา ๖ รายได้รับการรักษาซ้ำอยู่ระหว่างการรักษา ๒ ราย, หายขาด ๑ ราย, เสียชีวิต ๑ ราย, รักษาครบแต่ไม่มีผลเสมหะยืนยัน ๑ ราย, ขาดการรักษา ๑ รายซึ่งเป็นคนต่างด้าวหนีกลับภูมิลำเนาเดิม ไม่สามารถติดตามได้.

ตารางที่ ๖ ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนประเภทผู้ป่วยใหม่และสิ้นสุดการรักษาแยกตามกลุ่มประชากรและประเภทผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย	กลุ่มประชากร (ราย)				รวม
	ไทย	ต่างด้าว ในเขต	ต่างด้าว นอกเขต*	ศูนย์พักพิงชั่วคราว บ้านในซอย	
วัณโรคปอดเสมหะบวก	๑๔๓	๘๑	๑๖	๗๖	๓๑๖
วัณโรคปอดเสมหะลบ	๑๓๘	๗๕	๑๐	๗๐	๒๙๓
วัณโรคปอดนอก	๕๕	๒๖	๔	๒๖	๑๑๕
รวม	๓๔๐	๑๘๒	๓๐	๑๗๒	๗๒๔

*ผู้ป่วยต่างด้าวที่มีที่อยู่อาศัยในประเทศพม่า

ตารางที่ ๗ ผลการรักษาผู้ป่วยขึ้นทะเบียนประเภทผู้ป่วยใหม่เมื่อสิ้นสุดการรักษา แยกตามกลุ่มประชากร

ผลการรักษา	กลุ่มประชากร ราย (%)				รวม
	ไทย	ต่างด้าว ในเขต	ต่างด้าว นอกเขต	ศูนย์พักพิงชั่วคราว บ้านในซอย	
รักษาครบ	๑๕๘ (๔๖.๕)	๗๓ (๔๐.๑)	๒ (๖.๗)	๘๒ (๔๗.๗)	๓๑๕
รักษาหายขาด	๑๐๘ (๓๑.๘)	๔๘ (๒๖.๔)	๒ (๖.๗)	๗๑ (๔๑.๓)	๒๒๙
ตาย	๖๑ (๑๗.๕)	๓๖ (๑๙.๘)	๖ (๒๐)	๗ (๔.๑)	๑๑๐
สูญหาย	๑๓ (๓.๘)	๒๕ (๑๓.๗)	๒๐ (๖๖.๗)	๑๒ (๖.๐)	๗๐
	๓๔๐	๑๘๒	๓๐	๑๗๒	๗๒๔

ตารางที่ ๘ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยด้านการแพทย์กับการขาดการรักษา (สูญหาย)

	ไทม-สแควร์	ค่าพี
เชื้อชาติ	๒๕.๐๗	< ๐.๐๐๑
กลุ่มประชากร	๑๒๕.๗	< ๐.๐๐๑
อายุ	๗.๘	๐.๒๕๒
เพศ	๐.๒๔	๐.๘๗๘
อาชีพ	๑๘.๔๕	๐.๐๓๑
ประเภทผู้ป่วย	๐.๒๐๕	๐.๘๐๓
สูตรยา	๕.๒	๐.๑๕๗
เอชไอวี	๑.๘๔	๐.๓๙๘

วิจารณ์

อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนเป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยผู้ป่วยใหม่สูงมากเมื่อนับรวมประชากรต่างด้าวซึ่งอยู่ในพื้นที่และเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์. กลุ่มประชากรต่างด้าวทั้งที่มีที่อยู่ในพื้นที่และนอกประเทศ มีผลต่ออัตราการขาดการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยรวม, ทำให้มีความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องหาแนวทางดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผลการรักษาหายในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มประชากรต่างด้าวนอกเขตมีอัตราการรักษาหายต่ำกว่าเป็น



หมายมาส่งผลให้เป้าหมายการรักษาโดยรวมไม่ถึงเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ร้อยละ ๘๕^(๑). ส่วนในกลุ่มประชากรต่างด้าวในศูนย์พักพิงชั่วคราวซึ่งมีผลการรักษาหายในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกสูงถึงร้อยละ ๙๓.๔ นั้น สะท้อนถึงประสิทธิผลของ DOTS เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีบุคลากรทางการแพทย์ดูแลเป็นการเฉพาะสามารถตรวจสอบการรับยาของผู้ป่วยได้ดี.

การเสียชีวิตในผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^(๗).

กิตติกรรมประกาศ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม งานเวชระเบียน และผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ทุกท่านได้ให้การสนับสนุนข้อมูลจากระบบรายงานผู้ป่วยวัณโรค และสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยทำให้สามารถศึกษาข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังได้ครบถ้วนสมบูรณ์.

เอกสารอ้างอิง

๑. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; ๒๕๔๘.

๒. นิธิพัฒน์ เจียรกุล. วัณโรคคือยาหลาย ๆ ชนิด. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต ๒๕๕๐;๒๘:๗๕-๘๑.

๓. อรรถพล จีพัสต์ยากร. สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย ณ ปีแห่งสุขภาพดีถ้วนหน้า พุทธศักราช ๒๕๔๓. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต ๒๕๔๕;๒๗:๒๒-๘.

๔. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด. ความชุกของวัณโรคปอดในผู้ต้องขังเรือนจำบริเวณชายแดนไทย-พม่า จังหวัดตาก. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต ๒๕๔๕;๒๗:๒๕-๓๔.

๕. นิอร อริโยทัย, บุญเชิด กลัดพ่วง, วารี ธนะสมบุรณ์, สุดใจ คงสามสี. การขาดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต ๒๕๔๘;๒๖:๑๖๗-๑๗๓.

๖. วรรมเพ็ญ จิตต์วิวัฒน์, สุระพร วรสวาท, สมคิด พันธุ์พุกภัย, เพ็ญสังข์ พานิชกิจ, युพา เจียวเลี่ยน. วัณโรคคือยาหลายขนานและผลการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นในเรือนจำขนาดใหญ่. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต ๒๕๔๘;๒๖:๑๑-๒๑.

๗. สุภรัตน์ บุญนาถ,ฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, วิจิตภมา หุตานนท์, เสาวลักษณ์ วิจิตรบรรจง. การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี ๒๕๔๘. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต ๒๕๕๐;๒๘:๑๓๗-๕๐.

๘. Phyu S, Ti T, Jureen R, Hmun T, Myint H. Drug-resistant Mycobacterium Tuberculosis among new tuberculosis patients, Yangon, Myanmar. Emerg Infect Dis 2003;9:274-6.

๙. Ti T, Lwin T, Mar TT, Maung W, Noe P. National anti-tuberculosis drug resistance survey, 2002 in Myanmar. Int J Tuberc Lung Dis 2006;10:1111-6.

ประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุ่น อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท

รวิชชัย แท้ประยูร*

บทคัดย่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตาย ๑ ใน ๓ อันดับแรกตลอดมาทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยและจังหวัดชัยนาท. การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังดำเนินการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุ่น อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท. กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุ่น อายุ ๓๕-๖๐ ปี ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ๑๒๘ คน, ใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการในเดือนมีนาคม ๒๕๔๘ และหลังดำเนินการในเดือนกันยายน ๒๕๔๘. สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, สถิติอนุमान ได้แก่การทดสอบทีจับคู่ และการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ. การวิจัยพบว่าก่อนและหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงดันเลือดและดัชนีมวลกายปกติ; ผู้ชายมีความเสี่ยงทางสุขภาพระดับต่ำ และผู้หญิงมีความเสี่ยงทางสุขภาพระดับสูง. ก่อนดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำ; หลังดำเนินการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง. ด้านความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยที่ศึกษาทุกตัวซึ่งประกอบด้วยสภาพร่างกาย (แรงดันเลือด, ดัชนีมวลกาย), ความเสี่ยงทางสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังดำเนินการมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$), และพบว่าปัจจัยที่สามารถนำไปใช้พยากรณ์ในการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเพียงปัจจัยเดียว คือ ดัชนีมวลกายที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p = 0.002$) ซึ่งทำนายผลได้ถูกต้องร้อยละ ๑๘.๓.

จากผลการวิจัยได้ข้อเสนอแนะคือควรดำเนินงานด้านดัชนีมวลกายเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยทุกหน่วยงานบริการของรัฐต้องเร่งรัดงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดให้เป็นรูปธรรม ตามนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข คือการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ.

คำสำคัญ: รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ, ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

Abstract Effectiveness of Cardiovascular Risk Reduction Model of Nongkhon Primary Care Unit, Amphur Watsing, Chai Nat Province
Tawatchai Taeprayoon*

*Watsing Hospital, Chai Nat Province

Cardiovascular diseases are among the three most important causes of death worldwide, including in Thailand and in Chai Nat Province. This one-group prepost test design of quasi-experimental research was conducted in order to study the effectiveness of

*โรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท



the cardiovascular risk reduction model of Nongkhon Primary Care Unit, Amphur Watsing, Chai Nat Province. The study sample included 129 residents aged 35 to 60 years, living in the vicinity under the responsibility of the Nongkhon Primary Care Unit; they were selected by simple random sampling. Data were collected using questionnaires, i.e., the pre-test data were collected in the month of March 2006 and post-data in September 2006. The statistical analyses were descriptive, such as percentage, arithmetic mean and standard deviation, and analytic statistics by paired t-test and multiple regression. The results revealed that pre- and post-data disclosed that all samples had normal blood pressure and body mass index. Men had a low health risk, while women had a high health risk. Pre-test data denoted a low level of self-care practice for prevention of cardiovascular risks and post-test data had a medium level. All parameters, i.e., blood pressure, body mass index, health risks and the practice of self-care for reducing cardiovascular risks both pre- and post-data, yielded significant correlations at a p-value of <0.05; the body mass index was the sole factor that could predict cardiovascular risk reduction (p value 0.002) in 19.3 percent of the cases. In the opinion of the researcher, advice should be provided on the use of these research measures, but be especially emphatic about the body mass index for cardiovascular risk reduction, which every health service center must heed for the prevention of cardiovascular diseases in order to comply with the policy of the Ministry of Public Health.

Key words: cardiovascular risk reduction model, cardiovascular diseases

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่วงการสาธารณสุขทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้วต่างให้ความสนใจอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรโลกในระดับต้น ๆ และอุบัติการณ์โรคมียุทธศาสตร์เพิ่มขึ้น^(๑,๒). ในประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. ๒๕๓๙ พบอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดปีละ ๑.๑ ล้านคน และมีความชุกสูงถึง ๑๒๐ ต่อประชากรแสนคน^(๓) ซึ่งถือว่าสูงมาก.

สำหรับสถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย มีอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอันดับหนึ่ง และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี จากอัตรา ๖๒.๙ ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. ๒๕๓๘ เป็น ๙๖.๘ และ ๘๕.๖ ใน พ.ศ. ๒๕๔๐ และ ๒๕๔๑ ตามลำดับ. แม้ว่าอัตราการตายใน พ.ศ. ๒๕๔๑ ลดลงแต่ก็ยังสูงกว่าอัตราเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๘ ที่กำหนดไว้ไม่เกิน ๕๐ ต่อประชากรแสนคน. จากการเจ็บป่วยสาเหตุการตายจากใบมรณบัตรของจังหวัดชัยนาท ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากร (อัตรา ๙๓.๑๒ ต่อประชากรแสนคน) โดยมีโรคความดันโลหิตสูง

และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับที่ ๒ คือมีอัตรา ๗๕.๒๖ ต่อประชากรแสนคน^(๔).

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ พบบ่อยในผู้ใหญ่วัยทำงาน เพราะคนวัยนี้มีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่, ภาวะเครียด, การขาดการออกกำลังกาย. ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ ประจวบกับในช่วงระยะเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงจากระบบเกษตรกรรมสู่ระบบอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตที่ปรับเปลี่ยนและแข่งขันมากขึ้น ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถือว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคดังกล่าว ทำให้พบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๑๑.๓, โรคเบาหวานร้อยละ ๒.๓, การสูบบุหรี่ร้อยละ ๒๐.๖ และภาวะน้ำหนักตัวมากเกินไปมาตรฐานจนถึงภาวะอ้วนร้อยละ ๒๐.๘. นอกจากนี้ยังมีความเครียดจากการแข่งขันในสังคมที่สูงกว่าสมัยก่อนอีกด้วย^(๕).

ภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวได้ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ทำให้ขาดรายได้ ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มในการบำบัดรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการใช้

เทคนิคพิเศษที่ทันสมัยในการวินิจฉัยและรักษาโรค ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ^(๖). เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่สามารถปรับแก้ได้ เช่น การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, การสูบบุหรี่, ภาวะอ้วน, การไม่ออกกำลังกาย และความเครียด โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงการเกิดโรค และพฤติกรรมไม่ถูกต้องที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต. สาเหตุการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีหลายปัจจัย บางปัจจัยจะเอื้อให้เกิดปัจจัยอื่น และบางปัจจัยก็เป็นปัจจัยร่วมซึ่งกันและกัน. ส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่มวัยแรงงาน ทำให้ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร. กระบวนการเกิดโรคใช้เวลานาน บางรายไม่ทราบอาการมาก่อนเป็นเหตุให้เสียชีวิตกะทันหันหรือหัวใจล้มเหลวก่อนมาถึงโรงพยาบาล.

โรงพยาบาลวัดสิงห์เป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขของสถานบริการในเครือข่ายบริการวัดสิงห์ - หนองมะโมง และมีความตระหนักต่อปัญหาดังกล่าว และผู้วิจัยเห็นความสำคัญจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุน อำเภอดงสิงห์ จังหวัดชัยนาท ในการลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการลดอัตราการป่วย / อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนลดภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด. วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาคือจัดระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองความสัมพันธ์ระหว่างสภาพร่างกายและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังดำเนินการ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถนำไปใช้พยากรณ์ในการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุน อำเภอดงสิงห์ จังหวัดชัยนาท.

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองและแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังดำเนินการ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการลด

ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประชาชนของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองขุน อำเภอดงสิงห์ จังหวัดชัยนาท. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในประชาชนที่อาศัยในเขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุน อำเภอดงสิงห์ จังหวัดชัยนาท จำนวน ๑๒๙ คน อายุ ๓๕-๖๐ ปี. ลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ เพศ, การศึกษา, อาชีพ, สถานภาพสมรส, รายได้ และความเพียงพอรายได้, และสิทธิในการรักษาพยาบาล. ข้อมูลการเจ็บป่วยได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง, โรคประจำตัว และการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว, การตรวจร่างกายวัดแรงดันเลือด, ค่าน้ำตาลในเลือดและความเสี่ยงทางสุขภาพ. ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการได้รับข้อมูลข่าวสาร. การไปใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี การวัดความดันโลหิต และการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด.

มาตรการที่ใช้ดำเนินการ คือ “๑ ต้อง ๔ ไม่” (๑ ต้อง ได้แก่ต้องออกกำลังกาย; ๔ ไม่ ได้แก่ไม่กินอาหารหวาน มัน เค็ม, ไม่เครียด, ไม่อ้วน, ไม่สูบบุหรี่และดื่มเหล้า). เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในสตรีอายุ ๓๕-๕๔ ปี เขตเทศบาลเมืองจังหวัดระยอง. ข้อมูลก่อนดำเนินการเก็บในเดือนมีนาคม ๒๕๔๙, และหลังดำเนินการเก็บในเดือนกันยายน ๒๕๔๙. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลปัจจัยเสี่ยง หากค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, และสถิติอนุมานได้แก่การหาความสัมพันธ์ระหว่างภาพรวมปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติการทดสอบที่จับคู่ และประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับค่าที่ ๐.๐๕.



ผลการศึกษา

ประชากรตัวอย่างเป็นหญิง ร้อยละ ๖๒.๘, จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ ๗๖.๗, มีอาชีพหลักเกษตรกรรม ร้อยละ ๖๒.๐, สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ ๘๔.๕, มีรายได้เดือนละ ๒,๕๐๑-๔,๐๐๐ บาท, ร้อยละ ๔๓.๔ มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ ๕,๒๐๙ บาท, ร้อยละ ๔๙.๖ มีรายได้ไม่เพียงพอต้องกู้ยืม, ร้อยละ ๘๕.๓ ใช้บัตรทองในการรักษาพยาบาล, ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามการวินิจฉัยของแพทย์ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ ๙๘.๔, ความดันโลหิตสูงร้อยละ ๗๕.๒, เบาหวานร้อยละ ๙๕.๓, โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๑๐๐.๐ อัมพาต / อัมพฤกษ์ร้อยละ ๙๗.๗, ไขมันในเลือดสูงร้อยละ ๙๗.๗, ไม่เป็นโรคอื่น ๆ ร้อยละ ๑๐๐, ไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ไนเกรนร้อยละ ๘๗.๖, ปวดศีรษะร้อยละ ๔๑.๙, เครียดร้อยละ ๕๕.๐, ภาวะแพ้อาหารร้อยละ ๕๖.๖, ริดสีดวงทวารร้อยละ ๘๕.๓, และบุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ ๙๖.๙, ความดันโลหิตสูงร้อยละ ๗๔.๔, เบาหวานร้อยละ ๙๓.๐, โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๙๖.๑ อัมพาต / อัมพฤกษ์ร้อยละ ๙๒.๒, ไขมันในเลือดสูงร้อยละ ๙๘.๔.

ก่อนดำเนินการพบว่าประชากรตัวอย่างร้อยละ ๖๗.๔ ไม่เคยสูบบุหรี่, บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวร้อยละ ๗๑.๓ ไม่มีใครสูบบุหรี่, พฤติกรรมด้านดื่มสุราร้อยละ ๔๙.๖, ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๔.๗ และ ๕๓.๕, แต่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๕๒.๗ โดยได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โทรทัศน์ และหอกระจายข่าว ร้อยละ ๕๔.๓, ๔๐.๓ และ ๓๓.๓ ตามลำดับ. ประชากรตัวอย่างร้อยละ ๘๔.๕ มีระดับแรงดันเลือดปกติ (<math>< ๑๔๐ / < ๙๐</math> มม.ปรอท), ร้อยละ ๖๒.๘ มีดัชนีมวลกายปกติ.

หลังดำเนินการพบว่าร้อยละ ๖๗.๔ ไม่เคยสูบบุหรี่เลย และบุคคลในครอบครัวร้อยละ ๗๒.๑ ไม่มีใครสูบบุหรี่เลย, ร้อยละ ๒๕.๖ ดื่มสุรา, ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานร้อยละ

๗๐.๕, ๗๖.๐ และ ๗๐.๕ โดยได้รับข้อมูลข่าวสารจากญาติเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ ๗๙.๑, ๗๗.๕ และ ๗๒.๙ ตามลำดับ, มีระดับแรงดันเลือดเกณฑ์ปกติ (<math>< ๑๔๐ / < ๙๐</math> มม.ปรอท) ร้อยละ ๙๓, และมีดัชนีมวลกายระดับปกติ ร้อยละ ๖๖.๗.

ด้านความเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการ ผู้ชายร้อยละ ๓๕.๗ มีความเสี่ยงต่ำ และร้อยละ ๑.๕ มีความเสี่ยงสูง; ผู้หญิงร้อยละ ๔๘.๘ มีความเสี่ยงสูง และร้อยละ ๑๔ มีความเสี่ยงต่ำ และมีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงทางสุขภาพ = ๐.๘๕ ไม่เคยตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ ๕๘.๙ โดยตรวจร่างกายที่สถานอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และคลินิกเอกชน / โรงพยาบาลชัยนาท ร้อยละ ๓๗.๗, ๒๘.๓ และ ๑๓.๒ ตามลำดับ. สถานที่ตรวจรักษาเป็นประจำเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่สถานอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และคลินิกเอกชน ร้อยละ ๕๗.๒, ๒๕.๖ และ ๑๔.๐ ตามลำดับ. ร้อยละ ๙๐.๗ เคยวัดแรงดันเลือด คือ วัดปีละ ๑-๒ ครั้ง ร้อยละ ๓๕.๙, เดือนละครั้ง ร้อยละ ๓๓.๓. แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๖๔.๔. สถานที่วัดความดันโลหิตเป็นประจำที่โรงพยาบาลวัดสิงห์สถานอนามัย และโรงพยาบาลชัยนาทร้อยละ ๕๓.๐, ๔๐.๒ และ ๖ ตามลำดับ. ร้อยละ ๙๓.๘ ไม่เคยตรวจหาน้ำตาลในเลือด, แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๘๗.๕. สถานที่ตรวจหาน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายที่สถานอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และโรงพยาบาลชัยนาท / คลินิกเอกชนร้อยละ ๕๐.๐, ๒๕.๐ และ ๑๒.๕ ตามลำดับ.

หลังดำเนินการ ผู้ชายมีความเสี่ยงต่ำร้อยละ ๓๖.๔ มีความเสี่ยงสูงร้อยละ ๐.๘ แต่ผู้หญิงมีความเสี่ยงสูงร้อยละ ๔๔.๒ มีความเสี่ยงต่ำร้อยละ ๑๘.๖. เคยตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ ๖๐.๕ โดยตรวจร่างกายที่สถานอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และคลินิกเอกชนร้อยละ ๕๓.๘, ๒๑.๘ และ ๑๐.๓ ตามลำดับ. สถานที่ตรวจรักษาเป็นประจำเมื่อเจ็บป่วยที่สถานอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และคลินิกเอกชน ร้อยละ ๕๔.๓, ๒๗.๑ และ ๙.๓ ตามลำดับ. ทุกคน (ร้อยละ ๑๐๐) เคยวัดแรงดันเลือด โดยวัดเดือนละครั้ง ร้อยละ ๓๘.๘, ปีละ ๑-๒

ครึ่งร้อยละ ๓๒.๕. แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๗๒.๙. สถานที่วัดแรงดันเลือดเป็นประจำที่โรงพยาบาลวัดสิงห์ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชัยนาท ร้อยละ ๕๒.๗, ๔๐.๓ และ ๖.๒ ตามลำดับ. ร้อยละ ๙๗.๗ เคยตรวจหาน้ำตาลในเลือด และร้อยละ ๙๓.๖ ไม่รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคเบาหวาน. สถานที่ตรวจหาน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และโรงพยาบาลชัยนาท ร้อยละ ๗๒.๖, ๑๕.๙ และ ๔.๗ ตามลำดับ.

ก่อนดำเนินการมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นประจำ โดยการพยายามควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ และการนอนหลับสนิทในเวลากลางคืนอย่างเพียงพอร้อยละ ๕๕.๘ และ ๕๔.๓ ตามลำดับ. ส่วนการไม่ปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การกินอาหารที่มีเนื้อมาก, การกินอาหารที่มีไขมันมาก, การกินอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง และการกินขนมหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวานจัด ร้อยละ ๘๗.๖, ๗๖.๗ และ ๗๕.๒ ตามลำดับ.

การตรวจร่างกายประจำปี และการกินผักหรือผลไม้ที่มีรสหวานไม่จัด ร้อยละ ๗๑.๓, ๖๑.๒ และ ๕๗.๔ ตามลำดับ.

หลังดำเนินการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นประจำ โดยการพยายามควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ, การกินอาหารที่มีเนื้อมาก และการตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ ๗๗.๕ และ ๗๒.๑ ตามลำดับ. ส่วนการไม่ปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การกินอาหารที่มีไขมันมาก, การกินอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง และการกินขนมหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวานจัด ร้อยละ ๘๗.๖, ๗๖.๗ และ ๗๕.๒ ตามลำดับ.

สภาวะร่างกายได้แก่ แรงดันเลือดเฉลี่ยสทอลิกไดแอสทอลิก, ดัชนีมวลกาย, ความเสี่ยงทางสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังดำเนินการมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ ๑ กลุ่มตัวอย่าง ๑๒๕ คน จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
สูง	๐	๐	๕๑	๓๕.๕
ปานกลาง	๕	๗.๐	๗๗	๕๕.๗
ต่ำ	๑๒๐	๙๓.๐	๑	๐.๘

ก่อนดำเนินการ ค่าสุด ๖ - สูงสุด ๑๘, ค่าเฉลี่ย ๑๒.๔๒ ± ๒.๒๔
 หลังดำเนินการ ค่าสุด ๑๕ - สูงสุด ๒๕, ค่าเฉลี่ย ๑๕.๕๖ ± ๒.๑๕

ตารางที่ ๒ ประสิทธิภาพของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังดำเนินการ

ปัจจัยที่ศึกษา	B	S.E.	Beta	t	Sig	R ²
คงที่	๐.๕๓๘	๐.๐๖๖	-	๘.๑๓๘	< ๐.๐๐๑	๑๕.๓
แรงดันเลือดสทอลิก	๘.๕๕๗	๐.๐๐๑	๐.๒๒๒	๑.๗๐๐	๐.๐๙๒	
แรงดันเลือดไดแอสทอลิก	๓.๑๗๓	๐.๐๐๑	๐.๐๐๔	๐.๐๓๔	๐.๙๗๓	
ดัชนีมวลกาย	๕.๕๕๘	๐.๐๐๒	๐.๒๗๘	๓.๒๔๕	๐.๐๐๒	
การดูแลสุขภาพตนเอง	๓.๖๕๓	๐.๐๐๒	๐.๑๒๒	๑.๕๐๒	๐.๑๓๖	



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๕) โดยพบว่าหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของแรงดันเลือด systolic และไดแอสทอลิค, ดัชนีมวลกาย และความเสี่ยงทางสุขภาพ น้อยกว่าก่อนดำเนินการ. ส่วนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ (ตารางที่ ๑).

ประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าปัจจัยที่สามารถนำไปใช้พยากรณ์ในการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเพียงปัจจัยเดียว คือ ดัชนีมวลกาย ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าพี ๐.๐๐๒ ซึ่งทำนายผลได้ถูกต้องร้อยละ ๑๙.๓ ดังแสดงในตารางที่ ๒.

วิจารณ์

การศึกษาระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าก่อนดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำ และหลังดำเนินการมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ ๑.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะร่างกายกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าทุกปัจจัยที่ศึกษาก่อนและหลังดำเนินการมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของสภาพร่างกายน้อยกว่าก่อนดำเนินการ. ส่วนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ ๑ และ ๒. จากผลการศึกษาทั้ง ๒ ข้อนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกพร หมูพยัคฆ์^(๗), ชนาพร หวียม^(๘), ถนอมขวัญ คำปาน^(๙), รัจจา ศรีสุเทพ^(๑๐) และลินจง โปธิบาล^(๑๑).

ปัจจัยที่สามารถนำไปใช้พยากรณ์ในการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ดัชนีมวลกายซึ่งทำนายผลได้ถูกต้องร้อยละ ๑๙.๓. ข้อมูลนี้แตกต่างจากผลการศึกษาของสุดา วิไลเลิศ^(๑๒) และจุฑามาศ จันทร์^(๑๓). ผู้วิจัยมีความเห็นว่าน่าจะเกิดจากลักษณะกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน.

จากผลการศึกษารูปได้ว่า การป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป แต่เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมามุ่งเน้นที่การบริการรักษาพยาบาลและการดูแลในคลินิก ประกอบกับการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สมดุลระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล. โดยที่การควบคุมการเกิดโรคให้ได้ผลจะต้องปรับแนวคิดในการจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมสุขภาพและกลวิธีดำเนินการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วย^(๑๔). นอกจากนี้ เนื่องจากค่าดัชนีมวลกายเป็นอัตราส่วนของส่วนสูงและน้ำหนักซึ่งมีช่วงของน้ำหนักและเกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดี แทนที่จะคิดจากน้ำหนักเพียงอย่างเดียว ต้องระลึกว่าคนที่มีความอ้วนมาก เช่น ผู้ที่เป็นนักกีฬาหรือนักวิ่งตั้งครุเมื่อไปวัดค่าดัชนีมวลกายจะมีความถูกต้องน้อยลงเมื่ออ่านค่าดัชนีมวลกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ.

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์ศิริชัย ลิ้มสกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาทได้ให้คำแนะนำ สนับสนุนตลอดการทำวิจัย. คุณสุกัญญา เนตศาสตร์ และคุณสุจิตรา อุยถาวรยิ่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทได้ช่วยตรวจสอบและแนะนำแก้ไขงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น.

เอกสารอ้างอิง

๑. Fleury J. The application of motivational theory to cardiovascular risks reduction. J Nursing Scholaship 1992;4:229-38.
๒. Czar ML, Engler MM. Perceived learning needs of patients with coronary artery disease using a questionnaire assessment tool. Heart Lung 1997;26:109-17.
๓. American Heart Association Statistic[online].1996. Available from: URL:www.hyperlink http://gmhrt.org/statistics/04.coronary.html

๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. รายงานประจำปี ๒๕๔๘ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยนาท; ๒๕๔๘.
๕. อมรัตน์ โพธิ์พรรค. โรคหัวใจและภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจ. วารสารวิทยาการระบาด ๒๕๔๐;๕(๒):๔๗-๘.
๖. Bennet ST. Perceived threats of individuals recovering from myocardial infarction. Heart Lung 1992;21:322-6.
๗. กนกพร หมูพยัคฆ์. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยกลางคนอายุ ๔๐-๕๕ ปี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๖.
๘. ชนาพร หวียม. ผลการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูง และระดับโคเลสเตอรอลของผู้หญิงสูงอายุ. วารสารเพื่อนสุขภาพ ๒๕๔๐;๕(๒):๔๗.
๙. ถนอมขวัญ คำปาน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจในสตรี อายุระหว่าง ๓๕-๕๔ ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๕.
๑๐. รังจา ศรีสุเทพ. ภาวะการตายและปัจจัยวิถีชีวิตที่เป็นตัวกำหนดการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด: กรณีศึกษาจังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาประชากรศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๒.
๑๑. ลินจง โปธิบาล. ความชุกของปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุไทย. พยาบาลสาร ๒๕๓๘;๒๒:๑-๑๑.
๑๒. สุดา วิลเลิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร ๒๕๓๘;๒๒:๔๒-๘.
๑๓. จุฑามาศ จันทร์. ลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเอง และความเครียดทางสุขภาพต่อโคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๓.
๑๔. Spencer HC. Perspectives of public health and prevention. Am J Med Sci 1995;310(Suppl 1):83-5.

การดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

รุ่งทิพย์ เทพวงษ์*

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสำคัญ ๑ ใน ๕ ของโรงพยาบาลสูงเม่น. การศึกษานี้เป็นแบบตัดขวางเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสูงเม่น. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล ในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม ๒๕๕๐ จำนวน ๑๖๗ คน. ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๗๗.๘ เป็นชาย อายุเฉลี่ย ๖๘.๒ ปี; ผู้ป่วยร้อยละ ๕๔.๐ มีประวัติสูบบุหรี่และยังคงสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ ๒๖.๗. การวินิจฉัยโรคอาศัยการตรวจสมรรถภาพปอดประกอบกับประวัติและการตรวจร่างกายร้อยละ ๘๔.๗. ผลการตรวจสมรรถภาพปอดพบว่าค่าเฉลี่ย FVC, FEV₁, และ %FEV₁ ร้อยละ ๖๘.๖, ๕๕.๕ และ ๕๘.๔ ตามลำดับ. ผู้ป่วยร้อยละ ๗๑.๒ มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรง. การรักษาผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อยและปานกลางได้รับยามากเกินกว่าที่กำหนดไว้ในแนวทางการรักษา โดยเฉพาะยาธีโอฟีลลีนชนิดให้ระดับยาวนาน (sustained-release theophylline) ที่มีการใช้ในอัตราสูงในทุกระดับความรุนแรงของโรค. ยาชวยหลอดลมชนิดพ่นสูดฤทธิ์ยาวและการรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาวยังไม่มีการใช้เนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่ายระยะยาว. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน สามารถดำเนินการได้โดยการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลตามศักยภาพที่มีอยู่เพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น.

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรงพยาบาลสูงเม่น, จังหวัดแพร่

Abstract Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in a Community Hospital, Phrae Province
Rungtip Teppawong*

*Sungmen Hospital, Phrae Province

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the top five diseases treated at Sungmen Hospital. This cross-sectional descriptive study was carried out to review the management practice of COPD patients in Sungmen Hospital. The subjects studied were 167 patients who attended the COPD Clinic from August to October 2007. The majority of patients (77.8%) were male, with the mean age being 68.2 years. Ninety-four percent of them had a history of smoking and 26.7 percent were still active smokers. Diagnosis of COPD was made in 84.7 percent of the cases by history-taking, combined with physical examination and pulmonary function test. The mean values of FVC, FEV₁ and %FEV₁ were 68.6, 55.5 and 58.4 percent, respectively. The patients were categorized based on the severity of the disease; 71.2 percent of the patients suffered moderate to severe disease. The study disclosed that COPD patients with mild to moderately severe morbidity had received excessive medications, according to the COPD clinical practice guidelines. Sustained-release theophylline was prescribed at a high rate in every stage of severity of the patients. More needed long-acting beta-2 agonist inhalers and long-term oxygen therapy, but these therapies were not available due to the patients' economic constraints. The therapeutic management of COPD patients, by establishing a COPD clinic in a community hospital, using existing hospital resources, would offer better efficiency in the diagnosis and treatment of COPD patients.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, Sungmen Hospital, Phrae Province

*โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยและการตายทั่วโลกที่ป้องกันได้ ขณะที่ต้องให้การรักษาระยะยาว ทำให้ค่าใช้จ่ายสิ้นเปลืองมาก^(๑) องค์การอนามัยโลกระบุว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๘ มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับปานกลางถึงรุนแรงในโลก ๘๐ ล้านคน, เสียชีวิต ๓ ล้านคน เฉลี่ยนาที่ละ ๖ คน เป็นสาเหตุการตายอันดับ ๔ รองจากโรคมะเร็ง, โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง และคาดว่าโรคนี้อาจจะขยับขึ้นเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๓ ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ ๓๐ หากไม่มีการแก้ไข สำหรับประเทศไทยใน พ.ศ. ๒๕๔๘ มีคนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ ๐.๔ หรือประมาณ ๑๘๐,๐๐๐ ราย, พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ๒ เท่า, มากกว่าร้อยละ ๕๐ มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ เนื่องจากคนไทยวัยทำงานอายุระหว่าง ๒๕-๕๔ ปี เป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุด^(๒).

การสำรวจของสมาคมปอดอเมริกันพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ร้อยละ ๕๑ ด้านการประกอบอาชีพ, ร้อยละ ๗๐ ด้านการออกกำลังกาย, ร้อยละ ๕๖ ด้านการทำงานบ้าน, ร้อยละ ๕๓ ด้านงานสังคม, ร้อยละ ๕๐ ด้านการนอนหลับ, ร้อยละ ๔๖ ด้านกิจกรรมภายในครอบครัว^(๓).

การศึกษาค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ต่อคนต่อปีใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑๔,๙๒๓.๒๘ บาท; ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งหมดเท่ากับ ๘,๗๔๖,๒๓๕,๙๔๒ บาท และค่าใช้จ่ายของรัฐเท่ากับ ๑๐,๐๕๗ ล้านบาท, รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑๘,๘๐๓ ล้านบาท. จากการศึกษานี้ได้ประเมินและคาดประมาณค่าใช้จ่ายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน พ.ศ. ๒๕๔๒ - ๒๕๕๐ พบว่าเริ่มเพิ่มสูงขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต^(๔).

จากข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลสูงเม่น พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐ พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มี

ความสำคัญ ๕ อันดับแรก, ประเมินจากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ ค่ารักษาพยาบาลและอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด^(๕) พบว่า พ.ศ. ๒๕๔๘ และ พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวนครั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก/ใน ๒,๒๖๐/๓๓๐ และ ๒,๔๔๑/๓๑๘ ครั้ง, รวมค่ารักษาเป็นเงิน ๑,๑๙๑,๐๗๑ และ ๒,๖๑๔,๔๓๒ บาท; อัตราการส่งต่อร้อยละ ๓.๖ และ ๑.๓ ตามลำดับ.

โรงพยาบาลสูงเม่นเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิขนาด ๓๐ เตียง แต่เดิมยังขาดเครื่องตรวจสมรรถภาพปอดขาดแนวทางในการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาโรคที่เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการ. ต่อมาสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติได้เห็นความสำคัญของปัญหา จึงได้สนับสนุนให้มีการจัดการภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สนับสนุนให้มีเครื่องตรวจสมรรถภาพปอดใช้ในการคัดกรองและวินิจฉัยโรค. โรงพยาบาลได้จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเป็นทางการเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ ดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักกายภาพบำบัด มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่, เริ่มตั้งแต่การคัดกรอง, การวินิจฉัยโรค, การดูแลรักษาโดยใช้ยา, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และติดตามต่อเนื่องถึงครอบครัวโดยอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม. การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นจริงของการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบตัดขวางเชิงพรรณนา. กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการจากคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลสูงเม่น อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวน ๑๖๗ คน. ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน. กลุ่มตัวอย่งนี้ใช้เป็นตัวแทนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลสูงเม่นได้ เนื่องจากมีการนัดติดตามทุกเดือน. การ



เก็บข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์ตามแนวทางการดูแลรักษาโรคของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย และแนวทางการจัดการภาวะโรคของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลักในการสร้างแบบสัมภาษณ์ และได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ.

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยแพทย์และพยาบาลในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้วิธี (ก) สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน, และ(ข) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการหาค่าสถิติเป็นค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง, ประวัติสูบบุหรี่และการสัมผัสภาวะเสี่ยงอื่นที่อาจก่อโรค, การวินิจฉัย ความรุนแรง, ระยะเวลาเกี่ยวกับการเป็นโรคและโรคร่วม, การรักษาผู้ป่วย, ประวัติการรักษาในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา.

คำจำกัดความศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

ดัชนีมวลกาย หมายถึง การเปรียบเทียบความสมดุลระหว่างน้ำหนักตัวกับส่วนสูงของร่างกาย คำนวณโดยใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลัง ๒ และประเมินค่าดังนี้: (ก) น้อยกว่า ๑๘.๕ ผอมเกินไป, (ข) ๑๘.๕-๒๔.๙ เหมาะสม, (ค) ๒๕.๐ - ๒๙.๙ น้ำหนักเกิน^(๖).

บุหรี่ยี่สิบ หมายถึง บุหรี่ที่มวนด้วยใบตองกล้วย, ขนาดมวนเท่าหัวหัวแม่มือและยาวเกือบคืบ^(๗).

ซองปี (Pack year) หมายถึงปริมาณบุหรี่ที่สูบใน ๑ ปี โดยการคำนวณบุหรี่ที่สูบเป็นมวนต่อวันคูณระยะเวลาต่อวันที่สูบเป็นปีหารด้วย ๒๐ (บุหรี่ยี่สิบมวนเล็กเท่ากับบุหรี่ปกติคูณ ๓, มวนกลางคูณ ๕ และมวนยาวหนึ่งคืบคูณ ๗)^(๘).

ภาวะเสี่ยงที่อาจก่อโรค หมายถึง การได้รับฝุ่นละอองควันหรือก๊าซต่าง ๆ^(๙) เช่น การสูบบุหรี่หรือพืชผลทางการเกษตร, การเผาถ่าน.

FEV₁ (Force expiratory volume in 1 second/FVC (Force vital capacity) < 70% หลังพ่นยาขยายหลอดลม วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง^(๑๐) โดยมีการจำแนกความรุนแรงของโรคดังนี้ (ก) “mild”: FEV₁ มีค่าร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป, (ข) “moderate”: FEV₁ มีค่าร้อยละ ๕๐-๗๙, (ค) “severe” :

FEV₁ มีค่าร้อยละ ๓๐-๔๙, (ง) “very severe” : FEV₁ มีค่าต่ำกว่าร้อยละ ๓๐^(๑๑). ความรุนแรงของการเหนื่อยง่ายจำแนกเป็น (ก) “ระดับ ๐” หมายถึงปรกติไม่มีเหนื่อยง่าย, (ข) “ระดับ ๑” หมายถึงมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อเดินเร็ว ๆ ขึ้นทางชัน, (ค) “ระดับ ๒” หมายถึงเดินในพื้นที่ราบไม่ทันเพื่อนเพราะเหนื่อยหรือต้องหยุดเดินเป็นพัก ๆ, (ง) “ระดับ ๓” หมายถึงเดินได้น้อยกว่า ๑๐๐ หลาหรือขึ้นบันไดได้ ๑ ชั้นเหนื่อย, (จ) “ระดับ ๔” หมายถึง เหนื่อยง่ายเวลาทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ แต่งตัว จนไม่สามารถออกนอกบ้านได้^(๑๐).

โรคร่วม หมายถึงโรคอื่นที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษา นอกเหนือจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน.

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ๑๖๗ ราย

ข้อมูล	ราย	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๓๐	๗๗.๘
หญิง	๓๗	๒๒.๒
อายุ (ปี)		
๔๐ - ๔๕	๓	๑.๘
๕๐ - ๕๕	๒๖	๑๕.๖
๖๐ - ๖๕	๕๕	๓๕.๓
๗๐ - ๗๕	๖๐	๓๕.๕
๘๐ ขึ้นไป	๑๕	๑๑.๘
น้อยที่สุด ๔๑, มากที่สุด ๘๘, เฉลี่ย ๖๘.๒ ± ๕.๒		
อาชีพ		
เกษตรกร	๑๒๘	๗๖.๖
ช่างไม้หรือช่างเฟอร์นิเจอร์	๒๕	๑๕.๐
สัมผัสภาวะเสี่ยงอื่น	๑๐	๖.๐
อื่น ๆ	๔	๒.๔
ดัชนีมวลกาย (กก. ต่อ ตร.ม.)		
ต่ำกว่า ๑๘.๕	๘๔	๕๐.๓
๑๘.๕ - ๒๔.๕	๗๐	๔๑.๕
๒๕.๐ - ๒๙.๕	๑๓	๗.๘
น้อยที่สุด ๑๒.๘, มากที่สุด ๒๘.๕, ค่าเฉลี่ย ๑๙.๑ ± ๓.๘		

ผลการศึกษา

ข้อมูลเชิงประชากรศาสตร์ทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ในเดือนสิงหาคม - ตุลาคม ๒๕๕๐ แสดงในตารางที่ ๑. ผู้ป่วยร้อยละ ๙๔ (๑๕๗ คน) มีประวัติสูบบุหรี่ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ ๒.

ผู้ป่วยร้อยละ ๘๗.๔ ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากประวัติ, การตรวจร่างกาย และการตรวจสมรรถภาพปอด. รายละเอียดอื่นแสดงในตารางที่ ๓. ผู้ป่วยในทุกระดับความรุนแรงของโรคได้รับยาธีโอฟิลลีนชนิดกิน, ยาพ่นสูดบีโรดูอัล แบบ MDI และบิวเตโซลไนด์ แบบ MDI. รายละเอียดอื่นของการรักษาแสดงอยู่ในตารางที่ ๔. ตารางที่ ๕

ตารางที่ ๒ ประวัติสูบบุหรี่ ในประชากรตัวอย่าง ๑๕๗ คน

	ราย	ร้อยละ
สาเหตุที่สูบบุหรี่		
ไต่ยุงหรือแมลง	๑๑๖	๗๓.๙
ตามค่านิยม	๒๐	๑๒.๗
ถูกชักชวนโดยบุคคลอื่น	๑๕	๙.๖
กลายเครียดหรือแก้เหงา	๖	๓.๘
ชนิดบุหรี่ที่สูบ		
จ๊วย	๑๑๑	๗๐.๗
กั้นกรอง	๔๖	๒๙.๓
อายุที่เริ่มสูบ (ปี)		
ต่ำกว่า ๑๐ ปี	๑๕	๙.๐
๑๑ - ๑๔	๒๓	๑๓.๘
๑๕ - ๑๙	๖๙	๔๓.๓
๒๐ - ๒๔	๔๐	๒๕.๘
๒๕ - ๒๙	๑๒	๗.๖
๓๐ ขึ้นไป	๘	๕.๑
น้อยที่สุด ๖, มากที่สุด ๕๐, ค่าเฉลี่ย ๑๖.๒ ± ๗.๓		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (pack year)		
น้อยกว่า ๑๐	๑๕	๙.๖
๑๐ - ๒๙	๔๖	๒๙.๓
๓๐ - ๔๙	๔๑	๒๖.๑
๕๐ - ๖๙	๒๘	๑๗.๘
๗๐ - ๘๙	๑๕	๙.๖
๙๐ ขึ้นไป	๑๒	๗.๖
น้อยที่สุด ๐.๑๕, มากที่สุด ๑๙๕, ค่าเฉลี่ย ๔๒.๑ ± ๓๒.๙		
หยุดสูบบุหรี่แล้ว	๑๑๕	๗๓.๓
มีสมาชิกในครอบครัวที่ยังสูบบุหรี่	๕๑	๓๐.๕
ได้ควั่นบุหรี่จากคนใกล้ชิด	๕๑	๓๐.๕



ตารางที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นโรค

	ราย	ร้อยละ				
เกณฑ์การวินิจฉัย						
จากประวัติและการตรวจร่างกาย	๒๐	๑๑.๕				
จากการทดสอบสมรรถภาพปอด	๑	๐.๖				
จากประวัติ การตรวจร่างกายและการทดสอบสมรรถภาพปอด	๑๔๖	๘๓.๔				
ไอเป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย ๓ เดือนติดต่อกันอย่างน้อย ๒ ปี	๑๖๔	๙๒.๒				
ทรวงอกรูปร่างคล้ายถังเบียร์	๔๖	๒๖.๕				
โรคหัวใจหยุดปอด	๘	๔.๘				
ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ	๕๖	๓๑.๕				
พบถุงลมปอดโป่งพอง	๔๔	๒๖.๓				
คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ	๔๕	๒๖.๐				
ความอิมตัวออกซิเจน (%)						
น้อยกว่า ๙๐	๓	๑.๖				
๙๐ - ๙๑	๓	๑.๖				
๙๒ - ๑๐๐	๑๕๓	๘๖.๐				
ระดับความรุนแรงของโรค						
น้อย	๓๔	๒๐.๔				
ปานกลาง	๕๓	๓๑.๑				
รุนแรง	๖๒	๓๖.๑				
รุนแรงมาก	๑๔	๘.๔				
ผลการตรวจสมรรถภาพปอด						
ระดับความรุนแรง	FVC		FEV ₁		%FEV ₁	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD
น้อย (๓๔ ราย)	๙๕.๒	๘.๓	๘๖.๐	๕.๓	๖๓.๓	๕.๘
ปานกลาง (๕๓ ราย)	๗๕.๓	๑๔.๔	๖๒.๕	๕.๑	๖๐.๕	๖.๒
รุนแรง (๖๒ ราย)	๕๒.๓	๑๐.๘	๓๕.๑	๓.๐	๕๔.๕	๑๐.๐
รุนแรงมาก (๑๔ ราย)	๔๓.๐	๑๘.๓	๒๓.๓	๕.๖	๔๐.๘	๑๐.๕
รวม	๖๘.๖	๑๒.๒	๕๕.๕	๓.๓	๕๘.๔	๓.๕
หมายเหตุ : SD คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน						
เคยมีอาการกำเริบของโรค ๓ ครั้งขึ้นไป				๘๓		๕๒.๑
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)						
น้อยกว่า ๑				๖		๓.๖
๑ - ๔				๕๖		๕๓.๕
๕ - ๙				๔๖		๒๖.๕
๑๐ ขึ้นไป				๑๕		๑๑.๔
ค่าเฉลี่ย ๔.๑ ± ๓.๒						

ตารางที่ ๓ (ต่อ)

	ราย	ร้อยละ
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนเป็นโรค (ปี)		
น้อยกว่า ๑๐	๑	๐.๖
๑๐ - ๑๙	๒	๑.๓
๒๐ - ๒๙	๑๐	๖.๔
๓๐ - ๓๙	๓๕	๒๒.๓
๔๐ - ๔๙	๔๕	๒๘.๓
๕๐ - ๕๙	๔๔	๒๘.๐
๖๐ ขึ้นไป	๒๐	๑๒.๓
น้อยที่สุด ๖ ปี, มากที่สุด ๖๕ ปี, ค่าเฉลี่ย ๔๕.๘ ± ๑๒.๖		
โรคร่วม		
๑ โรค	๗๓	๔๖.๑
๒ โรค	๕๑	๓๐.๕
๓ โรคขึ้นไป	๑๙	๑๑.๔
ระบบทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด	๖๙	๔๑.๓
ระบบอื่น	๓๙	๒๓.๔
สัมผัสภาวะเสี่ยงอื่นที่อาจก่อโรค	๘๕	๕๐.๙
ประวัติโรคภูมิแพ้	๔	๒.๔

แสดงรายละเอียดการรักษาค่าห้องฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน.

ในรอบปีที่ผ่านมามีผู้ป่วยเคยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ยคนละ ๒ ครั้งต่อปี เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล ๐.๖ ครั้งต่อปี, ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ ๙๕ ได้รับการดูแลจากครอบครัวเหมาะสมตามอัตรภาพและมารับการรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง, ผู้ป่วยร้อยละ ๘๐.๘ มีความรุนแรงของการเหนื่อยง่ายอยู่ในระดับ ๐ - ระดับ ๑ และ ระดับ ๓ - ระดับ ๔ ร้อยละ ๓.๖ (ดังตารางที่ ๕)

วิจารณ์

การที่การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นชาย คิดเป็นสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ๓.๕ ต่อ ๑ สอดคล้องกับผลการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช

พยาบาล^(๑๑) ที่พบว่าสัดส่วนความชุกเพศชายต่อเพศหญิง ๔.๕ ต่อ ๑. จากการศึกษาศิลปะการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุในชนบทอีสานของประเทศไทย^(๑๒) ก็พบว่าผู้ชายมีการสูบบุหรี่ร้อยละ ๗๓.๑ อาจเป็นผลทำให้โรคนี้พบในชายมากกว่าหญิง. ผู้ป่วยร้อยละ ๘๒.๖ มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และอายุเฉลี่ย ๖๘.๒ ปี ใกล้เคียงกับการศึกษาผู้ป่วยในประเทศสเปน^(๑๓) ซึ่งพบอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ ๖๙.๑ ปี.

ผู้ป่วยร้อยละ ๗๖.๖ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งเป็นอาชีพหลักของชาวชนบทในภาคเหนือ^(๑๔) ซึ่งเกี่ยวข้องกับเหตุผลหลักในการสูบบุหรี่ที่พบว่าร้อยละ ๗๓.๙ สูบบุหรี่เพื่อไถ่ขี้หรือแผลงขณะออกไปประกอบอาชีพ. นอกจากนี้ร้อยละ ๑๕ ของผู้ป่วยประกอบอาชีพหลักเป็นช่างไม้หรือช่างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ และร้อยละ ๖.๐ ของผู้ป่วยประกอบอาชีพหลักเช่นสีข้าวหรือถั่ว เผาถ่าน ซึ่งมีการสัมผัสฝุ่นละอองและ



ตารางที่ ๔ การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรักษาทางยา ยาที่ใช้	ระดับความรุนแรงของโรค							
	น้อย		ปานกลาง		รุนแรง		รุนแรงมาก	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ธีโอฟีลลีน เม็ดอัด	๒๖	๓๖.๕	๕๓	๕๒.๕	๕๘	๕๓.๕	๑๒	๘๕.๓
บีโรคูอัล MDI	๑๒	๓๕.๓	๒๐	๓๕.๑	๔๒	๖๗.๓	๑๐	๗๑.๔
บิวเตสอโนล MDI	๗	๒๐.๕	๑๖	๒๘.๐	๓๕	๖๒.๕	๑๐	๗๑.๔
สัลบูตามอล MDI	๐	๐	๒	๓.๕	๐	๐	๐	๐
ยาอื่น ๆ			ราย	ร้อยละ				
แอมिनอฟีลลีน เม็ดอัด				๘		๔.๘		
เทอร์บิวทาลีน เม็ดอัด				๑๑		๖.๖		
สัลบูตามอล เม็ดอัด				๕		๓.๐		
บรอมเฮกซีน เม็ดอัด				๑๔๐		๘๓.๘		
แอสทิลซีสทีน ผง				๓๕		๒๑.๐		
การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด								
ได้รับคำแนะนำและปฏิบัติตามสม่ำเสมอ				๕		๕.๔		
ได้รับคำแนะนำและปฏิบัติเป็นบางครั้ง				๑๐๗		๖๔.๑		
ได้รับคำแนะนำแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย				๔๖		๒๗.๕		
ยังไม่ได้รับคำแนะนำ				๕		๓.๐		

ตารางที่ ๕ ประวัติการรักษาในโรงพยาบาลในเดือนสิงหาคม-กันยายน ๒๕๕๐ ของผู้ป่วย ๑๖๗ ราย

	ครั้ง	เฉลี่ย (ครั้งต่อคน)
เคยมาพบยาที่ห้องฉุกเฉิน	๓๓๐	๒.๐
เคยนอนรักษาที่โรงพยาบาล	๑๐๔	๐.๖
	ราย	ร้อยละ
การดูแลจากครอบครัวเหมาะสมตามอัตรภาพ	๑๖๐	๕๕.๘
ไปรับการรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง	๑๕๕	๕๕.๒
ระดับความรุนแรงของการเหนื่อยง่าย		
๐	๖๔	๓๘.๓
๑	๗๑	๔๒.๕
๒	๒๖	๑๕.๖
๓	๕	๓.๐
๔	๑	๐.๖

ควันซึ่งก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อปอด^(๙). ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๕๐.๓) มีรูปร่างผอมเกินไป (ดัชนีมวลกายต่ำกว่า ๑๘.๕ กก. ต่อ ตร.ม.) ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น^(๑๒) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ร้อยละ ๕๕.๑ มีรูปร่างค่อนข้างผอม (ดัชนีมวลกายต่ำกว่า ๒๐ กก. ต่อ ตร.ม.). ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า ๒๑ กก. ต่อ ตร.ม. จะมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น^(๑๐).

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ ๙๔.๐ มีประวัติ สูบบุหรี่ ซึ่งควันบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อปอด^(๙). ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล^(๑๑) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูบบุหรี่ร้อยละ ๗๕.๕ ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีอัตราต่ำกว่าอาจเนื่องมาจากความแตกต่างกันในด้านวิถีชีวิตของชาวเมืองหลวงกับชาวชนบท เช่นเดียวกันกับชนิดของ

บุหรีที่สูบ ร้อยละ ๗๐.๗ ของผู้ป่วยสูบบุหรีซีไอซึ่งเป็นบุหรีที่บ้านของชาวชนบทภาคเหนือ สามารถปลูกต้นยาสูบเองหรือหาซื้อยาเส้นมาฆนด้วยใบตองกล้วยได้งาย^(๗) ทำให้สะดวกและงายต่อการสูบกว่าบุหรีกั้นกรอง. ผู้ป่วยร้อยละ ๖๕.๓ เริ่มสูบบุหรีในช่วงวัยรุนคือช่วงอายุ ๑๕-๒๔ ปี เฉลี่ย ๑๖.๒ ปี แตกต่างจากการศึกษาในชนบทอิสาน^(๑๒) เล็กน้อย (อายุที่เริ่มสูบบุหรีคือ ๒๐ ปี). ปริมาณบุหรีที่สูบเฉลี่ย ๔๒.๑ ของต่อปีคล้ายกับผลการศึกษาในประเทศสเปน^(๑๓) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูบบุหรีเฉลี่ย ๔๕.๘ ของต่อปี.

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรีและสมรรถภาพปอดพบว่าปริมาณบุหรีที่สูบเป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อระดับ FEV₁. ตัวชี้วัดประกอบสำคัญที่ทำนายค่า FEV₁ ในผู้ชายที่สูบบุหรีคือระยะเวลาที่สูบบุหรีและปริมาณของบุหรีที่สูบ. ส่วนในผู้หญิงตัวชี้วัดประกอบที่ทำนายค่า FEV₁ คือ ปริมาณของต่อปีเท่านั้น และในการศึกษาเดียวกัน^(๑๓) พบว่ามีผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรีถึงร้อยละ ๖๓.๘ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น ซึ่งมีผู้ที่ยังสูบบุหรีเพียงร้อยละ ๒๗.๗ มีผู้ป่วยเกือบ ๑ ใน ๓ (ร้อยละ ๓๐.๕) มีสมาชิกในครอบครัวที่ยังสูบบุหรีซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วย ต่อสมาชิกในครอบครัวและจากผู้สูบบุหรีเองในอนาคต. ผู้ป่วยร้อยละ ๕๐.๙ เคยสัมผัสภาวะเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรค เช่น ฝุ่นไม้จากการเป็นช่างไม้หรือช่างทำเฟอร์นิเจอร์ การสูบบุหรี่ การเผาถ่าน การรับจ้างพัดข้าวหรือถั่วในทุ่งนา. มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๒.๔ เท่านั้นที่เคยมีประวัติโรคมุมิแพ้หรือโรคหืดมาก่อน ต่อมาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการตรวจสมรรถภาพปอด.

การวินิจฉัยโรคใช้การตรวจสมรรถภาพปอดประกอบเกณฑ์จากประวัติป่วยและการตรวจร่างกาย (ร้อยละ ๘๗.๔). เนื่องจากทางโรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนเครื่องตรวจสมรรถภาพปอดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ. ผู้ป่วยร้อยละ ๙๘.๒ มีประวัติไอเป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย ๓ เดือนติดต่อกันมาอย่างน้อย ๒ ปี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศ^(๑๓) ที่มีผู้ป่วยไอเรื้อรังเพียงร้อยละ ๗๔.๖ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยในการศึกษานี้ไม่ได้รับการคัดกรองโดย

การตรวจสมรรถภาพปอดผู้มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มีประวัติสูบบุหรี ๑๐ ของต่อปีขึ้นไป, กระทั่งมีอาการมาแล้วจึงมาพบแพทย์และโดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูบบุหรีมากกว่า ๒๕ ของต่อปี มักมีอาการไอเรื้อรังอยู่แล้วจึงไม่สนใจที่จะมาพบแพทย์ทำให้มีอาการไอเรื้อรังมาเป็นเวลานานหลายปี^(๑). ผู้ป่วยร้อยละ ๒๖.๓ มีเส้นผ่านศูนย์กลางทรวงอกจากด้านหน้าไปด้านหลังเพิ่มขึ้นซึ่งในรายที่มีถุงลมโป่งพองมากอาจตรวจพบทรวงอกกลมคล้ายถังเบียร์^(๑๐). ภาพรังสีทรวงอกที่มีลักษณะมีปริมาณอากาศคั่ง ในปอดมากทำให้กะบังลมแบนราบลง ในภาพทักซังเห็นห้องหลังกระดูกสันอกกว้างขึ้นและมุมกะบังลมกับผนังอกด้านหน้ากว้าง เกิน ๙๐ องศา, เงาหัวใจยาวและพอมและเงาหลอดเลือดเรียวมาก^(๑๔). ผู้ป่วยร้อยละ ๒๗ มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับผลการการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคระบบการหายใจมีโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมถึงร้อยละ ๔๑.๓ (โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๔, โรคหัวใจเหตุปอดร้อยละ ๖.๖, โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๔.๘) ซึ่งผู้ป่วยที่สูบบุหรีมานานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงกระด้างและโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่แล้ว^(๑๕). ผู้ป่วยร้อยละ ๔.๒ มีค่าอิมตัวออกซิเจนน้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการให้ออกซิเจนระยะยาว ยืนยันจากการศึกษาของ British Medical Research Council^(๑๔). ผู้ป่วยในการศึกษานี้ไม่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาว เนื่องจากเหตุผลด้านงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์และค่าใช้จ่ายต่อเนื่อง.

ผู้ป่วยร้อยละ ๗๙.๖ มีความรุนแรงของโรคตั้งแต่วระดับปานกลางขึ้นไปจนถึงรุนแรงมากซึ่งแตกต่างจากข้อมูลการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับเดียวกันนี้ร้อยละ ๙๓.๕^(๑๓). ผลการตรวจสมรรถภาพปอดได้ค่า FEV₁ เฉลี่ยร้อยละ ๕๕.๔ ซึ่งใกล้เคียงกับในอีกหลายการศึกษา ซึ่งมีค่า FEV₁ เฉลี่ยร้อยละ ๓๖.๐-๕๖.๕^(๑๓). สำหรับค่า %FEV₁ เฉลี่ยในการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ ๕๘.๔ และค่า FEV₁ ของผู้ป่วยในระดับความรุนแรงต่าง ๆ สอดคล้องเกณฑ์การวินิจฉัยและลำดับความรุนแรงของโรคของสมาคมอูรเวซซ์แห่งประเทศไทย^(๑). ระยะเวลาเป็นโรคเฉลี่ย ๔.๑ ปี ต่างจากบางการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาเป็นโรคเฉลี่ยเท่ากับ ๑๒.๔ปี^(๑๓)



ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศที่พัฒนาแล้วมีศักยภาพมากกว่า. ส่วนระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนกระทั่งเป็นโรคคือ ๔๕.๘ ปี โรคจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ หลังจากสูบบุหรี่หรือสารระคายเคืองอื่น ๆ เป็นเวลานานหลายปี^(๑๐).

การรักษาผู้ป่วยโรคระดับความรุนแรงต่าง ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางการรักษาของสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยความรุนแรงระดับที่ ๑ ร้อยละ ๓๕.๓ ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นพ่นสูดตามอาการเป็นเพราะผู้ป่วยบางรายไม่ค่อยมีอาการหอบเหนื่อยเลย ไม่ต้องการยาพ่นสูด และบางรายปฏิเสธยาพ่นสูดทั้งที่มีอาการเพราะใช้ไม่สะดวก จึงทำให้การใช้ยาเกินร้อยละ ๑๐.๘ ยาวถึงร้อยละ ๗๖.๕. ผู้ป่วยระดับที่ ๒ ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นพ่นสูดตามอาการร้อยละ ๓๕.๑ และกินธืออพิลลินชนิดออกฤทธิ์ยาว ร้อยละ ๙๒.๙ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น^(๑๓) ซึ่งใช้ธืออพิลลินชนิดออกฤทธิ์ยาวเพียงร้อยละ ๑๐.๘. แต่การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นพ่นสูดในอัตราใกล้เคียงกันคือร้อยละ ๓๑.๔. ผู้ป่วยระดับที่ ๓ ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นพ่นสูดมากขึ้น (ร้อยละ ๖๗.๗) และได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดพ่นสูดร้อยละ ๖๒.๙ เปรียบเทียบกับการศึกษาเดิม^(๑๓) ซึ่งมีผู้ป่วยได้รับยาร้อยละ ๓๔.๙ และร้อยละ ๖๓.๗ ตามลำดับ. ผู้ป่วยระดับที่ ๔ ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นพ่นสูดร้อยละ ๗๑.๔ และยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดพ่นสูดร้อยละ ๗๑.๔ เปรียบเทียบกับในการศึกษาเดียวกับข้างต้น^(๑๓) พบว่าผู้ป่วยได้รับยาร้อยละ ๔๑.๗ และร้อยละ ๗๑.๔ ตามลำดับ. การรักษาที่ไม่ค่อยเป็นไปตามแนวทางของสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ได้แก่การใช้ยาธืออพิลลินชนิดออกฤทธิ์สั้นพ่นสูดในผู้ป่วยระดับที่ ๑ จำนวนมาก และยังไม่มีการรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาวเนื่องจากปัญหาด้านงบประมาณ. โรงพยาบาลยังไม่มียาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวพ่นสูดตามเวลา เนื่องจากปัญหาด้านงบประมาณเช่นเดียวกัน จึงเป็นผลทำให้อัตราการใช้อาธืออพิลลินชนิดออกฤทธิ์ยาวสูงกว่าในการศึกษาอื่น^(๑๓) ทั้ง ๆ ที่การบริหารยาในกลุ่มนี้มีความยุ่งยากเพราะยามีสัดส่วนพิษกับผล

การรักษาแคบมาก รวมทั้งระดับยาได้ผลในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันมากด้วย และการกำจัดยาออกจากร่างกายผันแปรมาก ข้อจำกัดในการวัดระดับยาในเลือด ทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ง่ายอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ง่าย^(๑๐). ยาในกลุ่มปรับสารเมือกซึ่งลดความเหนียวของเสมหะได้แก่ บรอมเฮกซิน มีการใช้ร้อยละ ๘๓.๘, และร้อยละ ๒๑.๐ ของผู้ป่วยได้รับยากลุ่มสลายเมือก คือ แอเคทิลลิลคีย์สเทอีน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นซึ่งพบว่ามีอัตราการใช้อาธืออพิลลินชนิดออกฤทธิ์ยาวร้อยละ ๒๖.๙^(๑๓). การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยการฝึกการไอ, การหายใจออกอย่างแรงเพื่อกำจัดเสมหะ, การฝึกหายใจวิธีห่อปากผ่อนหายใจควบคุมการหายใจช่วยให้อาการเหนื่อยลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^(๑). ผู้ป่วยร้อยละ ๙๗.๐ ได้รับการฝึกการบำบัดทรวงอก แต่มีเพียงร้อยละ ๕.๔ เท่านั้นที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ.

ในช่วงที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ยคนละ ๒ ครั้ง และนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยคนละ ๐.๖ ครั้ง คล้ายกับการศึกษาอื่น ที่พบว่ามีค่าเฉลี่ย ๑.๓ ครั้ง และ ๐.๕๓ ครั้งตามลำดับ^(๑๓). ผู้ป่วยร้อยละ ๙๕ ได้รับการดูแลจากครอบครัวเหมาะสมตามอัตรภาพและสามารถมารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าบางคนอาจมาโรงพยาบาลไม่ตรงตามกำหนดวันนัดหมาย ทำให้ผู้ป่วยโดยรวมร้อยละ ๘๐.๘ มีความรุนแรงของการเหนื่อยง่ายอยู่ในระดับ ๐-๑ แต่ก็มีผู้ป่วยเพียง ๑ คน (ร้อยละ ๐.๖) เท่านั้นที่มีอาการเหนื่อยเวลาทำกิจวัตรประจำวันจนไม่สามารถออกนอกบ้านได้และยังไม่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาว.

จากประสบการณ์ที่ได้รับในการศึกษาครั้งนี้ เห็นได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับโรงพยาบาลชุมชน สามารถทำได้ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด และใช้แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาของสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย. การบริหารจัดการในรูปแบบนี้สามารถดำเนินการได้ในระดับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญ.

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์กิตติพันธ์ อนรรฆมณี ได้กรุณาให้คำปรึกษา.
นายแพทย์แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
สูงเม่นให้การสนับสนุน ทีมงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
และเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนทุกท่านได้ให้ความร่วมมือในการ
เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี.

เอกสารอ้างอิง

๑. สมเกียรติ วงษ์ทิม. การดูแลผู้ป่วย COPD ในโรงพยาบาล. ใน : วีระพันธุ์ โขวิฑูรกิจ, ธานินทร์ อินทรกำธรชัย (บรรณาธิการ). เวชปฏิบัติผู้ป่วยใน. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๗.
๒. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. MCOT for LEDIES. Available form URL : <http://www.mcot.net/lady/query.php?id=821 & type=2>. Accessed August 15,2007.
๓. American Lung Association. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Fact Sheet. Available from URL : <http://www.lungusa.org/site/pp.asp?c=dvLUK 900 E & b=35020>. Accessed September 11, 2007.
๔. สติกร พงศ์พานิช. การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๖.
๕. งานข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสูงเม่น. รายงานประจำปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐.
๖. วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. ดัชนีมวลกาย. Available from URL : <http://th.wikipedia.org/wiki>. Accessed August 13,2007.
๗. สนิท สมักรการ. สังคมและวัฒนธรรมเชียงใหม่ภาคเหนือ. Available from URL: <http://www.thaifolk.com/doc/northern.htm>. Accessed August 13,2007.
๘. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการภาวะโรคเขตภาคเหนือตอนบน ๘ จังหวัด ประจำปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐.
๙. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๔๘). พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์; ๒๕๔๘.
๑๐. วัชราน บุญสวัสดิ์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๔๘.
๑๑. งานวิจัยด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. วิธีที่เหมาะสมและคุ้มค่าในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกในผู้สูงอายุ. Available from URL: <http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/Research/COPD.htm>. Accessed August 14,2007.
๑๒. ศรีน้อย มาศเกษม, นฤมล สิ้นสุพรรณ, ประพิมพ์พร สมณาแขง. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุในชนบทอีสาน. ใน : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. รวมบทคัดย่อ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : ชมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; ๒๕๔๑.
๑๓. Miravittles M, de la Roza C, Naberan K, Lamban M, Gobartt E, Martin A. Use of spirometry and patterns of prescribing in COPD in primary care. *Respir Med* 2007;101:1753-60.
๑๔. เพชรา บุญยงสรวิชัย. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. ใน : อุษณา ลูวิระ, วิบูล สัจกุล, ศุภวิทย์ มุตตามระ, วิชัย ประยูรวิวัฒน์ (บรรณาธิการ). เวชศาสตร์ก้าวหน้า. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ชัยเจริญ; ๒๕๓๕.
๑๕. Ambrosino N, Simonds A. The clinic management in extremely severe COPD. *Respir Med* 2007;101:1641.

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

ศิริลักษณ์ จิตต์ระเบียบ, ประวิณ สิ้นเศรษฐกิจ, สมชัย บวรกิตติ. บุหรี่ขี้โย. สารศิริราช ๒๕๔๐;
๔๕:๑๐๒๖-๗.

การผ่าตัดเปิดช่องท้องขนาดเล็กซ่อมกระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ

ประดิษฐ์ ธานีเดชกุล*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในโรงพยาบาลชัยบาดาลเพื่อประเมินผลการผ่าตัดเปิดช่องท้องขนาดเล็กปิดรอยทะลุอย่างง่าย ๆ ด้วยแผ่นโอเมนตัม ในการรักษาผู้ป่วยที่มีแผลเปื่อยกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ เพื่อทราบประโยชน์ของวิธีการและผลเสียในด้านต่าง ๆ ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วย ๖๒ ราย ใน ๗๐ รายที่ได้รับการผ่าตัด โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจาก ๑ ตุลาคม ๒๕๔๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐. การศึกษาพบอัตราส่วนผู้ป่วยชายต่อหญิง ๘ : ๑, อายุเฉลี่ย 51.2 ± 15.6 ปี, ผู้ป่วยอายุมากกว่า ๖๐ ปีร้อยละ ๑๒.๘, ตำแหน่งแผลที่ทะลุแบบที่ ๑ (ส่วนพรีไพโรลิกและคูโอดินัมส่วนที่ ๑) ร้อยละ ๗๘.๔, แบบที่ ๑ (แอนตรัม) ร้อยละ ๑๔.๕, ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 32.8 ± 12.7 นาที, มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ ๓๐ ของผู้ป่วยทั้งหมด ได้แก่แผลผ่าตัดอักเสบ ๑๒ ราย, ไข้หลังผ่าตัด ๔ ราย ฯลฯ, ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต.

สรุป การรักษาผู้ป่วยโดยวิธีนี้ ร่วมการให้ยาต้านเชื้อ *เฮช.พัยลอรี่* และร่วมกับกลุ่ม Proton pump หลังผ่าตัด มีผลดีก็คือ มีแผลขนาดเล็ก, เจ็บน้อยกว่า, ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เร็วขึ้น, ปอดทำงานดีขึ้น, สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังการผ่าตัดได้ และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต.

คำสำคัญ: การผ่าตัดเปิดช่องท้องขนาดเล็ก, แผลเปื่อยกระเพาะอาหาร, กระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ

Abstract

Mini-laparotomy Exploration in Peptic Ulcer Perforation

Pradit Tanadachakul*

*Chaibadan Hospital, Lop Buri Province

This retrospective descriptive study was designed to determine the clinical outcomes of mini-laparotomy exploration (MLE), with simple closure of a perforated ulcer in patients treated at Chaibadan Hospital. Of the 70 ulcer patients, 62 (M:F 8:1; aged 51.2 ± 15.6 years and 12.8% over 60) underwent the MLE procedure in the period between October 1, 2001 and September 30, 2007. The ulcer types were type I (prepyloric part of stomach and first part of duodenum) 78.4 percent, and type I (antrum) 14.5 percent. The average operative time was 32.8 ± 12.7 minutes. Operative complications were encountered in 30 percent of the patients, i.e., 12 patients with an infected wound, and four patients had postoperative fever; however, there was no death. Postoperative medication included anti-*H. pylori* and proton pump in all patients. The benefits of the surgical procedure studied were small abdominal wound and scar with less pain, decreased severe complications with early ambulation and no mortality.

Key words: peptic ulcer perforation (PUF), mini-laparotomy exploration, simple PUF closure with omental graft

*โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคแผลเปื่อยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (peptic ulcer; PU) มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ *H. Pylori* และการใช้ยาในกลุ่ม NSAID^(๑). การทะลุของแผลเปื่อยกระเพาะอาหารหรือลำไส้ (PU perforation; PUF) เป็นผลแทรกซ้อน ลำดับที่ ๒ รองจากการตกเลือดจากแผล เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม ซึ่งต้องให้การรักษาในทันที. การรักษาผู้ป่วย PUF ต้องใช้การรักษาทั้งทางศัลยกรรม ร่วมกับอายุรกรรมควบคู่กันไป.

เทคนิคการผ่าตัดวิธีปิดแผลทะลุด้วยแผ่นโอเมนตัมในรายงานทุกราย แจ้งว่ามีโอกาสเกิดการทะลุซ้ำในอัตราร้อยละ ๑๒-๑๘^(๒) แต่เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวก ทำได้ง่ายและปลอดภัย ซึ่งศัลยแพทย์และแพทย์ทั่วไปสามารถทำการผ่าตัด ใช้เทคนิคการผ่าตัดโดยวิธีเปิดแผลช่องท้องขนาดเล็กที่หน้าท้องตอนบน. โดยวิธีนี้น่าจะลดอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตได้.

การเลือกใช้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น จะเลือกใช้ยาในกลุ่ม Proton pump^(๓) ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะยับยั้งการหลั่งกรดจากเซลล์ผนังทางเดินอาหาร ซึ่งถูกกระตุ้นโดยแอสทอรีลโมลิน, ฮิสตามีน และแกสทริน. การใช้โอมีพราโซนวันละ ๒๐-๔๐ มก. ประมาณ ๔ สัปดาห์ ช่วยทำให้แผลในลำไส้เล็กส่วนต้นหายเกือบร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งมากกว่าแผลในกระเพาะอาหาร แต่พบว่าหลังจากหยุดยามีอัตราการเกิดเป็นแผลซ้ำได้ถึงร้อยละ ๔๕ ภายใน ๖ เดือน^(๒) ดังนั้นจะต้องให้ยาแก่ผู้ป่วยต่ออีกเป็นเวลานานขึ้นหรือให้ตลอดไปหรือจะใช้ยาต้านเชื้อ *H. Pylori* คือแอม็อกซิซิลลิน ร่วมกับเมโทรนิดาโซล เนื่องจากเป็นยาที่หาง่าย ราคาไม่แพง และทุก ๆ โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศน่าจะมีใช้โดยทั่วไป.

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการในโรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีศัลยแพทย์ ๑ คน, วิสัญญีพยาบาล ๓ คน. การวิจัยได้นำเสนอข้อมูลเพื่อเป็นข้อพิจารณาลำหรับแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนอีกทางเลือกหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและตัว

แพทย์เองที่อาจจะมีโอกาสเสี่ยงมากต่อความผิดพลาดในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชน.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณน่าย้อนหลัง โดยนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้นทะลุ (PU perforation) ในช่วง ๑ ตุลาคม ๒๕๔๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ ของโรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน ๗๖ รายและได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะรายที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีผ่าตัดเปิดช่องท้องขนาดเล็ก ๗๐ ราย แต่ต้องคัดออก ๖ รายที่ได้รับการผ่าตัดโดยแพทย์ท่านอื่นหรือได้รับการผ่าตัดแบบอื่นโดยเฉพาะรายที่มีแผลทะลุทางด้านหลังของกระเพาะอาหาร.

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่เวชระเบียนผู้ป่วยและบันทึกการผ่าตัด. เก็บข้อมูลเกี่ยวกับอายุ, เพศ, ระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคจนถึงเวลาผ่าตัด, ตำแหน่งที่ทะลุของแผล, ระยะเวลาในการผ่าตัด, ผลแทรกซ้อน และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล.

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาเป็นชาย ๖๒ คน หญิง ๘ คน, อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ ๘ ต่อ ๑, อายุ ๑๗-๘๗ ปี เฉลี่ย ๕๑.๒ ± ๑๕.๖ ปี, ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๓๐ ปี มี ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๖, อายุมากกว่า ๖๐ ปี ๒๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๘. ตำแหน่งรูรั่วของแผลแสดงในตารางที่ ๑.

ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการแผลทะลุ จนถึงผ่าตัด

น้อยกว่า ๖ ชั่วโมง ๔๙ ราย (ร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยทั้งหมด), มากกว่า ๖ ชั่วโมง ๒๑ ราย (ร้อยละ ๓๐ ของผู้ป่วยทั้งหมด) ในจำนวนนี้มีมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง ๘ ราย (ร้อยละ ๑๑ ของผู้ป่วยทั้งหมด) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด.

การผ่าตัด จากข้อมูลเก็บจากบันทึกผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้ผ่านการเตรียมก่อนผ่าตัดตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยการวินิจฉัยจากประวัติ, การตรวจร่างกาย, ถ่าย



ตารางที่ ๑ ตำแหน่งแผลทะลุ จำแนกตามแบบจอห์นสัน

แบบที่	ราย	ร้อยละ
I GU โค้งเล็กใกล้ angularis	๑๕	๑๔.๕
II GU & DU	๐	๐
III พร็อกซิมอลริค	๔๑	๕๓.๕
DU ส่วนที่ ๑	๕	๑๔.๕
IV GU ใกล้รอยต่อหลอดอาหาร	๕	๖.๖

ภาพรังสีชุดภาวะช่องท้องเฉียบพลัน และยืนยันการวินิจฉัยได้จากการผ่าตัด

การผ่าตัดลงมือทำโดยเร็วหลังจากได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจเกลือแร่ในกระแสเลือด แก๊ซสภาวะการขาดน้ำ โดยให้สารน้ำพอเพียง ให้สารเกลือแร่ในภาวะสมดุล. จากนั้นใส่ท่อจมูก-กระเพาะอาหาร (N-G tube) เพื่อระบายของเหลวและลมออกจากกระเพาะ, ให้ยาต้านจุลชีพก่อนผ่าตัด โดยทั่วไปมักจะให้ยากลุ่มแอมิโนไกลัยโคไซด์ และเพนิซิลลิน จี.

การผ่าตัดทุกรายทำภายใต้การให้ยาสลบโดยวิสัญญีพยาบาล. การผ่าตัดทำการเปิดแผลเล็ก ๆ ขนาด ๓-๕ เซนติเมตร ที่ตำแหน่งกึ่งกลางต่ำกว่ากระดูกอ่อนลิ้นปี่ประมาณ ๑-๒ เซนติเมตร. จากนั้นก็ทำตำแหน่งรูรั่ว ใช้หลักสังเกตโดยตรวจจากตำแหน่งที่มีของเหลวในช่องท้องมาก และดูุดของเหลวออกเพื่อมองหาจุดที่แผลทะลุ หรือใช้นิ้วคลำหาตำแหน่งของแผลโดยพบลักษณะขอบแผลหนาและแข็งกว่าผนังข้างเคียง. ใช้เข็มจับขอบนอกของรูรั่วขึ้นมา เย็บรูรั่วด้วยด้ายนัยลอนประมาณ ๓ เข็มหรือมากกว่า เหลือปลายด้ายไว้ยาว ๆ เพื่อใช้ผูกกับแผ่นโอเมนตัม. สำหรับกรณีแผลที่ตัวกระเพาะอาหาร หรือส่วนแอนทรมัได้ตัดขอบแผลส่งตรวจเนื้อทางพยาธิวิทยา.

การทำความสะอาดช่องท้องโดยใช้ท่อดูดของเหลวและเศษอาหารออกให้มากที่สุด และใช้ด้ายจับผ้าก๊อซทำความสะอาดสะอาดหลาย ๆ ครั้งบริเวณนั้น. จากนั้นตรวจสอบจุดเลือดออกแล้วเย็บปิดแผลหน้าท้อง. ระยะเวลาในการผ่าตัด เฉลี่ย ๓๒.๘ ± ๑๒.๗ นาที. มักจะถอด N-G วันที่ ๓ หลังผ่าตัด และให้เริ่ม

ตารางที่ ๒ ภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัด

	ราย
แผลผ่าตัดติดเชื้อ	๑๒
ไข้หลังผ่าตัด	๔
ปอดอักเสบ	๑
หนองในช่องท้อง	๑
แพ้ยา	๑
ภาวะช็อกพร่องน้ำเลือด	๑

กินอาหารเหลว. วันที่ ๔ หรือ ๕ ให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจ.

หลังผ่าตัดให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำทันทีทุกราย และให้ต่อเนื่องประมาณ ๕ วัน จึงเปลี่ยนเป็นยากินอะม็อกซิซิลลิน ๕๐๐ มก.วันละ ๓ เวลาอีก ๒ สัปดาห์, ยา proton pump ให้เป็นโอเมปราโซน หรือ H2-antagonist ทางหลอดเลือดดำ เมื่อให้อาหารทางปากได้จึงให้ยากินต่อไปอีก ๑-๒ เดือน หรือให้ตลอดไปแล้วแต่ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ.

ช่วงการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เฉลี่ยเท่ากับ ๘.๕ วัน, รายที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานที่สุด ๒๘ วัน เป็นรายที่มีผลแทรกซ้อนชนิดมีหนองสะสมในช่องท้อง.

ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นร้อยละ ๓๐ ของผู้ป่วย (ตารางที่ ๒) ไม่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต.

วิจารณ์

การผ่าตัดเปิดช่องท้องขนาดเล็กเข้าไปปิดแผลทะลุโดยวิธีง่าย ๆ ที่ศึกษาจากรายงานครั้งนี้ พบผลแทรกซ้อนประมาณร้อยละ ๓๐ และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต. บางรายงานพบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ ๑๒-๔๗^(๔,๕). อัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตมักสัมพันธ์กับระยะเวลาของการทะลุของแผล^(๖-๘) โดยมีรายงานว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะช็อกก่อนผ่าตัด, มีโรคทางอายุรกรรมที่ควบคุมไม่ได้, ช่องท้องอักเสบรุนแรง หรือมีหนองในช่องท้องไม่ควรทำการผ่าตัดเฉพาะ เช่น การตัดประสาทเวกัสและระบาย, ตัดกระเพาะอาหารส่วนปลาย เพราะแม้การผ่าตัดกระเพาะออก

จะมีการกลับเป็นซ้ำต่ำ แต่จะมีภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายสูงขึ้น^(๙).

ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ในปัจจุบันมีแนวโน้มทำการผ่าตัดวิธีปิดแผลทะลุง่าย ๆ ด้วยแผ่นโอเมนตัมหลังจากมีการใช้ยากลุ่ม H₂-antagonist และ Proton pump มากขึ้น^(๑๐,๑๑) เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนทั่ว ๆ ไป มักมีข้อจำกัดหลาย ๆ ด้าน ดังนั้นจุดมุ่งหมายในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ ก็เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าให้ดีและปลอดภัยที่สุด จึงได้ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี MLE และปิดแผลทะลุด้วยโอเมนตัม. ทั้งนี้เพื่อต้องการลดผลแทรกซ้อนและการเสียชีวิต และได้ปรับปรุงเทคนิคเปิดแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ๓-๕ เซนติเมตร เฉลี่ยประมาณ ๔ เซนติเมตร^(๑๒,๑๓).

การมีผู้ป่วยชายมากกว่าหญิงในอัตรา ๘ : ๑ และมีผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ ๑๒.๘ สอดคล้องกับรายงานในระยะ ๒-๓ ทศวรรษมานี้ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่อายุน้อยมีจำนวนลดลง และพบผู้ป่วยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น^(๑๔,๑๕). ผู้ป่วยสูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ ๑๒-๔๗^(๑๔,๑๕). ระยะเวลาก่อนการผ่าตัด ยืนนาน ยิ่งเพิ่มภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ดังเช่นผู้ป่วยในการศึกษา ๘ รายที่มีอาการก่อนผ่าตัดนานกว่า ๒๔ ชั่วโมง มีภาวะแทรกซ้อนทุกราย. ผู้ป่วยอาการรุนแรงมากที่สุดเกิดจากมีหนองสะสมในช่องท้องภาวะ ซึ่งใช้ระยะเวลาพักในโรงพยาบาลถึง ๒๘ วัน จากเวลาเฉลี่ยทั่วไป ๘.๕ วัน.

ตำแหน่งของแผลเปื่อยทะลุแบบ Johnson type I, III สามารถทำการผ่าตัด MLE ได้ดีที่สุดใน หากเป็น Type IV ที่แผลอยู่ด้านหลังไม่สามารถใช้วิธี MLE เนื่องจากต้องสำรวจหาจุดทะลุของแผลให้ได้ จึงจะทำการเย็บซ่อมได้.

การผ่าตัดที่นานขึ้นก็ต้องใช้เวลาในการดมยาสลบที่นานขึ้นทำให้เกิดภาวะเสี่ยงตามมาโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ. ผลการศึกษาเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัด ๓๒.๘ นาที โดยเวลาเกือบครึ่งหนึ่งใช้ไปกับการทำความสะอาดช่องท้อง เพื่อลดการติดเชื้อและลดการระคายเคืองของสารเหลวของกรดในช่องท้อง.

ภายหลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับยา Proton pump และยาต้านจุลชีพเพื่อบำบัดการติดเชื้อ *H. pylori* และยากลุ่ม Proton pump มักต้องใช้กับผู้ป่วยในระยะเวลาค่อน

ข้างนาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงจะเกิดเป็นซ้ำ. การให้ยา Proton pump เป็นระยะเวลาไม่นาน ๆ ค่อนข้างปลอดภัย และยังไม่มีรายงานผลข้างเคียงของยาที่รุนแรงเลย^(๑๖,๑๗).

ข้อดีของการผ่าตัดเปิดช่องท้องขนาดเล็กและปิดแผลง่าย ๆ ด้วยแผ่นโอเมนตัม ได้แก่แผลผ่าตัดขนาดเล็ก ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บน้อย ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้เร็วขึ้น ปอดทำงานดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังผ่าตัดได้ และลดอัตราการเสียชีวิตได้. สิ่งที่ควรพิจารณาข้อดีของการผ่าตัดชนิดนี้คือไม่ได้เป็นการรักษาแบบจำเพาะเจาะจง แต่เป็นการรักษาเฉพาะหน้า ดังนั้นจึงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง. การได้ยาต้านจุลชีพและยากลุ่ม Proton pump ช่วยลดอัตราการเกิดเป็นซ้ำได้. การเปิดแผลผ่าตัดขนาดเล็กก็เพียงพอต่อการทำหัตถการเฉพาะด้านได้ดีแล้ว. การศึกษานี้จึงได้ข้อมูลตัวอย่างสนับสนุนวิธีการรักษาผู้ป่วยแผลเปื่อยกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กทะลุสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ที่ให้ผลดีพอควร ถึงแม้ว่าจะไม่ดีที่สุด แต่ก็ยังเป็นแนวทางหนึ่งที่น่านำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้เหมาะสมและปลอดภัย.

กิตติกรรมประกาศ

รองศาสตราจารย์ พญ.เจตฎา อนันตสุวรรณชัย ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษาแนะนำการวิจัย. เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่เวชสถิติ รพ.ชัยบาดาล ลพบุรี ช่วยค้นหาข้อมูล.

เอกสารอ้างอิง

1. Speehler H. Peptic ulcer disease and its complications. In: Fedmam M, editor. Sleiseger and Fordtram's gastrointestinal and liver disease, 7th Ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 741.
2. David VF. Do perforated duodenal ulcer need an acid decreasing surgical procedure now that omeprazole is available? Surg Clin N Amer 1992;72:369-80.
3. Maribel S, Alexander W, Jaine C. Are proton pump inhibitors the first choice for acute treatment of gastric ulcer ? A meta analysis of randomized clinical trials. BMC Gastroenterol 2002;2:17-25.



4. Sillakivi T, Lang A, Tein A, Peetsalu AE. Evaluation of risk factors for mortality in surgically treated perforated peptic ulcer. *Hepatogastroenterol* 2000;47:1765-8.
5. Bulut O, Rasmunsen C, Fischer A. Acute surgical treatment of complicated peptic ulcer with special reference to elderly. *World J Surg* 1996;20:574-7.
6. Nogueira C, Silva AS, Santos JN. Perforated peptic ulcer. Main factors of morbidity and mortality. *World J Surg* 2003;27:782-7.
7. Testini M, Portincasa P, Piccini G, Lissidini G, Pellegrini F, Greco L. Significant factors associated with fatal outcome in emergency open surgery for perforated peptic ulcer. *World J Gastroenterol* 2003;9:2338-40.
8. Belma K, Suleyman S, Cem S, Bulent U, Betul B, Osmen Y, et al. Factors affecting mortality and morbidity in patients with peptic ulcer perforation. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;22:565-70.
9. Mulholland MW, Debas HT. Chronic duodenal and gastric ulcer. *Surg Clin N Amer* 1987;67:489-92.
10. Lena GM, Blomgren MD. Perforated peptic ulcer: long-term results after simple closure in the elderly. *World J Surg* 1997; 21:412-5.
11. Hermansson M, Von Holstein CS, Zilling T. Surgical approach and prognostic factors after peptic ulcer perforation. *Eur J Surg* 1999;165:566-72.
12. Seale K, Ledet WP. Mini-cholecystectomy: a safe, cost-effective day. *Surgery procedure. Arch Surg* 1999;134:308-10.
13. Rozsos II, Jako GJ. Minimally invasive technique for cholecystectomy. *Ann Surg* 1995;222:762-64.
14. Svanes C, Salvesen H, Stangeland L, Svanes K, Soreide O. Perforated peptic ulcer over 56 years. Time trends in patients and disease characteristics. *Gut* 1993;34:1666-71.
15. Svanes C, Lie RT, Lie SA, Kvale G, Svanes K, Soreide O. Survival after peptic ulcer perforation: a time trend analysis. *J Clin Epidemiol* 1996;49:1363-71.
16. Joelson S, Joelso IB, Lundborg P. Safety experience from long term treatment with omeprazole. *Digestion* 1996;53:213-22.
17. Michlke S, Byerdorffer E, Lehn N, Gralnek L. Two years follow up of duodenal ulcer patients treated with omeprazole and amoxicillin. *Digestion* 1995;56:187-93.

การประยุกต์คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานสำหรับคนไทย สู่การวิเคราะห์ต้นทุน - ประสิทธิภาพของการป้องกัน ปฐมภูมิกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

มยุ ชัยวงศ์โรจน์*

ขวัญดาว พันธุ์หมุด*

อนก กนกกาญจน์*

พิมพ์วัลย์ พึ่งพาสุก*

ณัฐพล พลโยน*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุน - ประสิทธิภาพของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานสำหรับคนไทยวัดประสิทธิผล. ประชากรศึกษาคือกลุ่มเสี่ยงเบาหวานตามเกณฑ์คัดกรองด้วยวาจาและมีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ๑,๑๘๒ ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๔๐๐ คนที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่รับบริการตามปกติ ๔๐๐ ราย. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน, แบบบันทึกต้นทุนของผู้รับและหน่วยบริการ, กิจกรรมป้องกันปฐมภูมิโรคเบาหวานของค่ายกระตุ้นความรู้, วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าอัตราส่วน; ทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยการทดสอบทีและการทดสอบที่จับคู่ กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕.

การศึกษาพบว่า (๑) กิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดอุบัติการณ์การเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองได้ถึง ๗.๔๕ เท่า เทียบกับกลุ่มควบคุม (ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ คือ ๗.๔๕) และเป็นผลให้ค่าเฉลี่ยของทั้งคะแนนความเสี่ยงและค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕. อีกทั้งยังลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานโดยมีผลต่อค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายและระดับแรงดันเลือดในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ด้วยการปรับวิถีชีวิต. แต่ปัจจัยเสี่ยงด้านความยาวรอบเอวไม่เปลี่ยนแปลง. (๒) ประสิทธิภาพการป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงพิจารณาจากส่วนต่างของค่าความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานที่ป้องกันได้เท่ากับ ๐.๐๑๕๘ หรือพิจารณาจากอัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงเท่ากับ ๐.๒๑๗๕. (๓) ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบไม่ค้างคืนเท่ากับ ๓๕๗,๑๐๐ บาท โดยเป็นภาระต้นทุนของผู้รับบริการร้อยละ ๒๐.๓๑. (๔) ต้นทุน-ประสิทธิผลของการป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ ๑๘,๐๓๕,๓๕๓ บาท ต่อหนึ่งหน่วยค่าความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานที่ป้องกันได้ หรือเท่ากับ ๑,๕๐๓,๕๗๘.๕ บาทต่อ

*โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม



หนึ่งหน่วยอัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง.

คำสำคัญ: คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานสำหรับคนไทย, การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล, โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน, การป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวาน, กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน, ค่าปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Abstract Thai Diabetes Risk Score Applied to Cost-effectiveness Analysis of Diabetes Primary Prevention for Prediabetes in Thatpanom District, Nakhon Phanom Province
Manu Chaiwongroj*, Anek Thanonghan*, Nuttaphon Ponyon*, Kwandao Punhmod*, Pimwalaun Pungphaasuk*

*Thatpanom Crown Hospital, Thatpanom District, Nakhon Phanom Province

The objective of this quasi-experimental research was to apply the Thai diabetes risk score for evaluating diabetes prevention outcome in order to conduct a cost-effectiveness analysis of diabetes primary prevention for prediabetes. The study population included 1,182 cases of prediabetes selected by verbal screening criteria and impaired fasting glucose level (100 - 125 mg/dl); they were divided into two study groups for comparison. The experimental group consisted of 400 prediabetes cases who agreed to participate in a prediabetic day camp; the control group comprised 410 prediabetes cases receiving ordinary health-care services. The instruments used for collecting the data were questionnaires, Thai diabetes risk score, customer and provider cost data recording profiles, practice guidelines for a diabetes prevention program in a day camp. Data were analyzed statistically, using frequency, percentage, mean, standard deviation, and ratio; they were comparatively analyzed by t-test and paired t-test at the 0.05 level of statistical significance.

The results of this study were as follows: (1) prediabetic day camp activities effected a reduction in the cumulative incidence of developing diabetes by a factor of 7.49 times in the experimental group (relative risk = 7.49) compared with the control group; it also statistically significantly decreased the average diabetes risk score and the probability level of the sample in the day camp compared with those in the control group. Furthermore, the risk factors for diabetes reduced from lifestyle modification caused a statistical decrease that was significant ($p < 0.05$) on both average BMI and BP level, except for waist circumference; (2) the effectiveness of diabetes primary prevention for prediabetes justified by summation of the individual differences in diabetes risk probability before and after intervention was 0.0198; otherwise the cumulative incidence of lower diabetes risk score for prediabetes in the experimental group revealed a score of 0.2375; (3) the economic cost of diabetes primary prevention for prediabetes in the prediabetic day camp was 357,100 Baht, with the opportunity cost being 20.31 percent compared with the total cost; (4) the cost-effectiveness ratio of diabetes primary prevention for prediabetes in the day camp was 18,035,353 Baht per effective diabetes risk probability prevented and/or 1,503,578.9 Baht per effective cumulative incidence prevented.

It was recommended that (1) the research findings should provide important information for policy decisions to apply the Thai diabetes risk score for evaluating diabetes prevention outcome; (2) comparative cost-effectiveness analysis of diabetes primary prevention for prediabetes should also be studied by other health-care teams on a long-term basis.

Key words: Thai diabetes risk score, cost-effectiveness analysis, non-insulin dependent diabetes mellitus, diabetes primary prevention, prediabetes, prediabetic day camp

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาระทางเศรษฐศาสตร์ระดับโลก^(๑,๒) ซึ่งมีการ

คาดการณ์ว่าโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต^(๓). องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ ๑๕๐ ล้านคนทั่วโลกและจะเพิ่มขึ้นเป็น ๒

เท่าใน ๒๐ ปีข้างหน้า โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา^(๔). สถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทยในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ ๓ ล้านคน และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗ พบความชุกโรคในชายร้อยละ ๖.๔ และในหญิงร้อยละ ๗.๓; ผู้ป่วยเบาหวานชายร้อยละ ๖๖ และหญิงร้อยละ ๔๙ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน^(๕). การศึกษาภาวะโรค เพื่อประเมินขนาดของปัญหาสุขภาพที่ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความพิการรวมทั้งความบกพร่องทางสุขภาพที่เกิดขึ้นต่อคนไทย พ.ศ. ๒๕๔๗ พบว่าเบาหวานเป็นภาวะโรคที่สำคัญของประชากรไทยอันดับ ๓ ในหญิงและอันดับ ๘ ในชาย^(๖).

จังหวัดนครพนม พ.ศ. ๒๕๕๐ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ๑๔,๘๓๓ คน คิดเป็นอัตราป่วย ๒,๑๓๕ ต่อแสนประชากร. อำเภอธาตุพนมจังหวัดนครพนม ประกอบด้วย ๑๒ ตำบล ๑๓๖ หมู่บ้าน มีประชากรตามทะเบียนราษฎรรวม ๘๖,๔๐๘ คน จากรายงานประจำปี ๒๕๕๐ มีผู้ป่วยเบาหวาน ๒,๓๐๕ คน คิดเป็นอัตราป่วย ๒,๖๖๗ ต่อแสนประชากร^(๗). สถิติผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก พ.ศ. ๒๕๔๖ จนถึง ๒๕๕๐ จำนวน ๑,๒๐๔, ๑,๔๖๘, ๑,๖๐๓, ๑,๙๘๖ และ ๒,๓๐๕ คนตามลำดับ^(๘), และจากการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน^(๙) ในกลุ่มประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ๒๓,๒๙๑ คนและได้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจำนวน ๑๒,๔๙๐ คน ค้นพบกลุ่มเสี่ยงหรือภาวะก่อนเบาหวาน จำนวน ๑,๑๐๔ ราย หรือร้อยละ ๔.๗๔ ของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป^(๘).

นโยบายระดับชาติของประเทศพัฒนาทุกประเทศกำหนดกรอบแนวทางด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานเน้นบทบาทสำคัญของการป้องกันเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินก่อนเป็นโรคด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ควบคู่ไปกับการเร่งคัดกรองค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยรายใหม่และป้องกันดูแลรักษามิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน. การคัดกรองนั้นได้ปรับแนวทางเป็นการประเมินความเสี่ยงมากกว่าการคัดกรองด้านเวชกรรม^(๑๐) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวทางด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของประเทศไทยในรูปแบบการบริหารจัดการโรคโดย

ความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการป้องกันปฐมภูมิเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และมาตรการการป้องกันทุติยภูมิ เพื่อเร่งค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยโดยเร็วและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ตลอดจนมาตรการการป้องกันตติยภูมิ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสู่คุณภาพชีวิตที่ดี. เป้าหมายของมาตรการป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวานคือ การป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงหรือภาวะก่อนเบาหวาน โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมจัดการได้ต่อการเกิดโรคเบาหวาน^(๑๑). อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของเป้าหมายดังกล่าวเพื่อใช้เปรียบเทียบผลการดำเนินงานป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวานระหว่างเครือข่ายบริการของแต่ละกิจกรรมซึ่งมีความหลากหลาย ทั้งจากวิธีการสอนแบบรายบุคคล, แบบกลุ่มย่อย, แบบชั้นเรียน, การจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการสอนทางอ้อมโดยผ่านสื่อต่าง ๆ^(๑๒).

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ระยะ ๓-๔ ปีที่ผ่านมายืนยันว่าสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคดังกล่าวในกลุ่มเสี่ยงได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต^(๑๓,๑๔) โดยมุ่งเน้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อันได้แก่การบริโภคยาสูบ, แรงดันเลือดสูง, ภาวะน้ำหนักตัวเกิน, ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง, การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ, ขาดการออกกำลังกายและภาวะทุพโภชนาการ^(๖). การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อเบาหวานสามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานถึงร้อยละ ๕๘ ได้ผลดีกว่าการใช้ยาเมตฟอร์มินซึ่งให้ผลเพียงร้อยละ ๓๑^(๑๕).

การศึกษาขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กับโอกาสการเกิดเบาหวานโดยไม่ใช้ข้อมูลผลการตรวจเลือดแล้วนำมาพัฒนาสร้างดัชนีความเสี่ยงต่อเบาหวาน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ทำนายความเสี่ยงหรือโอกาสการเกิดโรคเบาหวานสำหรับคนไทย (Thai Diabetes Risk Score; TDRS) ที่



ใช้ได้ง่ายเหมาะกับการปฏิบัติในสถานบริการระดับปฐมภูมิ^(๑๖).

ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาการประยุกต์ใช้ TDRS เพื่อติดตาม ประเมินผลลัพธ์ของการป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวาน และใช้เปรียบเทียบประสิทธิผลของการป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงระหว่างกิจกรรมของแต่ละเครือข่ายบริการ ในการพิจารณารูปแบบกิจกรรมป้องกันปฐมภูมิที่ลดโอกาสเสี่ยงการเป็นเบาหวานได้มากที่สุด. ขณะเดียวกันผู้วิจัยก็ยังสนใจต้นทุนด้านเศรษฐศาสตร์ของกิจกรรมป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินการของกิจกรรม รวมทั้งการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล^(๑๗).

การดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ราชทูพนมได้ดำเนินกิจกรรมดังกล่าวโดยการจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบไม่ค้างคืนในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ๔๘๐ ราย จากกลุ่มเสี่ยงทั้งสิ้น ๑,๑๐๔ ราย ภายใต้โครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง เบาหวาน “ค่ายความรู้ สู้งัยเบาหวาน” คป.สอ.ราชทูพนม โดยประยุกต์ใช้ TDRS ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง และวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งคำนวณค่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการป้องกันเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อันเป็นประโยชน์ต่อการเปรียบเทียบกับค่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการป้องกันปฐมภูมิโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงระหว่างรูปแบบกิจกรรมอื่นๆ ของแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนในอนาคต เพื่อการตัดสินใจพิจารณารูปแบบกิจกรรมป้องกันปฐมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลต่ำสุด หรือความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ดีที่สุดในแง่ผลต่อการวางแผนนโยบายและกรอบแนวทางการบริหารจัดการโรคเบาหวานในเชิงการป้องกันปฐมภูมิต่อไป.

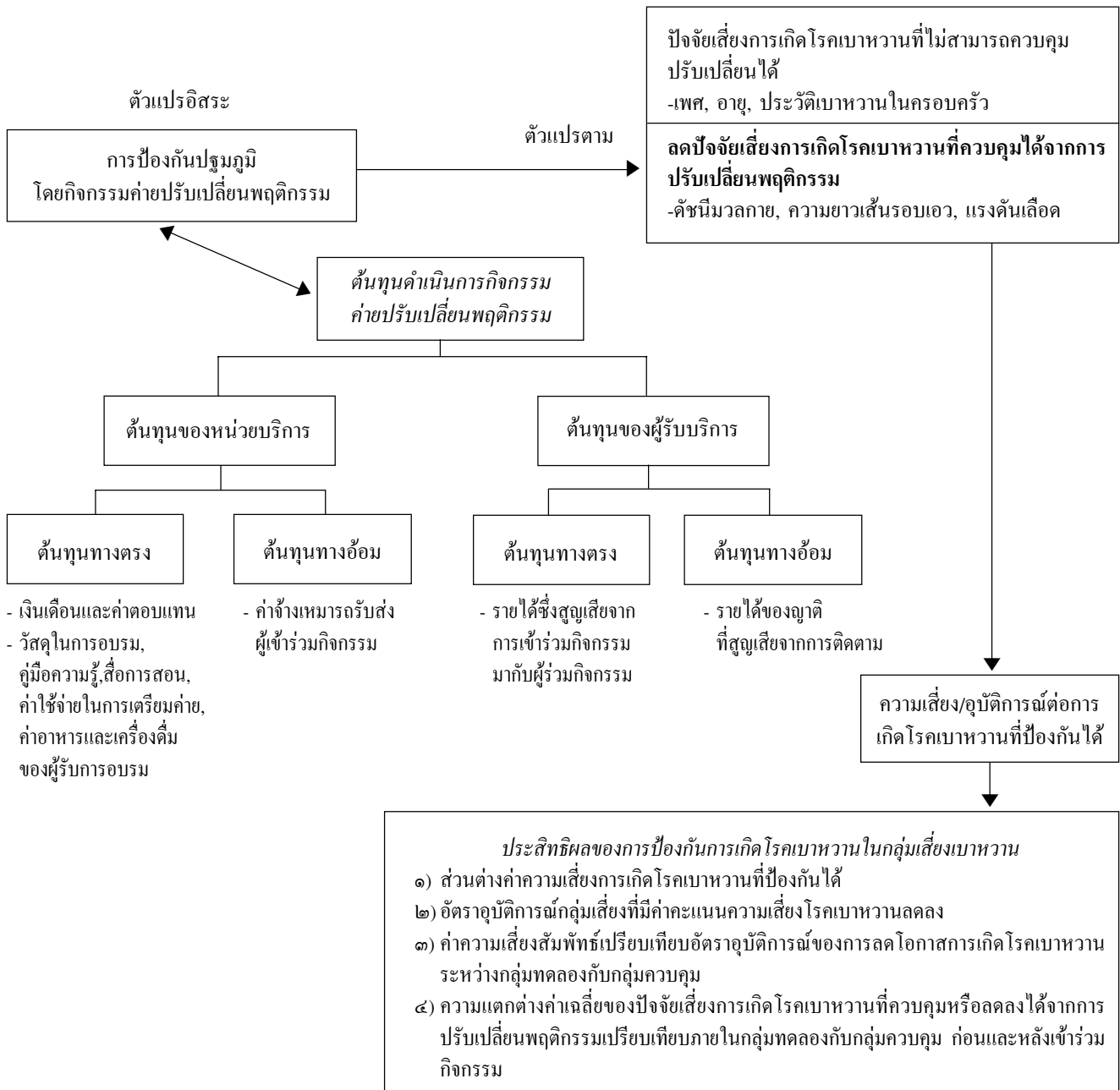
ประชากรศึกษา ได้แก่กลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวาน ๑,๑๐๔ คน ซึ่งผ่านการตรวจประเมินโดยวิธีคัดกรองโรคเบาหวานด้วยวาจาในกลุ่มประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไปจำนวน ๒๓,๒๕๑ ราย หากพบมีความเสี่ยงตาม

เกณฑ์ จะได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๖-๘ ชั่วโมงด้วยเครื่องมือตรวจเลือดที่ปลายนิ้วและมีค่าผลระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose; IFG) อยู่ระหว่าง ๑๐๐ - ๑๒๕ มก. /ดล.

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบ่งประชากรออกเป็น ๒ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two-Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มทดลอง คือกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจำนวน ๔๘๐ คน เข้าร่วมกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะได้รับโปรแกรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานที่ถูกกำหนดขึ้น โดยใช้แนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม อันประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ ผ่านกิจกรรมประจำฐาน การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง เรื่องการเลือกบริโภคอาหาร, การออกกำลังกายและสร้างความมุ่งมั่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวาน รวมทั้งการสร้างแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้วยการให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่และ สมาชิกภายในกลุ่ม พร้อมทั้งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนกลุ่มควบคุม คือกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ได้รับบริการสุขภาพตามปกติจำนวน ๕๐๐ คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างตามระดับชั้นโดยแบ่งประชากรเป็น ๖ กลุ่มระดับชั้นตามตัวแปรที่มีผลต่อค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานและสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลอง.

ขั้นตอนการวิจัย เริ่มจากการฝึกอบรมและเตรียมความพร้อมของทีมงานวิทยากรประจำค่ายจำนวน ๑๒ คน โดยชี้แจงรายละเอียดของรูปแบบการทำค่ายกระตุ้นความรู้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานรวมทั้งการใช้ค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานสำหรับคนไทยในการให้ความรู้ สร้างความตระหนักต่อการควบคุมน้ำหนักตัว ความยาวรอบเอวและภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง. ต่อมาได้ดำเนินการจัดกิจกรรมค่ายกลุ่มเสี่ยงเบาหวานแบบไม่พักแรม



แผนภูมิที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย

จำนวน ๘ รุ่นๆละ ๖๐ คน โดยค่ายแต่ละรุ่นใช้ระยะเวลา ๑ วันและถูกจัดในสถานที่หลายแห่งซึ่งใกล้ภูมิลาเนาถิ่นฐานพำนักของกลุ่มเสี่ยงเพื่อความสะดวกและลดภาระการเดินทางของกลุ่มเสี่ยง.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาลและประวัติเบาหวานในครอบครัว, แบบคัดกรองประเมินคะแนนความเสี่ยงและค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน, แบบบันทึกต้นทุนของผู้รับบริการและของหน่วยบริการ.



๒. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานของกิจกรรมค่ายกระตุ้นความรู้ (Day Camp) ในเรื่องโภชนาการ, การออกกำลังกาย, การควบคุมน้ำหนัก ความเครียดและแรงดันเลือด, สื่อการสอน ฐานความรู้, สมุดบันทึกสุขภาพ รวมทั้งคู่มือความรู้ เครื่องตรวจและแถบตรวจระดับน้ำตาลในเลือด.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. ข้อมูลภาคสนามได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของประชากร ตัวอย่าง, ข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, ค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังจากกิจกรรมค่ายดำเนินการแล้วเสร็จระยะ ๓ เดือนต่อมา, ข้อมูลจากแบบสอบถามชนิดสัมภาระณ์กลุ่มทดลองเกี่ยวกับจำนวนญาติที่ติดตามในการมาร่วมกิจกรรมโดยผู้เก็บข้อมูล คือ ทีมงานวิทยากรประจำค่ายทุกคนซึ่งได้รับการอบรมก่อนการจัดกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากทีมวิจัยเพื่อสร้างความเข้าใจและมีมาตรฐานการทำงานเดียวกัน.

๒. ข้อมูลในสถานบริการ ได้แก่ บัญชีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นของทีมงานวิทยากรประจำค่ายรวมทั้งรายงานการใช้จ่ายค่าวัสดุในการจัดเตรียมและดำเนินกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมวิจัยเป็นผู้จัดเก็บข้อมูล.

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ ใช้สถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน. ค่าอัตราส่วนทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบ ที และทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติการทดสอบที่จับคู่.

คำจำกัดความ คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานสำหรับคนไทย หมายถึง แบบทำนายโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานรายบุคคลในอนาคตอีก ๑๒ ปี โดยกำหนดปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตในรูปแบบจำลองสมการ

ตารางที่ ๑ คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานของแต่ละตัวแปร

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์	คะแนน
อายุ (ปี)		
๓๕-๓๙		๐
๔๐-๔๔	-๐.๐๗	๐
๔๕-๔๙	๐.๒๗	๑
≥ ๕๐	๐.๖๐	๒
เพศ		
หญิง		๐
ชาย	๐.๔๔	๒
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)		
<๒๓		๐
๒๓ - ๒๗.๔๙	๐.๖๕	๓
≥๒๗.๕	๑.๒๔	๕
เส้นรอบเอว (ซม.)		
< ๙๐ ในผู้ชาย, < ๘๐ ในผู้หญิง		๐
≥ ๙๐ ในผู้ชาย, ≥ ๘๐ ในผู้หญิง	๐.๕๖	๒
แรงดันเลือดสูง		
ไม่มี	๐	
มี	๐.๖๔	๒
ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว		
ไม่มี		๐
มี	๑.๐๘	๔

ตารางที่ ๒ คะแนนทำนายความเสี่ยงเบาหวานใน ๑๒ ปี

คะแนนรวม	ความเสี่ยง (ความเป็นไปได้)
๑	๐.๐๓
๒	๐.๐๔
๓	๐.๐๕
๔	๐.๐๗
๕	๐.๐๘
๖	๐.๑๑
๗	๐.๑๔
๘	๐.๑๘
๙	๐.๒๑
๑๐	๐.๒๖
๑๑	๐.๓๑
๑๒	๐.๓๘
๑๓	๐.๔๕
๑๔	๐.๕๒
๑๕	๐.๕๘
๑๖	๐.๖๕
๑๗	๐.๗๓

ลวจิสติกถดถอย ได้แก่ อายุ เพศ ดรรชนีมวลกาย เส้นรอบเอว แรงดันเลือดและประวัติการเป็นเบาหวานในครอบครัว โดยไม่ใช้ข้อมูลผลการตรวจเลือด, แปรขนาดค่าสัมประสิทธิ์ในสมการลวจิสติกถดถอยเป็นคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานของแต่ละตัวแปร (ตารางที่ ๑). เมื่อรวมคะแนนความเสี่ยงของทุกตัวแปรจะได้คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ตั้งแต่ ๑-๑๗ คะแนน โดยคะแนนรวมแต่ละค่าใช้ทำนายความเสี่ยงหรือโอกาสเกิดโรคเบาหวานใน ๑๒ ปี^(๑๙) (ตารางที่ ๒).

ผลการศึกษา

ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบปัญหาหน่วยตัวอย่างการวิจัยบางคนสูญหาย ติดตามไม่พบ คงเหลือกลุ่มทดลองที่ติดตามได้จำนวน ๔๐๐ คนจากเดิม ๔๘๐ คนและกลุ่มควบคุมคงเหลือจำนวน ๔๑๐ คนจากเดิม ๔๕๐ คน.

ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นหญิงอายุ ๔๐-๔๕ ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด. ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา. อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด รองลงมาเป็นอาชีพงานบ้าน, รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วงต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน. สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวร้อยละ ๒๗ และ ๒๙.๘ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๓.

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวานก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากดำเนินกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีก ๓ เดือน โดยประเมินจากตัวแปรที่สัมพันธ์กับคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติเบาหวานในครอบครัวซึ่งเป็นตัวแปรคงที่สัมพันธ์กับคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวาน รวมทั้งดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว และระดับแรงดันเลือดซึ่งเป็นตัวแปรผันตรงสัมพันธ์กับคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานที่เปลี่ยนแปลงได้จากการดำเนินกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง.

จากการศึกษาในตารางที่ ๔ และตารางที่ ๕ พบว่า:

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (ค่า $P < ๐.๐๐๑$) และค่าเฉลี่ยค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (ค่า $P < ๐.๐๐๑$) เช่นกัน. ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างทางสถิติของทั้งค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงและค่าเฉลี่ยค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการดูแลสุขภาพตามระบบปกติทั่วไป.

อนึ่ง ส่วนต่างค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ป้องกันได้ในกลุ่มทดลองคือ ๐.๐๑๙๘ ซึ่งจะถูกใช้เป็นค่าประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเพื่อวิเคราะห์ค่าอัตราส่วนต้นทุน - ประสิทธิผลต่อไป.

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าก่อนดำเนินกิจกรรมค่าย ไม่พบความแตกต่างทางสถิติของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม, แต่หลังจากดำเนินกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (ค่า $P < ๐.๐๐๑$).

เมื่อเปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์ของจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่ากลุ่มทดลองสามารถเพิ่มอัตราอุบัติการณ์จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงได้มากเป็น ๗.๔๔ เท่าของกลุ่มควบคุม. นั่นคือกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดอัตราอุบัติการณ์ต่อการเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงได้ถึง ๗.๔๔ เท่า



ตารางที่ ๓ ข้อมูลทั่วไปของประชากรตัวอย่าง

	กลุ่มทดลอง (๔๐๐/๔๘๐ คน)		กลุ่มควบคุม (๕๐๐/๗๒๔ คน)	
	ชาย	ร้อยละ	ชาย	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	๓๕	๘.๗๕	๑๔๓	๓๕.๖๐
หญิง	๓๒๕	๘๑.๒๕	๒๖๓	๖๔.๔๐
อายุ (ปี)				
๔๐-๔๙	๑๔๕	๓๖.๒๕	๑๖๕	๔๑.๒๐
๕๐-๕๙	๑๒๕	๓๑.๒๕	๑๓๘	๓๓.๖๐
๖๐ ขึ้นไป	๘๐	๒๐.๐๐	๑๐๓	๒๖.๑๐
สถานภาพสมรส				
โสด	๑๒	๓.๐๐	๑๔	๓.๕๐
คู่	๓๗๒	๙๓.๐๐	๓๗๕	๙๓.๕๐
หม้าย/หย่า/แยก	๑๖	๔.๐๐	๒๑	๕.๑๐
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	๓๕๐	๘๗.๕๐	๓๕๘	๘๙.๓๐
มัธยมศึกษาตอนต้น	๒๑	๕.๒๕	๒๒	๕.๕๐
มัธยมศึกษาตอนปลาย	๑๔	๓.๕๐	๑๕	๓.๖๐
อนุปริญญา/ปวส.	๑๐	๒.๕๐	๑๑	๒.๖๐
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	๕	๑.๒๕	๔	๑.๐๐
อาชีพ				
ทำงานบ้าน	๑๘	๔.๕๐	๑๑๖	๒๘.๓๐
เกษตรกรกรรม	๓๔๒	๘๕.๕๐	๒๕๘	๖๔.๖๐
รับจ้าง	๒๐	๕.๐๐	๑๕	๓.๖๐
ค้าขาย	๑๐	๒.๕๐	๕	๑.๒๐
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	๑๐	๒.๕๐	๘	๒.๐๐
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)				
ต่ำกว่า ๕,๐๐๐	๓๓๓	๘๓.๒๕	๒๐๓	๕๐.๕๐
๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐	๖๒	๑๕.๕๐	๑๕๘	๓๙.๖๐
๑๐,๐๐๐ ขึ้นไป	๕	๑.๒๕	๕	๑.๒๐
สิทธิการรักษาพยาบาล				
ข้าราชการ	๖	๑.๕๐	๑๒	๓.๐๐
ประกันสังคม	๓	๐.๗๕	๑๕	๓.๖๐
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๓๙๑	๙๗.๗๕	๓๙๓	๙๗.๔๐
ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน				
ไม่มี	๒๕๒	๖๓.๐๐	๒๕๖	๖๔.๔๐
มี	๑๐๘	๒๗.๐๐	๑๕๘	๓๙.๖๐

ตารางที่ ๔ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (๔๐๐ คน)					กลุ่มควบคุม (๔๐๐ คน)				
	ระยะเวลา	\bar{x}	SD	๙๕% CI	ค่าพี	ระยะเวลา	\bar{x}	SD	๙๕% CI	ค่าพี
คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวาน	ก่อน					ก่อน				
	หลัง	๐.๕๓๒๕	๑. ๒๖	๐.๖๕๖๒	< ๐.๐๐๑	หลัง	๐.๐๓๔๒	๐.๔๓๐๒	๐.๐๓๖	๐.๑๐๘
ค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	ก่อน					ก่อน				
	หลัง	๐.๐๑๕๘	๐.๕๐๔๗	๐.๐๒๔๘	< ๐.๐๐๑	หลัง	๐.๐๑๑๖	๐.๐๑๗๐๔	๐.๐๐๓๓	๐.๐๕๖

ส่วนต่างค่าเฉลี่ยของค่าความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน = ๐.๐๑๕๘

ตารางที่ ๕ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง					หลังทดลอง				
	กลุ่ม	\bar{x}	SD	95% CI	ค่าพี	กลุ่ม	\bar{x}	SD	95% CI	ค่าพี
คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวาน	ทดลอง					ทดลอง				
	ควบคุม	๐.๐๔	๐.๐๔๕	๐.๐๒๒	๐.๐๓	ควบคุม	๐.๖๒๔๕	๐.๒๔	๑.๑๑	๐.๐๐๑

ตารางที่ ๖ อัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงระหว่าง กลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวาน			รวม
	ลดลง	ไม่เปลี่ยนแปลง	สูงขึ้น	
กลุ่มทดลอง (คน)	๕๕	๒๕๕	๑๐	๔๐๐
กลุ่มควบคุม (คน)	๑๓	๓๕๐	๓๗	๔๐๐
รวม	๑๐๘	๖๐๕	๑๓๗	๘๑๐

อัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มทดลองที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงเท่ากับ $๕๕/๔๐๐ = ๐.๑๓๗๕$ หรือร้อยละ ๑๓.๗๕

อัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มควบคุมที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงเท่ากับ $๑๓/๔๐๐ = ๐.๐๓๒๕$ หรือร้อยละ ๓.๒๕

RR, ความเสี่ยงสัมพัทธ์ หรือ อัตราส่วนสัมพัทธ์ = $๑๓.๗๕ / ๓.๒๕ = ๔.๒๓$

(ความเสี่ยงสัมพัทธ์ = ๔.๒๓) เมื่อเทียบกับการดูแลป้องกันกลุ่มเสี่ยงเบาหวานตามระบบปกติทั่วไป ดังตารางที่ ๖.

การประเมินประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง จึงพิจารณาจากตัวชี้วัดสำคัญ ๒ ตัวชี้วัด

คือ วัดจากส่วนต่างของค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ป้องกันได้เท่ากับ ๐.๑๑๕๘ และ/หรือวัดจากอัตราอุบัติการณ์กลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงเท่ากับ ๐.๑๓๗๕ (ร้อยละ ๑๓.๗๕).



ต้นทุนดำเนินการกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง คำนวณจากการรวมต้นทุนของหน่วยบริการกับต้นทุนของผู้รับบริการรวมเป็นมูลค่า ๓๕๗,๑๐๐ บาท โดยต้นทุนของหน่วยบริการเป็นเงิน ๒๘๔,๕๘๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๖๙ ของต้นทุนรวมและต้นทุนของผู้รับบริการเป็นเงิน ๗๕,๕๒๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๓๑ ของต้นทุนรวม/ต้นทุนของหน่วยบริการส่วนใหญ่เป็นค่าวัสดุ, รองลงมาคือค่าแรงและค่าจ้างเหมารถรับส่งผู้เข้าร่วมกิจกรรม ตามลำดับ. ส่วนต้นทุนของผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นรายได้ซึ่งสูญเสียจากการร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง, รองลงมา คือ รายได้ซึ่งสูญเสียของญาติ/ผู้ติดตามจากการติดตามมากับผู้ร่วมกิจกรรม ดังตารางที่ ๗.

ต้นทุน-ประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โดยการจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีค่าเท่ากับ ๑๘,๐๓๕,๓๕๓ บาทต่อหนึ่งหน่วยค่าความเสี่ยง (ค่าความเป็นไปได้) ที่ลดลงจากการเกิดโรคเบาหวานหรือ ๑๘,๐๓๕,๓๕๓ บาทต่อความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานที่ป้องกันได้ และต้นทุน-ประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โดยวัดจากอุบัติการณ์ที่พบกลุ่มเสี่ยงมีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง มีค่าเท่ากับ ๑,๕๐๓,๕๗๘.๘ บาทต่อหนึ่งหน่วยอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง ดังตารางที่ ๘.

ตารางที่ ๗ ต้นทุนการดำเนินการกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง

	มูลค่า (บาท)	ร้อยละ
ต้นทุนของหน่วยบริการ		
ค่าแรง*	๑๒๕,๓๘๐	๓๖.๒๓
ค่าวัสดุ	๑๓๕,๒๐๐	๓๘.๕๘
ค่าจ้างเหมารถรับส่ง	๑๖,๐๐๐	๔.๔๘
รวมต้นทุนของหน่วยบริการ	๒๘๔,๕๘๐	๗๙.๖๙
ต้นทุนของผู้รับบริการ		
รายได้ซึ่งสูญเสียจากการร่วมกิจกรรม**		
กลุ่มทดลอง (๑๔๘ x ๔๐๐)	๕๙,๒๐๐	๑๖.๕๘
ญาติ / ผู้ติดตาม (๑๔๘ x ๕๐)	๑๓,๓๒๐	๓.๗๓
รวมต้นทุนของผู้รับบริการ	๗๒,๕๒๐	๒๐.๓๑
ต้นทุนดำเนินการกิจกรรม		
ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	๓๕๗,๑๐๐	๑๐๐

* ค่าแรง คำนวณจากผลรวมของเงินเดือนของวิทยากรทั้ง ๑๒ คนใน ๑ เดือน / ๒๒ วันทำงานใน ๑ เดือน x จำนวนวันของกิจกรรม (๘ วัน) รวมกับค่าเบี้ยเลี้ยงวิทยากรประจำค่ายและเบี้ยเลี้ยงของเจ้าหน้าที่ในการประเมินผลหลังจากเข้าค่าย ๓ เดือน

** รายได้ซึ่งสูญเสียจากการร่วมกิจกรรม คำนวณจากระยะเวลาที่กลุ่มทดลองและญาติ / ผู้ติดตามสูญเสียไปจากการดำเนินกิจกรรม ประเมินมูลค่าเวลาเป็นตัวเงิน โดยใช้อัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำเทียบมูลค่าจากประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กำหนดอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำรายวันในท้องที่จังหวัดนครพนมเป็น ๑๔๘ บาท / วัน

ตารางที่ ๘ ต้นทุน - ประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง

ต้นทุนดำเนินการกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน	
	ส่วนต่างของค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ป้องกันได้	อัตราอุบัติการณ์ที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง
๓๕๗,๑๐๐	๐.๐๑๕๘	๐.๒๓๗๕ (๒๓.๗๕%)

ต้นทุน - ประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานโดยวัดจากส่วนต่างของค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้ = ๓๕๗,๑๐๐ / ๐.๐๑๕๘ หรือ ๑๘,๐๓๕,๓๕๓ บาทต่อหนึ่งหน่วยประสิทธิผลของค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ลดได้

ต้นทุน - ประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานโดยวัดจากอัตราอุบัติการณ์กลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง = ๓๕๗,๑๐๐ / ๐.๒๓๗๕ หรือ ๑,๕๐๓,๕๗๘.๘ บาทต่อหนึ่งหน่วยประสิทธิผลของอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานที่ป้องกันได้

วิจารณ์

รูปธรรมที่ชัดเจนของนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของประเทศไทยคือ รูปแบบโปรแกรมการบริหารจัดการโรคโดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันกำหนดกรอบแนวทางและเป้าหมายของการป้องกันปฏิกมภูมิโรคเบาหวานคือการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงหรือโดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมจัดการได้ต่อการเกิดโรคเบาหวาน^(๑๑) สำหรับคนไทยที่มีภาวะก่อนเบาหวานทั้งประเทศจำนวน ๕.๗ ล้านคน^(๑๒) อย่างไรก็ตามยังขาดความชัดเจนของการกำหนดตัวชี้วัดประเมินผลลัพธ์ของเป้าหมายดังกล่าว.

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นทั้งผลลัพธ์หรือประสิทธิผลและกระบวนการป้องกันปฏิกมภูมิโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงหรือภาวะก่อนเบาหวานโดยมีสมมติฐานว่า กิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ควบคุมได้จากการปรับพฤติกรรมสุขภาพอันส่งผลต่อการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวาน รวมทั้งมุ่งเน้นปัจจัยนำเข้าในกระบวนการนั้นคือ ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยประยุกต์ใช้คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานสำหรับคนไทยเป็นมาตรวัดประสิทธิผลอันเป็นประโยชน์ในการเปรียบเทียบและตัดสินใจเลือกรูปแบบกิจกรรมป้องกันปฏิกมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงของแต่ละเครือข่ายบริการที่มีความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ดีที่สุดต่อไป. จากผลการศึกษายืนยันว่า กิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดอัตราอุบัติการณ์ต่อการเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงได้ถึง ๗.๔๙ เท่า (ความเสี่ยงสัมพัทธ์ = ๗.๔๙) เมื่อเทียบกับการดูแลป้องกันกลุ่มเสี่ยงเบาหวานตามระบบปกติทั่วไปและเป็นผลให้ค่าเฉลี่ยของทั้งคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานและค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ อีกทั้งยัง

สามารถกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ ๒ ตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิผลของการป้องกันปฏิกมภูมิโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยพิจารณาจากส่วนต่างของค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ที่ป้องกันได้ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพและจากอัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวาน ลดลงซึ่งเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ. อนึ่งตัวชี้วัดจากอัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง คำนวณจากการเทียบสัดส่วนของจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงต่อจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่ร่วมกิจกรรม โดยไม่ได้คำนึงถึงส่วนต่างของค่าคะแนนความเสี่ยงรายบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปมากน้อยทั้งในกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงและสูงขึ้น. ส่วนตัวชี้วัดประสิทธิผลของการป้องกันปฏิกมภูมิโรคเบาหวานที่วัดจากส่วนต่างของค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่ป้องกันได้ถูกคำนวณโดยคำนึงถึงส่วนต่างของค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานรายบุคคลที่เปลี่ยนแปลงมากน้อยจากทั้งกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงและสูงขึ้น โดยแปรค่าคะแนนความเสี่ยงเป็นค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานรายบุคคลก่อนและหลังร่วมกิจกรรม และรวมส่วนต่างของค่าความเสี่ยงรายบุคคลที่เปลี่ยนแปลงลดลงของทุกคนในกลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานหักลบด้วยผลรวมของส่วนต่างค่าความเสี่ยงรายบุคคลที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นของทุกคนในกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานสูงขึ้น, และผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ ๔ แสดงว่ากระบวนการป้องกันปฏิกมภูมิโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงจากกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านดัชนีมวลกายและระดับแรงดันเลือดต่อการเกิดโรคเบาหวาน เนื่องจากค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายและระดับแรงดันเลือดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมค่าย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕, ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพสามารถควบคุมน้ำหนักตัวและระดับแรงดันเลือดได้ดีขึ้น. ในทำนองกลับกัน กิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่



สามารถลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพต่อการเกิดโรคเบาหวาน ด้านความยาวรอบเอว เนื่องจากไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ของค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังร่วมกิจกรรมค่าย, จึงเป็นข้อบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการปรับรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นกิจกรรมกระตุ้นความรู้ สร้างความตระหนักต่อการควบคุมความยาวรอบเอวหรือภาวะอ้วนลงพุง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต.

ผลจากการวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายตามรายการเบิกจ่ายตามงบประมาณโครงการ ล้วนเป็นต้นทุนทางบัญชีของกิจกรรมโดยนับเฉพาะรายการที่เป็นตัวเงินซึ่งได้จ่ายไปจริงและมองเห็นเท่านั้น. แต่หากพิจารณาต้นทุนกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางเศรษฐศาสตร์ จะนับรวมทั้งต้นทุนทางบัญชีดังกล่าวกับค่าเสียโอกาสของการดำเนินกิจกรรมค่ายซึ่งประกอบด้วยค่าเสียโอกาสของหน่วยบริการด้านค่าแรงในรูปเงินเดือนที่ได้รับตามปกติของวิทยากรตามจำนวนวันเวลาที่ต้องสูญเสียเพื่อดำเนินกิจกรรมค่ายและค่าเสียโอกาสของต้นทุนผู้รับบริการในรูปรายได้ซึ่งสูญเสียจากการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลองและญาติซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของกิจกรรม จะต้องคำนึง

ถึงทรัพยากรที่ใช้ทั้งที่เป็นและไม่ใช่ตัวเงิน รวมทั้งผลกระทบทางด้านลบ ซึ่งไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายและมองไม่เห็น นำมาประเมินค่าและนับรวมเป็นต้นทุนด้วย. การจัดกลุ่มต้นทุนของงานศึกษาที่ใช้เกณฑ์ “ผู้รับภาระต้นทุน” จำแนกต้นทุนดำเนินการกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นต้นทุนของหน่วยบริการและของผู้รับบริการ มีความเหมาะสมมากกว่าเกณฑ์อื่น ๆ เช่น เกณฑ์ “กิจกรรม” หรือเกณฑ์ “การจ่าย”^(๒๓) ด้วยเหตุผลที่ว่าสามารถวางแผนจัดบริการป้องกันปฏิกมภูมิโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม คำนึงถึงค่าเสียโอกาสของต้นทุนผู้รับบริการที่สูญเสีย.

งานศึกษานี้มีค่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการป้องกันปฏิกมภูมิโรคเบาหวานโดยกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานซึ่งสอดคล้องกับตัวชี้วัดประสิทธิผลของการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงดังที่ได้กล่าวไว้ นั่นคือต้นทุน-ประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานโดยวัดจากส่วนต่างของค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ป้องกันได้ และ/หรือต้นทุน-ประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยวัดจากอัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวาน

ตารางที่ ๕ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (๔๐๐ คน)				กลุ่มควบคุม (๕๐๐ คน)			
		\bar{X}	SD	95% CI	ค่าที	\bar{X}	SD	95% CI	ค่าที
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	ก่อน					ก่อน			
	หลัง	๐.๑๘๗	๐.๘๙	๐.๒๓๕๔	๐.๐๐๑	๐.๐๒๔	๐.๒๑	๐.๐๑๕	๐.๘๗
เส้นรอบเอว (ซม.)	ก่อน					ก่อน			
	หลัง	๐.๒๔๕๐	๐.๕๗๔	๐.๘๒๘	๐.๐๕๑	๐.๐๐๑	๐.๑๙๗	๐.๐๑๕๒	๑.๐๐
แรงดันเลือด (มม.ปรอท)	ก่อน					ก่อน			
	หลัง	๐.๒	๐.๖	๐.๒๕๙	๐.๐๐๑	๐.๐๓๔	๐.๓๘๑	๐.๗๑๒	๐.๐๗๑

ลดลง.

ค่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการป้องกันปฏุมภูมิโรคเบาหวานในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ประโยชน์เพื่อเทียบเคียง (Benchmarking) กับค่าอัตราส่วนดังกล่าวระหว่างกิจกรรมป้องกันปฏุมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงของแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อตัดสินใจเลือกรูปแบบกิจกรรมที่มีค่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลต่ำสุดหรือมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ที่ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการป้องกันปฏุมภูมิการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานคนไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดหลักเพื่อใช้ประเมินความสำเร็จและเปรียบเทียบผลการดำเนินงานการป้องกันปฏุมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงระหว่างกิจกรรมของแต่ละเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งค่าคะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานตอบสนองความไม่สมบูรณ์ชัดเจนเชิงนโยบายหากนำมาประยุกต์ใช้ประเมินผลลัพธ์ของบริการป้องกันปฏุมภูมิการเกิดโรคเบาหวาน.

๒. ข้อเสนอแนะต่อแนวทางดำเนินการจัดกิจกรรมป้องกันปฏุมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ควรติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ควบคุมได้จากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำมาปรับรูปแบบเน้นกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวที่ยังไม่สัมฤทธิ์ผล. อีกทั้งควรคำนึงถึงต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์มากกว่าต้นทุนทางบัญชีของกิจกรรม พิจารณาจัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ “ผู้รับภาระต้นทุน” เพื่อจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมและเป็นธรรมไม่ละเลยค่าเสียโอกาสของทั้งผู้รับบริการและหน่วยบริการ.

๓. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย คือ ควรศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของทุกกิจกรรมป้องกันปฏุมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงและประยุกต์คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวานวัดประสิทธิผล เพื่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบกิจกรรมป้องกันปฏุมภูมิการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ที่ดีที่สุดต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย เอกพลากร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ให้คำปรึกษา. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอหาดุพนมที่สนับสนุนดำเนินงานศึกษาวิจัยตลอดจนที่มวิจัยที่ปรึกษาทั้ง ๔ ท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและช่วยเหลือสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. Zimmet P, Alberti K, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature 2001;414:782-7.
๒. Danaei G, Lawes CMM, Vander Hoon S, Murray CJL, Ezzati M. Global and regional mortality from ischaemic heart disease and stroke attributable to higher than optimum blood glucose concentration : comparative risk assessment. Lancet 2006;368:1651-9.
๓. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 200 and projections for 2030. Diabetes Care 2004;27:1047-53.
๔. World Health Organization. Diabetes mellitus [Online]. April 2002. [cited 2006 Apr 11]. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/tactsheets/fs138/en/index.htm>16.
๕. เขียวรัตน์ ปรีภักขาม, พรพันธ์ บุญรัตน์, วิชัย เอกพลากร. ตำรวจรอยโรค การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗ ฉบับย่อ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๖. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. โครงการศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย ปี ๒๕๔๗. นนทบุรี : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๗. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. รายงานประจำปี ๒๕๕๐. นครพนม : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม; ๒๕๕๐.
๘. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหาดุพนม รายงานผลการดำเนินงานโรคเบาหวาน อำเภอหาดุพนม; ๒๕๕๐.
๙. อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย (บรรณาธิการ). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขสำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานโครงการพัฒนาแนวทางการบริการสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๑๐. เบาหวานในไทย : บทเรียนจากนโยบายของประเทศพัฒนา. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๑๑. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารจัดการโรคเรื้อรังโรคค่าใช้จ่ายสูง อย่างองค์รวม ด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี : ส.พิจิตรการพิมพ์; ๒๕๕๐.



๑๒. สมพงษ์ สุวรรณวัลย์กร. การจัดการเรียนการสอนความรู้โรคเบาหวานต่อผู้ป่วยและญาติ. ใน : วิทยา ศรีคามา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูนิดี พับลิเคชัน; ๒๕๔๓. หน้า ๒๕๑-๒๕๗.
๑๓. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2005; 8(Suppl): S4-S36.
๑๔. Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care 1997;20:537-44.
๑๕. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hammon RF, Lachin JM, Walker EM, et al. (Diabetes Prevention Program Research Group). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metformin. N Engl J Med 2002;346:393-403.
๑๖. วิชัย เอกพลากร, พงษ์อมร บุญนาก, ปิยมิตร ศรีธรา, สายัณห์ ชีพอุดมวิทย์, สุกิจ เข้มวงษ์, รัชตะ รัชตะนาวิน. คະແນວຄວາມສ່ຽງ
โรคเบาหวานสำหรับคนไทย. นนทบุรี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐;๓-๔:๒๖๒-๖๗.
๑๗. สมคิด แก้วสนธิ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล. การวิเคราะห์และการประเมินผลบริการสาธารณสุข. ใน : สมคิด แก้วสนธิ (บรรณาธิการ). เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๔. หน้า ๑๗๖-๑๘๔.
๑๘. วีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล, อมร เปรมกมล, เฉลิมชัย ชัยกิตติพร, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, วิชัย เอกพลากร, บดี ธนะมัน. โรคเบาหวานภาวะก่อนเบาหวาน และการควบคุมจัดการผู้ป่วยเบาหวานคนไทย พ.ศ. ๒๕๔๑. นนทบุรี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐;๓-๔:๒๕๕-๓๑๒.
๑๙. สมคิด แก้วสนธิ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล. การประเมินต้นทุนที่เกิดกับผู้จัดบริการและผู้ให้บริการ. ใน : สมคิด แก้วสนธิ (บรรณาธิการ). เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๔. หน้า ๑๓๕-๑๖๐.

ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสังขม จังหวัดหนองคาย

บรรจบ อุบลแสน*

รุจี พรชัย†

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและพบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. เป้าหมายการศึกษานี้คือทำการค้นหาปัจจัยเสี่ยงสำคัญและประเมินโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสังขม จังหวัดหนองคาย ในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายน ๒๕๕๐ จำนวน ๓๐๕ ราย และไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ. ข้อมูลได้จากการซักประวัติ, การตรวจร่างกาย และแฟ้มบันทึกการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณไขมันคอเลสเตอรอลรวม, ไขมันคอเลสเตอรอลความแน่นสูง (HDL-C). การศึกษาคำนึงตามแบบ INTERHEART study ที่อ้างอิง NCEP ATP III (National Educational Program and Adult Treatment Panel III) ประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจใน ๑๐ ปี. สถิติที่ใช้วิเคราะห์คือการทดสอบไค-สแควร์ และการทดสอบ ที. ผู้ป่วยที่ศึกษามีอายุ ๓๓-๖๕ ปี อายุเฉลี่ย ๕๕ ± ๑๒ ปี, ร้อยละ ๓.๖ สูบบุหรี่, ร้อยละ ๕๒.๒ มีแรงดันเลือดสูงหรือได้รับยาลดแรงดันเลือด, ร้อยละ ๔๖.๕ มีไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดมากกว่า ๒๐๐ มก./ดล. และร้อยละ ๓๗.๒ มี HDL-C น้อยกว่า ๔๐ มก./ดล.

ผลการประเมินโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจใน ๑๐ ปี พบกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยิ่ง (I) ร้อยละ ๖.๘ (ชายร้อยละ ๒๕.๓, หญิงร้อยละ ๑.๖; ค่าที่ < ๐.๐๐๑) และความเสี่ยงสูง (II) ร้อยละ ๒๑.๔ (ชายร้อยละ ๕๘.๒, หญิงร้อยละ ๑๑.๒; ค่าที่ < ๐.๐๐๑) ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าร้อยละ ๒๐ และ ๑๐-๒๐ ตามลำดับ. ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง (III) ร้อยละ ๓๑.๘ (ชายร้อยละ ๑๖.๔, หญิงร้อยละ ๔๗.๒; ค่าที่ < ๐.๐๐๑) มีโอกาสเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐. ที่ระดับความเสี่ยงมากกว่าร้อยละ ๒๐ และร้อยละ ๑๐-๒๐ มีผู้ป่วยชายมากกว่าหญิงอย่างมีนัยสำคัญ, ในขณะที่ผู้ป่วยหญิงมีโอกาสเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ มีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยชายอย่างมีนัยสำคัญ. ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นและมีความแตกต่างกันระหว่างเพศได้แก่เบาหวาน. ดังนั้น การประเมินโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งช่วยบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้สามารถทำการลดหรือจัดปัจจัยเสี่ยง ช่วยลดอัตราการตายและความพิการจากโรคได้ ถึงแม้จะมีความแตกต่างในปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเสี่ยงระหว่างผู้ป่วยชายและหญิงก็ตาม ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจควรจะได้รับการประเมินในผู้ป่วยเบาหวานทุกราย.

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคเบาหวานชนิดที่ ๒, ปัจจัยเสี่ยงโรค, การประเมินโอกาสเสี่ยง

Abstract

Risk of Coronary Heart Disease in Type 2 Diabetes Patients Attending Sangkhom Hospital, Nongkhai Province

Banchob Ubonsaen *, Ruchee Pornchai†

*Sangkhom Hospital, †Nongkhai Provincial Health Office, Nongkhai Province

Diabetes is an important risk factor for the development of coronary heart disease (CHD). Recent studies have found that the rise in the mortality rate of diabetes mellitus

*โรงพยาบาลสังขม, †สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย



type 2 patients was due to coronary heart disease. This study was conducted in June through September 2007, with the intention to evaluate CHD risk in diabetes patients attending Sangkhom Hospital, Nongkhai Province. Data were collected by interview, blood sampling and retrieval from medical records. The participants were 309 patients with type 2 diabetes, aged 33 to 75 years (mean 55 ± 22 years), and without cardiovascular diseases. The 10-year probability was estimated by using the INTERHEART Study modified from NCEP ATP III (National Educational Program and Adult Treatment Panel III). Student *t*-test and chi-square test were used to determine the differences between men and women patients regarding risk factors, and to predict the probability of CHD. Most patients (92.2%) smoked; 46.9 percent were hypertensive or were taking antihypertensives; 37.2 percent had total blood cholesterol (CHOL) higher than 200 mg/dl and a high density lipoprotein cholesterol (HDL-C) level of less than 40 mg/dl. Evaluation by the heart risk score (based on a model using basic risk factors, i.e., age, smoking, CHOL, HDL-C, systolic blood pressure), 6.8 percent of the patients (25.3% men and 1.6% women; $p < 0.001$) had a predicted 10-year probability of more than 20 percent at very high risk (I) and 21.4 percent of the patients (58.2% men and 11.2% women; $p < 0.001$) had a predicted 10-year probability of 10-20 percent at high risk (II); whereas 71.8 percent of the patients (16.4% men and 87.2% women; $p < 0.001$) had a predicted 10-year probability of less than 10 percent at moderate risk (III). The predicted 10-year probability of 10-20 percent and over 20 percent of the diabetic men was significantly higher than that of diabetic women, whereas the predicted 10-year probability of less than 10 percent of the diabetic women was significantly higher than that of diabetic men. The prevalence of risk factors related to high risk of CHD was different in diabetes patients. Thus, estimates of probability of CHD are necessary for all persons with diabetes, indicating the risk factors to be corrected in order to prevent mortality and morbidity. Despite differences in individual risk factors and predicted probability between men and women, the estimated risk for CHD should be calculated for all persons with diabetes mellitus.

Key words: coronary heart disease, type 2 diabetes mellitus, risk factors, predicted 10-year probability

ภูมิหลังและเหตุผล

เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญมากในการทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากไปทำให้เกิดความเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย. โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease; CHD) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานป่วยและเสียชีวิต. การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานถึง ๗ เท่า และอัตราโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวานถึง ๒-๔ เท่า. ผู้ป่วยเบาหวานชายและหญิงในทุกช่วงอายุมีความเสี่ยงเท่ากัน^(๑).

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวานคือโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจ เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลิน^(๒) ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน (Type 1 diabetes mellitus) มีสาเหตุการตายจากภาวะไตล้มเหลว และโรคหลอดเลือดหัวใจสูงสุดใกล้เคียงกัน^(๓). นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานสูงถึงร้อยละ ๔๕ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวานที่มีความชุกเพียงร้อยละ ๒๕^(๔) และมีการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้แสดงให้เห็นว่าสามารถใช้ระดับน้ำตาลในเลือดทำนายอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้โดยตรง^(๕). รายงานความเสี่ยงโรคเบาหวานต่อการเกิดโรคหัวใจที่สูงมาก เห็นได้จากผลการวิจัยในผู้ป่วยวัยกลางคนที่ เป็นเบาหวานนานกว่า ๗ ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือกล้ามเนื้อ

เนื้อหัวใจตายใน ๕-๑๐ ปีข้างหน้า และยิ่งกว่านั้นยังมีพยากรณ์โรคที่เลวมากทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังจะเห็นได้จากอัตราการเสียชีวิตช่วง ๓๐ วัน ถึง ๑ ปี ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานประมาณร้อยละ ๕๐-๑๐๐^(๖).

การศึกษามากมายที่ระบุปัจจัยเสี่ยงอื่นสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีผลเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดโรค ซึ่งยังมีหลายข้อก็เกี่ยวข้องโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น. ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่มาจาก INTERHEART Study ซึ่งศึกษาใน ๕๒ ประเทศทั่วโลก พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สามารถปรับเปลี่ยนได้มี ๙ ประการ ได้แก่ การสูบบุหรี่, ภาวะอ้วนลงพุง, การขาดการออกกำลังกาย, ปริมาณผักและผลไม้ในอาหารต่ำ, การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป, ปัจจัยทางสังคมและความเครียด, ภาวะความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, และระดับไขมันในเลือดมากเกินไป. ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ปรับแก้ไม่ได้ คือ ชายอายุมากกว่า ๔๕ ปี หรือหญิงอายุมากกว่า ๕๕ ปี และ มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่ออายุน้อยในครอบครัว^(๗,๘). การวิเคราะห์ข้อมูลโรคหัวใจและหลอดเลือดของสหรัฐอเมริกาพบว่าเมื่ออัตราการตายลดลงอย่างต่อเนื่อง^(๙) ซึ่งเป็นผลมาจากการควบคุมปัจจัยเกิดโรคอย่างมีประสิทธิภาพ^(๑๐). ดังนั้นการทราบปัจจัยเสี่ยงและลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจจะช่วยป้องกันและชะลอการเกิดโรค. แนวคิดในปัจจุบันจึงเน้นการตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อพยายามขจัดสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงมากกว่าทำการตรวจคัดกรองโรคซึ่งเป็นการดำเนินงานเชิงรุกและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อประมวลข้อมูลและหาทุกหนทางที่สามารถลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจได้^(๑๑).

การประเมินโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้ศึกษามากในต่างประเทศ เช่น Framingham Heart Study ในสหรัฐอเมริกา, UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) ในสหราชอาณาจักร, และการศึกษาใน ๕๒ ประเทศทั่วโลก คือ INTERHEART Study ซึ่งล้วนอ้างอิง NCEP ATP III (National Educational Program and Adult Treatment Panel III) และสามารถนำมาใช้ประเมินโอกาสเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานได้เช่นกัน^(๑๑-๑๓).

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานสูงแตกต่างกันไป, การประเมินโอกาสเสี่ยงยังเป็นประโยชน์อย่างมากในทางเวชกรรมที่จะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพการรักษาก่อนเป็นกระบวนการคัดกรองสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันแบบปฐมภูมิ หรือชะลอการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดความสูญเสียทางสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี^(๑๐).

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงดำเนินขึ้นด้วยวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน และเพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย.

ระเบียบวิธีศึกษา

ผู้ป่วยที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวานในช่วงเดือนมิถุนายน - กันยายน ๒๕๕๐ ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย, เป็นผู้ช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ, จำนวน ๓๐๙ คน เป็นชาย ๖๗ คน และหญิง ๒๔๒ คน อายุ ๓๓-๗๕ ปี.

การเก็บข้อมูล อาศัยการซักประวัติ. ข้อมูลที่เก็บและนำมาใช้วิเคราะห์ ได้แก่ ข้อมูลประชากรพื้นฐานของผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ, อายุ, ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรักษาด้วยยาลดแรงดันเลือด.

การตรวจร่างกาย ตรวจวัดแรงดันเลือดและสัญญาณชีพอื่น ๆ.

การวิเคราะห์ทางชีวเคมี

- เจาะเก็บตัวอย่างเลือดดำจากผู้ป่วยที่งดอาหารไม่น้อยกว่า ๑๒ ชั่วโมง หาปริมาณไขมันในพลาสมา (total cholesterol และ high & low density lipoprotein cholesterol) และหาระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar).

การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน ๑๐ ปี อาศัยวิธีตัดแปลงจาก INTERHEART study ที่อ้างอิง NCEP ATP III โดยจำแนกผู้ป่วยเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงยิ่ง (I) เสี่ยงมากกว่าร้อยละ ๒๐, กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (II) เสี่ยงมากกว่าร้อยละ ๑๐-๒๐, และกลุ่มที่มีความ



เสี่ยงปานกลาง (III) เสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐. การรายงานผล คิดเป็นค่าร้อยละของผู้ป่วยโดยรวม และแยกผู้ป่วยในแต่ละ เพศและกลุ่มเสี่ยง.

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติการทดสอบที และการ ทดสอบไค-สแควร์ เป็นตัวทดสอบความแตกต่าง, วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ของข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และโอกาสเสี่ยง การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ.

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (๒๕๙ ราย) มีอายุมากกว่า ๔๕ ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศชายมากกว่าครึ่ง (๓๗ ใน ๖๗ ราย) มีอายุ มากกว่า ๕๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕๗, ส่วนเพศหญิงที่อายุมาก กว่า ๔๕ ปี มีมากถึง ๑๔๕ ใน ๒๔๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๐. จำนวนผู้ป่วยจะหนาแน่นที่ช่วงอายุ ๔๕-๖๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๗๗ และ ๖๔ ในชายและหญิงตามลำดับ.

ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษา พบ ปัจจัยเรื่องอายุ คือผู้ป่วยชายและหญิงจำนวน ๓๗ ราย (ร้อยละ ๕๕.๒) และ ๑๔๕ ราย (ร้อยละ ๘๐.๖) ตามลำดับ รวม ๒๓๒ ราย (ร้อยละ ๗๕.๑). ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทั้งหมด ๑๑ ราย (ร้อยละ ๓.๖) เป็นชายทั้งหมด. ผู้ป่วยที่มีแรงดันเลือดสูงหรือ

กำลังได้รับยาลดแรงดันเลือดมีทั้งหมด ๒๘๕ ราย (ร้อยละ ๙๒.๒) เป็นชาย ๖๔ ราย (ร้อยละ ๙๕.๕) และหญิง ๒๒๑ ราย (ร้อยละ ๙๑.๓). ผู้ป่วยที่มีระดับ HDL-C ต่ำกว่า ๔๐ มก./ดล. จำนวน ทั้งหมด ๑๑๕ ราย (ร้อยละ ๓๗.๒) เป็นชาย ๕๒ ราย (ร้อยละ ๗๗.๖) และหญิง ๖๓ ราย (ร้อยละ ๒๖.๐), และผู้ป่วย ที่มีระดับไขมันเลวสูงเกินกว่า ๒๐๐ มก./ดล. ๑๔๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๙ เป็นชาย ๓๗ ราย (ร้อยละ ๕๕.๒) และหญิง ๑๑๕ ราย (ร้อยละ ๔๗.๕).

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับเพศพบว่าผู้ป่วยชาย มีความชุกการสูบบุหรี่, HDL-C ต่ำ มากกว่าผู้ป่วยหญิงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ. ส่วนผู้ป่วยหญิงพบว่ามีค่าความชุกของ ปัจจัยเสี่ยงเรื่องอายุมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของการมีแรงดันเลือดสูง และไขมันเลวสูง.

รายละเอียดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานแสดงในตารางที่ ๑ พบว่าอายุ, แรงดันเลือดซิสโตลิก, ระดับไขมันเลวและไขมันเลวความแน่นต่ำในเลือดไม่มีความแตกต่าง ระหว่างเพศชายกับหญิง ในขณะที่ค่าเฉลี่ย HDL-C และ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยชายสูงกว่าของผู้ป่วยหญิงเล็กน้อย.

ผลประเมินโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน ๑๐ ปี (ตารางที่ ๒ และ ๓) แบ่งผู้ป่วยเป็น ๓ กลุ่มตามโอกาส

ตารางที่ ๑ ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวาน

	ชาย	หญิง	ค่าเฉลี่ย	ค่าพี
อายุ (ปี)	๕๗ ± ๕	๕๔ ± ๒๑	๕๕ ± ๒๒	NS
แรงดันซิสโตลิก (มม.ปรอท)	๑๓๒ ± ๒๓	๑๒๗ ± ๑๕	๑๒๙ ± ๑๗	NS
ไขมันเลว (มก./ดล.)	๑๘๘ ± ๔๗.๐	๒๐๐ ± ๕๘.๐	๒๐๐.๘ ± ๖๘.๗	NS
HDL-C (มก./ดล.)	๓๔.๒ ± ๒๒.๕	๓๘.๒ ± ๒๕.๗	๓๖.๗ ± ๒๓.๑	<๐.๐๕
LDL-C (มก./ดล.)	๒๐๑.๗ ± ๘๔.๓	๒๑๘.๔ ± ๑๕๓.๗	๒๑๔.๘ ± ๑๗๕.๘	NS
น้ำตาล (มก./ดล.)	๑๓๖ ± ๔๔	๑๔๕ ± ๕๐	๑๔๖ ± ๔๕.๔	<๐.๐๕

ค่าพี <๐.๐๕ แสดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เสี่ยงที่คำนวณได้ คือ ความเสี่ยงปานกลาง (III), ความเสี่ยงสูง (II), และความเสี่ยงสูงยิ่ง (I) จากการคำนวณหาโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจใน ๑๐ ปี เท่ากับ ต่ำกว่าร้อยละ ๑๐, ๑๐-๒๐, และ มากกว่า ๒๐ ตามลำดับ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยิ่ง ๒๑ ราย มีอายุเฉลี่ย ๖๕ ± ๑๐ ปี มีโอกาสเสี่ยงร้อยละ ๒๓.๙ ± ๕.๑ (ชายและหญิง จำนวน ๑๗ และ ๔ ราย ตามลำดับ) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ๖๖ ราย อายุเฉลี่ย ๖๑ ± ๘ ปี มีโอกาสเสี่ยงร้อยละ ๑๔.๔ ± ๒.๕ (ชายและหญิง จำนวน ๓๙ และ ๒๗ ราย ตามลำดับ), ในขณะที่กลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงปานกลาง อายุเฉลี่ย ๕๒ ± ๑๙ ปี มีโอกาสเสี่ยงร้อยละ ๓.๖ ± ๒.๘ มีจำนวนสูงที่สุด คือ ๒๒๒ ราย (เพศชายและหญิง จำนวน ๑๑ และ ๒๑๑ ราย ตามลำดับ) คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๘.

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเสี่ยงกับเพศ (ตารางที่

๓, รูปที่ ๑) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยิ่ง (I) และสูง (II) มี ๒๑ ราย และ ๖๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๘ และ ๒๑.๔. กลุ่มเสี่ยงสูงยิ่ง (I) เป็นชายและหญิงร้อยละ ๒๕.๔ และ ๑.๖ ตามลำดับ. กลุ่มเสี่ยงสูง (II) เป็นชายและหญิงร้อยละ ๕๘.๒ และ ๑๑.๒ ตามลำดับ). ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มชายมีความเสี่ยงสูงกว่าหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $P < ๐.๐๐๑$). ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงน้อย (III) ๒๒๒ ราย (ร้อยละ ๗๑.๘) เป็นชายร้อยละ ๑๖.๔ และหญิงร้อยละ ๘๓.๖ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ค่า $P < ๐.๐๐๑$). จากผลการประเมินโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจใน ๑๐ ปีข้างหน้าของผู้ป่วยเบาหวานนั้น ผู้ป่วยชายมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงสูงและสูงยิ่ง ซึ่งพบมากกว่าครึ่งของจำนวนผู้ป่วยชายทั้งหมด ในขณะที่ผู้ป่วยหญิงพบน้อยกว่าครึ่งของจำนวนผู้ป่วยหญิงทั้งหมด.

ตารางที่ ๒ ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะ ๑๐ ปี ของผู้ป่วยเบาหวาน

ความเสี่ยง	ชาย		หญิง		รวมอายุเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ยโอกาสเสี่ยง (ร้อยละ)
	อายุเฉลี่ย	โอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ๑๐ ปี (ร้อยละ)	อายุเฉลี่ย	โอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ๑๐ ปี (ร้อยละ)		
สูงยิ่ง (I)	๖๕±๘	๒๕.๐±๐	๖๖±๘	๒๔.๖±๔.๖	๖๕±๑๐	๒๓.๙±๕.๑
สูง (II)	๕๘±๗	๑๔.๕±๓.๗	๖๕±๗	๑๓.๘±๒.๕	๖±๘	๑๔.๔±๒.๕
ปานกลาง (III)	๔๘±๗	๓.๗±๑.๘	๔๕±๑๒	๓.๕±๒.๒	๕๒±๑๙	๓.๖±๒.๘

ตารางที่ ๓ โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน ๑๐ ปี

กลุ่มความเสี่ยง	เพศ			ค่า χ^2
	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)	
สูงยิ่ง (I)	๑๗ (๒๕.๔)	๔ (๑.๖)	๒๑ (๖.๘)	<๐.๐๐๑
สูง (II)	๓๙ (๕๘.๒)	๒๗ (๑๑.๒)	๖๖ (๒๑.๔)	
ปานกลาง (III)	๑๑ (๑๖.๔)	๒๑๑ (๘๓.๖)	๒๒๒ (๗๑.๘)	

ค่า $P < ๐.๐๐๑$ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



วิจารณ์

ความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษาและนำมาวิเคราะห์และคำนวณหาโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานใน ๑๐ ปีข้างหน้า ด้านปัจจัยอายุ, การสูบบุหรี่, แรงดันเลือด, และระดับไขมันในเลือด. ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถแยกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปรับเปลี่ยนได้. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้^(๗) ได้แก่ อายุ. ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่, แรงดันเลือดสูง, ไส้เลสเตอรอลสูง และ HDL-C ต่ำ. ความชุกของปัจจัยเสี่ยงเรื่องอายุพบมากทั้งในชายและหญิงร้อยละ ๗๕. ส่วนความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ที่พบมากที่สุด คือแรงดันเลือดสูง, รองลงมาคือ ไส้เลสเตอรอล สูง และ HDL-C ต่ำ ร้อยละ ๔๗ และ ๓๗ ตามลำดับ. ปัจจัยเสี่ยงที่พบน้อยที่สุด คือ การสูบบุหรี่ และเป็นผู้ป่วยชายทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ ๓.๖. โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน ๑๐ ปีข้างหน้าของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง ๓ กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ป่วยชายและหญิง. ในผู้ป่วยชายมีความเสี่ยงสูงและสูงยิ่งเป็น ๕ เท่าของผู้ป่วยหญิง. โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงมีความสัมพันธ์กับเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chobanian^(๑๑) ที่พบว่าเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดหัวใจ และเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้หญิง. ในการศึกษาโอกาสเสี่ยงในผู้ป่วยชายสูงถึงร้อยละ ๒๕ และจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและสูงยิ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรผู้ป่วยเพศชายทั้งหมด และพบ ๑ ใน ๓ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด. ส่วนผู้ป่วยหญิงพบว่าส่วนมากมีระดับความเสี่ยงปานกลาง. จากการวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจสูงสัมพันธ์กับการพบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องการศึกษาของ Kennel^(๔) ที่พบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานสูงถึงร้อยละ ๔๕.

ดังนั้นในเมื่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจพบสูงมากในผู้ป่วยเบาหวานและมีความแตกต่างกัน จึงควรทำการประเมินความเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานทุกราย และทำอย่างต่อเนื่อง

เนื่องเพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันปฏิกิริยา และชะลอการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ. นอกจากนี้การประเมินโอกาสเสี่ยงยังเป็นประโยชน์อย่างมากในทางเวชกรรมเพื่อช่วยพัฒนาประสิทธิภาพการรักษา และเป็นกระบวนการคัดกรองสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วย^(๑๐) ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ เป็นการศึกษาที่มีลักษณะหน่วยงานเดียว และทำในโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก ซึ่งอาจไม่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศได้ จึงควรมีการศึกษาแบบพหุคูณต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

ทีมเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. ปิยะมิตร ศรีธรรม. เบาหวานและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด. หน่วยโรคหัวใจภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [วันที่ค้นข้อมูล ๒๔ กันยายน ๒๕๕๐] Available from: URL: http://www.thaiheart.org/pdf/lesson4_3.pdf
๒. Geiss LS, Herman WH, Smith PJ. Mortality in non-insulin dependent diabetes. In: Harris MI, editor. Diabetes in America. 2nd Ed. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1995. p 233-50.
๓. Krolewski AS, Warram JH, Rand LI. Epidemiologic approach to the etiology of type 1 diabetes mellitus. N Engl J Med 1987;317: 1390-98.
๔. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular disease. The Framingham Study. JAMA 1979;241:2035-38.
๕. Continho M, Gerstein HC, Wang Y, Yusuf S. The relationship between glucose and incident cardiovascular events. Diabetes Care 1999;22:233-40.
๖. Burchfiel CM, Reed DM, Marcus EB, Strong JP, Hayashi P. Association of diabetes mellitus with coronary atherosclerosis and myocardial lesions. Am J Epidemiol 1993;137:1328-40.

๗. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avesum A, Lanas F, et al. INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
๘. วิชัย ตันไพจิตร. การประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด ของภาวะหลอดเลือดแข็ง. *โภชนศาสตร์คลินิก* ๒๕๓๗:๔:๕๗-๖๕.
๙. Ockene IS, Miller NH. Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for health care professional from the American Heart Association. American Heart Association Task Force on Risk Reduction. *Circulation* 1997;96:3243-47
๑๐. เด่นหล้า ปาลเดชพงษ์, สุรจิต สุนทรธรรม. การตรวจสุขภาพก่อนหมดสภาพ : กัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. *คลินิก* ๒๕๕๐;๒๗๐:๔๘๕-๕๕.
๑๑. Chobonian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr, et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and the Treatment of blood pressure: the JNC 7 Report. *JAMA* 2003;289:2560-72
๑๒. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pederson O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with diabetes type 2. *N Engl J Med* 2003;348:383-93.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของประชาชน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์รวมไปถึงลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตสูงของประชาชนในอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ๑,๕๒๑ คนได้จากการสุ่มอย่างง่าย. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเอง ทำการศึกษาในช่วงเดือน กันยายน ๒๕๕๐ - เดือนมกราคม ๒๕๕๑ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่สำคัญคือ ค่าไคสแควร์ของเพียร์สัน. การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๗.๑๐ อาศัยอยู่ในพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบางตะบูนออก, ร้อยละ ๖๕.๗๖ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง, ร้อยละ ๖๘.๑๑ มีรูปแบบการพึ่งตนเองทางสุขภาพระดับปานกลาง, ร้อยละ ๖๕.๒๒ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันระดับปานกลาง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง คือ ภูมิลำเนาที่อาศัย (ค่าพี ๐.๐๐๐), อายุ (ค่าพี ๐.๐๐๐), การศึกษา (ค่าพี ๐.๐๔๐), รายได้ (ค่าพี ๐.๐๐๐), สถานภาพสมรส (ค่าพี ๐.๐๐๒), การเจ็บป่วยมีโรคประจำตัว (ค่าพี ๐.๐๐๐), การเคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง (ค่าพี ๐.๐๐๑), ค่าดัชนีมวลกาย (ค่าพี ๐.๐๐๐), พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมที่เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง (ค่าพี ๐.๐๒๘), พฤติกรรมการออกกำลังกาย (ค่าพี ๐.๐๐๐), รูปแบบการพึ่งตนเองทางสุขภาพ (ค่าพี ๐.๐๐๑). ดังนั้นต้องให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นองค์รวมโดยแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปพร้อมกัน และให้ครอบครัวและชุมชนรวมถึงองค์กรส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา. อีกทั้งยังต้องจัดสรรบุคลากรจากสาขาวิชาชีพลงไปดูแลสุขภาพประชาชนในศูนย์สุขภาพชุมชนให้เพียงพอด้วย.

คำสำคัญ: ภาวะความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมสุขภาพ, รูปแบบการพึ่งตนเองทางสุขภาพ

Abstract

Factors Relating to Hypertension of Residents in Banlaem District, Phetchaburi Province

Phetchrerk Thansawac*

*Banlaem Hospital, Phetchaburi Province

This research was aimed at analyzing the relationships between relating factors and their characteristics in relation to high blood pressure in Banlaem district, Phetchaburi Province. The sample population comprised 1,521 randomly selected people who were interviewed by using a questionnaire during the period between August 2007 and January 2008. The data were analyzed by Pearson chi-square.

The result of the study revealed that 7.10 percent of patients were living in the area under the responsibility of Tapoonoak Primary Care Unit. The majority of them also had

*โรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

health behavior related to hypertension at the middle level (69.36%), had a model of self-care at the middle level, understood and had knowledge concerning hypertension at the middle level (65.22%). The factors that related to hypertension included geographical area of residence ($p < 0.000$), age ($p < 0.001$), education ($p = 0.040$), income ($p = 0.000$), marital status ($p = 0.002$), having specific illness ($p < 0.001$), having experience in screening for hypertension ($p = 0.028$), body mass index ($p = 0.000$), exercise behavior ($p < 0.001$), and self-care behaviors ($p = 0.001$). Therefore, holistic care is necessary for the population in order to decrease risk factors as well as to adapt health behavior. The service should cover the family and community, including the local administrative organization, to get them to participate in solving the problems. Moreover, multidisciplinary health personnel would necessary be allocated to primary care units in an appropriate manner.

Key words: hypertension, health behavior, self-care behavior

ภูมิหลังและเหตุผล

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทุก ๑ ใน ๘ ของการตายหรือจัดเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๓ ของโลก^(๑). ข้อมูลในประเทศไทยพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน พ.ศ. ๒๕๓๗ เท่ากับ ๑๕.๙๔ ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น ๒๖.๗๒ ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. ๒๕๔๕^(๒).

จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปใน พ.ศ. ๒๕๔๓ และ พ.ศ. ๒๕๓๙ - ๒๕๔๐ พบความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕.๔ เป็นร้อยละ ๑๑. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีไม่ถึงร้อยละ ๑๐ ที่สามารถควบคุมแรงดันเลือดได้^(๓). ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๔๓ การสำรวจประชากรไทยที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปีขึ้นไปพบว่ามีความดันโลหิตสูงร้อยละ ๒๑ หรือ ๕.๑ ล้านคน^(๔). นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงโรคอื่นๆ เช่น กลุ่มโรคหลอดเลือดส่วนรอบ, ไตล้มเหลว. เมื่อเป็นโรคอยู่นาน ๆ จะทำให้หลอดเลือดแดงมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทำให้ขนาดเล็กลง มีการตีบแคบลงอย่างถาวร. ถ้าปล่อยให้แรงดันเลือดมีระดับสูงมากหรือเป็นอยู่นานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายตามมาเป็นสาเหตุแห่งการตายในที่สุด.

สำหรับสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเพชรบุรี และอำเภอบ้านแหลมนั้น จากข้อมูลมรณบัตร ณ วันที่

๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๙ พบว่าจังหวัดเพชรบุรีมีประชาชนตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นอัตราตาย ๓.๗๒ ต่อแสนประชากร ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราตายของประเทศไทย คือ ๓.๘๐ ต่อแสนประชากร. ในจำนวนนี้มีประชาชนในอำเภอบ้านแหลมรวมอยู่ด้วย ๓.๖๓ ต่อแสนประชากร ซึ่งก็ใกล้เคียงกับอัตราตายระดับจังหวัด และของประเทศไทย. นอกจากนี้ ในการรณรงค์คัดกรองค้นหาโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดเพชรบุรี ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้พบประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๐๔,๒๓๐ คน มีแรงดันเลือดสูงผิดปกติ ๓๘,๑๘๗ คน (ร้อยละ ๑๘.๗๐) ในจำนวนนี้เป็นประชาชนอำเภอบ้านแหลม ๒๔,๐๒๒ คน. ผลการคัดกรองพบประชาชนมีแรงดันเลือดสูงกว่าปกติ ๕,๐๑๐ คน (ร้อยละ ๒๐.๘๒) ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของจังหวัดเพชรบุรี (งานข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี พ.ศ. ๒๕๕๐) และจากข้อมูล ๑๐ ลำดับโรคผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบ้านแหลมในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๔๙ มีประชาชนมารับบริการตรวจรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นลำดับแรกของผู้ป่วยทั้งหมด คือ พ.ศ. ๒๕๔๗ มีอัตราป่วย ๓๖๘๘.๑๔ ต่อแสนประชากร, พ.ศ. ๒๕๔๘ มีอัตราป่วย ๒๙๔๕.๑๒ ต่อแสนประชากร, และ พ.ศ. ๒๕๔๙ มีอัตราป่วย ๓๔๘๗.๐๓ ต่อแสนประชากร (รายงานเวชระเบียนโรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พ.ศ. ๒๕๕๐) จึงเห็นได้ว่าประชาชนอำเภอบ้านแหลมกำลังเผชิญกับปัญหาหรือมีความเสี่ยงต่อโรคหรือภาวะความดันโลหิตสูง, จึงเป็นบทบาทสำคัญ



ของบุคลากรด้านการแพทย์การสาธารณสุข ที่จะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหา หรืออย่างน้อยก็ควบคุมไม่ให้ประชาชน อำเภอบ้านแหลมต้องประสบกับภัยคุกคามจากโรคความดันโลหิตสูงไปมากกว่านี้. ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการเกิดโรคหรือภาวะความดันโลหิตสูงของประชาชนอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรีต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจในกลุ่มตัวอย่างประชาชน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่ได้จากการสุ่มแบบง่าย ๑,๕๒๑ คน. เครื่องมือในการศึกษาใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเอง เก็บข้อมูลโดยบุคลากร

สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชนของอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ทำการศึกษาในช่วงเดือนกันยายน ๒๕๕๐ - มกราคม ๒๕๕๑. สถิติที่ใช้คือสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, และค่าไคสแควร์ ของเพียร์สัน.

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๗.๑๐ มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนบางตะบูนออก, ร้อยละ ๖๖.๓๔ เป็นหญิง, ร้อยละ ๖๗.๘๘ เรียนไม่จบชั้นประถมศึกษา, ร้อยละ ๔๗.๖๗ มีรายได้น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท/เดือน, ร้อยละ ๖๗.๔๐ มีสถานภาพสมรสคู่, ร้อยละ ๖๕.๘๘ ไม่เจ็บป่วยมีโรคประจำตัว, ร้อยละ ๗๗.๘๔ ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่เป็นเครือญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง, ร้อยละ ๖๕.๘๘ เคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน,

ตารางที่ ๑ พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงของตัวอย่างศึกษา ๑,๕๒๑ คน

พฤติกรรม	ระดับ	คน	ร้อยละ
โดยรวมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง	มาก	๒๔๕	๑๖.๑๑
	ปานกลาง	๑,๐๕๕	๖๘.๓๖
	น้อย	๒๒๑	๑๔.๕๓
ค่าเฉลี่ย ๒.๘๔ ± ๐.๑๒			
การบริโภคอาหาร	มาก	๒๐๕	๑๓.๔๘
	ปานกลาง	๑,๐๖๘	๗๐.๒๒
	น้อย	๒๔๘	๑๖.๓๐
ค่าเฉลี่ย ๒.๗๘ ± ๐.๔๕			
การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเครื่องดื่มชูกำลัง	มาก	๑๕๘	๑๐.๓๕
	ปานกลาง	๑,๑๕๕	๗๕.๕๔
	น้อย	๒๐๘	๑๓.๖๗
ค่าเฉลี่ย ๓.๒๕ ± ๐.๕๖			
สุขภาพจิต	มาก	๓๑๑	๒๐.๔๕
	ปานกลาง	๕๕๒	๓๖.๕๕
	น้อย	๒๕๘	๑๖.๕๖
ค่าเฉลี่ย ๒.๘๕ ± ๐.๔๘			
การออกกำลังกาย	มาก	๒๕๖	๑๖.๘๓
	ปานกลาง	๑๐๗๑	๗๑.๐๗
	น้อย	๑๙๔	๑๒.๑๐
ค่าเฉลี่ย ๓.๐๔ ± ๐.๖๗			

ตารางที่ ๒ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของประชาชน

ปัจจัย	ไบนารี-สแควร์	df	ค่าพี
ภูมิลำเนา	๘๔.๖๖๒	๑๔	๐.๐๐๐
อายุ	๔๖.๑๘๘	๓	๐.๐๐๐
ระดับการศึกษา	๘.๐๘๘	๓	๐.๐๔๔
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	๒๓.๓๓๓	๓	๐.๐๐๐
สถานภาพสมรส	๑๔.๗๕๒	๓	๐.๐๐๒
โรคประจำตัว	๑๓๓.๖๖๕	๔	๐.๐๐๐
เคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	๑๖.๒๗๓	๓	๐.๐๐๑
ค่าดัชนีมวลกาย	๑๕.๘๔๖	๒	๐.๐๐๐
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (การบริโภคอาหาร, ดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์, สุขภาพจิต, ออกกำลังกาย)	๓.๑๒๓	๒	๐.๐๒๘
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	๒๓.๒๕๒	๒	๐.๐๐๐
รูปแบบการพึ่งตนเองทางสุขภาพ	๑๓.๑๔๕	๒	๐.๐๐๑

ร้อยละ ๖๑.๒๑ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ, ร้อยละ ๗๓.๑๘ มีแรงดันเลือดอยู่ในระดับปกติ คือน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท และร้อยละ ๒๖.๘๒ มีแรงดันเลือดสูงกว่าระดับปกติ คือมากกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทขึ้นไป.

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหาร, ดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์, สูบบุหรี่ และเครื่องดื่มชูกำลัง, สุขภาพจิต, การออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ ๖๙.๓๖), โดยพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด คือ การบริโภคอาหารร้อยละ ๗๐.๒๒, การดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ ๗๕.๙๔, สุขภาพจิตร้อยละ ๖๒.๕๙, การออกกำลังกายร้อยละ ๗๑.๐๗. นอกจากนี้ยังพบว่า ๑,๐๓๖ คน (ร้อยละ ๖๘.๑๑) มีรูปแบบการพึ่งตนเองทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง, ๒๕๓ คน (ร้อยละ ๑๖.๖๔) ระดับน้อย และ ๒๓๒ คน (ร้อยละ ๑๕.๒๕) ระดับมาก; ค่าเฉลี่ย ๑.๙๘ ± ๐.๕๕ และ ๙๙๒ คน (ร้อยละ ๖๕.๒๒) ระดับปานกลาง, ๒๖๘ คน (ร้อยละ ๑๗.๖๒) ระดับมาก และ ๒๖๑ คน (ร้อยละ ๑๗.๑๖) ระดับน้อย; ค่าเฉลี่ย ๑.๙๙ ± ๐.๕๘ . มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต

สูงและการป้องกัน อยู่ในระดับปานกลาง.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง คือ ภูมิลำเนา (ค่าพี ๐.๐๐๐), อายุ (ค่าพี ๐.๐๐๐), การศึกษา (ค่าพี ๐.๐๔๐), รายได้ (ค่าพี ๐.๐๐๐), สถานภาพสมรส (ค่าพี ๐.๐๐๒), การเจ็บป่วยมีโรคประจำตัว (ค่าพี ๐.๐๐๐), การเคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง (ค่าพี ๐.๐๐๑), ค่าดัชนีมวลกาย (ค่าพี ๐.๐๐๐), พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูง (ค่าพี ๐.๐๒๘), พฤติกรรมการออกกำลังกาย (ค่าพี ๐.๐๐๐) และรูปแบบการพึ่งตนเองทางสุขภาพ (ค่าพี ๐.๐๐๐) ดังตารางที่ ๒.

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบข้อมูลที่เป็นประเด็นน่าสนใจ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิลำเนาที่อาศัยกับภาวะความดันโลหิตสูง ที่พบว่าประชาชนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวนมากอาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดใหญ่ คือมีประชากรที่รับผิดชอบมากกว่า ๑๐,๐๐๐ คน ขึ้นไป และศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีขนาดกลางคือรับผิดชอบประชากร ๔,๐๐๐-๗,๐๐๐ คน โดยเฉพาะในพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน



ที่เป็นเทศบาลที่มีประชาชนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น พบสัดส่วนประชาชนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกับประชาชนที่มีแรงดันเลือดในระดับปกติ และแตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ เป็นอย่างมาก ที่พบว่าความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในคนที่มีการเคลื่อนย้ายจากชนบทไปสู่เขตเมือง และชุมชนหนาแน่นทำให้มีระดับแรงดันเลือดสูงขึ้น^(๕) ดังนั้นในการแก้ปัญหาภาวะความดันโลหิตสูงของอำเภอบ้านแหลม ควรจะเพิ่มมาตรการเร่งด่วนหรือจัดลำดับความสำคัญของแผนงานโครงการลงไปในพื้นที่เหล่านี้ก่อนเป็นลำดับต้น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายบุคลากรด้านการแพทย์สาธารณสุขที่จำเป็นลงไปดูแลประชาชนเพิ่มมากกว่าพื้นที่อื่น ทั้งนี้เพื่อให้มีบุคลากรที่เพียงพอที่จะดูแลปัญหาภาวะความดันโลหิตสูงในพื้นที่เหล่านี้ต่อไป.

ปัจจัยทางชีวสังคมและภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้คืออายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว และปัจจัยที่แก้ไขได้คือรายได้ การเคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการออกกำลังกาย และรูปแบบการพึ่งตนเองทางสุขภาพ^(๖), พบปัจจัยในเรื่องของของกรรมพันธุ์, การกินเกลือโซเดียม ความอ้วน ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้^(๕) ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ชนผิวดำ เพศชาย วัยที่เพิ่มขึ้น ภาวะอ้วน และกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าแรงดันเลือดสูงพบได้บ่อยในคนที่มีการย้ายถิ่นได้น้อยและการศึกษาต่ำ อาจเนื่องมาจากความเครียดและจัดการความเครียดแบบไม่ถูกวิธี. การย้ายจากชนบทไปสู่เขตเมืองพบว่าทำให้มีระดับแรงดันเลือดเพิ่มขึ้น เป็นต้น. ดังนั้นในการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านแหลมจำเป็นต้องแก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ไปพร้อม ๆ กันให้ได้มากที่สุด โดยต้องมีการปรับรูปแบบการให้

บริการสุขภาพใหม่ด้วยการบูรณาการอย่างเป็นองค์รวมด้วยที่มีสุขภาพที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ และต้องผลักดันให้ครอบครัวชุมชน โดยเฉพาะอย่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพราะมีปัจจัยหลายประการที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์สาธารณสุข แต่ต้องอาศัยความร่วมมือทางสังคมด้วย เช่น การเพิ่มรายได้ให้กับประชาชน, การให้ความร่วมมือจากชุมชนและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนไปในทิศทางที่ถูกต้อง เช่น การลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, เพิ่มการออกกำลังกาย, การสร้างความตระหนักในการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองและค้นหาโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ เสียแต่เนิ่น ๆ, การสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนให้สามารถเลือกรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้อย่างถูกวิธี. ทั้งนี้นอกจากจะสร้างการมีบทบาทของชุมชนในการร่วมแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่แล้วยังเป็นการกระจายภารกิจและบทบาทการดูแลสุขภาพไปสู่องค์กรภาคประชาชนตามแผนการกระจายอำนาจของภาครัฐอีกด้วย.

กิตติกรรมประกาศ

ในการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของประชาชน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอบ้านแหลม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี. นอกจากนี้ยังได้รับความร่วมมือในการช่วยวิเคราะห์ข้อมูลจากนักวิชาการโรงพยาบาลบ้านแหลมทุกท่าน. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านได้มีส่วนสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ประชาชนอำเภอบ้านแหลมได้รับบริการสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป.

เอกสารอ้างอิง

๑. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002. p. 58.

๒. อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. ฐานข้อมูลสถิติการตาย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เข้าถึงได้ที่ http://epid.moph.go.th/weekly/w_2548/Supple_48/wk48_S1. [๒๘ ม.ค. ๕๑]
๓. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถาบันสุขภาพคนไทย ชุดสุขภาพคนไทยปี ๒๕๔๓ สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี; ๒๕๔๓.
๔. The InterASIA Collaborative Group. Cardiovascular risk factor levels in urban Thailand-The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia. *Eur J Cardiovasc Prevention Rehabilitation* 2003;10:249-57.
๕. มันทนา ประทีปะเสน, วงเดือน ปั่นดี. อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดหลอดเลือด. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๒.
๖. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, ควงกมล จันทรมิตรี. สุขศึกษากับโรคความดันโลหิตสูงการทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และรูปแบบการใช้บริการสุขศึกษา, เล่ม ๔. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๔๒.

ปัจจัยเสี่ยงการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาล พนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

สำเร้ง ไตรถิลาณันท์*

บทคัดย่อ

ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยมีอัตราการตาย และความเจ็บป่วย หรือความพิการสูงกว่าทารกคลอดน้ำหนักปกติ. การศึกษาผู้คลอดที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยจึงมีประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาต่อไป. การศึกษานี้เป็นแบบศึกษาย้อนหลังในหญิงที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๘ สัปดาห์และคลอดทารกมีชีวิต จากบันทึกข้อมูลการคลอดของโรงพยาบาลพนมสารคามในช่วงวันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๘ ถึง ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวน ๓,๖๒๒ ราย พบหญิง ๑๗๔ รายที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยใช้เป็นกลุ่มศึกษา และอีก ๑๗๗ รายเป็นกลุ่มเปรียบเทียบโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้คลอดทางด้านชีวภาพและพฤติกรรมพบการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ ๔.๘. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของผู้คลอดที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อยโดยใช้การวิเคราะห์แบบ univariate และสมการถดถอยลอจิสติกพหุคูณ. ผลการวิเคราะห์แบบ univariate พบว่าผู้คลอดอายุน้อยกว่า ๑๘ ปี, มีอายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์, จำนวนการฝากครรภ์ไม่ครบ ๔ ครั้ง, ส่วนสูงน้อยกว่า ๑๔๕ เซนติเมตร เป็นปัจจัยเสี่ยง. จากการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยลอจิสติกพหุคูณพบว่าอายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์, ผู้คลอดอายุน้อยกว่า ๑๘ ปี, การตั้งครรภ์แฝด, จำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า ๔ ครั้ง, ผนังคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์, ครรภ์เป็นพิษ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดทารกก่อนกำหนด.

คำสำคัญ: ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย, ปัจจัยเสี่ยงการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย

Abstract

Maternal Risk Factors for Having Low Birth Weight Infants in Panomsarakham Hospital, Chachoengsao Province Sumroeng Tritilanunt*

*Panomsarakham Hospital, Chachoeongsao Province

Low birth weight newborns are more vulnerable to higher mortality and morbidity rates than normal weight infants. Research to determine the maternal risk factors would be valuable in planning a way to solve the problem. This retrospective study was aimed at finding out those risk factors in women of more than 28 weeks pregnancy from the delivery records during the period from September 1, 2005 to October 31, 2007. There were 3,622 deliveries, of which 174 delivery incidents of low birth weight infants were taken as the study group and 177 deliveries of normal birth weight infants as the control group by systematic randomized sampling. The prevalence of low birth weight in this study was 4.8 percent. Results from the univariate analysis showed that a maternal age of less than 18 years, a gestational age of less than 37 weeks, attending ANC less than four times, and maternal height less than 145 centimeters were risk factors. Multiple logistic regression analysis revealed the risk factors to be maternal age being less than 18 years old, gestational age less than 37 weeks, twin pregnancies, ANC less than four times, premature membrane rupture, and pregnancy-induced hypertension.

Key words: low birth weight infant, risk factor

*โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภูมิหลังและเหตุผล

ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยหมายถึงทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ซึ่งอาจจะเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดหรือทารกคลอดครบกำหนดแต่น้ำหนักตัวน้อยกว่าปรกติ^(๑,๒) พบว่าทารกในกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้บ่อยกว่าทารกน้ำหนักปรกติ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน, ภาวะหายใจลำบาก, การสลักน้ำคร่ำ, ภาวะตกเลือดในสมอง ซึ่งมีผลทำให้พบอัตราการตาย, อัตราการเจ็บป่วย พิการได้มากกว่าทารกที่คลอดน้ำหนักปรกติ^(๒,๔). ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยจึงต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาและการดูแลจำนวนมาก ซึ่งเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๙ มุ่งเน้นเพื่อลดการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย^(๓). เนื่องจากในปัจจุบันทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีมีการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยถึง ๒๒ ล้านคนทั่วโลก ซึ่ง ๒๐ ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา^(๕).

โรงพยาบาลพนมสารคามมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี. ในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙) อัตราการเกิดภาวะทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้นคิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ ๐.๒๕ ทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดภาวะทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย จึงได้ทำการศึกษาขึ้นเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อจะได้ นำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนลดการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย และเป็นการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของอนามัยแม่และเด็กต่อไป.

วัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้แก่

๑. ศึกษาอัตราการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลพนมสารคาม.
๒. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่มีผลต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย.

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาทำในรูปแบบย้อนหลัง. ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้ที่คลอดทารกมีชีพ อายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไป คลอดในโรงพยาบาลพนมสารคาม ช่วงวันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๘ ถึง ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๐ จำนวน ๓,๖๒๒ ราย แบ่งกลุ่มศึกษาออกเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ผู้ที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๑๗๔ ราย และกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ผู้ที่คลอดทารกน้ำหนักตั้งแต่ ๒,๕๐๐ กรัมขึ้นไป ๑๗๗ ราย โดยการคัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ. ในกรณีการคลอดทารกแฝด จะถือน้ำหนักทารกคลอดคนแรกเป็นหลัก โดยใช้อัตราส่วนประมาณ ๑:๑.

เก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนและรายงานการคลอด. ปัจจัยที่ต้องการศึกษาเป็นการเปรียบเทียบผู้คลอดตัวอย่าง ๒ กลุ่ม คือ (๑) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ ผู้คลอดอายุน้อยกว่า ๑๘ ปี, ส่วนสูงน้อยกว่า ๑๔๕ เซนติเมตร, ผู้คลอดอายุมากกว่า ๓๕ ปี, ระดับความเข้มข้นของเลือดสูงกว่าร้อยละ ๓๐, และ (๒) ปัจจัยด้านการแพทย์และพฤติกรรม ได้แก่ อายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์, จำนวนการฝากครรภ์ไม่ครบ ๔ ครั้ง, ผลการตรวจพบแอนติเจนเชื้อไวรัสตับอักเสบบี, วีดีอาร์แอลได้ผลบวก, น้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์, การตั้งครรภ์แฝด, การติดเชื้อเอชไอวี, การคลอดบุตรลำดับที่ ๑ และครรภ์เป็นพิษ. การรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนารายงานเป็นจำนวน และค่าร้อยละ; ส่วนสถิติใช้ univariate analysis และสมการลอจิสติคถดถอย พหุคูณที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ ๙๕. สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่ศึกษากับการคลอด ทารกน้ำหนักตัวน้อยนำเสนอแบบ odds ratio (OR) และค่าร้อยละที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕.

ผลการศึกษา

ทารกคลอดมีชีพจากผู้คลอดอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไป คลอดที่โรงพยาบาลพนมสารคาม ๓,๖๒๒ ราย พบทารกน้ำ



หนักแรกคลอดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๑๗๔ ราย คิดเป็น อัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ ๔.๘.

จากตารางที่ ๑ พบว่าผู้คลอดที่มีอายุน้อยกว่า ๑๘ ปี มี โอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยสูงกว่าผู้คลอดที่มีอายุมากกว่า ๑๘ ปี ๒.๒ เท่า (OR = ๒.๒, 95% CI = ๑.๑๙๓-๔.๐๘๗), ผู้คลอดที่มีความสูงน้อยกว่า ๑๔๕ เซนติเมตรมีโอกาสคลอด ทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่าผู้คลอดที่มีส่วนสูงมากกว่า ๑๔๕ เซนติเมตร ๒ เท่า (OR = ๒, 95% CI = ๐.๙๗๘-๔.๐๙๘), ผู้คลอดอายุมากกว่า ๓๕ ปี และผู้คลอดที่มีระดับความเข้ม ข้นของเลือดครั้งแรกน้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ไม่เสี่ยงต่อการคลอด ทารกน้ำหนักตัวน้อย, ผู้คลอดอายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยสูงกว่าหญิง

อายุครรภ์ขณะคลอดมากกว่า ๓๗ สัปดาห์ ๑๒ เท่า (OR = ๑๒.๐๔๕, 95% CI = ๖.๙๘๐-๒๐.๗๘๕), หญิงฝากครรภ์ไม่ ครบ ๔ ครั้ง มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยสูงกว่าผู้คลอดที่ ฝากครรภ์มากกว่า ๔ ครั้ง ๒.๓๕ เท่า (OR = ๒.๓๕, ช่วงความ เชื่อมั่น ๙๕% = ๑.๓๔๓-๓.๙๕๕), ส่วนการคลอดบุตรลำดับที่ ๑, การตั้งครรรภ์แฝด, ฤกษ์น้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์, ครรรภ์ เป็นพิษ, มีแอนติเจนไวรัสตับอักเสบบี, มีแอนติบอดีเอชไอวี, วีดีอาร์แอลบวกไม่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย.

ข้อมูลในตารางที่ ๒ แสดงว่าปัจจัยของผู้คลอดที่มีความ สัมพันธ์ต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้คลอดขณะคลอดน้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์, การตั้งครรรภ์แฝด, อายุผู้คลอดน้อยกว่า ๑๘ ปี, ฤกษ์น้ำคร่ำ

ตารางที่ ๑ ปัจจัยด้านชีวภาพและปัจจัยด้านการแพทย์และพฤติกรรมของผู้คลอด

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ		OR	95% CI
	ทารกแรกคลอด น้ำหนักน้อย		ทารกแรกคลอด น้ำหนักปกติ			
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ		
ด้านชีวภาพ						
อายุ < ๑๘ ปี	๓๔	๑๕.๕๔	๑๘	๑๐.๑๖	๒.๒	๑.๑๙๓-๔.๐๘๗
ส่วนสูง < ๑๔๕ ซม.	๒๓	๑๓.๒๑	๑๓	๗.๓๔	๒.๐๐	๐.๙๗๘-๔.๐๙๘
ระดับความเข้มข้นของเลือดครั้งแรก < ๓๐%	๓๐	๑๓.๒๔	๓๔	๑๙.๒๐	๐.๘๖๖	๐.๕๐๘-๑.๕๑๐
อายุ ≥ ๓๕ ปี	๒๒	๑๒.๖๔	๑๑	๖.๒๑	๐.๔๔	๐.๒๐๕-๐.๙๕๐
ด้านการแพทย์และพฤติกรรม						
อายุครรภ์ < ๓๗ สัปดาห์	๑๐๖	๖๐.๕๑	๒๒	๑๒.๔๒	๑๒.๐๔๕	๖.๙๘๐-๒๐.๗๘๕
ฝากครรภ์ไม่ครบ ๔ ครั้ง	๔๗	๒๗.๐๑	๒๕	๑๔.๑๒	๒.๓๕	๑.๓๔๓-๓.๙๕๕
พบแอนติเจนไวรัสตับอักเสบบี	๖	๓.๔๔	๖	๓.๓๗	๐.๙๖๔	๐.๓๕๐-๓.๐๕๑
วีดีอาร์แอลบวก	๑	๐.๕๗	๕	๒.๘๒	๐.๕๕๐	๐.๑๔๕-๐.๕๕๖
ฤกษ์น้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์	๑๑	๖.๓๒	๐	๐	๐.๔๗	๐.๑๓๐-๐.๕๓๗
การตั้งครรรภ์แฝด	๑๖	๙.๑๕	๐	๐	๐.๔๔	๐.๑๔๘-๐.๕๑๗
การติดเชื้อเอชไอวี	๓	๑.๗๒	๑	๐.๕๖	๐.๓๑๘	๐.๑๓๐-๓.๐๘๗
การคลอดบุตรลำดับที่ ๑	๘๕	๔๘.๘๕	๗๘	๔๔.๐๖	๐.๒๕	๐.๑๒๓-๑.๕๑๓
ครรภ์เป็นพิษ	๒๑	๑๒.๐๖	๑	๐.๕๖	๐.๐๘๔	๐.๐๑๑-๐.๖๕๘

ตารางที่ ๒ ปัจจัยเสี่ยงของผู้คลอดที่มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยลอจิสติกพหุคูณ

ปัจจัย	OR	95% CI
อายุครรภ์ < ๓๗ สัปดาห์	๑๖.๑๖	๗.๔๗-๓๘.๗๘
ครรภ์แฝด	๒.๔๖	๑.๕๒-๒๐.๐๘
ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	๒.๒๓	๑.๗๒-๔.๗๔
อายุ < ๑๘ ปี	๒.๑๓	๑.๐๘-๔.๕๕
ครรภ์เป็นพิษ	๒.๐๓	๑.๕๐-๓.๐๒
ฝากครรภ์ไม่ครบ ๔ ครั้ง	๑.๐๒	๑.๔๓-๓.๕๗

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าที่ < ๐.๐๕)

แตกก่อนการเจ็บครรภ์, การฝากครรภ์ไม่ครบ ๔ ครั้ง, และครรภ์เป็นพิษ.

วิจารณ์

การศึกษานี้พบอัตราทารกน้ำหนักตัวน้อยคลอดในโรงพยาบาลพนมสารคามร้อยละ ๔.๘ ของเด็กคลอดมีชีพ. ปัจจัยด้านชีวภาพเมื่อวิเคราะห์เป็นรายปัจจัยพบว่าผู้คลอดอายุน้อยกว่า ๑๘ ปี, ส่วนสูงน้อยกว่า ๑๔๕ เซนติเมตร เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย, แต่เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วยสมการถดถอยลอจิสติก พบว่าความสูงน้อยกว่า ๑๔๕ เซนติเมตรไม่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. ผู้คลอดอายุน้อยกว่า ๑๘ ปีมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งพบเช่นกันในการศึกษาของ นพัสรทรัพย์พัฒน์^(๖). ปัจจัยด้านการแพทย์และสูติกรรมพบว่าอายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์, การตั้งครรภ์แฝด, การฝากครรภ์น้อยกว่า ๔ ครั้ง, ภาวะครรภ์เป็นพิษ, ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. แต่ผู้คลอดที่มีแอนติบอดีต้านเอชไอวี, แอนติเจนไวรัสตับอักเสบบี, วีดีอาร์แอลบวก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกคลอดน้ำ

หนักตัวน้อยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจินต์ ธรรมดี^(๗), Aoor และคณะ^(๘) และจิตมณีวร^(๑๒). การคลอดก่อนกำหนดก็ส่งผลให้เกิดการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย^(๑๑) แต่เนื่องจากสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดซับซ้อนไม่ชัดเจน ทำให้การป้องกันการเกิดการคลอดก่อนกำหนดเป็นไปได้ยาก. การฝากครรภ์ไม่ครบ ๔ ครั้งทำให้มารดาไม่ได้รับการดูแล ไม่ได้รับคำแนะนำ, ขาดการป้องกันติดตาม และการแก้ปัญหาต่าง ๆ จึงทำให้เกิดภาวะทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยได้^(๑๐) ซึ่งพบในการศึกษาของสุदारตน์ วัฒนโยธิน^(๑๓) เช่นกัน. ดังนั้นควรแนะนำให้สตรีที่ตั้งครรภ์ให้ฝากครรภ์สม่ำเสมออย่างน้อย ๔ ครั้งครบเกณฑ์คุณภาพ โดยเฉพาะในมารดาที่ตั้งครรภ์แรกหรือยังไม่เคยคลอด บุตร เพราะมีแนวโน้มที่จะคลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อยสูงกว่าการตั้งครรภ์หลัง และควรปรับปรุงระบบบริการให้มีความมาตรฐาน. ส่วนการตั้งครรภ์แฝดมีความสัมพันธ์ต่อการคลอดทารกก่อนกำหนดและภาวะทารกโตช้าในครรภ์ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยได้. ภาวะครรภ์เป็นพิษ, ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์เป็นภาวะทางสูติกรรมที่พบมากในการศึกษานี้. ภาวะดังกล่าวมีผลทำให้ทารกโตช้าในครรภ์ทำให้ต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนดเนื่องจากความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Collier^(๑๔) จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย. การตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๑๘ ปีพบได้บ่อยขึ้นในวัยรุ่นเนื่องจากภาวะโภชนาการดีขึ้น เด็กโตเร็วขึ้น ใกล้ชิดกับเพื่อนต่างเพศมากขึ้น, สภาพสังคมในชุมชนเปลี่ยนไป ค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง ขาดความรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องเพศ ไม่มีความรู้ในการคุมกำเนิด, ความพร้อมของการตั้งครรภ์น้อย การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ไม่ถูกต้อง จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน. เมื่อวัยรุ่นคลอดจึงเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย หรือตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ สูงกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้เป็นวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ^(๑๖,๑๗). สาเหตุอาจเนื่องจากร่างกายผู้คลอดเองยังเติบโตไม่เต็มที่ เมื่อมีการตั้งครรภ์ทำให้ต้องแย่งอาหารซึ่งกันและกันระหว่างแม่กับลูก ทำให้เกิดภาวะทารกตัวเล็กนอกจากนั้นสารอาหารพวกสารอาหารจุลภาคในสตรีวัยรุ่นมีไม่เพียงพอ^(๑๘). การศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบชัดเจนถึงปัจจัย



เสี่ยงมีผลต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อป้องกันการเกิดการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยได้อย่างมีประสิทธิภาพ.

การศึกษานี้มีจุดดีคือได้ทำการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยลอจิสติกพหุคูณร่วมด้วย ทำให้ได้ปัจจัยเสี่ยงการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยที่แท้จริง ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วมกัน หรือสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน. ส่วนจุดอ่อนของการศึกษานี้ก็คือการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถทราบถึงปัจจัยเสี่ยงบางปัจจัย เช่น การใช้สารเสพติด, ประวัติการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย.

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์นำพล แดนพิพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม ได้ให้คำแนะนำการดำเนินการวิจัย และวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์. นางดวงมณี วิยะทัศน์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่ห้องคลอด ได้ให้ความร่วมมือในการในการวิจัยเป็นอย่างดี.

เอกสารอ้างอิง

๑. Cunningham FG, Gant NF, Leveno NF, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 21st Ed. New York : McGraw-Hill; 2001.
๒. วราภรณ์ แสงทวีสิน. Low birth weight infant. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; ๒๕๔๐.
๓. สำนักนโยบายแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดการประเมินพัฒนาสุขภาพในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติในช่วงพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙). พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิช; ๒๕๔๕.
๔. Anderson MS, Hay WW Jr. Intrauterine growth restriction and the small for gestational age infant. In : Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG, editors. Neonatology, pathophysiology and management of newborn. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
๕. Kramar MS. The LBW determinants. Bull World Hlth Org 1991; 23:184-94.
๖. นพัสร์ ทรัพย์พิพัฒน์. ปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๕๐;๑๕:๑-๑๔.
๗. สุจินต์ ธรรมดี. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลอุดรดิศ. วารสารโรงพยาบาลอุดรดิศ ๒๕๔๔;๑๖:๘-๑๒.
๘. อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๖:๖๒๕-๖๓.
๙. Aora J, Arora D, Kaewsuriya W, Boonyoohong P, Chaikawang P, Kesarat V, et al. Risk factors of low birth weight at Lampang hospital. ถ้าปางวารสาร ๒๕๔๕;๑๒:๑๒๗-๑๕.
๑๐. Coriasoto IL, Bodadilla JL, Notzon F. The effectiveness of antenatal care in preventing intrauterine growth retardation and low birth weight due to preterm delivery. Internat J Qual Hlth Care 1996;8:13-20.
๑๑. จรรยาพร สุภาพ. ปัจจัยของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลสังวร จังหวัดสุโขทัย. วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๓๕;๑๔:๒๐๕-๑๑.
๑๒. Chitmanee K. Impact of HIV infection in pregnancy on newborn birth weight. วชิรเวชสาร ๒๕๔๕;๔๖:๒๒๔-๑๑.
๑๓. สุดารัตน์ วัฒนโยธิน. การวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนระยะคลอด และภาวะแรกเกิดน้ำหนักน้อยของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารส่งเสริมสุขภาพ ๒๕๔๗;๒๗:๑-๑๒.
๑๔. Cellier SA. Modifiable risk factors for low birth weight and their effect on cerebral palsy and mental retardation. Maternal Child Hlth J 2007;11:65-71.
๑๕. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. ภาวะทารกโตช้าในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: พี.บี.ฟอเรน บุค เซนเตอร์; ๒๕๔๑. หน้า ๒๘๕-๕๘.
๑๖. Monroy De velasco A. Consequences of early childbearing. Draper Fund Rep 1982;11:26-7.
๑๗. Treffers pregnancy and childbirth. Int J Gynecol Obstet 2001;22: 111-21.
๑๘. School T, Stein TP, Smith WK. Leptin and maternal growth during adolescent pregnancy. Am J Clin Nutr 2000;17:72.

สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในเขตอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร พ.ศ. ๒๕๕๔

กิตติโชติ ตั้งกิตติถาวร*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาทางวิทยาการระบาดสถานการณ์การระบาดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ - ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ ในเขตอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร เพื่อทราบ ปัญหาและแนวทางในการดำเนินงานควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการศึกษาเชิงปริมาณโดยการ สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามผู้ป่วยเฉพาะรายของสำนักระบาดวิทยา และการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ; ทำการสังเกตสภาพแวดล้อม รวมทั้งมาตรการที่ใช้ในการดำเนินงานควบคุมโรค. ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลในอำเภอตะพานหินและผู้ป่วยในชุมชน ๕๕๔ ราย. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ค่าร้อยละ, อัตราส่วน, ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด, โดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า.

การศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้น ๕๕๔ คน คิดเป็นอัตราป่วย ๕๒๖.๖๘ ต่อแสนประชากร. พื้นที่ การระบาดช่วงแรกอยู่ในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน ต่อมาได้แพร่กระจายไปตามตำบลรอบนอก โดยมีอัตราป่วยสูงสุดในเด็กอายุ ๐-๔ ปี อัตราป่วย ๓,๔๘๕ ต่อแสนประชากร, และอายุ ๕-๙ ปี อัตราป่วย ๑,๔๑๓ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ. อาการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายอุจจาระเหลว หรือถ่ายเป็นน้ำร้อยละ ๘๕.๓๕ และปวดท้องร้อยละ ๕๘.๘๑. ตรวจปัสสาวะพบเชื้อแบคทีเรีย ชนิดไม่ก่อโรคร้อยละ ๙๔.๕๒. ตรวจพบโรต้าไวรัสในอุจจาระผู้ป่วย ๓ ราย จาก ๙ ราย (ร้อยละ ๓๓.๓๓) ไม่สามารถยืนยันแหล่งที่เป็นต้นกำเนิดของการระบาด. การดำเนินการควบคุมโรคโดยจัดตั้ง ศูนย์ปฏิบัติการระดับจังหวัดเพื่อวางแผนปฏิบัติการ, จัดตั้งศูนย์ข้อมูลและควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงาน โดยวิธีการค้นหาผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคอย่างรวดเร็ว, ดำเนินมาตรการในการควบคุมโรค รวมทั้งการ ทำความสะอาดโรงฆ่าสัตว์และตลาดสด, ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม, ให้ความรู้และปรับปรุงด้าน สุขาภิบาลอาหารแก่ผู้ประกอบการ จนควบคุมการระบาดของโรคได้ภายใน ๔ สัปดาห์.

ความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคอุจจาระร่วงต้องอาศัยการเฝ้าระวัง การ สอบสวนโรคและมาตรการการแก้ไขปัญหาแก่ชุมชนอย่างครอบคลุมและรวดเร็ว. ข้อมูลที่ได้จากการ สอบสวนโรคเชิงรุกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครอบคลุมเป็นสิ่งสำคัญในการหาสาเหตุที่แท้จริง.

คำสำคัญ: สถานการณ์การระบาดของโรคอุจจาระร่วง, จังหวัดพิจิตร

Abstract Situation of an Outbreak of Acute Diarrheal Disease in Tapanhin District, Phichit Province

Kittichote Tangkittithavorn*

*Somdej Phrayupparaj Tapanhin, Phichit Province

This study was aimed at investigating an outbreak of acute diarrhea during the period February 20 to March 23, 2006 in Tapanhin district, Phichit Province. It is a descriptive epidemiological study that was undertaken to identify the problems and the

*โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร



interventions needed to control the disease, using an interview with individual case surveillance, as designed by the Bureau of Epidemiology, and specimen collection. The study population comprised 554 cases, including all cases who visited health-care facilities and those in communities in Tapanhin district. An additional study was based on an observation of the environmental factors and the disease-control measures. Quantitative data analysis was presented in percentage, ratio, minimum and maximum, using a computer. These data analyses were based on triangulation in order to make links, between the factors and effective implementation.

The study found 554 cases in total (526.67 per 100,000 population). The epidemic began in the municipal area and spread rapidly to surrounding sub-districts. The highest prevalence was among children 1-4 years old (3,485 cases per 100,000) and 5-9 years (1,413 cases per 100,000), respectively. Leading symptoms included watery stool (85.35%), and stomach ache (58.81%). Non-pathogenic bacteria were detected in 94.52% of the cases based on rectal swab culture, whereas rota virus was detected in 3 of 9 stool cultures. A centralized operation unit was set up in order to conduct active case surveillance and control the disease. The interventions were conducted through both sanitation (cleaning animal slaughter units, markets, and public restrooms) and education of street food-vendors. As a result, the epidemic was brought under control within four weeks.

The achievement of diarrhea prevention and control requires rapid disease investigation and community intervention from the district health system. To determine the root cause of an epidemic, objective data, based on active case surveillance and comprehensive laboratory examination are helpful.

Key words: situation of outbreak, epidemiology, acute diarrheal disease

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นโรคติดต่อทางอาหาร หรือน้ำดื่มที่มีเชื้อโรคปนเปื้อน เช่น เชื้ออหิวตาสีดำ, บิด, สลัดโมเนลลา, เชื้อไวรัส เช่น โรต้าไวรัส, นอร์วอร์คไวรัส. ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับปัจเจกบุคคล และตัวเชื้อก่อโรคที่ได้รับ. ลักษณะการเกิดโรคอาจเกิดขึ้นเฉพาะบุคคล หรือเกิดขึ้นเป็นกลุ่มก้อนในลักษณะของการระบาดได้. ถ้าระบบสุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อมไม่ดี หรือไม่ได้มาตรฐาน ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคไม่ถูกต้อง จะทำให้โรคแพร่กระจายไปได้กว้างขวาง. เมื่อเกิดการระบาดของโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่ การดำเนินการเฝ้าระวัง ค้นหาสาเหตุของการแพร่ระบาด รวมทั้งการควบคุมโรค เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการโดยเร็ว เพื่อไม่ให้โรคแพร่กระจายลุกลามไปมากขึ้น และหยุดยั้งการระบาดของโรค. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นโรคที่มีอัตราป่วยเป็นอันดับ ๑ ของประเทศ และของจังหวัดพิจิตร และอำเภอตะพานหิน มาตลอด ดังแสดงในตารางที่ ๑.

ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๙ มีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินมากผิดปกติ และต่อเนื่องเป็นเวลาหลายวัน โดยพบทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน. เมื่อตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล พบว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๘ มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉลี่ยเดือนละ ๑๐๔ คน และเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นมากผิดปกติ โดยสูงกว่าเดือนเดียวกันของปีก่อน ๆ และสูงกว่าค่ามัธยฐาน โดยในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๙ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ๒๒๗ คน ในขณะที่ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๘ มีผู้ป่วย ๖๐ คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความผิดปกติของสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเกิดขึ้น ทำให้ต้องมีการตั้งศูนย์ปฏิบัติการระดับจังหวัดเพื่อการควบคุมการระบาดของโรคเป็นครั้งแรกของจังหวัดพิจิตร พร้อมทั้งได้ระดมทรัพยากรทั้งงบประมาณ และทีมสอบสวนโรคจากหลายพื้นที่ ในการ

ตารางที่ ๑ อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศ, จังหวัดพิจิตร และอำเภอตะพานหิน พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๔๘*

	๒๕๔๔	๒๕๔๕	๒๕๔๖	๒๕๔๗	๒๕๔๘
ประเทศไทย	๑,๖๔๓.๒๕	๑,๖๘๗.๑๖	๑,๕๓๖.๐๑	๑,๘๕๘.๒๑	๑,๘๓๗.๐๗
จังหวัดพิจิตร	๑,๓๔๘.๔๗	๑,๘๖๔.๖๑	๑,๓๗๑.๒๘	๑,๔๓๕.๓๒	๑,๔๗๗.๔๕
อำเภอตะพานหิน	๑,๔๐๖.๔๘	๑,๗๔๒.๓๖	๑,๗๖๔.๕๖	๑,๖๔๕.๖๒	๑,๑๔๒.๓๐

*จากสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา^(๑), รง.๕๐๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ดำเนินการควบคุมโรคจนเป็นผลสำเร็จ. เหตุการณ์ในครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเขตอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จึงทำการศึกษาสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในเขตอำเภอตะพานหินขึ้น เพื่อนำข้อมูลปัญหาและแนวทางการดำเนินงานควบคุมที่ได้ผลมาเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป.

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หมายถึงผู้ที่มีอาการถ่ายอุจจาระผิดปกติ เช่น ถ่ายเหลวมากกว่า ๓ ครั้ง ใน ๒๔ ชั่วโมง, ถ่ายเป็นน้ำ, ถ่ายมีมูกเลือด, หรือมีอาการปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียน อย่างใดอย่างหนึ่ง อาจมีร่วมกับอาการอื่นเช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย.

ผู้สัมผัส หมายถึงผู้ที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย หรือกินอาหารและน้ำร่วมกับผู้ป่วย แต่ไม่มีอาการ.

ทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance Rapid Response Team; SRRT) หมายถึงทีมงานระดับจังหวัด หรืออำเภอ ซึ่งมีหน้าที่ระงับโรคและเคลื่อนที่อย่างรวดเร็วลงเพื่อดำเนินการป้องกันควบคุมโรคและภัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ.

ศูนย์ปฏิบัติการระดับจังหวัดเพื่อการควบคุมการระบาดของโรค (War Room) หมายถึงศูนย์เฉพาะกิจที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการจัดการควบคุมการเกิดโรคระบาดเฉียบพลัน โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขเป็นประธาน.

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาวิทยาการระบาดเชิงปริมาณ ด้านสถานการณ์โรคอุจจาระร่วง โดยการสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชากร, ประวัติการเจ็บป่วย, ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย, การสังเกตสิ่งแวดล้อม และการดำเนินการควบคุมโรค.

ขอบเขตการศึกษา

ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยหรือผู้สัมผัส ที่พักอาศัย หรือเข้ามาประกอบอาชีพ หรือเรียนหนังสือ และได้บริโภคอาหารและน้ำในเขตอำเภอตะพานหิน ในช่วงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ - ๒๓ มีนาคม ๒๕๔๙.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

๑. ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ที่มีอาการป่วยในช่วงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ - ๒๓ มีนาคม ๒๕๔๙ จำนวนรวม ๕๕๔ คน เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ในเขตอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ๔๘๗ คน (passive case) และผู้ป่วยที่สืบค้นหาได้ในชุมชน (active case) ๖๗ คน และผู้สัมผัส ๑๕๘ คน.

๒. สุ่มเก็บตัวอย่างเพื่อเฝ้าระวังการระบาดด้วยวิธีเจาะจง เพื่อส่งตรวจต่าง ๆ ได้แก่ อุจจาระผู้ป่วย ผู้สัมผัส จำนวน ๑๔๖ ตัวอย่าง, ผู้ประกอบอาหาร ๗ ตัวอย่าง (๗ คน), น้ำดื่มและน้ำใช้ในเขตเทศบาลตำบลตะพานหิน ๓๙ ตัวอย่าง.



เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

- แบบสอบถามเฉพาะรายโรคอาหารเป็นพิษ และแบบฟอร์ม E.1 ของสำนักโรคระบาดวิทยา.
- เวนชระเบียนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ของคลินิกแพทย์เอกชน และสถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอตะพานหิน.

วิธีการเก็บข้อมูล

๑. ข้อมูลปฐมภูมิ

๑.๑ สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน และสถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอตะพานหิน จำนวน ๔๘๗ ราย.

๑.๒ ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติม โดยการตรวจสอบข้อมูลสถานที่อยู่ของผู้ป่วยจากทีมข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการระดับจังหวัดเพื่อการควบคุมการระบาดของโรค. สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน กำหนดให้เป็นชุมชนและ SRRT ติดตามสัมภาษณ์ผู้สัมผัสร่วมบ้านและในชุมชน. ส่วนในเขตตำบลอื่น ๆ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยลงติดตามในหมู่บ้าน ดำเนินการควบคุมโรค และเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามเฉพาะรายของสำนักโรคระบาดวิทยา.

๑.๓ สังเกตสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และสุขาภิบาลอาหารที่เกี่ยวข้อง เช่น

- ตลาดสด ร้านค้า ร้านขายอาหาร เทศบาลเมืองตะพานหิน
- ส้วมสาธารณะในตลาดสดเทศบาลเมืองตะพานหิน
- สำนักงานประสานส่วนภูมิภาคอำเภอตะพานหิน
- โรงฆ่าสัตว์ เทศบาลเมืองตะพานหิน
- วัด โรงเรียน ในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน

๑.๔ ทางด้านห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างจากภาชนะใส่อาหาร, ภาชนะและอุปกรณ์การประกอบอาหาร, ตู้แช่เก็บอาหารสด, มือผู้ประกอบอาหาร, น้ำและก๊อกน้ำ เพื่อตรวจหาแบคทีเรีย และส่งตรวจจุลจากรูปผู้ป่วยเพื่อหาเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อไวรัส. เก็บตัวอย่างน้ำดื่ม น้ำประปา ส่ง

ตรวจที่โรงพยาบาลพิจิตร และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต ๘ นครสวรรค์ และสถาบันวิจัยไวรัส กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.

๒. ข้อมูลทุติยภูมิ ได้จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน, คลินิกแพทย์เอกชน และสถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอตะพานหิน.

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ อัตราส่วน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์.

ผลการศึกษา

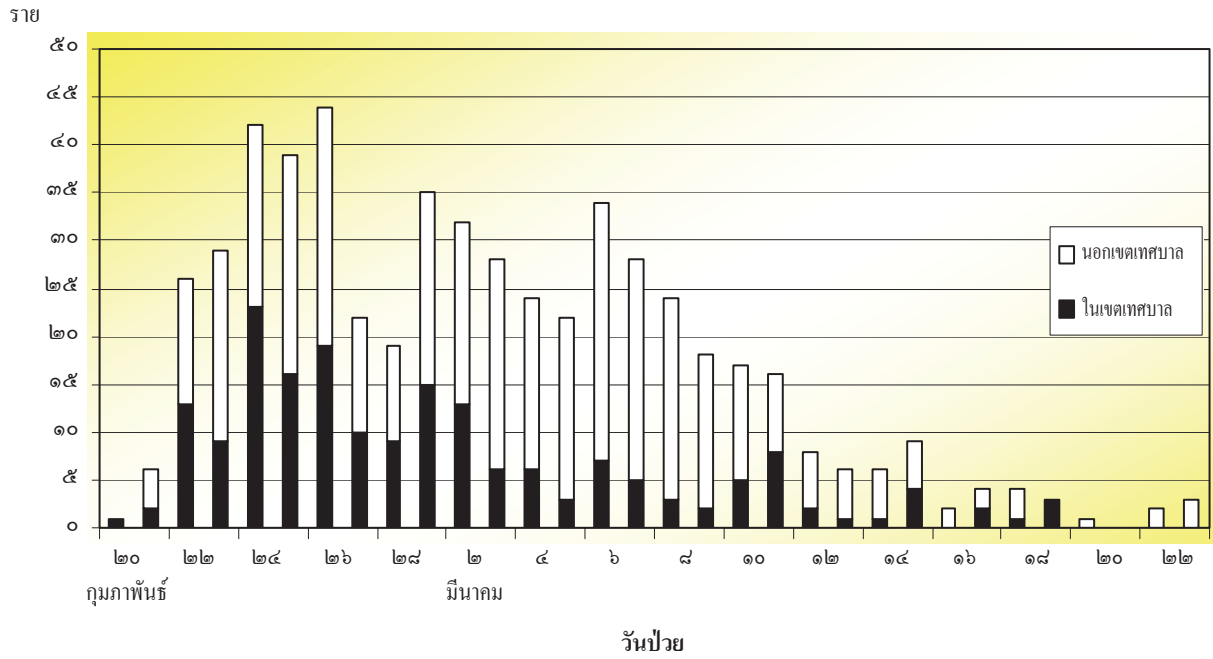
สถานการณ์โรคในช่วงที่มีการระบาด

ผู้ป่วยรายแรกเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙ ด้วยอาการถ่ายเป็นน้ำ และเริ่มมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบผู้ป่วยสูงสุดในวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙. หลังจากนั้น มีผู้ป่วยลดลงและเพิ่มขึ้นเป็นช่วง ๆ. สถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติในวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๔๙. ผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน ๕๕๔ คน เป็นชาย ๒๓๙ คน (ร้อยละ ๔๓.๑๔) และหญิง ๓๑๕ คน (ร้อยละ ๕๖.๘๖). การระบาดช่วงแรกเกิดขึ้นในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน ต่อมาจึงกระจายไปยังตำบลใกล้เคียงในเขตเทศบาลเมือง และแพร่กระจายออกไปตามตำบลรอบนอก เขตอำเภอตะพานหิน ดังแผนภูมิที่ ๑ และ ๒.

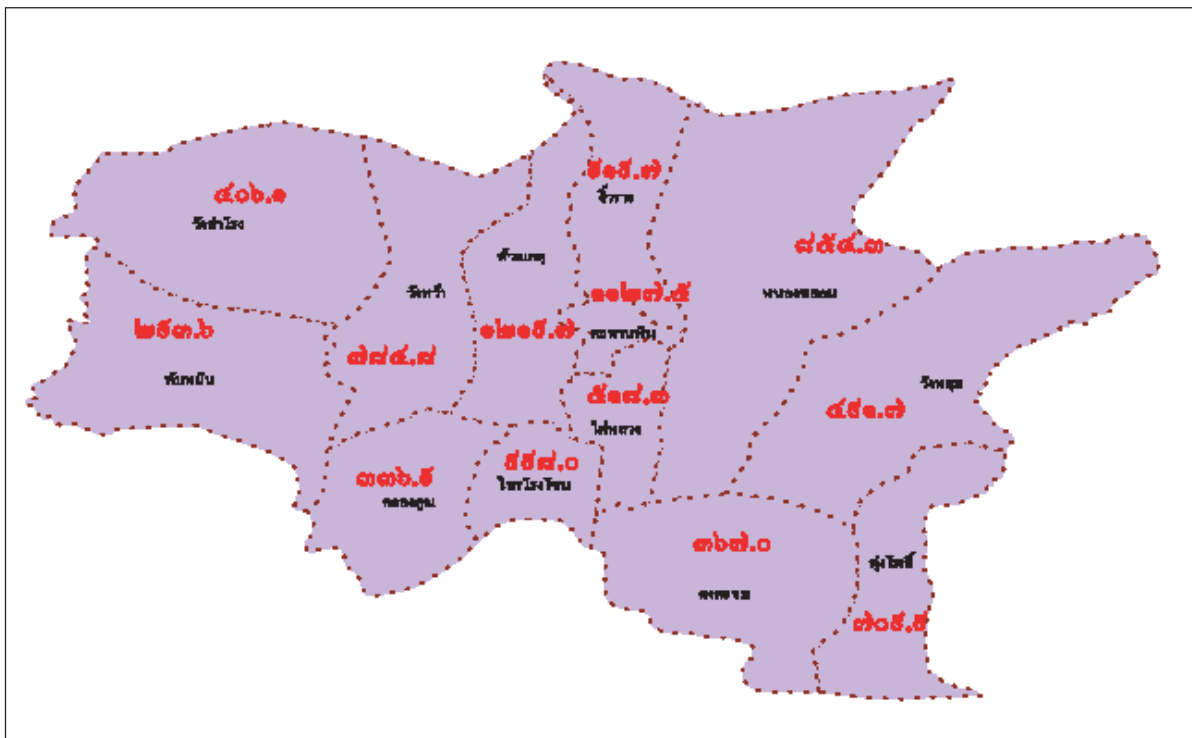
อัตราป่วยพบสูงสุดในเด็ก อายุ ๐-๔ ปี (๓,๔๘๕ ต่อแสนประชากร), รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ ๕-๙ ปี (๑,๔๑๓ ต่อแสนประชากร), พบน้อยในกลุ่มวัยทำงาน และสูงขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังแสดงตามแผนภูมิที่ ๓.

อาการของผู้ป่วยที่พบ คือ ถ่ายอุจจาระเหลวและถ่ายเป็นน้ำร้อยละ ๘๕.๓๕, ปวดท้องร้อยละ ๕๘.๘๑, คลื่นไส้อาเจียนร้อยละ ๕๗.๒๑, อ่อนเพลียร้อยละ ๓๔.๕๕, และใช้ร้อยละ ๓๒.๙๕ ตามแผนภูมิที่ ๔.

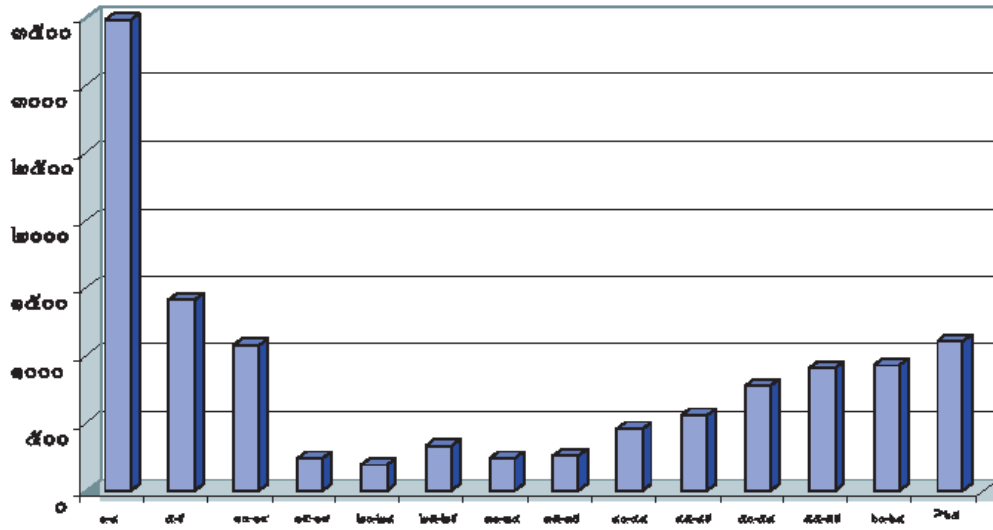
ด้านสิ่งแวดล้อมในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน จากการสังเกตและตรวจสอบของ SRRT ดังนี้



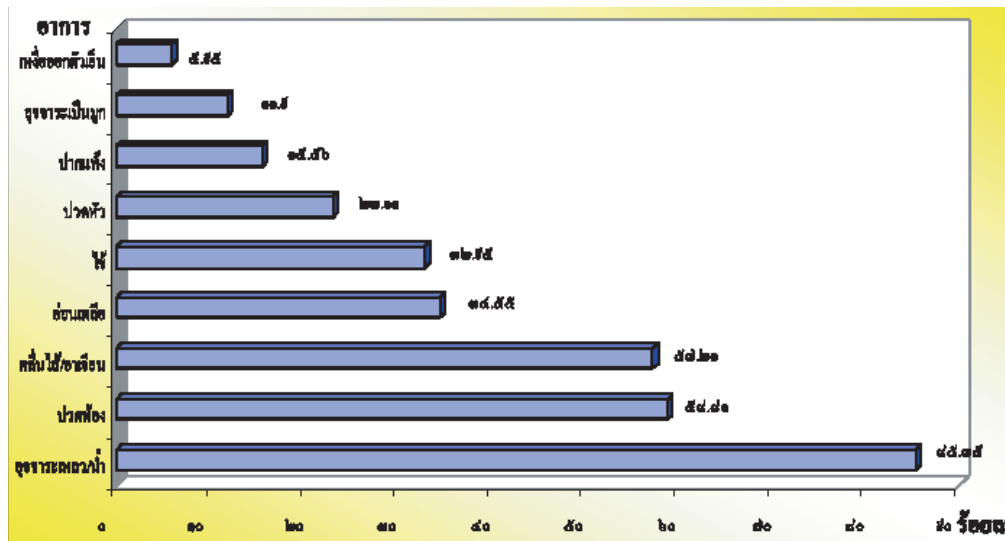
แผนภูมิที่ ๑ ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ช่วงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ - ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๕ จำแนกเป็นในเขตและนอกเขตเทศบาล



แผนภูมิที่ ๒ อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันต่อประชากรแสนคน จำแนกเป็นรายตำบล



แผนภูมิที่ ๓ อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำแนกตามกลุ่มอายุ



แผนภูมิที่ ๔ ความชุกของอาหารโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (%)

- ตลาดเช้า และตลาดเย็น การทำความสะอาดตลาดไม่สม่ำเสมอ. การล้างตลาดเป็นเพียงการฉีดน้ำล้างพื้นตลาด. การวางท่อระบายอยู่ในท่อระบายน้ำเสีย ซึ่งบางจุดมีท่อประปารั่วซึม.
- ถึงขยะไม่มีฝาปิด, มีขยะกองบนพื้น รอรถเทศบาล

มากเก็บ.

- ล้างภาชนะที่ตลาดเช้า ไม่มีอ่างน้ำสำหรับล้างมือ.
- โรงฆ่าสัตว์ไม่ได้มาตรฐาน พื้นชุ่มกับพื้นดินอยู่ระดับเดียวกัน เวลาล้างทำความสะอาด มีโอกาสการปนเปื้อนเชื้อสูงมาก, ระบบระบายน้ำเสียไม่ดี, และไม่เคยล้างโรงฆ่าทะเลเป็น

เวลาหลายปี.

- โรงเรียนเทศบาล ๑ ใช้น้ำบาดาลที่ไม่ผ่านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ.
- บ้านริมน้ำ มีการถ่ายอุจจาระลงแม่น้ำน่าน.
- โรงผลิตน้ำแข็งย่อย ๔ แห่งจาก ๗ แห่ง ไม่ถูกสุขลักษณะ.
- ร้านขายน้ำแข็งย่อย วางน้ำแข็งกับพื้น เป็ดเป็อนเชื้อโรคได้ง่าย.
- ร้านอาหาร ใช้ถังแช่น้ำแข็งและถังแช่อาหารสดร่วมกัน ไม่เคยทำความสะอาดเลย.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- อาหารและน้ำ ที่จำหน่ายในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน ส่งตรวจ ๓๙ ตัวอย่างไม่พบเชื้อก่อโรค.
- ผลการตรวจเพาะเชื้อจากตัวอย่างป้ายทวารหนัก แสดงในตารางที่ ๒.
- อุจจาระสดจากผู้ป่วย ๙ ราย ส่งตรวจหาเชื้อไวรัสโดยวิธี PCR พบเชื้อ Rotavirus ๓ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๓๓.๓๓.

ศูนย์ปฏิบัติการเพื่อการควบคุมโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จัดตั้งโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หน้าที่ที่ตระหนักถึงการระบาดของโรค เพื่อค้นหาผู้ป่วย และดำเนินมาตรการควบคุมโรค

ตามมาตรฐานวิชาการ และปรับแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับข้อมูลในแต่ละวัน ดังนี้

๑. ตั้งศูนย์ปฏิบัติการระดับจังหวัด ประกอบด้วย

- ผู้บริหารระดับจังหวัด (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) เป็นประธานในการประชุม และมีการวางแผนในการปฏิบัติงาน และควบคุมกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องทุกวัน.
- ทรัพยากร และบุคลากร ด้วยการจัดทำคำสั่ง SRRT จากทุกอำเภอ เข้าร่วมในการปฏิบัติงาน.

๒. ทีมปฏิบัติการ SRRT กำหนดตัวบุคคลตามความชำนาญ มีบทบาทหน้าที่ และเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ได้แก่

- ทีมข้อมูลข่าวสาร มีหน้าที่รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์โรค แจ้งข้อมูลผู้ป่วยใหม่ให้ทีมสอบสวนโรคและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยลงไปดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่ทันที.
- ทีมสอบสวนและควบคุมโรค ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้สุซศึกษา สอบสวนและควบคุมโรครายบุคคล โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบได้แก่ ทีมชุมชน วัด โรงเรียน.
- ทีมประเมิน และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบได้แก่ ทีมตลาด โรงฆ่าสัตว์ โรงน้ำแข็ง ประปา ชยะวัด โรงเรียน.
- ทีมสุซศึกษาประชาสัมพันธ์.

ตารางที่ ๒ ผลการตรวจตัวอย่างป้ายทวารหนักหาเชื้อก่อโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

เชื้อจุลินทรีย์	ผู้ป่วย (รายและร้อยละ)	ผู้สัมผัส (รายและร้อยละ)	ผู้ประกอบอาหาร (รายและร้อยละ)
Non-enteropathogenic bacteria	๑๓๘ (๕๔.๕๒)	๑๕๕ (๕๘.๑๐)	๖ (๘๕.๗๑)
<i>V. para + Aeromonas</i>	๑ (๐.๖๘)	-	-
<i>Aeromonas hydrophila</i>	๔ (๒.๗๔)	๓ (๑.๕๐)	-
<i>Streptococcus fecalis</i>	๑ (๐.๖๘)	-	-
<i>V. minicus</i>	๒ (๑.๓๗)	-	-
<i>Staphylococcus aureus</i>	-	-	๑ (๔.๒๕)
รวม	๑๔๖ (๑๐๐)	๑๕๘ (๑๐๐)	๗ (๑๐๐)



๓. ศูนย์ปฏิบัติการฯ มีการติดตาม ควบคุมกำกับ สั่งการ ทุกวัน. ทีมที่ออกปฏิบัติการจะต้องสรุปผลงานที่ได้ดำเนินการ ของแต่ละวัน พร้อมทั้งข้อสังเกตและปัญหาที่พบ ให้ประธาน และที่ประชุมรับทราบ. ที่ประชุมวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสาเหตุ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการดำเนินการ. จากนั้นประธานสั่ง การให้ทีมปฏิบัติการแต่ละทีมออกดำเนินการในวันรุ่งขึ้น.

ทีมวิชาการจากส่วนกลาง ได้แก่ สำนักระบาดวิทยา และ สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคเขต ๘ จังหวัดนครสวรรค์ เป็นพี่เลี้ยงในการให้ข้อเสนอแนะทางด้านวิชาการ.

มาตรการในดำเนินการควบคุม และป้องกันโรค

๑. การค้นหาผู้ป่วยและผู้สัมผัสในชุมชนอย่างครอบคลุมและรวดเร็ว โดยการค้นหาเชิงรุก ในครัวเรือนและละแวก บ้าน พร้อมทั้งดำเนินการทำลายเชื้อโรคในครัวเรือนทันที.

๒. เก็บตัวอย่างอาหารและน้ำแข็ง น้ำดื่มบรรจุขวด และน้ำประปา ส่งตรวจ.

๓. การทำความสะอาดโรงฆ่าสัตว์ และตลาดสดใน เขตเทศบาลเมืองตะพานหิน โดยดำเนินการจำนวน ๒ ครั้ง ห่างกัน ๑ สัปดาห์ ในวันที่ ๖ และ ๑๔ มีนาคม ๒๕๔๙ โดย SRRT เป็นผู้ควบคุมสั่งการ และได้ลงไปสาธิตการขัดล้างแผง

ขายของและเชียงเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องให้แม่ค้าและเจ้าหน้าที่ เทศบาลด้วย.

๔. ทำความสะอาดตู้แช่อาหารสดตามร้านค้าต่าง ๆ นำออกผึ่งแดด โดยจัดหากลองโฟมเปลี่ยนให้.

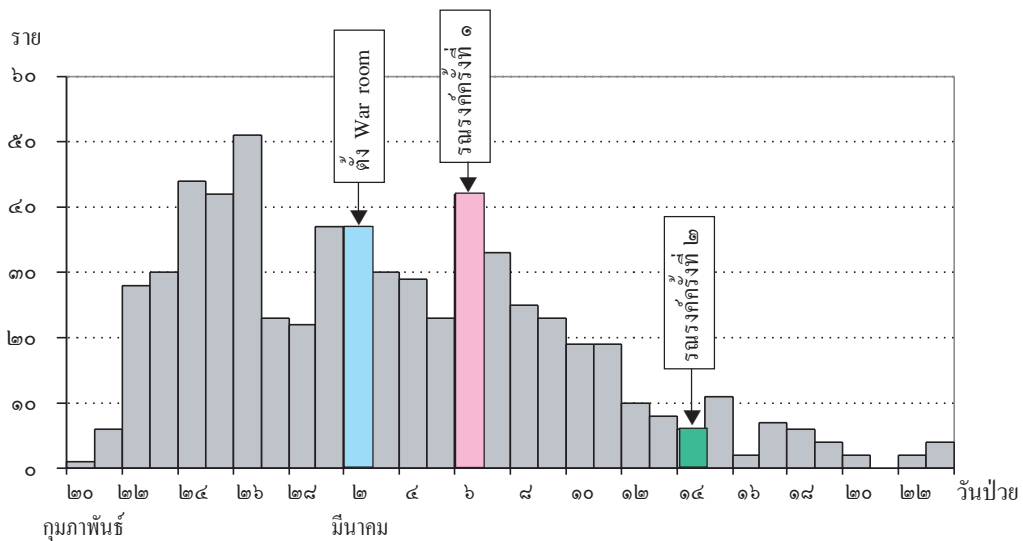
๕. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสาธารณะ โดยให้มีการทำความสะอาด และจัดทาสบู่ล้างมือไว้ที่ห้องน้ำ.

๖. จัดประชุมกลุ่มแม่ค้าในตลาดสด, ผู้ประกอบการ ร้านอาหาร และผู้ผลิตและจำหน่ายน้ำแข็ง ในเขตเทศบาล ให้ ความรู้และปรับปรุงด้านสุขาภิบาลอาหาร.

๗. รณรงค์ให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์ในแนวกว้าง แก่ประชาชนในเขตเทศบาล และตำบลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งรประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย หอกระจายข่าว แผ่นพับ และให้สุศึกษาเป็นรายบุคคล.

๘. กำหนดการรณรงค์ให้ประชาชนทุกครัวเรือนใน เขตอำเภอตะพานหิน และอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดพิจิตร ทำความสะอาดห้องครัว อุปกรณ์ในครัว ภาชนะบรรจุอาหาร แต่ละครัวเรือน ในวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๔๙.

๙. เผื่อระวังโรคต่ออีก ๑๐ วัน จนถึงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๔๙ และไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติม.



แผนภูมิที่ ๕ ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำแนกเป็นรายวันในช่วงที่มีการระบาด และช่วงเวลาการดำเนินการควบคุมโรค

จากการดำเนินงาน สามารถลดการเกิดโรคได้ในสัปดาห์ที่ ๒ และควบคุมการระบาดให้สงบลงได้ในสัปดาห์ที่ ๓ นับจากวันตั้งศูนย์ปฏิบัติการฯ ขึ้น ดังแสดงตามแผนภูมิที่ ๕.

วิจารณ์

การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเขตอำเภอตะพานหิน ในช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ บ่งชี้ว่ามีภาวะระบาดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเกิดขึ้น. จากการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๔ - ๒๕๔๘ และค่ามัธยฐาน ๕ ปี พบลักษณะการเกิดโรคในระยะแรกเป็นแบบแหล่งโรครวม และมีการแพร่จากคนสู่คนในระยะหลังๆ โดยพบผู้ป่วยจำนวนมากในเขตเทศบาลเมืองตะพานหินในช่วงแรกแล้วจึงแพร่กระจายไปตามตำบลต่าง ๆ ในเขตอำเภอตะพานหิน. จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้คาดว่าสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในครั้งนี้ น่าจะเกิดจากการติดเชื้อโรต้าไวรัส. การศึกษาการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจากเชื้อโรต้าไวรัสที่มีรายงานก่อนหน้านี้^(๒-๔) พบมีประวัติถ่ายอุจจาระเป็นน้ำร่วมกับอาการไข้และอาเจียนเป็นลักษณะเด่น. ส่วนมากเป็นในเด็กอายุ ๓ เดือน ถึง ๔ ปี และพบมากในช่วงเดือนที่มีอากาศแห้ง และเย็น (ธันวาคม - มีนาคม). จากการสอบสวนโรคไม่พบข้อมูลยืนยันชัดเจนว่ามีแหล่งโรคอยู่ที่ใด เนื่องจากทราบว่าการระบาดหลังเกิดโรคประมาณ ๑ สัปดาห์ คล้ายกับรายงานการระบาดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจากเชื้อโรต้าไวรัสในต่างประเทศ^(๙,๑๐) แต่อนุมานว่าแหล่งโรคน่าจะเป็นจากอาหารที่วางขายในตลาดในเขตเทศบาลตะพานหิน เนื่องจากเริ่มพบผู้ป่วยเกิดขึ้นเป็นกลุ่มใหญ่เป็นระยะเวลาสั้น ๆ ในเขตเทศบาลก่อน ต่อมาจึงมีการกระจายการเกิดโรคไปยังตำบลต่าง ๆ ในเขตอำเภอตะพานหิน.

สถานการณ์การเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในสัปดาห์แรกพบผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่หลังจากมีการดำเนินการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันตามแนวทางการป้องกันและควบคุม

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของกระทรวงสาธารณสุข^(๑๑) โดยมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพขึ้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน, มีศูนย์วิชาการระดับเขตและระดับกองเป็นที่เลี้ยง, ระดม SRRT ทั้งจังหวัด โดยมีผู้บริหารระดับสูง ได้แก่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน เพื่อการสั่งการในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค และติดตามกำกับอย่างต่อเนื่องทุกวัน โดยการแบ่งทีมงานดำเนินการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เชิงรุกปรับปรุงคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบคลอรีนในน้ำอุปโภคบริโภคให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย, มีการจัดประชุมกลุ่มแม่ค้าในตลาดสดและผู้ประกอบการร้านอาหารในเขตเทศบาลดำเนินการให้ความรู้และปรับปรุงด้านสุขาภิบาลอาหารให้ได้มาตรฐาน เพื่อความร่วมมือในการควบคุมโรค และรณรงค์ให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในเขตความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง พบว่าสถานการณ์การระบาดเริ่มลดลง โดยเฉพาะเมื่อมีการรณรงค์ล้างตลาดสด โรงฆ่าสัตว์ พร้อมกันทุกตำบลของอำเภอตะพานหิน เพื่อควบคุมแหล่งรังโรค ซึ่งได้ดำเนินการ ๒ ครั้ง ห่างกัน ๑ สัปดาห์ โดย SRRT ร่วมในการเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การระบาดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันลดลง จนควบคุมได้ในที่สุดใช้เวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น ๓ สัปดาห์.

จากการที่พบว่าตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกจนมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับจังหวัด ใช้เวลาถึง ๑๐ วันซึ่งค่อนข้างช้า อาจเป็นเหตุทำให้มีการระบาดแพร่กระจายไปในหลายพื้นที่ อาจสรุปว่าระบบการเฝ้าระวังยังขาดประสิทธิภาพ.

ข้อเสนอแนะ

๑. กำหนดระบบเฝ้าระวังและตรวจจับความผิดปกติของการเกิดโรคติดต่อที่ฉับไว และมีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินและสถานีอนามัยทุกแห่ง ในอำเภอตะพานหิน.

๒. ในการระบาดของโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ นอกจากการเก็บตัวอย่างอุจจาระ ส่งตรวจหาเชื้อแบคทีเรียควรมีการเก็บอุจจาระสดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสด้วย.



๓. เข้มงวดในการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ ให้สถานประกอบการร้านอาหารและน้ำดื่มในตลาดสด ร้านอาหาร แผงลอย โรงฆ่าสัตว์ ดำเนินการให้ได้มาตรฐานและถูกต้องหลักสุขาภิบาล.

๔. การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฯ ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค เพื่อวางแผนในการปฏิบัติการ ควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานควบคุมการระบาด. ทั้งนี้จำเป็นต้องมีผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจสูงสุดเป็นประธาน และต้องให้การสั่งการที่รวดเร็ว และเด็ดขาด เพื่อให้ SRRT ที่มาจากหลายพื้นที่ปฏิบัติงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ.

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์ประจักษ์ วัฒนกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ดร.รัจจา ศรีสุเทพ เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน ๘ ฝ่ายพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข และคุณจิตตภา อยู่พันธ์ นักวิชาการสาธารณสุข ๗ ฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ได้ให้คำปรึกษาและรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. กู้ศักดิ์ บำรุงสนา. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเฉียบพลัน. ใน : คำนวน อึ้งชูศักดิ์ (บรรณาธิการ). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ๒๕๔๘. สำนักระบาดวิทยา; ๒๕๔๘. หน้า ๓๓๓-๕.

๒. Wyatt RG, Yolken RH, Urrutia JJ, Mata L, Greenberg HB, Chanock RM, et al. Diarrhea associated with rotavirus in rural Guatemala : a longitudinal study of cryoelectron microscopy and image reconstruction. Am J Trop Med Hyg 1997;28:325-8.

๓. Black RE, Lopez de Romana G, Brown KH, Bravo N, Grados Bazalar O. Incidence and etiology of infantile diarrhea and major routes of transmission in Huascar, Peru. Am J Epidemiol 1989;129:785-99.

๔. สภาพร มานัสสภิตย์, ชัยพร โรจนวัฒน์ศิริเวช, ณวิวรรธม คงรอด. ไรต้าไวรัสในโรงพยาบาลบราสเนราครุและการศึกษาเปรียบเทียบในประเทศไทย. วารสารวิทยาการระบาด ๑๙๙๔;๒:๑๓-๒๕.

๕. Maneekarn N, Ushijima H. Epidemiology of rotavirus infection in Thailand. Pediatr Int 2000;42:415-21.

๖. Jiraphongsa C, Bresee JS, Pongsuwanna Y, Kluabwang P, Poonawagul U, Arpornitip P, et al. Epidemiology and burden of rotavirus diarrhea in Thailand : results of sentinel surveillance. J Infect Dis 2005;192 (Suppl 1):S87-93.

๗. Ho M-S, Glass RI, Pinsky PE, Anderson LJ. Rotavirus as a cause of diarrheal morbidity and mortality in the United States. J Infect Dis 1989;158:1112-6.

๘. Parashar UD, Hummelman EG, Bresee JS, Miler MA, Glass RI. Global illness and death caused by rotavirus disease in children. Emerg Infect Dis 2003;9:565-72.

๙. Taylor MB, Mark FE, Grabar W.O.K. Rotavirus and adenovirus associated with and outbreak of gastroenteritis in South African child care centre. Epidemiol Infect 1997;119:227-30.

๑๐. Kelkar SD, Ray PG, Shinde DN. An epidemic of rotavirus diarrhea in Jawhar Taluk, Thane district, Maharashtra, India. December 2000 - January 2001. Epidemiol Infect 2004;132:337-41.

๑๑. ศุภชัย ฤกษ์งาม, จุฑามาศ ถาวรนนท์, เจริญ หาญปัญจกิจ. การป้องกันและควบคุมโรค. ใน : ธวัช จายนิชโยธิน, ศุภชัย ฤกษ์งาม, สุภมิตร ชูณห์สุทธีวัฒน์, จุฑามาศ ถาวรนนท์ (บรรณาธิการ). คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอย่างแรง. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๔๒. หน้า ๑๒๑-๓๓.

การพัฒนาระบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบางพลี

วันชัย พิศาลสิน*

อุดมลักษณ์ เนื่องแสง**

จันทร์ภานต์ ปรอบสงบ**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรูปแบบการจัดระบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบางพลี และพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด. วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยโรงพยาบาลบางพลีเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพงานยาเสพติด และได้พัฒนาคุณภาพบริการด้านยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ได้วิเคราะห์สถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่อำเภอบางพลี พบปัญหาเสพยาเสพติดในพื้นที่มีระดับความรุนแรง กล่าวคือ มีจำนวนผู้เสพยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นและผู้เสพยาเสพติดใช้ยาอย่างต่อเนื่องและกลายเป็นผู้ติดสารเสพติด. ดังนั้นโรงพยาบาลบางพลีจึงได้จัดระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด/ผู้ติดสารเสพติด ให้สอดคล้องกับปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป โดยทำการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง. รูปแบบการบำบัดใช้แบบจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยนอก ร่วมกับการปรับพฤติกรรมรู้คิด โดยมีทีมผู้บำบัดสารเสพติดโรงพยาบาลบางพลีเป็นทีมพิเศษและทีมพี่เลี้ยงทุกครั้งจนจบ โปรแกรมการบำบัด. การประเมินผลใช้ตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดของสถาบันธัญญรักษ์ โดยร้อยละ ๖๐ ของผู้เสพยาเสพติดรับการบำบัดจนครบโปรแกรม, ร้อยละ ๖๐ ของผู้ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพยาซ้ำ และร้อยละ ๖๐ ของผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับไปทำงาน/ศึกษาต่อได้. จากการศึกษาพบว่าการจัดระบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบางพลีเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป โดยร้อยละ ๘๘.๘๘ ของผู้เสพยาเสพติดรับการบำบัดครบโปรแกรม, ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพยาซ้ำ, และร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับไปทำงาน/ศึกษาต่อได้ และได้รับการยอมรับจากครอบครัวชุมชนและสังคม.

คำสำคัญ : การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด, เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบางพลี, การสร้างคุณภาพบริการ

Abstract

Introduction and Development of an Addiction Rehabilitation Program in Bangphli Hospital, Samut Prakan Province

Wanchai Pisarnsin*, Udomlak Nuengsaeng[†], Chantarakarn Prabsagnob[†]

**Medical Section, Bangphli Hospital, [†]Drug Addiction Section, Bangphli Hospital, Samut Prakan Province*

The purpose of this study was to assess the addiction rehabilitation model (adopting the matrix-intensive outpatient program - IOP) in the primary care units of Bangphli Contracting Unit of Primary Care (CUP). The capacity of the primary care unit's health-

*กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลบางพลี

**งานยาเสพติด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ



care workers has been developed to implement this model. This action research was completed by Bangphli Hospital. The program follows the matrix-intensive outpatient program, which features cognitive - behavioral therapy. The Bangphli Hospital therapist team oversees and advises all the other primary care units involved in this program. The therapist team monitors every session of the program. Their results are evaluated by using the standard criteria from the Thanyarak Institute. These criteria require the involvement of at least 60 percent of those who attended and completed the program, and 60 percent of those who attended being non-relapsing, and who returned to work or school. The results of the study revealed that implementing and pursuing this addiction rehabilitation program has been an effective solution for the drug addiction problem. The primary care units monitored were found to have exceeded these criteria by having 88.89 percent of the patients completing the matrix program and 100 percent of those did not relapse but returned to work or school. These patients returned to their communities and were welcomed by their families.

Key words : addiction rehabilitation program, Bangphli Contracting Unit of Primary Care, accomplishment of effective quality services

ภูมิหลังและเหตุผล

สถานการณ์ปัญหาเสพยาเสพติดของจังหวัดสมุทรปราการ ในปัจจุบันภายใต้การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง กอปรกับเป็นจังหวัดเส้นทางลำเลียงยาเสพติดจากประเทศเพื่อนบ้านผ่านลงมาจากราคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ^(๑) เป็นแหล่งพักและแหล่งค้ายาเสพติด ทำให้จังหวัดสมุทรปราการเป็นพื้นที่เป้าหมายพิเศษ มีสถิติสูงสุดทุกด้านเกี่ยวกับยาเสพติด เช่น สถิติการค้า, การแพร่ระบาด และสถิติการถูกจับกุม^(๒) และอำเภอบางพลีถูกกำหนดเป็นพื้นที่ที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นเขตเมืองกึ่งอุตสาหกรรมและมีประชากรแฝงที่เป็นแรงงานจำนวนมาก และเป็นกลุ่มเป้าหมายใหญ่ในการค้าและใช้สารเสพติด. นอกจากนี้ยังพบกลุ่มเป้าหมายใหม่ซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชน นักเรียน นักศึกษา ทำให้จำนวนผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น. โรงพยาบาลบางพลีเป็นสถานบำบัดที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลงานยาเสพติดให้บริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ผู้ติดสารเสพติดทั้งในระบบสมัครใจและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดจากสำนักคุมประพฤติจังหวัดสมุทรปราการ และสำนักคุมประพฤติจังหวัด อื่น ๆ. โดยที่ผู้เข้ารับการบำบัดมีความประสงค์ต้องการทำงานทำในอำเภอบางพลี ทำให้โรงพยาบาล

บางพลีไม่สามารถให้บริการได้ตามกลุ่มเป้าหมายที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้มีจำนวนผู้ที่รอเข้ารับการบำบัดมีปริมาณเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน. ผู้บริหารองค์กรและทีมบำบัดยาเสพติดจึงได้ทำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยทบทวนและวางระบบกระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพใหม่ ภายใต้การจัดการความรู้ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป โดยสอดคล้องกับนโยบายด้านยาเสพติดและนโยบายการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ.

การศึกษานี้จึงสร้างรูปแบบและพัฒนาระบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบางพลี ทั้งในด้านบริหารจัดการ บุคลากรงบประมาณและวิชาการ โดยพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ระยะเวลา ๓ เดือนร่วมกับการปรับพฤติกรรมการรู้คิด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งสามารถให้การบำบัดผู้เสพยาเสพติด ได้ตามเกณฑ์การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดของสถาบันธัญญารักษ์^(๓,๔) และเพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้มากขึ้น และรวดเร็ว โดยเพิ่มจำนวนรอบการบำบัด วันและเวลาการบำบัดทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ (๑๖:๓๐-๒๐:๓๐ น.) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เข้ารับการบำบัดที่ต้องการ

บำบัดและต้องการทำงานหรือศึกษาต่อ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาจำนวนผู้ที่รอเข้ารับการบำบัด และแก้ปัญหการบำบัดไม่ครบทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดจนครบโปรแกรม มีความสามารถในการรับรู้ และมีศักยภาพในการจัดการกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้อย่างเหมาะสม และมีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำทำให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถกลับไปทำงานหรือศึกษาต่อได้ และได้รับการยอมรับจากครอบครัว ชุมชน และสังคม.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบและระบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดที่พัฒนาโดยเครือข่ายโรงพยาบาลบางพลี ในช่วงระยะเวลาการศึกษา ๑ ตุลาคม ๒๕๔๙ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ ภายใต้บริบทของแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชน ๙ แห่ง ที่ดำเนินงานด้านการบำบัดไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานด้านการบำบัดเฉพาะแบบของอำเภอบางพลี. เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ร่วมกับการปรับพฤติกรรมรู้คิดเป็นระยะ ๓ เดือน. การประเมินผลใช้แบบประเมินการดำเนินงานด้านยาเสพติดของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบางพลี และเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดของสถาบันธัญญารักษ์; ด้านพฤติกรรมประเมินจากการเกิดกระบวนการกลุ่มและปัจจัยในกระบวนการบำบัด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และไม่กลับไปเสพซ้ำ.

ผลการศึกษา

ด้านบริหารจัดการ

ผู้บริหารองค์กร สาธารณสุขอำเภอบางพลี หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง และทีมบำบัดสารเสพติดโรงพยาบาลบางพลีร่วมประชุมชี้แจงสภาพปัญหาสารเสพติดที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นให้สอดคล้องกับนโยบายด้านเสพยาเสพติด ร่วมกับนโยบายพัฒนาคุณภาพระบบบริการตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดของสถาบันธัญญารักษ์

และร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินการด้านการบำบัด.

ด้านผู้ปฏิบัติที่ทีมผู้บำบัดการเสพยาเสพติดโรงพยาบาลบางพลีได้ประชุมชี้แจงยุทธศาสตร์ดำเนินงานด้านการบำบัดแก่ผู้รับผิดชอบงานสารเสพติด โดยมีสาธารณสุขอำเภอบางพลีร่วมเป็นประธานทุกครั้ง ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้รับผิดชอบงานสารเสพติด พบว่าบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการให้การบำบัด และบุคลากรขาดประสบการณ์ รวมทั้งความมั่นใจในการบำบัดอย่างเต็มรูปแบบ.

การจัดการและการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ระหว่างเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบางพลีกับทีมผู้บำบัดสารเสพติดโรงพยาบาลบางพลี ได้แก่

ระยะแรก แบ่งโซนตามพื้นที่การบำบัดออกเป็น ๒ โซน: โซนแรกมี ๔ ศูนย์สุขภาพชุมชน; โซนที่ ๒ มี ๕ ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้มีบุคลากรหมุนเวียนในการบำบัด.

ระยะที่ ๒ จัดอบรมการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยนอก แก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและด้านการรักษาเพิ่ม เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอทำการบำบัด.

ระยะที่ ๓ ทีมผู้บำบัดการเสพยาเสพติดโรงพยาบาลบางพลีลงพื้นที่เพื่อเป็นทีมพี่เลี้ยงให้ทุกครั้ง ให้การปรึกษา และวางแผนแก้ไขปัญหเป็นระยะ ทำให้ทีมผู้บำบัดเกิดความเชื่อมั่นในกระบวนการบำบัด.

ระยะที่ ๔ เปิดให้บริการด้านการบำบัดทุกศูนย์สุขภาพชุมชน.

ระยะที่ ๕ ติดตามและประเมินผลการบำบัดในแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนทุก ๑ เดือน.

การประเมินผล พบว่าการบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ, มีบุคลากรเพียงพอต่อการบำบัด โดยแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนมีผู้บำบัดแต่ละ ๓-๕ คน. ผู้บำบัดมีความพร้อมและประสบการณ์ในการบำบัดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเชื่อมั่นต่อตนเองและมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มได้. การประเมินความพึงพอใจด้านบริหารจัดการ อยู่ในระดับดี.

ด้านบุคลากร

การทำกลุ่มบำบัดแบบจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในผู้เสพยาเสพติดนั้น ใช้เวลาในการบำบัด ๓ เดือน สัปดาห์ละ



๒ ครั้ง. ในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งต้องใช้ผู้บำบัดที่ผ่านการอบรมตามโปรแกรมจำนวน ๒ คน เป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนำกลุ่ม. แต่บุคลากรที่รับผิดชอบงานสารเสพติดในแต่ละแห่ง มีเพียงแห่งละ ๑ คน ทำให้ในแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนไม่สามารถทำการบำบัดได้ จึงได้วางแผนการแก้ไขไว้ ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในเวลา ๓ เดือน จำนวน ๒ รุ่น. ผู้ที่ผ่านการอบรมจะเข้าในทีมผู้บำบัดและแบ่งพื้นที่การบำบัดออกเป็น ๒ โซน เพื่อแก้ไขปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอในช่วงแรกของการบำบัด. ในแต่ละโซนมีผู้บำบัดประมาณ ๔-๕ คน ทำให้มีบุคลากรหมุนเวียนในการบำบัด.

ระยะที่ ๒ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการบำบัดรุ่นที่ ๓ โดยบุคลากรที่เข้าอบรมเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและด้านการรักษา เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้รับผิดชอบงานสารเสพติด ทำให้แต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนมีผู้บำบัดเพิ่มขึ้นอีกแห่งละ ๒-๓ คน.

ระยะที่ ๓ ให้ทีมผู้บำบัดในระยะแรกเป็นผู้นำกลุ่ม เนื่องจากมีประสบการณ์ในการบำบัด และมีทีมพี่เลี้ยงเป็นที่ปรึกษา. ให้ทีมบำบัดผ่านการอบรมระยะที่ ๒ เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและเปิดให้บริการทุกศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเต็มรูปแบบและครอบคลุมทุกพื้นที่.

การประเมินผล พบว่าทีมบำบัดยาเสพติดในแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนมีความผ่อนคลาย ไม่เครียดเหมือนกับในระยะแรกที่มียาบำบัดที่ไม่พอเพียง. ปัจจุบันทีมผู้บำบัดสามารถจัดเวรในการบำบัดได้และมีความพึงพอใจระดับดีที่สุดในทีมพี่เลี้ยงใจดี เป็นกันเอง ให้ความสนใจเอาใจใส่และช่วยแก้ปัญหาให้ตลอดเวลา รวมทั้งมีการประสานงานที่ดี.

งบประมาณ

ผู้บริหารองค์กรเห็นความสำคัญในงานสารเสพติด ได้อนุมัติให้ใช้งบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาล ในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการบำบัดทั้ง ๓ รุ่น และในการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเครือข่ายสุขภาพโรง

พยาบาลบางพลี รวมถึงค่าตอบแทนนอกเวลา (๑๖:๓๐-๒๐:๓๐ น.) เพื่อเป็นการเพิ่มขวัญและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้บำบัด.

การประเมินผล พบว่ามีความเหมาะสมและเพียงพอแก่ผู้เข้ารับการบำบัด และผู้บำบัด.

ด้านวิชาการ

การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด เป็นการบำบัดเฉพาะทางที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถพิเศษ เนื่องจากปัญหาสารเสพติดมีปมปัญหาที่เป็นสาเหตุของการติดยาที่สลับซับซ้อน และปัญหาของผู้เสพยาเสพติดไม่สามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง. พลวัตการเกิดปัญหา การเกิดพยาธิสภาพของโรคมึความซับซ้อน. ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดได้นั้นเป็นทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล^(๕) การพัฒนาคุณภาพด้านการบำบัดจึงต้องอาศัยความรู้ เพื่อเป็นฐานในการปฏิบัติงาน. กระบวนการจัดการความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง. การจัดการที่เป็นระบบจะนำไปสู่การยกระดับความรู้และทักษะด้านการบำบัดผู้เสพยาเสพติด.

จากประสบการณ์ทำงาน และการทบทวนวรรณกรรม^(๖) พบว่าสาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง หรือกลับไปเสพยาซ้ำ เกิดจากปัจจัยหลายประการและที่สำคัญได้แก่ปัญหาที่เกิดจากภายในตัวบุคคลที่มีอดีตอ่อนแอ, ขาดพลังอำนาจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง, ขาดเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต, มีปมขัดแย้งในชีวิต, การทำบทบาทหน้าที่ไม่เหมาะสม และมีลักษณะบุคลิกภาพที่เสื่อมถอย. ส่วนปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ เช่น สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้เสพยาเสพติด ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน และสังคมกลุ่มเพื่อน. ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างบุคลิกภาพ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีความขัดแย้งด้านสัมพันธภาพ.

ดังนั้นการกำหนดความรู้ และการสร้างองค์ความรู้ในทีมผู้บำบัดสารเสพติดเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบางพลีจึงเป็นเรื่องสำคัญ. ทีมผู้บำบัดโรงพยาบาลบางพลีจึงได้จัดอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้แก่ทีมบำบัดในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

๑. การให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน.
๒. กระบวนการกลุ่ม และปัจจัยที่ทำให้เกิดกระบวนการ

การบำบัด.

๓. ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้สารเสพติด.

๔. รูปแบบการบำบัดแบบการปรับพฤติกรรมรู้คิด.

รวมทั้งจัดทำคู่มือการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบางพลี.

การประเมินผล ผู้บำบัดเรียนรู้วัตถุประสงค์ในการสอนแต่ละครั้ง, ได้วางแผนการสอนระหว่างผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ทำให้ผู้บำบัดมีความรู้ความเข้าใจในด้านวิชาการ แต่ผู้บำบัดต้องการมีประสบการณ์และทักษะอื่น ๆ ในการทำกลุ่มบำบัดเพิ่มขึ้น.

ด้านการบำบัด

จากการจัดการความรู้ที่ผ่านมาทั้งหมด ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ ในผู้เสพยาเสพติด ทำการบำบัดสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง โดยมีผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นผู้บำบัดในแต่ละครั้ง และมีทีมผู้บำบัดยาเสพติดเป็นพี่เลี้ยงทุกครั้ง เพื่อวางแผนการบำบัดในการประชุมก่อนและหลังการบำบัด เพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และผู้เข้ารับการบำบัด. ผลการประเมินทั้ง ๒ รุ่น พบว่า

รุ่นที่ ๑ จากผู้เข้ารับการบำบัด ๑๔ ราย บำบัดครบโปรแกรม ๑๒ ราย, เปลี่ยนรูปแบบการบำบัด ๒ ราย; ติดตามครบ ๑ ปี พบว่าร้อยละ ๘๕.๗๑ ของผู้เสพยาเสพติดบำบัดครบโปรแกรม; ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพยาซ้ำ; ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับไปทำงาน / ศึกษาต่อได้ (ทำงาน ๑๐ ราย, ศึกษาต่อ ๒ ราย).

รุ่นที่ ๒ จากผู้เข้ารับการบำบัด ๑๓ ราย ขาดการบำบัด ๑ ราย, ติดตามผลครบ ๘ เดือนร้อยละ ๙๒.๓๐ ของผู้เสพยาเสพติดบำบัดครบโปรแกรม; ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพยาซ้ำ; ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับไปทำงาน / ศึกษาต่อได้ (ทำงาน ๑๒ ราย).

รุ่นที่ ๓ เป็นรุ่นที่ผู้บำบัดทุกศูนย์สุขภาพชุมชนทำการบำบัดด้วยตนเอง. ทีมพี่เลี้ยงรับให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการฝึกทักษะต่าง ๆ ในการทำกลุ่มบำบัด. ขณะนี้กำลังดำเนินการบำบัดอยู่ ๑๗ ราย.

การประเมินผล พบว่าผู้บำบัดที่ทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มและผู้

ช่วยผู้นำกลุ่ม สามารถทำกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์ ในแต่ละครั้งได้ และมีความมั่นใจในการทำกลุ่มเพิ่มมากขึ้น. ผู้บำบัดเห็นกระบวนการกลุ่มบำบัดและปัจจัยในกระบวนการบำบัด รวมทั้งเห็นสภาพปัญหาของผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละราย ทำให้เห็นทักษะการทำกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ. นอกจากนี้ผู้บำบัดได้เปลี่ยนแนวคิดจากความคิด ความรู้สึกทางด้านลบ เช่น กลัวไม่กล้าบำบัดมาเป็นเห็นใจและเข้าใจผู้เข้ารับการบำบัดมากขึ้น, มีความสุขที่ได้ช่วยผู้เข้ารับการบำบัดให้ผ่านคดีไปได้ และเห็นผู้เข้ารับการบำบัดมาบำบัดโดยสมัครใจทั้ง ๆ ที่เป็นคดี.

วิจารณ์

สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดในปัจจุบันของอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ยังคงเป็นพื้นที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากมีสถิติการค้า, การเป็นคดี และการเข้าสู่กระบวนการบำบัดสูงขึ้น, ภาพสะท้อนในทางเวชกรรมมีจำนวนผู้เสพยา/ผู้ติดสารเสพติดเพิ่มมากขึ้น, ระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติดจากผู้เสพยาเสพติดได้เปลี่ยนเป็นผู้เสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้ติดสารเสพติด และผู้ติดสารเสพติดรุนแรง จึงทำให้เกิดความยุ่งยากในการบำบัดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความซับซ้อนของผู้เสพยา/ผู้ติดสารเสพติด และปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา. ดังนั้นการพัฒนาระบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ปัญหาการเสพติดและพัฒนาองค์ความรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีการบำบัดรักษาผู้เสพยา/ผู้ติดสารเสพติดให้แก่บุคลากรเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรร่วมกับการบริหารจัดการที่ดี ภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารองค์กรทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดเพิ่มสูงขึ้น. แต่สิ่งหนึ่งที่ควรนำมาพิจารณาคือ ระดับความรุนแรงของผู้ติดสารเสพติดและผู้ติดสารเสพติดระดับรุนแรงที่มีจำนวนมากขึ้น. ทีมผู้บำบัดการเสพติดโรงพยาบาลบางพลีมีศักยภาพในการบำบัดรักษาผู้เสพยา/ผู้ติดสารเสพติดร่วมกับสารเสพติดอื่น ๆ เช่น สุรา บุหรี่ กัญชา. ส่วนผู้ติดสารเสพติดรุนแรงต้องส่งเข้าสถาบันธัญญรักษ์ แต่เนื่องจากสถาบันธัญญรักษ์สามารถรับผู้ติดสารเสพติดระดับรุนแรงได้รอบละ ๓๐ ราย ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมาย



นี้ได้อย่างทันห่วงที่.

ปัจจุบันทีมผู้บำบัดยาเสพติดจึงได้ทำการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับรุนแรงแบบ ๔ เดือน ร่วมกับการรักษาทางยา สามารถให้การบำบัดรักษากลุ่มเป้าหมาย ได้บางส่วน. ดังนั้นทีมผู้บำบัดยาเสพติดเห็นว่าควรมีการพัฒนาาระบบคัดกรองผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติด / ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง และส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา. ขณะเดียวกันควรมีการพัฒนาาระบบรองรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ติดยาเสพติดอย่างรุนแรงต่อไป.

ข้อสรุป

ผลการดำเนินการพัฒนาะบบบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโรงพยาบาลบางพลี ในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ได้แบ่งระยะของการพัฒนาะบบบำบัดไว้ ๓ ระยะ. ระยะแรกจัดอบรมบุคลากรที่รับผิดชอบงานสารเสพติดจำนวน ๒ รุ่นแล้วให้ทีมผู้บำบัดทั้ง ๒ รุ่นเริ่มบำบัดและแบ่งโซนบำบัดเป็น ๒ โซน แต่เนื่องจากยังขาดบุคลากรในการบำบัดโดยมีทีมผู้บำบัดการเสพยาเสพติดโรงพยาบาลบางพลีเป็นทีมพี่เลี้ยง. ระยะที่ ๒ จัดอบรมในการบำบัดรุ่นที่ ๓ เพื่อแก้ไขปัญหาขาดแคลนบุคลากร ในการบำบัด และยังคงมีทีมพี่เลี้ยงลงพื้นที่ เพื่อให้การปรึกษาและร่วมค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา. ระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ทีมผู้บำบัดแต่ละแห่งมีความพร้อมในการบำบัด และสามารถบำบัดได้ด้วยตนเองโดยโปรแกรมที่ใช้ในการบำบัดคือจิตสังคัมบำบัดแบบผู้ป่วยนอกร่วมกับการปรับพฤติกรรมรู้คิดเป็นระยะเวลา ๓ เดือน.

การประเมินผลการดำเนินการ ใช้เกณฑ์มาตรฐานการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดของสถาบันชัญญารักษ์แบบประเมินด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด และการประเมินพฤติกรรมไม่กลับไปเสพซ้ำ. จากการศึกษาพบว่าร้อยละ ๘๘.๘๙ ของผู้เข้ารับการบำบัดในรุ่นที่ ๑ และ ๒ บำบัดจนครบโปรแกรม,ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพซ้ำ และร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับไปทำงาน/ศึกษาต่อได้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาระบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบางพลีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ.

เอกสารอ้างอิง

๑. ไพฑูรย์ แสงพุ่ม, ธนะรัชต์ นามผลดี. ปกิณกะสาระเส้นทางชีวิตผู้ติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์; ๒๕๕๐.
๒. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสพยาเสพติดภายใต้การเปลี่ยนแปลง. การพยาบาลยาเสพติดครั้งที่ ๑, ๑๔-๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๐ ณ เมืองทองธานี. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๕๐.
๓. ฉวีวรรณ ปัญจนุศย์. ตำราการพยาบาลยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง; ๒๕๔๔.
๔. ณรงค์ ศิลปศราญ. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: บริษัทวัชรอินเตอร์พรีนติ้งจำกัด; ๒๕๔๔.
๕. ปราณีพร บุญเรือง. การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยติดยาเสพติด. การพยาบาลยาเสพติดประจำปี ๒๕๔๕; ๑-๒ สิงหาคม ๒๕๔๕. ณ โรงแรมเอเชียแอร์พอร์ต. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๔๕.
๖. ทิพาวดี เอมะวรรณะ. จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง; ๒๕๔๘.

บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการป้องกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดแผลกดทับ

เอกรัตน์ จันทร์วันเพ็ญ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ในการลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๔๘ ถึง ธันวาคม ๒๕๔๙, พัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกเพื่อป้องกันแผลกดทับ, ประเมินประสิทธิผล การดูแลผู้ป่วยโดยการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง. การศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๓๗. ภายหลังจากการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกจากโยมะพร้าวสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ คิดเป็นร้อยละ ๕.๓๖. ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับมากที่สุดคือ บริเวณก้นกบ, ส่วนหลังและสะโพก. การประเมินความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลแผลกดทับในระดับดี มีทัศนคติระดับดีมากต่อการดูแลผู้ป่วย และมีทักษะในการทำแผล การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้ในระดับดี. วิธีการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแล โดยการให้ความรู้และเสริมพลังให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้. จากผลการติดตามเยี่ยมบ้านไม่พบการเกิดแผลกดทับขึ้นใหม่ในผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นการดูแลรักษาแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล, การมีส่วนร่วมและสร้างเสริมพลังของญาติในการดูแลผู้ป่วย, การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, การใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกจากโยมะพร้าว สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงได้ และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย. นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแนวทางของเวชศาสตร์ครอบครัว โดยการติดตามเยี่ยมบ้านจะทำให้เกิดผลการรักษาที่ดี.

คำสำคัญ: แผลกดทับ, โรคหลอดเลือดสมอง, โรงพยาบาลชุมชน, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

Abstract

Role of Family Physicians in Preventing Disabled Stroke Patients from Developing Pressure Sores

Ekarat Chanwanpen*

*Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat, Thailand

The purpose of this study was to determine an appropriate way to prevent bedsores in disabled stroke patients while they are still hospitalized. All stroke patients admitted to the Internal Medicine ward in Sichon District Hospital during the period January 2005 - December 2006 were enrolled into this study. Data collection included demographic

*โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช



data, and information on occurrence and details of the bedsores. We invented a new care protocol and equipment to prevent pressure sores. A comparison of the results of care before and after the use of these interventions in the target group was the outcome measured. During 2005, the incidence of bedsores in stroke patients was 18.37 percent. After the new strategies in caring and monitoring had been introduced, the incidence decreased by 5.36 percent in 2006. The knowledge, attitude and practice of caregivers, which included nursing personnel and patients' relatives, increased; moreover, they tended to participate more in taking care of their patients. The most common pressure ulcer locations were the coccyx and the sacral area. In hospitalized patients, most pressure ulcers were facility-acquired, so we created new equipment from local products, i.e. pillows made from the inner skin of dried coconut in order to support the at-risk surfaces and decrease the pressure on the skin. New strategies in caring and monitoring bedsores included education, empowerment of caregivers and team work. All patients were followed up, and home visits by the family physician and his/her team were made; no new bedsores were found to have occurred in their homes. This study demonstrated that the best way to treat pressure sores in disabled CVA patients is to prevent those conditions in the first place. Given current evidence, using support surfaces, repositioning the patient, optimizing the nutritional status of the patients, and moisturizing the skin were all strategies that prevented pressure ulcers. Caregivers should be empowered to take care of their patients during the entire period of their entire hospital admission. Family physicians should strive to integrate both holistic care and continuity of care for the patients and their families.

Key words: prevention, pressure sore, stroke, family physician

ภูมิหลังและเหตุผล

แผลกดทับเป็นปัญหาเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวไปมาได้ด้วยตนเอง. โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตก ตีบหรือตัน ส่งผลให้เกิดอาการทางสมองอย่างเฉียบพลัน. รายที่มีอาการแสดงมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง ทำให้ร่างกายสูญเสียการทำงานของระบบประสาท คือ สมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวที่ขาดเลือดมาเลี้ยงเป็นเวลานาน ๆ ทำให้สมองส่วนนั้นตาย เกิดอัมพาตของแขนขาทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ลีบ มีการเคลื่อนไหวน้อยจนเกิดข้อติดแข็งและแผลกดทับ ทำให้ต่อมาเกิดการติดเชื้อ และเสียชีวิตได้^(๑). ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้ ทำให้มีการกดทับบริเวณด้านหลังร่างกาย เกิดแรงกดทับต่อหลอดเลือดได้หนึ่งซึ่ง ปรกติค่าแรงดันหลอดเลือดฝอยเฉลี่ยในคนปรกติประมาณ ๒๕ มม.ปรอท แต่เมื่อมีการกดทับผิวหนังที่ทาบบนปุ่มกระดูกสูงมากกว่า ๓๒ มม.ปรอท เป็นเวลานาน นานกว่า ๒ ชั่วโมง

จะทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ขาดออกซิเจนจากขาดเลือดมาหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดการตายของหนังและเนื้อเยื่อต่าง ๆ. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวบนเตียงได้เอง จะมีแรงกดทับที่ผิวหนังบนปุ่มกระดูกถึง ๑๐๐ มม.ปรอท. ดังนั้นพยาธิสภาพจึงขึ้นกับแรงกดทับและระยะเวลาที่กดทับ. นอกจากนี้ยังมีแรงที่กระทำต่อผิวหนังในแนวเฉียงที่เรียกว่าแรงย้วย (shearing force) เช่นการไถครูดบนผ้าปูเตียง. ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความแข็งแรงของผิวหนังมีส่วนทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น เช่นความเปียกชื้นจากปัสสาวะและอุจจาระที่ราด. ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแต่ละรายจึงรวมเอาปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มาไว้ด้วยกัน เช่นเกณฑ์ของบราเดน (Braden scale) ซึ่งนิยมใช้กันทั่วโลก^(๒).

จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาโดย Courtney และคณะ^(๓) ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ พบว่ามีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล ตั้งแต่ร้อยละ ๐.๔ ถึง ร้อยละ ๓๘. การศึกษาของ Barczak และคณะ^(๔) ในโรงพยาบาล ๒๖๕ แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบความชุก

ของแผลกดทับเฉลี่ยร้อยละ ๑๐.๑, เป็นแผลชนิดตื้นร้อยละ ๑-๒ ร้อยละ ๗๔. ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือที่ก้นกรวยร้อยละ ๓๖, และสันเท้าร้อยละ ๓๐.

การศึกษาความชุกของแผลกดทับในประเทศอังกฤษโดย O'Dea^(๕) พบประมาณ ร้อยละ ๕.๐-๑๐.๐ ในผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล. ส่วน Carlson และคณะ^(๖) ศึกษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วย ๓๖ รายจาก ๑๓๖ ราย เกิดแผลกดทับพบมากที่สุดที่ตำแหน่งกระดูกก้นกบ. Cullum และคณะ^(๗) ได้ศึกษาอุปกรณ์รองรับแรงกดที่จุดต่าง ๆ ของร่างกาย พบว่า อุปกรณ์เหล่านี้สามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ ๗๐, และเมื่อคำนวณการใช้จำนวนรายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับหนึ่งครั้ง พบว่ารายที่ต้องการการรักษา ประมาณ ๓ รายต่อ ๑ ราย.

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕^(๘) พบอัตราชุกร้อยละ ๑๐.๘. ซวลี แยมวงษ์^(๙) ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับแบบติดตามไปข้างหน้า ในผู้ป่วยที่รักษาในแผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๓๘ ถึง ๒๕๓๙ จำนวน ๗๘๗ คน รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต บันทึกการเกิดแผลกดทับใหม่ ตำแหน่ง ขนาด และระยะของแผลกดทับ ประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์ของบราเดนและข้อมูลทางเวชกรรมตั้งแต่แรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ติดตามประเมินทุก ๒๔ ชั่วโมง และ ๗๒ ชั่วโมง. การศึกษาพบอุบัติการณ์แผลกดทับร้อยละ ๑๑.๑๘. กลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีอายุและจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลมากกว่า. สำหรับเพศและการเกิดแผลกดทับไม่ต่างกัน. แนวทางในการป้องกันจึงมีความสำคัญควรติดตามประเมินผู้ป่วยใหม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ.

เมื่อเกิดแผลกดทับขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น. การป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล. การป้องกันการเกิดแผลกดทับต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมแพทย์ พยาบาล

ทีมสหวิชาชีพ ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่น. จากการศึกษาของ Gawron^(๑๐) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยในระดับสูงได้. ดังนั้นนอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังต้องให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เป็นรูปแบบที่นำแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการและต่อเนื่อง ในการลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.

ระเบียบวิธีศึกษา

ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลิซล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๒๐ เตียง ในช่วงวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๔๘ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๙ รวมระยะเวลา ๒ ปี. บันทึกข้อมูลในรูปแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล ร่วมกับที่ระบุไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการและใช้อุปกรณ์รองรับกระดูกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๔๙ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๙.

บันทึกจำแนกแผลกดทับตามความรุนแรงเป็นระดับ^(๑๑): ระดับที่ ๑ ผิวหนังเริ่มบวมแดง ร้อนหรือหนาขึ้น ยังไม่มีรอยแยกของผิวหนังชัดเจน; ระดับที่ ๒ มีรอยแยกของผิวหนังชั้นนอก เห็นเป็นตุ่มพองใส; ระดับที่ ๓ ความลึกของแผลลุกลามถึงชั้นใต้หนัง แต่ไม่ลึกเกินแผ่นเนื้อพังผืดข้างใต้; ระดับที่ ๔ มีการทำลายของเนื้อเยื่ออย่างกว้างขวางถึงชั้นกล้ามเนื้อ และกระดูก.

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลร่วมกับเวช



ระเบียบ. วิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) versions ๑๑.๕ หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน. ประเมินความความรู้อัตนคติและการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามแบ่งเป็น ๕ ระดับ คือ ดีมาก, ดี, ปานกลาง, น้อย และน้อยมาก โดยให้คะแนนในระดับดีมาก ถึงน้อยมาก เท่ากับ ๕, ๔, ๓, ๒, ๑ ตามลำดับ.

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลิซล ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๔๘ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๘ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๔๙ คน และเกิดแผลกดทับ ๙ คน คิดเป็นอุบัติการณ์ของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๑๘.๓๗. ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร พบผู้ป่วยชายร้อยละ ๕๕.๕๖, อายุ ๔๕-๙๐ ปี เฉลี่ย ๖๕.๕๐ ปี, มีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร้อยละ ๗๗.๗๘ เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๖๖.๖๗, โรคเบาหวานร้อยละ ๔๔.๔๔, และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ ๓๓.๓๓.

ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ โรงพยาบาลลิซล ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม โดยการให้ความรู้ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาแก่ญาติหรือผู้ดูแล

ผู้ป่วย และใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกเพื่อป้องกันแผลกดทับ. ผลการดำเนินงานดังกล่าวทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดแผลกดทับลดลง มีเพียง ๓ คนคิดเป็นอุบัติการณ์ของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๕.๓๖. ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๘ กับ พ.ศ. ๒๕๔๙ แสดงในตารางที่ ๑ และกราฟเส้นแสดงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับจำแนกรายเดือน (แผนภูมิที่ ๑).

ตำแหน่งของแผลกดทับใน พ.ศ. ๒๕๔๘ พบบริเวณก้นกบ ส่วนหลังและสะโพก ร้อยละ ๔๓, หัวไหล่และข้อศอกร้อยละ ๓๔, ขาและสันเท้าร้อยละ ๑๗ และศีรษะร้อยละ ๖. ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ พบเฉพาะที่ก้นกบ หลังและสะโพกร้อยละ ๑๐๐.

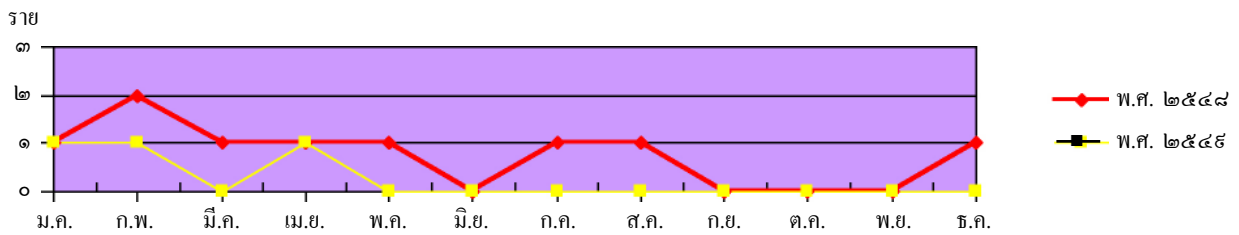
ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ มีความรุนแรงระดับ ๑ จำนวน ๓ ราย (ร้อยละ ๓๓.๓๓), ระดับ ๒ จำนวน ๒ ราย (ร้อยละ ๕๖.๕๖) และระดับ ๓ จำนวน ๑ ราย (ร้อยละ ๑๑.๑๑). ส่วนใน พ.ศ. ๒๕๔๙ พบระดับความรุนแรงของแผลกดทับลดลง เหลือเพียงระดับ ๑ ในผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ ๑๐๐).

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้า

ตารางที่ ๑ ข้อมูลด้านประชากร

	๒๕๔๘	๒๕๔๙
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ราย)	๔๙	๕๖
ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ (ราย)	๙ (๑๘.๓๗)	๓ (๕.๓๖)
ชาย/หญิง (ราย)	๕/๔ (๕๕.๕๖/๔๔.๔๔)	๑/๒ (๓๓.๓๓/๖๖.๖๗)
อายุ (ปี)	๖๕.๕๐	๗๐.๐๐
โรคประจำตัว (ราย)	๗ (๗๗.๗๘)	๒ (๖๖.๖๗)
- แรงดันเลือดสูง	๖ (๖๖.๖๗)	๒ (๖๖.๖๗)
- เบาหวาน	๔ (๔๔.๔๔)	๑ (๓๓.๓๓)
- กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	๓ (๓๓.๓๓)	๐
- ถุงลมโป่งพองอุดกั้นเรื้อรัง	๑ (๑.๑๑)	๐

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ



แผนภูมิที่ ๑ กราฟเส้นแสดงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับจำแนกรายเดือน เปรียบเทียบระหว่างพ.ศ. ๒๕๔๘ กับพ.ศ. ๒๕๔๙

รักษาในโรงพยาบาล ผูกสอนญาติให้รู้จักการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย รู้จักการใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูก. วิธีการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการให้ความรู้และเสริมพลังให้ผู้ดูแลปฏิบัติได้ และสามารถนำไปปฏิบัติต่อบ้านภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ดังแสดงในรูปที่ ๑. การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ โดยการคิดประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยในการป้องกันแผลกดทับ ให้สามารถใช้งานได้สะดวกและราคาประหยัด จากวัสดุอุปกรณ์ในท้องถิ่น. วัสดุที่ใช้ทำหมอนรองปุ่มกระดูกทำมาจากใยมะพร้าว ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น ราคาไม่แพง เพื่อลดแรงเสียดสีและแรงกดทับของผู้ป่วย มีความแข็งแรง ทนทานต่อการถูกระแทก ราคาวัสดุรวมค่าจ้างในการผลิต ประมาณ ๒๐๐ บาท ดังแสดงในรูปที่ ๒.

การประเมินความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยใน พ.ศ. ๒๕๔๙ จำนวน ๕๖ รายพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลแผลกดทับในระดับดี (ค่าเฉลี่ย ๔.๓๔ ± ๐.๖๑), มีทัศนคติระดับดีมาก (๔.๖๕ ± ๐.๕๖) ต่อการดูแลผู้ป่วย, และมีทักษะในการทำแผล การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย ๔.๑๑ ± ๐.๕๖).

ผู้ป่วยทุกคนที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยคนละ ๑ ครั้ง โดยทีมสหวิชาชีพ. ผลการออกติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ป่วยทุกคนที่ญาติหรือผู้ดูแลได้เข้าร่วมกระบวนการให้ความรู้แบบองค์รวมและต่อเนื่อง มีอาการดีขึ้นและไม่พบแผลกดทับที่เกิดขึ้นใหม่ ที่บ้านผู้ป่วยอีก.



รูปที่ ๑ การมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วย



รูปที่ ๒ อุปกรณ์รองปุ่มกระดูก หมอนรองปุ่มกระดูกจากใยมะพร้าว



วิจารณ์

การประเมินประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ ซึ่งได้แก่ ผู้ที่อายุมากกว่า ๖๐ ปี, ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และมีโรคประจำตัว. ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดแผลกดทับในการศึกษานี้คือ อายุที่มากกว่า ๖๐ ปี สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ^(๘) ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญของการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ อายุมากกว่า ๖๐ ปี มีประวัติของอุจจาระร่วง และกลืนอุจจาระไม่ได้, และการศึกษาของ ซวลี แยมวงษ์^(๙) ที่พบว่า อายุและจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดแผลกดทับ. ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุมากกว่า ๖๐ ปี ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและนอนติดเตียงนาน จำเป็นต้องให้การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นกรณีพิเศษ.

อุบัติการณ์แผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิทธิมีสูงถึงร้อยละ ๑๘.๓๗ ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ ก่อนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องมาใช้. ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่งทั้งในและต่างประเทศ^(๑๓-๑๖). นอกจากนี้ ผลการศึกษาใน พ.ศ. ๒๕๔๘ ยังพบว่าแผลกดทับที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ ร้อยละ ๕๕.๕๖ เป็นแผลระดับ ๒ ที่มักจะเกิดบริเวณส่วนหลัง ก้นกบ และสะโพก ถึงร้อยละ ๔๓ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Schue และคณะ^(๑๒) ที่พบว่าส่วนใหญ่แผลกดทับที่พบมักเป็นระดับ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๔๔ และการศึกษาของ Barczak และคณะ^(๔) พบแผลกดทับระยะที่ ๑-๒ ร้อยละ ๗๔. ภายหลังจากการใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกสามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับและลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับลงได้อย่างเห็นได้ชัดโดยแผลกดทับที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็นแผลระดับ ๑ ทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Cullum และคณะ^(๗) ที่ศึกษาอุปกรณ์รองรับแรงกดที่จุดต่างๆ

ของร่างกาย พบว่า อุปกรณ์เหล่านี้สามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ ๗๐ และลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับลงได้. ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ และการมีส่วนร่วม ร่วมของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกสามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับและลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับลงได้.

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาและการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โดยประยุกต์ใช้หลักการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมที่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ตลอดจนการลงติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้การทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดี. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในผลการรักษาที่ได้รับ. นอกจากนี้ยังช่วยแก้ปัญหาค่าขาดผู้ดูแลและปัญหาผู้ป่วย ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังลงได้อีกด้วย.

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงวิธีการรักษาแผลกดทับที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือการป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับตั้งแต่เริ่มแรก. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถให้การดูแลรักษาและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยโดยให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. การสร้างเสริมพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับโดยการใช้มาตรการป้องกันเชิงรุก ได้แก่ การพลิกตัว การจัดทำ การจัดทำให้มีการเคลื่อนไหวโดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วย. การใช้อุปกรณ์เพื่อรองรับแรงกดที่จุดต่างๆ ของร่างกาย โดยการใช้อุปกรณ์รองปุ่มกระดูกจากใยมะพร้าวสามารถช่วยลดอุบัติการณ์แผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงได้ และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย. นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแนวทางของเวชศาสตร์ครอบครัว โดยการติดตามเยี่ยมบ้านจะทำให้เกิดผลการรักษาที่ดี และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจสูงสุด.

เอกสารอ้างอิง

๑. อรรถจักร์ โดษยานนท์. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: เสก อภัยรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ). ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค; ๒๕๓๕.
๒. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. JAMA 2006;296:974-84.
๓. Courtney H, Lyder ND. Pressure ulcer prevention and management. JAMA 2003;289:223-6.
๔. Barczak CA, Barnett RI, Childs EJ, Bosley LM. Fourth national pressure ulcer prevalence survey. Adv Wound Care 1997;269:494-7.
๕. O'Dea K. Prevalence of pressure sores in the UK. J Wound Care 1993;2:221-5.
๖. Carlson EV, Kemp MG, Shott S. Predicting the risk of pressure ulcers in critically ill patients. Am J Crit Care 1999;8:262-9.
๗. Cullum N, Dickson R, Eastwood A. The prevalence and treatment of pressure sores. Nurs Standard 1996;10:32-3.
๘. วิจิตร ศรีสุพรรณ. การสำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่. จุลสารชมรมควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย ๒๕๔๕; ๑๒(๑):๒๕-๓๕.
๙. ชวลี เข้มวงษ์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. วารสารวิจัยทางการแพทย์ ๒๕๔๒;๓:๑๒-๒๕.
๑๐. Gawron CL. Risk factors for and prevalence of pressure ulcers among hospitalized patients. J Wound Ostomy Continence Nurs 1994;21:232-40.
๑๑. Maklebust JA. Pressure ulcer staging system. Adv Wound Care 1995;8:2811-4.
๑๒. Schue RM, Langemo DK. Pressure ulcer prevalence and incidence and a modification of the Braden Scale for a rehabilitation unit. J Wound Ostomy Continence Nurs 1998;25:36-43.
๑๓. Fife C, Otto G, Capsuto EG, Brandt K, Lyssy K, Murphy K, Short C. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. Crit Care Med 2001;29:283-90.
๑๔. Carlson EV, Kemp MG, Shott S. Predicting the risk of pressure ulcers in critically ill patients. Am J Crit Care 1999;8:262-9.
๑๕. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive interventions. J Am Geriatr Soc 1996;44:22-30.
๑๖. Richardson GM, Gardner S, Frantz RA. Nursing assessment: impact on type and cost of interventions to prevent pressure ulcers. J Wound Ostomy Continence Nurs 1998;25:273-80.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

สมพิศ จำปาเงิน*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย ประชากรตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้ทฤษฎีรูปแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการวิจัย. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ ๓๕, ๔๐, ๔๕, ๕๐, ๕๕ และ ๖๐ ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี ๒๕๑ คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในช่วงเดือนมิถุนายน ๒๕๕๐ - เดือนกรกฎาคม ๒๕๕๐. วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไช - สแควร์ และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน.

การสำรวจพบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายร้อยละ ๔๖.๖ มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง, ร้อยละ ๕๗.๒ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรคมะเร็งคอมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง, ร้อยละ ๖๘.๑ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง, ร้อยละ ๗๒.๕ มีการรับรู้ผลดีของการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูกอยู่ในระดับสูง, และร้อยละ ๖๐.๖ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูกในระดับสูง, และสตรีกลุ่มเป้าหมายร้อยละ ๕๗ ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูก, ร้อยละ ๑๐.๗ไม่ได้รับการตรวจ; สถานภาพสมรสและความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p \leq ๐.๐๕$).

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูกแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายเป็นประจำ เพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูกเพิ่มมากขึ้น เพื่อสุขภาพที่ดีของกลุ่มเป้าหมายต่อไป.

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตัวเอง, โรคมะเร็งคอมดลูก, สตรีกลุ่มเป้าหมาย

Abstract

Factors Relating Self-care Behavior to the Control of Cervical Cancer in a Target Group of Women in Tambol Nong Ya Sai, Nong Ya Sai District, Suphan Buri Province

Sompit Jampa-ngern*

**Nong Ya Sai Hospital, Suphan Buri Province*

This survey research study was aimed at to examining the self-health-care behavior of women in preventing cervical cancer among a target group of women in Tambol Nong

*โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

Ya Sai, Amphur Nong Ya Sai, Suphan Buri. Applying the Health Belief Model Theory as a guideline, the research had been performed during June and July 2007 using purposive sampling on 251 target women aged 35, 40, 45, 50, 55 and 60 in the area under the responsibility of Nong Ya Sai Hospital. The research workflow consisted of interviewing, data collection and analyzing processes, using frequency distribution, percentage, means, standard deviation, chi-square test and Pearson's correlation coefficient.

The results indicated that 46.6 percent of the target group of women had an intermediate level of knowledge about cervical cancer, 97.2 percent had an intermediate level of acknowledging risk opportunities in having cervical cancer, 68.1 percent had an intermediate level of acknowledging cervical cancer, 72.9 percent had a high level of acknowledging the benefit of having a Pap smear test, 60.6 percent had a high level of self-care behavior in preventing cervical cancer, 53.0 percent had a Pap smear test, while 10.7 percent did not undergo that test. The research also informs that marriage status and knowledge about cervical cancer have a significant relationship with self-care behavior in preventing cervical cancer (p value ≤ 0.05).

Recommendation: Public health officials should provide knowledge about cervical cancer to increase the number of target group women who have undergone a Pap smear test, which will lead to good health.

Key words: self-care behavior, cervical cancer, target group women

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคมะเร็งคอมดลูกเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะในประเทศไทยที่กำลังพัฒนา. ในประเทศไทย มะเร็งคอมดลูกเป็นโรคมะเร็งอันดับหนึ่งในสตรีไทย. จากสถิติสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข^(๑,๒) พบว่าในแต่ละปีมีสตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งคอมดลูกระยะลุกลามปีละ ๕,๖๐๐ คน และคาดการณ์ประมาณจำนวนผู้ป่วยมะเร็งคอมดลูกรายใหม่ใน พ.ศ. ๒๕๕๑ ทั้งประเทศจะไม่น้อยกว่า ๘,๐๐๐ ราย^(๑). ทั้ง ๆ ที่มะเร็งคอมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ เนื่องจากมีระยะก่อนเป็นมะเร็งนานหลังจากที่มีการเริ่มต้นจะใช้เวลานานกว่า ๑๐ ปีที่จะเป็นมะเร็งระยะลุกลาม แต่ปรากฏว่าเมื่อพบผู้ป่วยมะเร็งคอมดลูก ส่วนใหญ่เป็นโรคในระยะลุกลาม ซึ่งอัตราการอยู่รอด ๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๕. แต่อัตราการอยู่รอด ๕ ปีนี้จะดีขึ้น ถ้าค้นพบในระยะเริ่มแรก^(๒).

การลดความเสี่ยงการเป็นมะเร็งคอมดลูกคือ การค้นพบพบในระยะเริ่มแรกให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะในระยะก่อนเป็นมะเร็งเนื่องจากการรักษาในระยะนี้จะมีประสิทธิภาพสูง. ดังนั้น การตรวจหาความผิดปกติตั้งแต่เนิ่น ๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพราะสตรีทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งคอมดลูก, โดยเฉพาะอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ตั้งงานแล้ว

พบได้มากกว่าร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วย และพบมากที่สุดใอายุ ๔๕-๕๐ ปี. สตรีโสดอายุมากก็พบได้เช่นกันแต่น้อยราย^(๓). จากการศึกษาของ International Agency for Research on Cancer (IARC/WHO) พบว่าการตรวจข้อมเซลล์ป้ายช่องคลอดปีละครั้งทุกปี, ๒ ปีครั้ง หรือ ๓ ปีครั้ง อัตราโรคมะเร็งคอมดลูกลดลงได้ถึงร้อยละ ๓๑-๓๓, และการตรวจข้อมเซลล์ป้ายช่องคลอด ๕ ปีครั้งพบว่าอัตรามะเร็งคอมดลูกลดลงร้อยละ ๘๔ โดยการคัดกรองในสตรีอายุ ๓๕-๖๔ ปี^(๔). จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูกด้วยการป้ายช่องคลอดตรวจเซลล์มะเร็งให้ครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมาย มีความสำคัญต่อการลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูกได้มากกว่าความถี่ที่ได้รับการตรวจแต่ไม่ครอบคลุม. ดังนั้น แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้สตรีที่มีอายุ ๓๕, ๔๐, ๔๕, ๕๐, ๕๕ และ ๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูกทุกคน ด้วยวิธีแป็ปสเมียร์ และกำหนดเป็นบริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(๓).

จากการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จังหวัดสุพรรณบุรี^(๕) พบว่ามีความครอบคลุมเพียงร้อยละ ๔๑.๐๗ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗, ร้อยละ



๕๔.๔๓ ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ และ ร้อยละ ๕๕.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๔๙, ซึ่งอำเภอหนองหญ้าไซ มีอัตราความครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง พ.ศ. ๒๕๔๘ ร้อยละ ๕๗.๔๙ และในปี ๒๕๔๙ ร้อยละ ๕๓.๕ จะเห็นว่าอัตราความครอบคลุมยังค่อนข้างต่ำแม้จะผ่านเกณฑ์เมื่อเทียบกับเป้าหมายและมีแนวโน้มที่ลดลง ตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคมาเร็งแห่งชาติ ซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ ๕๐ ของสตรีกลุ่มเป้าหมาย และการค้นพบผู้ป่วยมะเร็งคอมดลูกรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นในระยะลุกลาม^(๖) ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมายังประสบปัญหาหลายประการ ผู้ที่มารับการตรวจด้วยความสมัครใจมักมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นแล้ว ส่วนในคนที่ยังไม่มีการผิดปกติมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่มารับการตรวจ ได้แก่ ความกลัวต่อการตรวจคัดกรอง กลัวเจ็บกลัวการตรวจพบโรค มีความอาย และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค.

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์

๑. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งคอมดลูก.
๒. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ผลดีของการมาตรวจมะเร็งคอมดลูกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งคอมดลูก.

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ ๓๕, ๔๐, ๔๕, ๕๐, ๕๕ และ ๖๐ ปีในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน ๒๕๑ คน. โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

๑. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส, ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ผลดีของการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูก.

๒. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเป็นโรคมะเร็งคอมดลูก.

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจในประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน ๒๕๑ คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง.

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำมาจากมหาวิทยาลัยมหิดล^(๖) และผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาและปรับปรุงตามกรอบแนวความคิด ที่มีเนื้อหาที่ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูก และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก อันประกอบด้วย ๖ ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส.
- ส่วนที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก.
- ส่วนที่ ๓ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก.
- ส่วนที่ ๔ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งคอมดลูก.
- ส่วนที่ ๕ การรับรู้ผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูก.
- ส่วนที่ ๖ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก.

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. สถิติพรรณนา ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส, ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ผลดีของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูก และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก โดยวิเคราะห์ค่าสถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน.

๒. สถิติวิเคราะห์ โดยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส, ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ผลดีของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก ใช้ไหม-สแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน.

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มเป้าหมายร้อยละ ๒๓.๖ มีอายุ ๔๕ ปี, ร้อยละ ๒๒.๓ อายุ ๔๐ ปี, ร้อยละ ๑๖.๐ อายุ ๕๐ ปี: ร้อยละ ๖๘.๔

จบประถมศึกษา, ร้อยละ ๒๒.๗ ไม่ได้เรียนหนังสือ, ร้อยละ ๘.๔ จบชั้นมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า; ร้อยละ ๖๐.๖ มีอาชีพทำนา/ทำไร่/ทำสวน, ร้อยละ ๒๔.๖ รับจ้าง, ร้อยละ ๗.๖ แม่บ้าน; ร้อยละ ๖๒.๙ มีรายได้ ๒,๐๐๑- ๕,๐๐๐ บาท, ร้อยละ ๒๑.๑ น้อยกว่า ๒,๐๐๐ บาท, ร้อยละ ๑๒.๔ รายได้ ๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท; ร้อยละ ๘๒.๙ สถานภาพสมรส คู่, ร้อยละ ๑๗.๑ หม้าย/หย่า/แยก.

ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษ อาชีพ สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๑๘). อายุ การศึกษา

ตารางที่ ๑ ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษ อาชีพ สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก

ตัวแปร	การปฏิบัติ						ไหม-สแควร์	ค่าพี
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ		
การศึกษา								
ไม่ได้เรียนหนังสือ	๓๘	๖๖.๓	๑๒	๒๑.๐	๓	๑๒.๓		
ประถมศึกษา	๑๐๓	๕๕.๕	๕๐	๒๘.๕	๒๐	๑๑.๖	๑.๕๘	๐.๓๓๕
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	๑๑	๕๒.๔	๓	๓๓.๓	๓	๑๔.๓		
รวม	๑๕๒	๖๐.๖	๖๕	๒๖.๕	๓๐	๑๒.๐		
อาชีพ								
แม่บ้าน	๘	๔๒.๑	๕	๒๖.๓	๖	๓๑.๖		
ค้าขาย	๖	๔๒.๕	๖	๔๒.๕	๒	๑๔.๓		
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	๑๐๐	๖๕.๘	๔๑	๒๗.๐	๑๑	๗.๒	๑๕.๓๒	๐.๐๕๓
รับจ้าง	๓๕	๕๖.๕	๑๖	๒๕.๘	๑๑	๑๗.๗		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๓	๗๕.๐	๑	๒๕.๐	-	-		
รวม	๑๕๒	๖๐.๖	๖๕	๒๖.๕	๓๐	๑๒.๐		
สถานภาพสมรส								
คู่	๑๓๒	๖๓.๕	๕๕	๒๖.๔	๒๑	๑๐.๑		
หม้าย/หย่า/แยก	๒๐	๔๖.๕	๑๐	๓๒.๖	๙	๒๐.๕	๕.๖๐	๐.๐๑๘*
รวม	๑๕๒	๖๐.๖	๖๕	๒๖.๕	๓๐	๑๒.๐		



ตารางที่ ๒ ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

ตัวแปร	ราย	r	ค่าพี
อายุ	๒๕๑	-๐.๐๗๒	๐.๒๕๘
รายได้	๕๐	-๐.๐๔๔	๐.๔๘๔

ตารางที่ ๓ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ผลดีของการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก

ข้อมูล	ราย	r	ค่าพี
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก	๒๕๑	๐.๒๐๖	๐.๐๐๑*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก	๒๕๑	๐.๐๕๘	๐.๓๕๖
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งคอมดลูก	๒๕๑	๐.๐๐๑	๐.๙๕๑
การรับรู้ผลดีของการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูก	๒๕๑	๐.๑๑๕	๐.๐๗๐

อาชีพ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย (ค่าพี > ๐.๐๕) (ตารางที่ ๑ และ ๒).

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ผลดีของการมาตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๐๑) โดยที่ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งคอมดลูก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ ๐.๒๐๖ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งคอมดลูก, การรับรู้ผลดีของการมาตรวจมะเร็งคอมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการ

เกิดโรคมะเร็งคอมดลูกโดยนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี > ๐.๐๕) (ตารางที่ ๓).

วิจารณ์

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีรูปแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ในการสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง มีผลให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่ สถานภาพสมรส และความรู้เรื่องโรคมะเร็งคอมดลูก มีผลต่อการมาตรวจสุขภาพ. ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูก เพื่อสนับสนุนการมาตรวจสุขภาพทุก ๆ ปีอย่างต่อเนื่อง และควรนำผลวิจัยนี้ไปใช้กับการรณรงค์การตรวจมะเร็งเต้านมและอื่น ๆ ต่อไป.

เพื่อความสำเร็จของการปฏิบัติงาน ผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับอำเภอควรให้การสนับสนุนวัสดุ - อุปกรณ์ ต่าง ๆ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูกในประชากรจังหวัดด้วย.

เอกสารอ้างอิง

๑. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย. ม.ป.ท.; ๒๕๔๗. คู่มือการตรวจภายในและการทำ Pap smear. ม.ป.ท.; ๒๕๔๕. มะเร็งแห่งชาติ, ผลงานประจำปี ๒๕๔๕. นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้ง; ๒๕๔๖.
๒. ระเบียบ แค้วนคอนนิม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ศูนย์สุขภาพชุมชนใหม่มาเพียง อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขขอนแก่น ๒๕๔๗; ๑๖:๖-๘.
๓. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๔๗.
๔. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย. ม.ป.ท.; ๒๕๔๗.

๕. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ; ๒๕๔๘.
๖. โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๕๐ (ตค. ๔๘-กค. ๕๐); ๒๕๕๐.

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

๑. สาโรจน์ วรรณพฤกษ์. บทความวิชาการที่สมบูรณ์. ธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๔๘; ๕:๑๘๔.
๒. สมหมาย อุดสุวรรณ. มะเร็งคอมดลูก/ มะเร็งปากมดลูก. ธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๔๘;๕: ๒๕๕ (จดหมาย).
๓. เรือน สมณะ. คอมดลูก/ปากมดลูก. ธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๔๘; ๕:๒๕๖ (จดหมาย).

ประโยชน์ของการตรวจวิธีแป็บ เพื่อคัดกรองโรคมะเร็ง คอมดลูกในสตรีที่ผลการตรวจวิธีวีไอเอเอ เป็นบวก

ไชยพร ส่งประเสริฐเจริญ*

บทคัดย่อ

มะเร็งคอมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยมากในสตรีไทย ได้มีการคัดกรองคอมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็งด้วย
การตรวจวิธีแป็บมานานกว่า ๔๐ ปี แต่ความครอบคลุมไม่ประสบความสำเร็จ ภายหลังจากนำวิธีป้าย
ปากมดลูกด้วยกรดน้ำส้มเจือจางและตรวจด้วยตาเปล่า (วีไอเอ) มาใช้ร่วมด้วย เมื่อผลการตรวจด้วย
วิธีวีไอเอให้ผลบวก ก็ยังมีแพทย์จำนวนไม่น้อยไปตรวจคัดกรองซ้ำด้วยวิธีแป็บ. การศึกษานี้จึง
ดำเนินเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูกระยะก่อนมะเร็งด้วยวิธีแป็บ
ในผู้ที่รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอได้ผลบวกแล้ว.

การศึกษาทำย้อนหลังแบบพรรณนาผู้ที่รับการตรวจที่โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัด
หนองคาย ในช่วงวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๗ ถึง ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐ จำนวน ๑๐๕ ราย. ผล
การตรวจวิธีแป็บและการตรวจด้วยกล้องส่องตรวจปากมดลูกพร้อมกับตัดชิ้นเนื้อปากมดลูก. ผลการ
ตรวจวิธีแป็บไม่พบความผิดปกติ ๑๐๒ รายและผิดปกติ ๓ ราย. ส่วนผลการตรวจชิ้นเนื้อไม่พบเซลล์
คอมดลูกผิดปกติหรือมีการอักเสบจำนวน ๕๐ ราย และผลการตรวจ “ผิดปกติ” คือผลการตรวจ
พบเซลล์ผิดปกติตั้งแต่ระดับ ๑ จนถึงเป็นมะเร็งคอมดลูกจำนวน ๑๕ ราย. จากการคำนวณได้ความ
ไวของการตรวจวิธีแป็บเป็นร้อยละ ๓๖.๘๔ และความจำเพาะร้อยละ ๑๐๐. มีค่าการทำนายเมื่อผล
การตรวจเป็นบวกร้อยละ ๑๐๐ และค่าการทำนายเมื่อผลการตรวจเป็นลบร้อยละ ๘๘.๒๔.

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าเมื่อทำการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอมาแล้วได้ผลบวก ไม่ควร
ทำการตรวจคัดกรองซ้ำด้วยวิธีแป็บอีก เนื่องจากผลการตรวจวิธีแป็บมีความไวค่อนข้างต่ำ.

คำสำคัญ: การตรวจวิธีแป็บ, การตรวจวีไอเอ, โรคมะเร็งคอมดลูก

Abstract Benefits of Performing Vaginal Papanicolaou Smear in Visual Inspection, Using
Acetic Acid-positive Subjects
Chaiyaporn Songphasertcharoen*

*Bungkan Hospital, Bungkan District, Nongkhai Province

Carcinoma of the cervix is the most common cancer in Thai women. Over 40 years,
Pap smears have been used as the standard technique for cervical cancer screening, but
the coverage is quite low among the population and the incidence of advanced stage
cancer is still high. Acetic acid (VIA) testing had been introduced as an alternative method
in order to improve the effectiveness of cervical cancer screening in Thailand. When the
VIA result was positive, the client is referred for further management, but most doctors
do a repeat Pap smear to start rescreening as usual. This study was conducted to evaluate
the effectiveness of VIA and determine how necessary it is to practice in VIA-positive

*โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย

women.

This retrospective descriptive study was conducted in VIA-positive women who were sent for colposcopic examination between February 17, 2004 and February 16, 2007, a total of 109 cases. Pap smear and colposcopic cervical biopsy, with or without LEEP conization, were performed. A Pap smear result of "normal" meant normal; inflammation was found in 102 cases. "Abnormal" meant SIL or CIN to carcinomas, which was found in seven cases. The histopathological result was classified as "normal", meaning negative and cervicitis, and "abnormal" meaning CIN I to carcinomas, which were found in 90 and 19 cases respectively. Pap smear sensitivity was 36.84 percent, specificity was 100 percent, positive predictive value was 100 percent, and negative predictive value was 88.24 percent. This study suggested that repeated screening by Pap smear in VIA-positive women should not be recommended due to its low sensitivity.

Key words: Pap smear, VIA, screening

ภูมิหลังและเหตุผล

มะเร็งคอมดลูกเป็นปัญหาที่สำคัญของสตรีทั่วโลก มีผลกระทบต่อทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว. อุบัติการณ์โรคพบประมาณปีละ ๕ แสนราย และในจำนวนนี้กว่าครึ่งหนึ่งเสียชีวิต. ประมาณร้อยละ ๘๐ เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา. ประเทศไทยมีรายงานมะเร็งคอมดลูกรายใหม่ประมาณปีละ ๖ พันรายหรือ ๒๐.๙ รายต่อแสนประชากรสตรีต่อปี^(๑). การที่จะป้องกันการเกิดมะเร็งชนิดนี้ได้จะต้องมีการตรวจคัดกรองระยะก่อนมะเร็งให้ได้มากกว่าร้อยละ ๘๐ ของสตรีกลุ่มเป้าหมาย^(๒). จากการสำรวจโดยการตรวจคัดกรองด้วยวิธีตรวจเซลล์ป้ายปากมดลูกหรือวิธีย้อมเซลล์ป้ายช่องคลอดด้วยสีปานิโคลาอู (นิยมเรียกว่าแป็บสเมียร์) ซึ่งใช้กันในประเทศไทยมานานมากกว่า ๔๐ ปี. การสำรวจใน พ.ศ. ๒๕๔๓ พบว่าทั่วประเทศมีความครอบคลุมในการตรวจวิธีแป็บเพียงร้อยละ ๕^(๓) ทำให้อุบัติการณ์โรคมะเร็งคอมดลูกไม่ได้ลดลงเลย. ด้วยเหตุนี้ ทางราชวิทยาลัยสูติแพทย์และนรีเวชแพทย์จึงนำการคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูกด้วยวิธีป้ายปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชูเจือจางตรวจด้วยตาเปล่า (visual inspection using acetic acid : VIA) มาใช้ และบำบัดด้วยการจี้เย็น (cryotherapy) เพื่อทำลายรอยโรคที่ปากมดลูก เป็นทางเลือกและเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง^(๔) ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและมีราคาถูก โดยเฉพาะใช้ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดและระบบบริการการส่งต่อและตรวจรักษา

ไม่ครบวงจร^(๕). ปัจจุบันมีการดำเนินการมากกว่า ๑๐ จังหวัด โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร. บางครั้งผลการคัดกรองด้วยวิธีไอเอเอซึ่งทำที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนได้ผลบวก แต่ไม่สามารถทำการจี้เย็นได้เนื่องจากรอยโรคมีขนาดใหญ่. ผู้บริการก็จะส่งผู้ป่วยต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ หรือศูนย์มะเร็งเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่อไป แต่แพทย์ที่รับผู้ป่วยที่มีผลไอเอเอบวก ก็มักใช้การตรวจวิธีแป็บเพื่อยืนยันและใช้ผลการตรวจซ้ำนี้ตัดสินว่าจะดำเนินการอย่างไรต่อไป เสมือนว่าผู้รับบริการกลุ่มนี้ยังไม่เคยผ่านการตรวจคัดกรองมาก่อน.

ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษารายนี้เพื่อประเมินเปรียบเทียบประสิทธิภาพการตรวจแป็บในผู้ที่ผ่านการตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอเอได้ผลบวกแล้ว.

ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาในผู้ที่รับบริการการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมดลูกด้วยวิธีไอเอเอที่มีผลเป็นบวกและไม่สามารถจี้เย็นได้ จึงส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยวิธีส่องกล้องตรวจมดลูก. การทบทวนข้อมูลของผู้บริการได้จากเวชระเบียนและแบบบันทึกข้อมูลการส่องกล้องตรวจปากมดลูกที่ทำในช่วงวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๗ ถึง ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐. เมื่อสืบค้นได้เลขที่ผู้ป่วยโรงพยาบาลแล้วจึงนำไปค้นหาบัตรผู้ป่วยนอก คัดแยกเฉพาะผู้ที่ได้รับการส่อง



กล้องตรวจมดลูก และมีผลการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอเอ ให้ผลบวก แต่ไม่สามารถจัดชั้นได้. คัดเลือกผู้รับบริการกลุ่มนี้ เฉพาะผู้ที่ได้รับการตรวจวิธีแป็บร่วมด้วย. นำผลการตรวจแป็บ, ผลทางพยาธิวิทยาขึ้นเนื้อปากมดลูกตัดทางกล้องส่องปากมดลูกและหรือการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้ามาศึกษา. แบ่งผลการตรวจแป็บออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ ผลผิดปกติ และผลไม่พบผิดปกติ. “ผลไม่พบผิดปกติ” คือผลการตรวจแป็บอ่านเป็นลบหรือมีเพียงการอักเสบ (ผลการตรวจอาจเป็นลบจริงหรือลบเท็จก็ได้เช่นรายที่ขึ้นเนื้อพบความผิดปกติ) แต่ผลการตรวจไม่อาจเรียกว่าเป็นผลปกติก็เพราะว่าผลการตรวจทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นการตรวจร่างกายหรือการตรวจอื่น ๆ ไม่สามารถสรุปว่าปกติ เพราะวิธีการตรวจอาจไม่มีประสิทธิภาพเต็มร้อย หรือตัวอย่างตรวจไม่มีสิ่งให้ผลบวกโดยเฉพาะถ้าตรวจเพียงครั้งเดียว. ส่วนผล “ผิดปกติ” คือผลการตรวจพบความผิดปกติของเซลล์เยื่อเมือกถึงเป็นเซลล์มะเร็ง. ผลตรวจขึ้นเนื้อถือเป็นผลการวินิจฉัยในผู้มารับการตรวจรายนั้น ๆ โดยแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มเช่นกันคือ ผิดปกติและไม่พบผิดปกติ. ในกรณี “ไม่พบผิดปกติ” หมายถึงการตรวจขึ้นเนื้อไม่พบความผิดปกติ หรือมีเพียงการอักเสบของปากมดลูก. ส่วนผล “ผิดปกติ” หมายถึงเนื้อปากมดลูกมีเซลล์ผิดปกติตั้งแต่ซีไอเอเอ็น ๑ จนถึงเป็นมะเร็ง. การตรวจขึ้นเนื้อตัดจากปากมดลูกให้พิจารณาผลการตรวจที่ผิดปกติที่

รุนแรงที่สุดเป็นการวินิจฉัยสุดท้ายของผู้มารับการตรวจรายนั้น ๆ. ข้อมูลต่าง ๆ คำนวณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้ตาราง ๒*๒ พิจารณาประสิทธิภาพของการตรวจแป็บ โดยหาความไวในการตรวจและความจำเพาะของการตรวจ. การทำนายเมื่อผลการตรวจเป็นบวกและการทำนายเมื่อผลการตรวจเป็นลบ เนื่องจากเป็นผู้ผ่านการตรวจคัดกรองมาแล้วและได้ผลเป็นบวกจึงควรจะได้รับ การตรวจพิสูจน์ทั้งหมดทุกคนเพราะเป็นโรคที่มีความจำเป็นต้องตรวจรักษาเพิ่มเติม และมีโอกาสหายได้สูง.

ผลการศึกษา

ประชากรตัวอย่าง ๑๐๙ ราย อายุเฉลี่ย ๓๗.๓๐±๕.๓๑ ปี, น้ำหนักเฉลี่ย ๕๗.๘๘±๘.๓๙ กิโลกรัม. ผลการตรวจแป็บ

ตารางที่ ๑ ผลการตรวจวิธีแป็บและผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

ตรวจแป็บ	ตรวจทางพยาธิวิทยา		
	ผิดปกติ	ปกติ	รวม
ผิดปกติ	๗	๐	๗
ปกติ	๑๒	๕๐	๑๐๒
รวม	๑๙	๕๐	๑๐๕

ตารางที่ ๒ พยาธิสภาพขึ้นเนื้อผิดปกติ

พยาธิสภาพ	ผลขึ้นเนื้อผิดปกติและผลแป็บปกติ	ผลขึ้นเนื้อผิดปกติและผลแป็บผิดปกติ	ผลขึ้นเนื้อผิดปกติรวม
CIN1	๑	๐	๑
CIN2	๑	๑	๒
CIN3	๒	๐	๒
CIS	๖	๔	๑๐
SC CA	๑	๒	๓
ADENO CA	๑	๐	๑
รวม	๑๒	๗	๑๙

CIN1 = Cervical intraepithelial neoplasia 1, CIN2 = Cervical intraepithelial neoplasia 2

CIN3 = Cervical intraepithelial neoplasia 3, CIS = Carcinoma in situ

SC CA = มะเร็งสความัส, ADENO CA = มะเร็งอดีโน

๑๐๙ รายพบผิดปกติ ๗ ราย ไม่พบความผิดปกติ ๑๐๒ ราย, วินิจฉัยทางพยาธิวิทยา พบผิดปกติ ๑๙ ราย ปกติ ๙๐ ราย (ดูตารางที่ ๑). จากข้อมูลในตารางที่ ๑ คำนวณความไวของการตรวจวิธีแป๊ปได้ร้อยละ ๓๖.๘๔ และความจำเพาะร้อยละ ๑๐๐. การทำนายเมื่อผลการตรวจแป๊ปเป็นบวกได้ร้อยละ ๑๐๐ และการทำนายเมื่อผลการตรวจเป็นลบได้ร้อยละ ๘๘.๒๔, มีผู้ที่การตรวจขึ้นเมื่อพบความผิดปกติแต่ผลการตรวจแป๊ปไม่พบผิดปกติ (ลบเท็จ) ๑๒ คนคือร้อยละ ๖๓.๑๖ ของผู้ที่มีความผิดปกติ.

ผลการตรวจขึ้นเมื่อพบความผิดปกติแสดงในตารางที่ ๒.

วิจารณ์

ผลการศึกษาค้นคว้าได้ความไวของการตรวจแป๊ปร้อยละ ๓๖.๘๔ และความจำเพาะร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fahey MT และคณะ^(๖) พบว่าการตรวจแป๊ปมีความไวต่ำกว่าที่ร้อยละ ๒๐-๓๕ แต่มีความจำเพาะสูงที่ร้อยละ ๙๐-๙๕. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการคัดกรองมะเร็งคอมมดลูกระหว่างการตรวจแป๊ปและการตรวจด้วยวิธีวีไอเอเอที่มหาวิทยาลัยซิมบับเว/JHPIEGO^(๗) พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมมดลูกด้วยวิธีวีไอเอเอมีความไวร้อยละ ๗๗ และมีความจำเพาะร้อยละ ๖๔ ส่วนการตรวจแป๊ปมีความไวและความจำเพาะร้อยละ ๔๔ และ ๙๑ ตามลำดับ. การศึกษาของ Denny และคณะ^(๘) และของ Belinson และคณะ^(๙) ก็ให้ผลการศึกษาเช่นเดียวกัน จึงสรุปว่าการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแป๊ปมีความไวต่ำกว่าการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอเอแต่มีความจำเพาะสูงกว่า.

อย่างไรก็ดีในการคัดกรองโรคนั้นต้องการชุดการตรวจที่มีความไวสูง การตรวจวิธีวีไอเอเอจึงมีความเหมาะสมที่จะใช้ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งคอมมดลูก มากกว่าใช้การตรวจวิธีแป๊ป แม้ว่าการตรวจแป๊ปจะมีความจำเพาะสูงกว่าก็ตาม. ดังนั้นเมื่อการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอเอได้ผลบวกหรือการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแป๊ปได้ผลผิดปกติ การตรวจวินิจฉัยลำดับต่อไปควรเป็นการส่องกล้องตรวจปากมดลูก ไม่จำเป็นต้องไปเสีย

เวลาทำการตรวจคัดกรองซ้ำโดยวิธีอื่น และอาจเกิดผลเสียดังเช่นการศึกษาที่การตรวจวิธีแป๊ปซ้ำในผู้ที่ผ่านการคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอเอได้ผลบวกแล้วพบว่ามีผู้ถูกคัดกรองจำนวน ๑๒ คน (ร้อยละ ๖๓.๑๖) ที่มีความผิดปกติแต่ผลการตรวจวิธีแป๊ปให้ผลปกติ (ตารางที่ ๒) ซึ่งทำให้ผู้รับบริการที่มีความผิดปกติกลุ่มนี้ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่อไป จึงไม่ทราบว่ามีผลผิดปกติที่ปากมดลูกหรือไม่ ทำให้เสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไปทั้ง ๆ ที่ได้ผ่านการตรวจคัดกรองว่าผิดปกติ.

การตรวจวิธีแป๊ปมีความจำเพาะสูง และการทำนายผลเมื่อผลการตรวจผิดปกติสูงถึงร้อยละ ๑๐๐ ทำให้มั่นใจได้ว่าเมื่อตรวจวิธีแป๊ปได้ผลผิดปกติจะมีความผิดปกติแน่นอน แต่ก็ไม่สามารถนำผลการแปลผลนี้เพื่อใช้การตรวจวิธีแป๊ปแทนการตรวจพิสูจน์ด้วยกล้องส่องช่องคลอดได้. การตรวจวิธีแป๊ปอาจใช้เป็นการตรวจเสริมการส่องกล้องตรวจปากมดลูกเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการวินิจฉัย.

ดังนั้นในความเห็นของผู้วิจัยว่าผู้ที่ผ่านการคัดกรองโรคมะเร็งคอมมดลูกด้วยวิธีวีไอเอเอได้ผลบวก ควรนำไปตรวจด้วยกล้องส่องปากมดลูกทันที โดยไม่ต้องทำการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมมดลูกซ้ำด้วยการตรวจวิธีแป๊ปอีก

กิตติกรรมประกาศ

แพทย์หญิงพิสมัย ยืนยาว หน่วยมะเร็งนรีเวชวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยขอนแก่น และนายแพทย์วัชร เอี่ยมรัมย์กุล โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ได้กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. สมยศ ศิริศรี, เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. Cervix uteri. ใน: สมยศ ศิริศรี, นิमित มาร์ติน, สนิษฐา สนธิพงษ์, สุพรรณิ ศรีอัมพร, หัสชา ศรีปลั่ง, เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, และคณะ (บรรณาธิการ). Cancer in Thailand. Vol. II. 1992-1994. Lyon: IARC; 1999. p. 56-9.
๒. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low and middle-income developing countries. Bull World Hlth Org 2001;79:954-62.



๓. เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. Cervical cancer screening: Pap smears. ใน: เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, ธีรวุฒิ กุหะเปรมะ, สมยศ ศิริคมี. (บรรณาธิการ). Appropriate strategic plan in cervical cancer control and prevention of Thailand. Bangkok: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; ๒๐๐๐. หน้า ๑๕-๒๒.
๔. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOC)/ JHPIEGO Corporation Cervical Cancer Prevention Group. Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: A demonstration project. *Lancet* 2003;361:814-20.
๕. Sherris J, Agurto I, Arrossi S, Dzuba I, Gaffikin L, Herdman C, et al. Advocating for cervical cancer prevention. *Int J Gynecol Obstet* 2005;89(Suppl 2): S46-54.
๖. Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. *Am J Epidemiol* 1995;141:680-9.
๗. University of Zimbabwe/ JHPIEGO Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: Test qualities in a primary care setting. *Lancet* 1999;353:869-73.
๘. Denny L, Kuhn L, Pollack A, Wainwright H, Wright TC Jr. Evaluation of alternative methods of cervical cancer screening for resource-poor settings. *Cancer* 2000;89:826-33.
๙. Belinson JL, Pretorius RG, Zhang WH, Wu LY, Qiao YL, Elson P. Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstet Gynecol* 2001;98:441-4.

ประชากรวัยโรคอำเภอราษีไศล แนวโน้มการดูแลรักษา ผู้ป่วยวัยโรคอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

สมชาย ภาณุมาสวิวัฒน์*

สทิต สายแก้ว*

นพรัตน์ ทรไชย*

บทคัดย่อ

การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัยโรค และแนวโน้มการดูแลรักษาผู้ป่วยวัยโรคในอำเภอราษีไศลเพื่อทราบถึงสถานการณ์แนวโน้ม ตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยวัยโรครายใหม่ มาเปรียบเทียบกับภาระงานของคลินิกวัยโรคอำเภอราษีไศลรอบหลายปีที่ผ่านมา เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการควบคุมโรคของพื้นที่ในระยะยาว โดยเก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างทั้งในลักษณะการสัมภาษณ์ ข้อมูลเชิงลึก และข้อมูลจากทะเบียนรายงาน ในกลุ่มผู้ป่วยวัยโรคที่มาขึ้นทะเบียนและรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลราษีไศล ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๘ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๔๙ จำนวน ๑๓๔ คน (จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๑๔๘ คน). ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๖๔.๒ เป็นชาย, ร้อยละ ๔๐.๓ มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป, ร้อยละ ๘๘.๑ มีการศึกษาระดับชั้นประถม, ร้อยละ ๗๑.๖ มีอาชีพทำนา, ร้อยละ ๗๐.๑ เคยฉีดวัคซีนบีซีจี, ร้อยละ ๑๑.๒ เป็นโรคเบาหวาน, ร้อยละ ๑.๕ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติอาศัยร่วมบ้าน และใกล้ชิดผู้ป่วยวัยโรคมาก่อนถึงร้อยละ ๗๐.๑. พฤติกรรมการดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยพบว่ายังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง คือผู้ป่วยวัยโรคปอดร้อยละ ๔๖.๘ ไม่สวมหน้ากากปากจมูก, ร้อยละ ๗๖.๗ ไม่มีการกำจัดเสมหะถูกวิธี, ร้อยละ ๓๓.๖ ไม่แยกที่นอนของใช้ขณะเริ่มรักษา และร้อยละ ๓๕.๘ ไม่แยกภาชนะบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการตรวจเสมหะผู้สัมผัสผู้ป่วยวัยโรคคลินิกวัยโรคของอำเภอราษีไศล ซึ่งมีการตรวจน้อยมาก ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการแพร่เชื้อวัณโรคระหว่างผู้ป่วยกับผู้ที่ยู่ในบ้านเดียวกัน.

จากการศึกษารังนี้ได้อธิบายว่าการควบคุมวัณโรคให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะใช้เฉพาะการรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ จะต้องมีการเร่งค้นหาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้สัมผัสผู้ป่วยวัยโรคในบ้านเดียวกัน เพื่อจะได้นำมาบำบัดรักษาก่อนที่จะแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลที่ใกล้ชิดเคียงต่อไป ตลอดจนต้องใส่ใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้การควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ.

คำสำคัญ: วัณโรค, การป้องกันการแพร่เชื้อ, การควบคุมโรค

Abstract

Study of General Data on Tuberculosis Cases and Management Trends in a TB Clinic in Rasisalai District, Srisaket Province

Somchai Panumaswivat*, Sathit Saikew*, Noparath Harnrachai*

*Rasisalai Hospital, Srisaket Province

This report is aimed at studying the management trend of Rasisalai Clinic and the general data on the occurrence of new tuberculosis cases in Rasisalai district, Srisaket Province, for creating a proper TB control planning program. An interview survey was conducted at the TB clinic; all 134 TB cases had been registered between October 1, 2005

*โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ



and September 30, 2006. The majority were males (64.2%), had a primary school level of education (88.1%), were farmers (71.9%) and were more than 60 years old (40.3%).

These patients were more likely to have been vaccinated with BCG (70.1%) than not vaccinated (29.9%). The study population also had other health indications as follows: DM 11.2 percent and HIV infection 1.5 percent. The most important factor was contact with TB cases in their households (70.1%). Improper protection measures between TB patients and their relatives could account for the occurrence of new TB cases: no mask (53.2%), improper sputum collection (36.7%), no isolated bedroom (33.6%) and no isolated eating area (35.8%). These behaviors were relevant to poor management of the Rasisalai TB Clinic in terms of screening TB contacts in the households and in terms of protective education.

We concluded that the effective TB treatment regimen offered by DOTS to control TB prevalence was not enough; the incidence of TB cases is still rising. We purpose speeding up the screening of new cases in different high-risk groups, especially for persons contacting tuberculosis cases in the same household. Proper protective behavior between the TB patients and their relatives staying with them is imperative. A good clean environment is another issue that should be the responsibility of the community at every level.

Key words: tuberculosis, protective behavior

ภูมิหลังและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่พบบ่อยทั้งในคนเมืองและชนบท โดยเฉพาะคนที่มีที่อยู่อาศัยในแหล่งที่มีระบบการถ่ายเทอากาศที่ไม่ดี เช่น ชุมชนแออัด เพราะเชื้อโรคนี้นั้นทนทานต่อความร้อนและแพร่กระจายในอากาศที่หายใจ. ใน พ.ศ. ๒๕๓๔ องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าจะมีประชากร ๑.๗๐๐ ล้านคนติดเชื่อวัณโรค ทำให้เกิดผู้ป่วยใหม่ ๘ ล้านคนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคปีละ ๒ ล้านคน^(๑). เนื่องจากการระบาดของวัณโรคควบคู่กับโรคติดเชื้อเอชไอวี ปัญหาการดื้อยาในการรักษา ประกอบกับการควบคุมวัณโรคในระดับชาติและนานาชาติยังถูกละเลยหรือไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ. ใน พ.ศ. ๒๕๓๖ องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าจะมีประชากรที่ติดเชื่อวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวนถึง ๕.๒ ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศยากจนหรือกำลังพัฒนา ทำให้แนวโน้มของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้นในอนาคต. องค์การอนามัยโลกจึงได้นำแนวทางการรักษาโดยใช้กลยุทธ์ที่เรียกว่า “DOTS” มาช่วยควบคุมวัณโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น.

สำหรับประเทศไทยนั้น วัณโรคยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ เพราะว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ ราย/ปี และมีเสียชีวิตประมาณปีละ ๗,๐๐๐-๘,๐๐๐ ราย^(๒) ถึงแม้ว่าจะเริ่มมีการใช้การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๙ และใน พ.ศ. ๒๕๓๙ ได้นำแนวทางการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) มาใช้ในการรักษาและควบคุมวัณโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ผลการดำเนินการก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ ถึงแม้ว่าสถานบริการพยายามจะดำเนินการควบคุมวัณโรคให้ถึงเป้าหมาย. ตัวชี้วัดที่สำคัญคือ (๑) อัตราการรักษาหายมากกว่าร้อยละ ๘๕, (๒) อัตราเสถียรเปลี่ยนจากบวกเป็นลบมากกว่าร้อยละ ๙๐ และกรมควบคุมโรคเสนอมาตรการต่าง ๆ ให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับดำเนินการเช่น การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่.

ในกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยโดยการตรวจเสมหะผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่มีเสมหะบวกทุกราย แต่ยังไม่พบอุบัติการณ์การเกิดวัณโรครายใหม่ในอัตราที่สูงตลอด ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าวัณโรคเป็นที่แพร่สู่กันได้โดยทางละอองเสมหะที่ฟุ้งกระจาย

ในอากาศ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการกินยาอย่างต่อเนื่อง ๒ สัปดาห์ ก็สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างมาก^(๔,๕).

อำเภอราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษมีประชากร ๘๕,๖๖๖ คน (พ.ศ. ๒๕๔๘) ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ฐานะปานกลาง ถึงยากจน มีสถานบริการสาธารณสุขคือ สถานีอนามัย ๑๕ แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด ๙๐ เตียง ๑ แห่ง คลินิกเอกชน ๕ แห่ง มีคลินิกวัณโรคเฉพาะที่โรงพยาบาล โดยมีแพทย์และฝ่ายสุขภาพีบาลรับผิดชอบ. ส่วนสถานีอนามัยจะช่วยในการควบคุมดูแลการกินยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยที่บ้านพร้อมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติร่วมกัน.

ผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปีงบประมาณ ๒๕๔๕-๒๕๔๙ ของอำเภอราชสีไศล มี (๑) อัตราการหายขาดมากกว่าร้อยละ ๘๕, (๒) อัตราการเปลี่ยนจากเสมหะจากบวกเป็นลบมากกว่าร้อยละ ๙๐ แต่ตลอดระยะเวลาที่ทำงานของผู้ทำรายงานเกี่ยวกับวัณโรคเกือบ ๒๐ ปี ที่อำเภอราชสีไศล พบว่าจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของอำเภอราชสีไศลยังคงสูงตลอด (ข้อมูล พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๙ มีผู้ป่วยรายใหม่ขึ้นทะเบียนการรักษาในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล ๑๔๕, ๑๖๑, ๑๔๐, ๑๒๓, ๑๔๘ ราย หรืออัตราป่วยต่อแสนประชากร ๑๗๔.๙๔, ๑๙๔.๕๗, ๑๖๘.๐๒, ๑๔๙.๑๖, ๑๗๒.๗๖ ตามลำดับ).

จากสถานการณ์และข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ทางทีมงานจึงทำการศึกษาข้อมูลและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดวัณโรครายใหม่ของประชาชนอำเภอราชสีไศล เพื่อดูว่ามีข้อมูลอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคและทบทวนประเมินการดำเนินงานคลินิกวัณโรคอำเภอราชสีไศลว่ามีข้อบกพร่อง ไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานที่กรมควบคุมโรคเสนอแนะ เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการในการหาแนวทางควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของประชากรในเขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบต่อไปในอนาคต.

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อทราบสถานการณ์และแนวโน้มความชุกของวัณโรค
๒. เพื่อวิเคราะห์และแสดงให้เห็นว่าการสัมผัสผู้ป่วย

วัณโรคในครอบครัวเดียวกันเป็นความเสี่ยงสูงสุดต่อการเกิดวัณโรครายใหม่.

๓. เพื่อวิเคราะห์และศึกษาถึงพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ของผู้ป่วยวัณโรค อำเภอราชสีไศล.

๔. เพื่อนำผลการศึกษาและวิเคราะห์ไปใช้วางแผนและพัฒนาระบบการดำเนินงานในการควบคุม ป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาวិทยาการระบาดเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลราชสีไศล ของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๙ จำนวน ๑๓๔ คน โดยเชิญผู้ป่วยมาทำการสัมภาษณ์และใช้บัตรแผนกผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย, แบบสัมภาษณ์ที่ทีมงานสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในด้านทั่วไปและเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของวัณโรค และในกรณีผู้ป่วยรักษาครบ ทางทีมงานได้ติดตามมาตรวจซ้ำเพื่อทำการสัมภาษณ์พร้อมทั้งให้การตรวจร่างกายและตรวจเสมหะตลอดจนถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพิ่มเติม. ในส่วนของการตรวจเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคเอชไอวี ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการปรึกษาแนะนำก่อนทดสอบทุกครั้ง โดยเป็นไปตามความสมัครใจ. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๕๐ - ๓๐ เมษายน ๒๕๕๐. นำข้อมูลที่ได้อธิบายวิเคราะห์ทางสถิติ แสดงจำนวน, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน.

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรค ๑๓๔ คน ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลราชสีไศล พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๔๙ (จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๑๔๘ ราย ไม่เข้าร่วมโครงการ ๑๔



ราย) ร้อยละ ๘๕.๑ เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอราดไศล, ร้อยละ ๖๔.๒ เป็นชาย, ร้อยละ ๘๘.๑ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา, ช่วงอายุที่พบมากที่สุด เป็นกลุ่มอายุมากกว่า ๖๐ ปี พบร้อยละ ๔๐.๓, อายุ ๔๑-๕๐ ปีพบร้อยละ ๑๔.๒ และอายุ ๕๑-๖๐ ปีพบร้อยละ ๒๘.๔. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาโดยใช้บัตรทอง ร้อยละ ๙๔. ในช่วงที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยร้อยละ ๗๐.๙ มีอาชีพทำนา, ร้อยละ ๑๘.๗ ไม่มีอาชีพ. รายได้เฉลี่ยในขณะป่วย ๒,๒๗๑ บาท และก่อนป่วย ๒,๖๗๖ บาท. ก่อนป่วย ร้อยละ ๒๖.๙ ไม่มีรายได้, หลังป่วยผู้ที่ไม่มีรายได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ ๓๒.๘. ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถประจำทาง ร้อยละ ๕๘.๒, เดินทางเองตามลำพังร้อยละ ๕๒.๒, ร้อยละ ๔๐.๓ มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลในแต่ละครั้งไม่เกิน ๕๐ บาท, และร้อยละ ๓๕.๑ มี ๕๑-๑๐๐ บาท. รายละเอียดเพิ่มเติมแสดงในตารางที่ ๑.

ประวัติการเจ็บป่วย / การสัมผัสกับโรค

กลุ่มตัวอย่าง ๙๔ รายจาก ๑๓๔ ราย (ร้อยละ ๗๐.๑) มีประวัติได้รับวัคซันบีซีจีและมีรอยแผลบีซีจีที่ต้นแขน, ร้อยละ ๙๗.๘ ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อน, เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๑๑.๒, ผลการตรวจเอชไอวีบวกร้อยละ ๑.๕, ผู้ป่วย ๙๔ ราย (ร้อยละ ๗๐.๑) มีประวัติเคยอยู่อาศัยร่วมบ้านและใกล้ชิดชิดกับผู้ป่วยวัณโรค, สูบบุหรี่ร้อยละ ๕๙.๗ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ ๕๔.๕. อาการเจ็บป่วย ได้แก่อไอเรื้อรัง ร้อยละ ๗๕.๔ โดยมีอาการไอในช่วง ๑-๒ เดือนแรกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๓, มีอาการหายใจหอบเหนื่อยร้อยละ ๕๒.๒ และมีน้ำหนักตัวลด ๑-๕ กิโลกรัม ร้อยละ ๓๘.๑, ลด ๖-๑๐ กิโลกรัม ร้อยละ ๑๖.๔, และน้ำหนักตัวปกติร้อยละ ๓๙.๕.

ข้อมูลจากเวชระเบียน/การรักษา

พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ ๙๕.๕, เป็นวัณโรคปอด ร้อยละ ๘๑.๓, ได้รับการรักษาด้วยสูตร CAT ๑ ร้อยละ ๙๖.๓. การรักษาวิธี DOTS มีบุคคลในครอบครัวเป็นพี่เลี้ยงร้อยละ ๕๕.๙ เป็นญาติร้อยละ ๓๑.๓ และกินยาเองร้อยละ ๙. พบอาการข้างเคียงจากยาร้อยละ ๑๐.๔.

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	ราย	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๘๖	๖๔.๒
หญิง	๔๘	๓๕.๘
ระดับการศึกษา		
ประถม	๑๑๘	๘๘.๒
มัธยม	๑๕	๑๑.๒
ปริญญาตรี	๑	๐.๖
อายุ (ปี)		
< ๓๐	๑๐	๗.๕
๓๑ - ๔๐	๑๓	๙.๖
๔๑ - ๕๐	๑๕	๑๔.๒
๕๑ - ๖๐	๓๘	๒๘.๔
๖๐ ขึ้นไป	๕๔	๔๐.๓
รวม ๗-๘๓ ปี เฉลี่ย ๕๕±๑๕.๐๒ ปี		
เดินทางมาโรงพยาบาล		
ตามลำพัง	๗๐	๕๒.๒
มีญาติมาด้วย	๖๔	๔๗.๘

ตารางที่ ๒ ข้อมูลจากเวชระเบียนและการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง	ราย	ร้อยละ
การขึ้นทะเบียน		
รายใหม่	๑๒๘	๙๕.๕
รับโอน / อื่น ๆ	๖	๔.๖
การวินิจฉัย		
วัณโรคปอด*	๑๐๕	๘๑.๓
วัณโรคนอกปอด	๒๕	๑๘.๗
*พบเชื้อ ๔๖ ราย (๔๒.๒%), ไม่พบเชื้อ ๖๑ ราย (๕๗.๘%)		
ผลการรักษา (ไม่รวมโครงการ ๑๔ ราย)		
รักษาหาย / ครบ	๑๐๓	๗๖.๕
กำลังรักษา	๒๕	๒๑.๖
การรักษาล้มเหลว	๒	๑.๕
สูตรการรักษา		
CAT 1	๑๒๕	๙๖.๓
อื่น ๆ	๕	๓.๗

ตารางที่ ๓ การตรวจผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่มีเสมหะบวก ๕ ปีย้อนหลัง

พ.ศ.	ผู้สัมผัสโรค (ราย)	ผู้รับการตรวจเสมหะ (ราย)	ร้อยละ
๒๕๔๕		ไม่ได้ตรวจ	-
๒๕๔๖		ไม่ได้ตรวจ	-
๒๕๔๗		ไม่ได้ตรวจ	-
๒๕๔๘	๑๖๓ (AFB +ve ๕๔ ราย)	๘๒	๕๐.๓๐
๒๕๔๙	๒๕๓ (AFB +ve ๗๕ ราย)	๑๒๕	๔๙.๔๐

(ที่มา : ฝ่ายสุขภาพป้องกันโรค โรงพยาบาลราชสีไศล)

พฤติกรรม การดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่เชื้อ

จากการสอบถามพฤติกรรม การป้องกันการแพร่เชื้อและการดูแลตนเองขณะป่วยพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอด ๕๘ ราย (ร้อยละ ๕๓.๒) มีการสวมหน้ากากคลุมปากจมูก และ ๕๑ ราย (ร้อยละ ๔๖.๘) ไม่สวม, ผู้ป่วย ๖๙ ราย (ร้อยละ ๖๓.๓) กำจัดเสมหะถูกวิธี และ ๔๐ ราย (ร้อยละ ๓๖.๗) ไม่มีการกำจัด, ผู้ป่วย ๘๖ ราย (ร้อยละ ๖๔.๒) แยกภาชนะกินอาหาร / ของใช้ และ ๔๘ ราย (ร้อยละ ๓๕.๘) ไม่แยก, ผู้ป่วย ๘๙ ราย (ร้อยละ ๖๖.๔) แยกที่นอนจากผู้อื่น และ ๔๕ ราย (ร้อยละ ๓๓.๖) ไม่แยก. สภาพบ้านมีการถ่ายเทอากาศไม่ดี ร้อยละ ๑๓.๔.

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในอำเภอราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ยังคงมีปัญหาการแพร่เชื้อวัณโรค เพราะพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ ในแต่ละปีสูงมาตลอด เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (๘๐ ต่อแสนประชากร) จึงถือได้ว่าเป็นโรคประจำท้องถิ่น ทั้ง ๆ ที่เมื่อเทียบค่าเฉลี่ยของประเทศใน พ.ศ. ๒๕๔๘ มีแนวโน้มลดลง^(๔) ในอำเภอราชสีไศล แหล่งแพร่กระจายเชื้อวัณโรคยังคงมีอยู่ทั่วไป ทำให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่จำนวนมากทุก ๆ ปี จึงมีความจำเป็นที่จะต้องค้นหาแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญ.

ผู้ป่วยวัณโรคของอำเภอราชสีไศลส่วนใหญ่เป็นชาย มีฐานะยากจน พบในผู้สูงอายุมากที่สุด (๖๐ ปีขึ้นไป), และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา แสดงว่าวัณโรคเป็นโรคในกลุ่ม

ประชาชนที่ด้อยโอกาส โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา.

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามากกว่าร้อยละ ๕๐ เป็นผู้ป่วยรายใหม่. หลักฐานการได้รับวัณโรคชนิดนี้ชี้ให้เห็นถึงร้อยละ ๗๐ ย่อมแสดงว่าวัณโรคชนิดนี้ไม่สามารถป้องกันการเป็นวัณโรคในวัยผู้ใหญ่ได้^(๖-๘)

อาการที่พบในผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอราชสีไศล คือ

๑. อาการไอเรื้อรัง โดยเฉพาะช่วง ๑-๒ เดือน.
๒. อาการหายใจหอบเหนื่อย.
๓. น้ำหนักตัวลดลง.

สิ่งที่ควรให้ความสนใจมากคือประวัติการอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วยวัณโรคซึ่งพบถึงร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยรายใหม่ และพบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังที่มีภูมิคุ้มกันต่ำลง^(๙-๑๑) คือพบผู้ป่วยวัณโรคเป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๑๑.๒, มีผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวีบวกร้อยละ ๑.๕ แต่ก็ยังน้อยมากเมื่อเทียบกับประวัติการสัมผัสผู้ป่วย ทำให้เชื่อว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดวัณโรครายใหม่ได้แก่การสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคภายในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นความเสี่ยงสูงสุด^(๑๒) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง ๑-๒ ปีแรกของการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก. นอกจากนั้นได้พบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะป่วยแล้วพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งมีสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค.

จะเห็นได้ว่า การดำเนินการควบคุมวัณโรคเพื่อจะลดอัตราการป่วยของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ นอกจากจะใช้การ



รักษาระบบบยาระยะสั้นแบบมีพีทีเลียง (DOTS) เพื่อให้ได้อัตราหายมากกว่าร้อยละ ๘๕ และอัตราเสมอหมดเชื้อมากกว่าร้อยละ ๙๐ แล้ว การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในแหล่งโรคที่มีความเสี่ยงสูงคือ ครอบครัวที่มีผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันทานลดลง เช่นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยเบาหวาน ประชากรเหล่านี้ควรได้รับการคัดกรองเพื่อหาผู้ป่วยใหม่โดยเร็วและนำมารักษาโดยเร็วที่สุด. กรณีคลินิกวัณโรคอำเภอราชสีห์ศิลปพบว่า พึ่งเริ่มต้นตรวจผู้สัมผัสโรค ๒ ปี และในเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำ ซึ่งมาตรการนี้เป็นมาตรการจริง ๆ ที่ต้องปฏิบัติ แต่มักจะถูกมองข้ามไป.

และอีกปัจจัยที่สำคัญต่อการควบคุมโรค คือการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่มีโอกาสทำให้เกิดเชื้อวัณโรคหรือแพร่เชื้อวัณโรค เช่นการสวมหน้ากากจุกขณะเจ็บป่วย, การกำจัดเสมหะที่ถูกต้อง, การแยกภาชนะที่ใช้.

คณะผู้ทำรายงานได้ทบทวนผลการศึกษาแนวทางการดำเนินงานของคลินิกวัณโรคอำเภอราชสีห์ศิลป แล้วนำข้อบกพร่องมาปรับปรุง เสนอเป็นมาตรการดังต่อไปนี้

๑. ตัวผู้ป่วย

๑.๑ ต้องได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ ด้วยระบบที่มีประสิทธิภาพอย่างรวดเร็ว และมีพีทีเลียงดูแล.

๑.๒ การแยกผู้ป่วย

- กรณีรับไว้โรงพยาบาล ควรจัดให้อยู่ในห้องแยก มีการจัดเก็บเสมหะ แยกของใช้ส่วนตัว ผู้ป่วยควรสวมหน้ากากจุกจุกกันการแพร่เชื้อ.

- กรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอก เน้นเรื่องการแยกผู้ป่วยอย่างน้อย ๒ สัปดาห์แรกของการรักษาด้วยยาวัณโรค.

๒. ญาติ/ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย

๒.๑ เพิ่มภูมิคุ้มกันทางความรู้ให้ญาติ/และผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อให้มีความรู้ด้านโรค สามารถไปช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ.

๒.๒ การเฝ้าระวังเพื่อพบผู้ป่วยรายใหม่แต่เนิ่น ๆ โดยเร็ว

- การคัดกรองโดยตรวจสอบตามอาการ, ใช้เรื่อริง, น้ำหนักลด, ไอเรื่อริง ให้ส่งตรวจเชื้อวัณโรค ๓ วันติด

กัน และถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกราย.

- ตรวจคัดกรองทุกปี ๒ ปี ติดต่อกัน หลังจากพบผู้ป่วยรายใหม่ในครอบครัวนั้น.

๒.๓ ค้นหาการติดเชื้อแฝง ในเด็กอายุน้อยกว่า ๕ ปี ที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย โดยการทดสอบทูเบอร์คูลิน แต่ต้องพิจารณาให้ดี เพราะผลทดสอบบวกอาจเกิดจากได้รับวัคซีนบีซีจีหลังคลอด และให้การรักษาแบบป้องกัน.

๓. สภาพแวดล้อม

๓.๑ ลดการถ่ายทอดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสิ่งแวดล้อม โดย

- ดูแลบ้านให้สะอาด มีการถ่ายเทอากาศที่สะดวก.

- มีภาชนะสำหรับเก็บเสมหะของผู้ป่วย และมีระบบการทำลายที่มิดชิด.

- จัดสถานที่เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดในครอบครัวแยกกันอยู่และลดการใช้ของร่วมกันอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ หลังเริ่มรักษาด้วยยาวัณโรค.

๔. ทีมผู้จัดการ ดูแลผู้ป่วยและญาติ

- แพทย์, พยาบาล

- เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพ

- เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในสถานการณืขณะนี้ ต้องใช้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ไม่เฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดูแลบุคคลภายในครอบครัวตลอดจนสิ่งแวดล้อมโดยอาจใช้เครื่องมือเช่น แฟ้มครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค.

อย่างไรก็ตามการวิจัยในครั้งนี้ มีข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพราะข้อมูลบางอย่างต้องอาศัยความจำในอดีตที่ค่อนข้างนาน ซึ่งการตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างหลงลืมข้อมูลที่สำคัญในบางประเด็น และเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาในปัจจุบัน และกลุ่มตัวอย่างที่คณะผู้ศึกษาสามารถติดตามมารับการตรวจซ้ำได้เท่านั้น รวมถึงการสมัครใจในการตรวจเลือดวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและ ตรวจหาเบาหวาน.

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์สมศักดิ์ อรรคศิลป์ ผู้อำนวยการศูนย์ควบคุมโรคเขต ๗ อุบลราชธานี ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะและเป็นที่ปรึกษาในด้านวิชาการ. เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพ และคณะทำงานทุกคน ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง.

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. Facts about Tuberculosis; 22 March 2007.
๒. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ จังหวัดอุบลราชธานี. คู่มือผู้ป่วยวัณโรคที่รักษายาก และแนวทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย DOTS. พิมพ์ครั้งที่ ๑. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑. จังหวัดอุบลราชธานี; ๒๕๔๗.
๓. กระทรวงสาธารณสุข แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการควบคุมวัณโรคตามแนวทางใหม่ของประเทศไทย และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับเขตและจังหวัด. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; ๒๕๔๑.
๔. ภาสกร อัครเสวี แนวทางระดับชาติ: ยุทธศาสตร์การผสมผสาน การดำเนินงานวัณโรค และเอดส์เพื่อการควบคุมและป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; ๒๕๔๔.
๕. Holtz TH, Sternberg M, Kammerer S, Laserson KF, Rieckstina V, Zarovska E, et al. Time to Sputum Culture Conversion in Multidrug-Resistant Tuberculosis: Predictors and Relationship to Treatment Outcome. *Ann Intern Med* 2006;144:650-9.
๖. คณะกรรมการร่างแนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคในประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๒ (ฉบับปรับปรุง). สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. กุมภาพันธ์ ๒๕๔๗.
๗. สมพร ศิริวานัน, บุญส่ง สุนากร, พุเบอรุณลิน วัคชิน บีชีจี และการใช้ยาป้องกันวัณโรค. ใน: บัญญัติ ปรัชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ (บรรณาธิการ). วัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ ๔ (ฉบับปรับปรุง) สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. พ.ศ. ๒๕๔๒.
๘. National Centre for Cell Science, NCCS Complex, Ganeshkhind, Pune 411007, India. Can we say bye to BCG ? *Current Sci* 1999;77:1383.
๙. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV, STD, and TB Prevention, Division of HIV/ AIDS Prevention. Tuberculosis : A Guide for Adults and Adolescents with HIV; 2007.
๑๐. Centers for Disease Control and Prevention. Reported Tuberculosis in the United States, 1998, August 1999; 1-67. Available from <http://www.cdc.gov/nchstp/tb>
๑๑. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, MD 20892. Tuberculosis. March 2006.
๑๒. อังกูร เกิดพานิช. การค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรค Tuberculosis : contact investigation. *วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัด* ๒๕๕๐; ๒๘:๑๕-๒๖.

ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการใช้ปากกาอินสุลิน ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ศิชฎิกม เบลูจันร์*

พีชิต นามวิเศษ**

บทคัดย่อ

การรักษาผู้ป่วยเบาหวานด้วยการฉีดอินสุลิน เป็นวิธีมาตรฐานหนึ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งแต่เดิมบริหารโดยใช้กระบอกฉีดอินสุลินแบบฉีดยาทั่วไป จนกระทั่งปัจจุบันมีการพัฒนาปากกาสำหรับฉีดอินสุลินโดยเฉพาะ ซึ่งสะดวก ขนาดใช้แม่นยำ พกพาสะดวก และเจ็บน้อยกว่าการฉีดแบบเดิม. การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้ดำเนิน โดยการสำรวจด้วยแบบสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ปากกาอินสุลินในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๒๔ คน. การวิเคราะห์ห้ข้อมูลใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบที่ตัวอย่างอิสระ และการทดสอบเอฟที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ อธิบายความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา และประวัติการใช้ปากกาอินสุลิน กับระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ. การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานพึ่งอินสุลินเป็นหญิงร้อยละ ๗๐.๑๘ เป็นชายร้อยละ ๒๙.๘๑, อายุเฉลี่ย ๕๗ ± ๕.๐๐ ปี, มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๘๗.๘๐. ประสบการณ์ในการใช้ปากกาอินสุลิน ๖-๘ เดือน ร้อยละ ๗๔.๑๘ ก่อนการใช้ปากกาอินสุลิน, ผู้ป่วยร้อยละ ๗๘.๒๐ เคยใช้เข็มฉีดอินสุลินมาก่อน เฉลี่ยวันละ ๒ ครั้ง โดยฉีดเองร้อยละ ๔๑.๑๓. ในการฉีดอินสุลินได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติและความรู้เกี่ยวกับปากกาอินสุลินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. ผู้ป่วยร้อยละ ๙๒.๗๔ มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเฉลี่ยในระดับดี. เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าผู้ป่วยมีความรู้มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๘.๒๕ ± ๒.๑๗ จาก ๑๐ คะแนน หรือร้อยละ ๘๒.๕๐, ด้านเจตคติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๑๘ ± ๑.๔๕, และด้านการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๒.๖๒ ± ๐.๕๔. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษาและประวัติการใช้ปากกาอินสุลินกับระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว พบว่าการมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน และเคยฉีดอินสุลิน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ปากกาฉีดอินสุลินแตกต่างกัน (ค่า $p < ๐.๐๕$). ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเบาหวานพึ่งอินสุลิน ควรนำเอาผลการศึกษาคั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ประกอบการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องพึ่งอินสุลิน จะได้มีความรู้และความสามารถในการใช้ปากกาฉีดอินสุลินอย่างถูกต้อง.

คำสำคัญ: ปากกาอินสุลิน, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา, จังหวัดยโสธร

*กลุ่มงานเทคนิคบริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

**กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

Abstract Knowledge, Attitude, and Practice in Using Insulin Pens among Diabetes Mellitus Patients of Leongnoktha Crown Prince Hospital, Yasothon Province Sittikom Benchakanta*, Pichit Namvisate**

*Department of Medical Technology Service, Leongnoktha Crown Prince Hospital, ** Department of Community Pharmacy, Leongnoktha Crown Prince Hospital, Leongnoktha District, Yasothon Province

Insulin treatment is one of the standard regimens for controlling blood glucose in patients with diabetes mellitus (DM). The use of the "Insulin Pen" device for injecting insulin, instead of the traditional vial/syringe for injection, provides additional convenience and accuracy and it reduces pain during injection. This descriptive observational study was aimed at studying the behavior of 124 DM patients using insulin pens. Questionnaires were used to assess the following items: knowledge, history of using the insulin pen, attitude and practice in using the pen.

Data were analyzed by independent sample t-test and one-way ANOVA (F-test). The majority (70.17%) of the samples were women, the average age of the samples was 57.0 ± 5.0 years; 87.90 percent of the patients were primary school graduates; 74.19 percent were experienced in using the pen for 6-8 months; 78.20 percent had used the traditional syringe insulin injection twice daily before switching to the insulin pen; 41.19 percent self-administered the insulin injection; 92.74 percent were instructed about the insulin pen, using the method described by health-care staff. The average knowledge score was 8.25 ± 2.17 out of a possible 10; the average attitude score was 3.14 ± 1.55 out of a possible 4 and the average practice score was 2.62 ± 0.54 out of a possible 3. When comparing the differences in sex, age, knowledge, history of using the insulin pen, attitude and practice in using the pen, we found that differences in educational background affected the knowledge of patients about using the insulin pen. The ones who were experienced in using the insulin pen were more likely to use it correctly than those who were inexperienced ($p < 0.05$).

Key words: insulin pen, Somdejprayupparach Hospital, Yasothon Province

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขและบั่นทอนคุณภาพชีวิตของมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่ง. แม้ในปัจจุบันวิทยาการด้านการแพทย์ได้เจริญก้าวหน้าไปอย่างมาก ยังพบว่าความชุกโรคเบาหวานและอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆเพิ่มขึ้น ประกอบกับสภาพการดำรงชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป. การบริโภคอาหารที่มีแป้งและไขมันมาก ออกกำลังกายน้อย และการมีสารพิษในสิ่งแวดล้อมล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น. จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ ๕๐ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๒๘ เพิ่มขึ้นเป็นกว่า ๑๕๐ ล้านคนในขณะนี้^(๑) และองค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าจะเพิ่มขึ้นอีกเป็น ๓๐๐ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๖๘^(๒). สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสถานการณ์โรคไม่

ติดต่อของประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคอันตรายร้ายแรงและมีอัตราการตายสูงขึ้นเป็นลำดับ ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปมีร้อยละ ๙.๖ และร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยเบาหวานไม่ทราบว่าตัวเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน^(๓) และยังพบอีกว่าร้อยละ ๔๕ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒^(๔).

สำหรับอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร มีผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก. จากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ มีจำนวนถึง ๓,๐๒๒ คน และมีเพียง ๒ คนเท่านั้นที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ส่วนที่เหลืออีก ๓,๐๒๐ คนเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๙ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่สามารถรักษาด้วยยาเกินควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ยังมีผู้ป่วย



อีก ๒๕๒ คนหรือประมาณร้อยละ ๘.๓ ต้องรักษาด้วยยากินร่วมกับฉีดอินสุลิน หรือฉีดอินสุลินเพียงอย่างเดียว สาเหตุเป็นเพราะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ด้วยการกินยาควบคุมอาหารและออกกำลังกาย หรือผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไตซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยากินได้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินสุลินเหล่านี้ แต่เดิมใช้เข็มกระบอกฉีดอินสุลินแบบดั้งเดิมซึ่งมีความยุ่งยาก มีขั้นตอนการเตรียมมาก ขณะฉีดจะรู้สึกเจ็บเพราะเข็มที่ใช้มีขนาดใหญ่ นอกจากนี้อินสุลินที่ใช้อย่างต้องเก็บในตู้เย็น ซึ่งไม่สะดวกในการพกพา ด้วยเหตุผลดังกล่าวโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาจึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีการฉีดบริหารอินสุลินเป็นการใช้ปากกาอินสุลิน (Novopen®3) แทน ซึ่งสะดวกในการพกพา สามารถฉีดในปริมาณแม่นยำ และสามารถลดความเจ็บปวดลง^(๕-๘) ในการนี้มีผู้ป่วยเบาหวานอาสาสมัครเปลี่ยนมาใช้อุปกรณ์การฉีดแบบปากกา ๑๒๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๒๑ ของผู้ป่วยที่ต้องฉีดอินสุลินทั้งหมด และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่ฉีดอินสุลินแบบดั้งเดิมจะเปลี่ยนมาใช้ปากกาอินสุลินเพิ่มขึ้น

ดังนั้นเพื่อการเตรียมตัวให้ผู้ป่วยที่จะเปลี่ยนมาใช้ปากกาอินสุลินได้มีความรู้ เจตคติ พร้อมทั้งสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ปากกาอินสุลินในผู้ป่วย ๑๒๔ คนที่เปลี่ยนมาใช้ปากกาอินสุลินดังกล่าวแล้ว โดยศึกษาในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ปากกาอินสุลิน รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติต่อการใช้ปากกาอินสุลินด้วย เพื่อเป็นแนวทางความรู้ในการเสริมสร้างทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องในการใช้ปากกาอินสุลินแก่ผู้ป่วยรายอื่นที่จะเปลี่ยนการฉีดอินสุลินแบบดั้งเดิมมาใช้ปากกาอินสุลินในอนาคต อันจะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินสุลินที่ใช้ปากกาอินสุลินจำนวน ๑๒๔ คน ที่ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ใน

ช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ ผู้ป่วยเบาหวานที่นำมาศึกษามีทั้งชนิดที่ ๑ และ ๒ ที่เปลี่ยนจากการฉีดอินสุลินวิธีดั้งเดิมมาเป็นการฉีดด้วยปากกาอินสุลินในช่วงนั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูล ๔ ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป มีคำถาม ๙ ข้อ, ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ปากกาอินสุลิน มีคำถาม ๑๐ ข้อ, เจตคติเกี่ยวกับการใช้ปากกาอินสุลิน มีคำถาม ๙ ข้อ, และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ปากกาอินสุลิน มีคำถาม ๑๔ ข้อ แบบสัมภาษณ์ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา และทดสอบความเชื่อมั่นโดยด้านความรู้ใช้สูตร Kuder-Richardson (KR 20)^(๙) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๘ ส่วนด้านเจตคติและการปฏิบัติ ใช้การหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๗๘ และ ๐.๘๓ ตามลำดับ

สำหรับการศึกษาระดับความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานและการใช้ปากกาอินสุลิน มีคำถามทั้งหมด ๑๐ ข้อ ถ้าตอบถูกตั้งแต่ ๘ ข้อขึ้นไปถือว่ามีความรู้อยู่ในระดับดี, ถ้าตอบถูก ๖-๗ ข้อถือว่ามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง, และถ้าตอบถูกน้อยกว่า ๖ ข้อถือว่ามีความรู้ในระดับต่ำ

การศึกษาเกี่ยวกับเจตคติต่อการใช้ปากกาอินสุลินของผู้ป่วยใช้คำถาม ๑๔ ข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๔ ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งถ้าเป็นคำถามเชิงบวกคำตอบจะถูกแปลงเป็นคะแนนได้ ๔, ๓, ๒ และ ๑ ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบเมื่อแปลงเป็นคะแนนจะได้ ๑, ๒, ๓ และ ๔ ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยที่ได้ถ้าอยู่ระหว่าง ๑.๐๐-๒.๐๐ จะหมายถึงเจตคติอยู่ในเกณฑ์ต่ำ, ถ้าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง ๒.๐๑-๓.๐๐ จะหมายถึงระดับเจตคติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และถ้าคะแนนเฉลี่ยที่ได้อยู่ระหว่าง ๓.๐๑-๔.๐๐ จะหมายถึงเจตคติอยู่ในเกณฑ์ดี

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติถูกต้องของการใช้ปากกาอินสุลินใช้คำถาม ๑๔ ข้อซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๓ ระดับคือ ไม่เคยปฏิบัติเลย, ปฏิบัติบางครั้ง, และปฏิบัติทุกครั้งบ่อย ๆ โดยมีคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ถ้าเป็นคำถามเชิงบวกเมื่อแปลงเป็นคะแนนจะได้ ๑, ๒ และ ๓

ตามลำดับ. ส่วนคำถามเชิงลบเมื่อแปลงเป็นคะแนนจะได้ ๓, ๒ และ ๑ ตามลำดับ ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง ๑.๐๐-๑.๖๗ หมายถึงระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในเกณฑ์ต่ำ, ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง ๑.๖๘-๒.๓๔ จะหมายถึงระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และถ้าได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง ๒.๓๕-๓.๐๐ จะหมายถึงระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในเกณฑ์ดี. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๘.

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS เพื่อวิเคราะห์ผลทางสถิติโดยอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการใช้ปากกาอินสุลิน ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอธิบายความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการใช้ปากกาอินสุลิน กับระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว โดยใช้สถิติการทดสอบที่ตัวอย่างอิสระ (independent sample t-test) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศ กับระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ปากกาอินสุลิน และใช้การทดสอบเอฟ (One Way ANOVA) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๕ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอายุ และระดับการศึกษา กับระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ปากกาอินสุลิน.

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๗๐.๑๙ เป็นหญิงและร้อยละ ๒๙.๘๑ เป็นชาย, อายุ ๓๐-๘๐ ปี เฉลี่ย 57 ± 5.00 ปี, มีกลุ่มอายุ ๕๐-๕๙ ปี ร้อยละ ๓๐.๖๔, อายุ ๗๐ ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๒๓.๔๐, ผู้ป่วยร้อยละ ๘๗.๙๐ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา, ร้อยละ ๗๙.๐๓ เคยใช้เข็มฉีดอินสุลินมาก่อน, โดยร้อยละ ๗๔.๑๙ ใช้ปากกาอินสุลินมาแล้ว ๖-๘ เดือน, ร้อยละ ๑๐.๔๘ ใช้ปากกาอินสุลินมาแล้ว ๓-๕ เดือน, ร้อยละ ๗๘.๒๐ ฉีดอินสุลินวันละ ๒ ครั้ง และร้อยละ ๒๑.๘๐ ฉีดวันละครั้ง,

โดยฉีดให้ตัวเองร้อยละ ๔๑.๑๓, บุตรฉีดให้ร้อยละ ๓๘.๗๑. ทุกคนได้รับคำแนะนำด้านข้อปฏิบัติและความรู้เกี่ยวกับปากกาอินสุลิน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ ๙๒.๗๔ และได้จากสามี/ภรรยา ร้อยละ ๓.๒๓ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๑.

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ปากกาอินสุลิน

ผู้ป่วยร้อยละ ๓๓.๑๐ ตอบคำถามถูก ๘ ข้อ, ร้อยละ ๑.๖๑ ตอบถูกเพียง ๕ ข้อ, และร้อยละ ๑๘.๕๕ ตอบถูกทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 5.25 ± 2.50 คะแนน). คำถามที่ผู้ป่วยตอบถูกมากที่สุดได้แก่คำถามเกี่ยวกับตำแหน่งฉีดที่ยาออกฤทธิ์ได้ดีที่สุดคือหน้าท้อง และหมุนเวียนบริเวณฉีด (ร้อยละ ๑๐๐) และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดเกี่ยวกับเมื่อฉีดเสร็จแล้วจะต้องถอนเข็มฉีดยาออกทันทีไม่ต้องคาเข็มไว้ (ร้อยละ ๗๐.๑). โดยสรุปผู้ป่วยร้อยละ ๗๕ (๙๓ ราย) มีระดับความรู้ในระดับดี, ที่เหลือ ๓๑ ราย (ร้อยละ ๒๕) อยู่ในระดับปานกลาง โดยไม่มีผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำ.

เจตคติเกี่ยวกับการใช้ปากกาอินสุลิน

ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินสุลิน ๘๖ ราย (ร้อยละ ๖๙.๓๕) มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ปากกาฉีดอินสุลินในระดับดี, ๒๑ ราย (ร้อยละ ๑๖.๙๔) มีระดับเจตคติในระดับต่ำ, และ ๑๗ ราย (ร้อยละ ๑๓.๗๑) มีระดับเจตคติปานกลาง. ในภาพรวมมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ปากกาอินสุลินระดับดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ± 0.45 . ในจำนวนคำถาม ๑๔ ข้อ มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยในระดับดี ๘ ข้อ โดยเจตคติเกี่ยวกับการใช้ปากกาอินสุลินมีความสะดวกในการจัดเก็บ และพกพาเวลาเดินทาง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับเจตคติเกี่ยวกับปากกาอินสุลินสามารถลดความผิดพลาดของขนาดการดูดยาจากขวด ทำให้ควบคุมน้ำตาลได้เสมอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 ± 0.15 . มีเพียงเจตคติเกี่ยวกับการใช้ปากกาอินสุลินมีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างจากการใช้เข็มฉีดยาที่มีเจตคติในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.55 ± 0.03 .



ตารางที่ ๑ ผู้ป่วยเบาหวานพึ่งอินซูลิน ๑๒๔ รายจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทางประชากร	ราย	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๓๗	๒๙.๘๕
หญิง	๘๗	๗๐.๑๕
ช่วงอายุ ๓๐-๘๐ ปี, เฉลี่ย ๕๗±๕.๐		
น้อยกว่า ๔๐	๑๑	๘.๘๕
๔๐-๔๙	๒๔	๑๙.๓๖
๕๐-๕๙	๓๘	๓๐.๖๔
๖๐-๖๙	๒๒	๑๗.๕๕
๗๐ ขึ้นไป	๒๙	๒๓.๕๕
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	๖	๔.๘๕
ประถมศึกษา	๑๐๕	๘๔.๖๐
มัธยมศึกษาตอนต้น	๖	๔.๘๕
อนุปริญญา/ปวส.	๓	๒.๔๒
การได้รับอินซูลินมาก่อน		
เคย	๕๘	๔๖.๗๗
ไม่เคย	๖๖	๕๓.๒๓
ประสบการณ์ฉีดอินซูลิน		
น้อยกว่า ๓ เดือน	๑๒	๙.๖๘
๓-๕ เดือน	๑๓	๑๐.๔๘
๖-๘ เดือน	๕๒	๔๑.๘๖
๙ เดือนขึ้นไป	๖๗	๕๓.๙๖
จำนวนครั้งที่ฉีดใน ๑ วัน		
๑ ครั้ง	๒๗	๒๑.๗๐
๒ ครั้ง	๙๗	๗๘.๓๐
ผู้ที่ฉีดให้		
ฉีดเอง	๕๑	๔๑.๑๑
สามี/ภรรยา	๑๕	๑๒.๑๑
บุตร	๔๘	๓๘.๗๑
หลาน	๖	๔.๘๕
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	๔	๓.๒๖

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน

ผู้ป่วย ๑๑๖ ราย (ร้อยละ ๙๓.๕๕) มีการปฏิบัติเกี่ยวกับปากกาฉีดอินซูลินอย่างถูกต้องในระดับดี, และ ๗๐ ราย (ร้อยละ ๖.๔๕) ระดับปานกลาง โดยไม่มีผู้ป่วยที่มีระดับการปฏิบัติในระดับต่ำ. ในภาพรวมผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับที่ดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย ๒.๖๒ ± ๐.๕๕. ทั้งนี้ในจำนวนคำถามทั้งหมด ๑๔ ข้อ มีการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี ๑๒ ข้อ โดยการปฏิบัติเกี่ยวกับการเปลี่ยนตำแหน่งฉีดอินซูลิน โดยเปลี่ยนตำแหน่งไปเรื่อย ๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ ๒.๙๘ ± ๐.๑๓. ทั้งนี้มีเพียง ๒ ข้อ ที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การถอนเข็มฉีดยาออกทันทีหลังจากที่ฉีดอินซูลินแล้ว ค่าเฉลี่ย ๑.๕๘ ± ๐.๘๐ และการบริโภคอาหารทุกชนิดเหมือนคนปรกติ โดยไม่มีการงดหรือลด อาหารชนิดใดเลย ค่าเฉลี่ย ๑.๖๒ ± ๐.๗๑.

พฤติกรรมการใช้ปากกาอินซูลิน

พฤติกรรมการใช้ปากกาอินซูลินในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในภาพรวมทั้ง ๓ ด้านมีค่าเฉลี่ยในระดับดี, โดยด้านความรู้มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๘.๒๕ ± ๒.๑๗ จาก ๑๐ คะแนน หรือร้อยละ ๘๒.๕๐, ด้านเจตคติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๑๘ ± ๑.๔๕, และด้านการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๒.๖๒ ± ๐.๕๕ ตามลำดับ.

ความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการใช้ปากกาอินซูลิน กับระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศ, ระดับความรู้, เจตคติ กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ดังตารางที่ ๒). แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความรู้ และการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการใช้ปากกาอินซูลิน พบว่าการมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน (ต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ ๙๒.๗๔; มัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ ๗.๒๖) ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ปากกาอินซูลินแตกต่างกัน (ค่า $p = ๐.๐๐๖$) และผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ ๒ ความแตกต่างระหว่างเพศ กับระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ปากกาฉีดอินสุลิน

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าที	ค่าพี
ความรู้				
ชาย	๘.๐๐	๑.๒๐๖	-๒.๔๐๐	๐.๔๒๖
หญิง	๘.๑๒	๑.๓๖๔		
เจตคติ				
ชาย	๔.๐๐	๐.๖๐๓	๑.๗๓๒	๐.๓๓๕
หญิง	๓.๖๕	๐.๔๕๓		
การปฏิบัติ				
ชาย	๓.๐๐	๐.๖๐๓	๑.๖๗๒	๐.๔๗๘
หญิง	๓.๐๐	๐.๗๐๗		

ตารางที่ ๓ ความแตกต่างระหว่างอายุ กับระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ปากกาฉีดอินสุลิน

ตัวแปร	SS	df	MS	ค่าเอฟ	ค่าพี
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	๕.๕๒๘	๒	๒.๗๖๔	๑.๗๘๒	๐.๑๘๘
ภายในกลุ่ม	๔๐.๓๓๔	๑๑๕	๑.๕๕๑		
รวม	๔๕.๘๖๒	๑๒๑			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	๑.๒๑๓	๒	๐.๖๐๗	๒.๐๕๐	๐.๑๔๔
ภายในกลุ่ม	๗.๕๔๕	๑๑๕	๐.๒๕๐		
รวม	๘.๗๕๘	๑๒๑			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	๒.๖๘๕	๒	๑.๓๔๓	๒.๗๔๗	๐.๑๑๗
ภายในกลุ่ม	๕.๓๑๕	๑๑๕	๐.๓๕๘		
รวม	๘.๐๐๐	๑๒๑			

ที่เคยใช้ปากกาอินสุลิน มีความรู้ และสามารถใช้อุปกรณ์อินสุลินได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ปากกาอินสุลิน (ค่าพี < ๐.๐๕) ดังแสดงในตารางที่ ๔.

วิจารณ์

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ปากกาอินสุลินในผู้ป่วย

เบาหวานพึ่งอินสุลินที่โรงพยาบาลเลิ่งนงกา จังหวัดยโสธร พบว่า ในด้านความรู้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยตอบคำถามได้ถูกต้องในระดับดี อาจเป็นเพราะมีประสบการณ์ในการเป็นโรคเบาหวานมานาน และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวบ่อย ๆ จากเจ้าหน้าที่ แต่มีบางส่วนที่มีความรู้คลาดเคลื่อนเรื่องการใช้ปากกาอินสุลิน และหลอดอินสุลินที่สับสนกันอยู่ระหว่างการเก็บปากกาอินสุลิน



ตารางที่ ๔ ความแตกต่างระหว่างประวัติการใช้ปากกาอินสุลิน กับระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ปากกาอินสุลิน

การใช้ปากกาอินสุลิน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ที	ค่าพี
ความรู้				
เคย	๘.๔๒	๑.๐๑๗	๖.๕๖๘	๐.๐๐๐*
ไม่เคย	๖.๒๐	๐.๔๒๒		
เจตคติ				
เคย	๓.๕๕	๐.๕๒๔	๒.๑๘๐	๐.๕๓๘
ไม่เคย	๓.๕๐	๐.๕๒๗		
การปฏิบัติ				
เคย	๓.๒๑	๐.๕๑๘	๒.๕๗๓	๐.๐๑๖*
ไม่เคย	๒.๔๐	๐.๕๑๖		

*ค่าพี < ๐.๐๕ มีความแตกต่างสำคัญโดยนัยสถิติ

ที่เปิดใช้แล้วไม่จำเป็นต้องเก็บในตู้เย็นก็ได้ กับการที่ไม่จำเป็นต้องเก็บอินสุลินที่ยังไม่เปิดใช้ไว้ในตู้เย็น. ในด้านเจตคติ ส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับดีและมีความพอใจในการใช้ปากกาอินสุลินมากกว่าการใช้เข็มฉีดยาแบบดั้งเดิมเพราะมีความสะดวกในการใช้ จัดเก็บและพกพา อีกทั้งยังทำให้เจ็บปวดน้อยกว่าใช้เข็มฉีดยาแบบดั้งเดิมอีกด้วย แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ยังมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการฉีดอินสุลินว่าการฉีดอินสุลินไม่ถึง ๓๐ นาทีก่อนกินอาหารก็มีผลต่อการรักษาเบาหวานไม่ต่างกับการฉีด ๓๐ นาทีแล้วจึงกินอาหาร และยังมีความคิดที่ว่า การที่ต้องงดหรือลดอาหารบางอย่างไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง, และด้านการปฏิบัติพบว่ามีการเก็บรักษา ประกอบและใช้ปากกาอินสุลินได้อย่างถูกต้อง. ส่วนในด้านกินอาหารนั้นยังมีผู้ป่วยถึงร้อยละ ๕๐ ที่ไม่ควบคุมอาหารเลยซึ่งมีผลเสียต่อการรักษาโรคเบาหวาน. ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้และแนะนำด้านการบริโภคอาหารแก่ผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเติม.

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในจำนวนตัวอย่าง ซึ่งมีเพียง ๑๒๔ คนเท่านั้น ซึ่งอาจจะไม่ถูกต้องกับหลักการคำนวณจำนวนตัวอย่างในการศึกษาวิจัยและอาจจะไม่เพียงพอในการสรุปว่าผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อการใช้ปากกาอินสุลิน, แม้จะเคยมีผล

การศึกษาในต่างประเทศว่าการใช้ปากกาอินสุลินก่อนการเจ็บปวดน้อยกว่า พกพาได้สะดวก และให้ขนาดที่แม่นยำกว่า^(๕-๗) แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยอีก ๑๒๘ ราย ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาที่ยังฉีดอินสุลินแบบดั้งเดิม. อย่างไรก็ตามแนวโน้มของผู้ป่วยที่ต้องฉีดอินสุลินมีมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันตัวแทนจำหน่ายอินสุลินชนิดที่ใช้ปากกาฉีดก็มีจำนวนมากขึ้น และแข่งขันกันมากขึ้น. ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาอย่างกว้างขวางต่อไปถึงเรื่องของต้นทุนต่อการฉีดต่อหน่วยอินสุลิน เพราะยังไม่แน่ชัดว่าระหว่างการฉีดแบบดั้งเดิมกับการฉีดแบบใช้ปากกาแบบไหนมีการประหยัดมากกว่ากัน. นอกจากนี้ในแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่มี การประเมินว่าผู้ป่วยที่เปลี่ยนมาใช้ปากกาอินสุลินยังอยากที่จะใช้ปากกาอินสุลินต่อไปอีกหรือไม่ หรือต้องการที่จะกลับไปใช้การฉีดแบบดั้งเดิม ซึ่งจะมีประโยชน์ในแง่ของการยืนยันว่าการใช้ปากกาอินสุลินนั้นดีและมีข้อได้เปรียบมากกว่า.

สรุปว่าการเปลี่ยนมาใช้วิธีการฉีดอินสุลินจากแบบเข็มฉีดยาดั้งเดิมมาใช้ปากกาอินสุลิน ซึ่งผ่านการให้ความรู้ สอนทักษะการใช้ พบว่าในภาพรวมผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินสุลินมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในระดับดี. เมื่อเปรียบเทียบ

ความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการใช้ปากกาอินซูลิน กับระดับความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัว พบว่าการมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ปากกาอินซูลินแตกต่างกัน (ค่าพี < ๐.๐๕) และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสบการณ์เคยใช้ปากกาอินซูลินมาก่อนจะมีความรู้และสามารถใช้ปากกาอินซูลินได้ถูกต้องดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ปากกาอินซูลิน (ค่าพี < ๐.๐๕).

กิตติกรรมประกาศ

รองศาสตราจารย์วรางคณา สันติพิสวัตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาปัญหาพิเศษด้านสาธารณสุข ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบแก้ไข ตลอดจนชี้ประเด็นในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ. หัวหน้าฝ่ายหัวหน้างานและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธรทุกท่านได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implication of the diabetes epidemic. Nature 2001;414:782-7.
๒. King H, Aubert R, Herman W. Global burden of diabetes, 1995-2005. Prevalence, numerical estimate and projection. Diabetes Care 1998; 21:1414-31.
๓. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, รายงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙. หน้า ๒๐๑-๒.
๔. สาธิต วรรณแสง. สภาพปัญหาของโรคเบาหวานในประเทศไทย (Burden of diabetes in Thailand). ใน: วรณี นิธิยานันท์, สาธิต วรรณแสง, ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์ (บรรณาธิการ). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ; ๒๕๕๐. หน้า ๑-๑๖.
๕. Korythowski M, Bell D, Jacobson C, Suwannasari R. A multicenter, randomized, open-label, comparative, two-period crossover trial of preference, efficacy, and safety profiles of prefilled, disposable pen and conventional vial/syringe for insulin injection in patients with type I or 2 diabetes mellitus. Clin Therap 2003;25:2836-48.
๖. Saurbrey N, Berger A, Kühl C. The NovoPen - a practical tool for simplifying multiple injection insulin therapy. Acta Paediatr Scand Suppl 1985;320:64-5.
๗. Arslanoglu I, Saka N, Bundak R, Günöz H, Darendeliler F. A comparison of the use of premixed insulins in pen-injectors with conventional patient-mixed insulin treatment in children and adolescents with IDDM. Is there a decreased risk of night hypoglycemia? J Pediatr Endocrinol Metab 2000;13:313-8. Available from: URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1071475>
๘. Graff MR, Mark A. Assessment by patients with diabetes mellitus of two insulin pen delivery system versus vial and syringe. Clin Therap 1998;20:486-96.

การส่งต่อผู้คลอดไม่สำเร็จจากโรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

สุพล เจริญวิทย์*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนารายนี้เสนอข้อมูลการส่งต่อผู้คลอดไม่สำเร็จจากโรงพยาบาลควนโดนอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๕๐ เพื่อใช้เป็นแนวทางวางแผนเตรียมความพร้อมพัฒนาการดูแลผู้คลอดและการส่งต่อ. ข้อมูลได้จากการทบทวนทะเบียนส่งต่อของแผนกห้องคลอดที่เกี่ยวข้องกับการคลอดไม่สำเร็จ ได้แก่ อัตรา, ลักษณะของผู้คลอดไม่สำเร็จ, ลักษณะการคลอดเมื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสตูล (โรงพยาบาลทั่วไป). ประชากรที่ศึกษามีจำนวน ๑๒๒ รายซึ่งคลอดไม่สำเร็จต้องส่งต่อคิดเป็นร้อยละ ๑๕.๖๔ ของผู้มาคลอด ๗๗๕ ราย. การคลอดหลังการส่งต่อ ณ โรงพยาบาลสตูลพบว่าร้อยละ ๔๑.๘๐ คลอดได้ทางช่องคลอดซึ่งนับรวมการคลอดทำกัน, ร้อยละ ๔๐.๘๘ คลอดโดยการผ่าตัด ซึ่งคิดเป็นผู้คลอดร้อยละ ๖.๔๕ ที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดจากจำนวนผู้คลอดทั้งหมด ๗๗๕ ราย ซึ่งผลใกล้เคียงกับข้อมูลร้อยละ ๕.๔๖ ถึง ๗.๐๔ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. การคลอดไม่สำเร็จส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์แรก. สาเหตุการส่งต่อเรียงตามลำดับได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงจากตั้งครรภ์, สัดส่วนศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานไม่เหมาะสม, การรอลคลอดในระยะที่ ๒ ยาวนาน, สภาพทารกค้ำชัน, คลอดก่อนกำหนด และทารกทำกัน. ลักษณะการคลอดหลังส่งต่อ ณ โรงพยาบาลสตูล พบว่าผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง, สภาพทารกค้ำชัน และคลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอดได้ร้อยละ ๖๖.๖๗, ๔๕.๔๖ และ ๕๔.๕๔ ตามลำดับ. ผู้คลอดรายที่สัดส่วนขนาดศีรษะทารกและเชิงกรานผู้คลอดไม่เหมาะสม, ระยะการคลอดยาวนาน และทารกทำกัน คลอดโดยการผ่าตัดร้อยละ ๕๐, ๔๕.๔๖ และ ๕๐.๕๑ ตามลำดับ.

คำสำคัญ: การส่งต่อผู้คลอดไม่สำเร็จ, โรงพยาบาลควนโดน, จังหวัดสตูล

Abstract Referral of Unsuccessful Labor Cases from Khuandon Hospital, Satun Province Supon Charoenvikkai*

*Khuandon Hospital, Satun Province

This report describes data on the referral by Khuandon Hospital in Satun Province of patients experiencing unsuccessful labor in fiscal years 2005-2007. The objectives of the study were to compile knowledge for planning in order to improve patient care and referrals. The methodology of the study was to review the 122 cases of unsuccessful delivery in the labor division of Khuandon Hospital, focusing on the rate of unsuccessful labor, the characteristics of the patients experiencing unsuccessful labor and the patterns of delivery after they were referred to a general hospital in the province. The findings were as follows: the unsuccessful labor rate was 15.74 percent among the total study population of 775 pregnant women. The patterns of delivery at Satun Hospital, to which the

*โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล

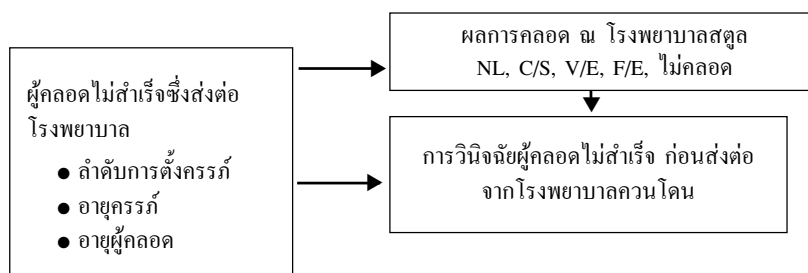
women had been referred, resulted in normal labor including breech-assisted cases (41.80%), caesarean section (40.98%) (or 6.45% of the total of 775 pregnant women, which was similar to the data of the Office of Health Service Development, Ministry of Public Health (5.46 - 7.04%). The majority of patients experiencing unsuccessful labor were primigravidae. The causes of referrals ranged respectively from pregnancy-induced hypertension (PIH), cephalopelvic disproportion (CPD), prolonged stage, and fetal distress, to premature labor and breech presentation. With regard to the patterns of delivery after the referrals at the Satun General Hospital, PIH, fetal distress and premature labor cases were successfully delivered in 66.67, 45.46 and 54.54 percent of the cases, respectively, but the majority of CPD, prolonged stage and breech presentation necessitated caesarean section (50.00, 45.46 and 90.91% respectively). The following recommendations were made : the medical and nurse committees, obstetricians and pediatricians should join together to develop guidelines for the care and referral of patients in labor and the hospitals should link the data about the results of the care and health status of the mother and child after referral.

Key words: unsuccessful labor patient, Khuandon Hospital, Satun Province

ภูมิหลังและเหตุผล

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ. การคลอดในสถานพยาบาล ซึ่งมีความพร้อม และมีมาตรฐานในด้านการแพทย์ การพยาบาล บุคลากร เวชภัณฑ์ สถานที่คลอดและสภาพแวดล้อม ตลอดจนการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล จะได้ทารกและมารดาที่แข็งแรงปลอดภัย. โรงพยาบาลควนโดนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง ในจังหวัดสตูล ให้บริการประชากรในเขตอำเภอประมาณ ๒๓,๐๔๓ คน^(๑), มี

แพทย์ทั่วไปปฏิบัติงาน ๓ คน, ไม่มีสูติรีแพทย์. โรงพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยส่งต่อ คือโรงพยาบาลสตูล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด ๑๘๖ เตียง^(๒) มีสูติรีแพทย์ประจำ. การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลผู้คลอดไม่สำเร็จและการส่งต่อในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๔๗ ถึงกันยายน ๒๕๕๐ รวม ๓ ปี, งบประมาณที่นำไปใช้, แผนเตรียมความพร้อม, พัฒนาการดูแลผู้คลอดและการส่งต่อ. กรอบแนวคิดในการทำการศึกษแสดงในรูปที่ ๑.



หมายเหตุ NL = คลอดปกติทางช่องคลอด นับรวมคลอดท่าก้น, C/S = คลอดโดยการผ่าตัด, V/E = คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ, F/E = คลอดโดยใช้เข็ม

รูปที่ ๑ กรอบแนวคิดในการทำการศึกษา



ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาจากการทบทวนทะเบียนส่งต่อผู้ป่วยคลอดไม่สำเร็จของแผนกห้องคลอด ในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๔๗ ถึงกันยายน ๒๕๕๐ รวมเวลา ๓ ปีงบประมาณ. ผู้คลอดไม่สำเร็จหมายถึงหญิงมีครรภ์ที่รับไว้เป็นผู้รอคลอดในแผนกห้องคลอด โดยมีอาการเจ็บครรภ์ หรือตกเลือดทางช่องคลอด หรือน้ำคร่ำเดิน และแพทย์ผู้ดูแลพิจารณาเห็นว่าไม่เหมาะที่จะให้คลอดในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากภาวะเสี่ยงต่อผู้คลอดและหรือทารกในครรภ์. จำนวนประชากรที่ศึกษา ๑๒๒ ราย. การศึกษาเน้นที่อัตราการคลอดไม่สำเร็จในโรงพยาบาลควนโดน, ลักษณะของผู้คลอดไม่สำเร็จที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลสตูล, จำแนกตามลำดับการตั้งครรภ์, อายุครรภ์ และอายุผู้คลอด, การคลอดไม่สำเร็จ (สาเหตุการส่งต่อ) วินิจฉัยโดยแพทย์โรงพยาบาลควนโดน, และศึกษาลักษณะการคลอดที่โรงพยาบาลสตูล. วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละ.

ผลการศึกษา

จากการทบทวนทะเบียนผู้ป่วยแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลควนโดน ๗๗๕ ราย ผู้คลอด ๑๒๒ ราย (ร้อยละ ๑๕.๗๔) คลอดไม่สำเร็จต้องส่งต่อโรงพยาบาลสตูล. การคลอดหลังจากส่งต่อ คลอดสำเร็จทางช่องคลอดร้อยละ ๔๑.๘๐, คลอดโดยผ่าตัดร้อยละ ๕๐.๘๒ (เมื่อคิดจากผู้มาคลอดทั้งหมด ๗๗๕ ราย มีร้อยละ ๖.๔๕ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอด). ดังตารางที่ ๑.

การคลอดไม่สำเร็จเป็นการตั้งครรภ์แรกร้อยละ ๔๗.๕๔, อายุครรภ์ ๓๗-๔๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๘.๖๙, และอายุผู้คลอด ๒๐-๓๕ ปี ร้อยละ ๗๙.๕๑. (ตารางที่ ๒)

การวินิจฉัยก่อนส่งต่อ (สาเหตุการส่งต่อ) โดยแพทย์โรงพยาบาลควนโดน มีทั้งสิ้น ๑๘ สาเหตุ ที่พบได้บ่อยที่สุดคือภาวะความดันโลหิตสูงเหตุครรภ์ร้อยละ ๑๙.๖๗. (ตารางที่ ๓).

ตารางที่ 1 ข้อมูลการคลอด และการส่งต่อ, ปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๕๐

ตัวแปร	๒๕๔๘		๒๕๔๙		๒๕๕๐		รวม	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ผู้คลอด								
คลอดสำเร็จ	๒๖๓	๑๐๐	๒๕๘	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๒๑	๑๐๐
ไม่สำเร็จ - ส่งต่อ	๔๕	๑๗.๑๑	๓๗	๑๔.๓๔	๔๐	๑๕.๗๕	๑๒๒	๑๕.๗๔
การคลอดที่โรงพยาบาลรับช่วง								
คลอดทางช่องคลอดปกติ (NL)	๑๖	๓๕.๕๖	๑๒	๓๒.๔๓	๒๓	๕๗.๕๐	๕๑	๔๑.๘๐
คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (V/E)	๖	๑๓.๓๓	๔	๑๐.๘๑	๔	๑๐	๑๔	๑๑.๔๘
คลอดโดยใช้คีม (F/E)	๑	๒.๒๒	๐	๐	๐	๐	๑	๐.๘๒
คลอดโดยการผ่าตัด (C/S)	๑๕	๔๒.๒๒	๑๕	๔๑.๓๕	๑๒	๓๐	๔๒	๓๔.๕๘
ไม่คลอด	๓	๖.๖๗	๒	๕.๔๑	๑	๒.๕๐	๖	๔.๙๒
ลักษณะการคลอด								
คลอดสำเร็จโดยไม่ผ่าตัด (NL, V/E, F/E)	๒๔๑	๕๑.๖๗	๒๓๗	๕๑.๘๖	๒๔๑	๕๘.๘๘	๗๑๙	๕๒.๗๗
คลอดโดยผ่าตัด (C/S)	๑๕	๓๒.๒๒	๑๕	๓๙.๖๖	๑๒	๓๐	๔๒	๓๔.๕๕
ไม่คลอด	๓	๖.๑๑	๒	๕.๓๘	๑	๒.๕๐	๖	๔.๖๘

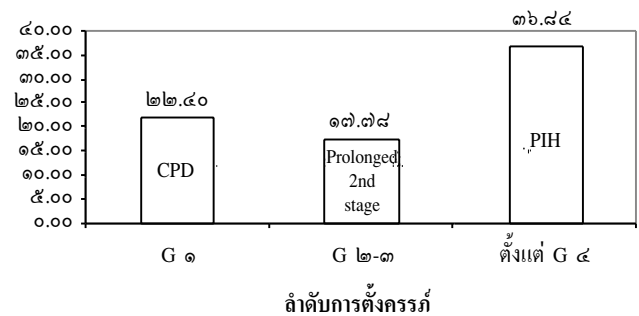
ตารางที่ ๒ ข้อมูลการคลอดไม่สำเร็จ และการส่งต่อ จำแนกตามลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ และอายุผู้คลอด ปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๕๐

ตัวแปร	๒๕๔๘		๒๕๔๙		๒๕๕๐		รวม	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ลำดับการตั้งครรภ์								
ครรภ์แรก	๒๑	๔๖.๖๗	๒๑	๕๖.๗๖	๑๖	๔๐	๕๘	๔๗.๕๕
ครรภ์ที่ ๒, ๓	๑๗	๓๗.๗๘	๙	๒๔.๓๒	๑๙	๔๗.๕๐	๔๕	๓๖.๘๙
≥ ครรภ์ที่ ๔	๗	๑๕.๕๖	๗	๑๘.๙๒	๕	๑๒.๕๐	๑๙	๑๕.๕๖
รวม	๔๕	๑๐๐	๓๗	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	๑๒๒	๑๐๐
อายุครรภ์ (สัปดาห์)								
< ๓๗	๘	๑๗.๗๘	๗	๑๘.๙๒	๓	๗.๕๐	๑๘	๑๔.๗๕
๓๗ - ๔๒	๓๒	๗๑.๑๑	๓๐	๘๑.๐๘	๓๔	๘๕	๙๖	๗๘.๖๙
> ๔๒	๕	๑๑.๑๑	๐	๐	๓	๗.๕๐	๘	๖.๕๖
รวม	๔๕	๑๐๐	๓๗	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	๑๒๒	๑๐๐
อายุผู้คลอด (ปี)								
< ๒๐	๒	๔.๔๔	๔	๑๐.๘๑	๒	๕	๘	๖.๕๖
๒๐ - ๓๕	๓๘	๘๔.๔๔	๒๖	๗๐.๒๗	๓๓	๘๒.๕๐	๙๗	๗๙.๕๑
มากกว่า ๓๕	๕	๑๑.๑๑	๗	๑๘.๙๒	๕	๑๒.๕๐	๑๗	๑๓.๙๓
รวม	๔๕	๑๐๐	๓๗	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	๑๒๒	๑๐๐

ตารางที่ ๓ การคลอดไม่สำเร็จวินิจฉัยโดยแพทย์โรงพยาบาล
ควนโดน ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ ถึง ๒๕๕๐

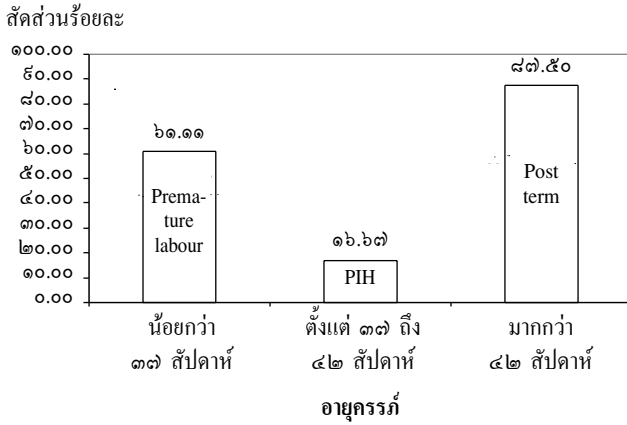
สาเหตุการส่งต่อ	ราย	ร้อยละ
ภาวะความดันโลหิตสูงเหตุครรภ์ ^(๓,๔)	๒๔	๑๙.๖๗
สัดส่วนหัวทารกกับเชิงกรานผู้คลอดไม่เหมาะสม	๑๘	๑๔.๓๕
ระยะที่ ๒ ของการคลอดยึดเยื่อ	๑๑	๘.๓๖
ทารกสภาพกลับขึ้น	๑๑	๘.๓๖
การคลอดก่อนกำหนด	๑๑	๘.๓๖
ทารกทำกัน	๑๑	๘.๓๖
อายุครรภ์เกินกำหนด	๗	๕.๖๗
ปากมดลูกไม่เปิด	๕	๔.๑๐
ใช้เข็มลิ้มเหลว	๕	๔.๑๐
ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด	๓	๒.๓๖
เคຍผู้คลอด	๓	๒.๓๖
ถุงน้ำคร่ำอักเสบ	๓	๒.๓๖
รกเกาะต่ำ	๓	๒.๓๖
ครรภ์แฝด	๒	๑.๖๗
โรคความดันเลือดสูงเรื้อรัง	๒	๑.๖๗
ท้องที่ ๑๓	๑	๐.๘๓
ระยะที่ ๑ ของการคลอดยึดเยื่อ	๑	๐.๘๓
โรคลมชัก	๑	๐.๘๓
รวม	๑๒๒	๑๐๐

สัดส่วนร้อยละ

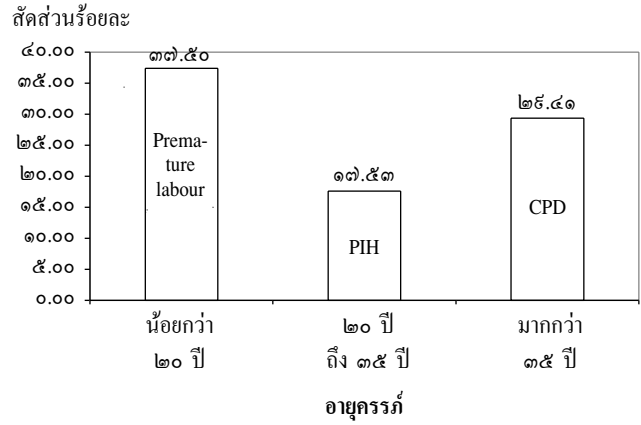


รูปที่ ๒ แสดงการวินิจฉัย (สาเหตุการส่งต่อ) ที่พบบ่อยที่สุด จำแนกตามลำดับการตั้งครรภ์ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ ถึง ๒๕๕๐

ภาวะความดันโลหิตสูงเหตุครรภ์, สภาพทารกกลับขึ้น และการคลอดก่อนกำหนดคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ ๖๖.๖๗, ๔๕.๕๖ และ ๕๕.๕๕ ตามลำดับ. สาเหตุสัดส่วนหัวทารกกับเชิงกรานผู้คลอดไม่เหมาะสม, ระยะคลอดที่ ๒ ยึดเยื่อ และทารกทำกันคลอด ได้รับการผ่าตัดร้อยละ ๕๐, ๔๕.๕๖ และ ๙๐.๙๑ ตามลำดับ (ตารางที่ ๔). ภาวะไม่คลอดส่วนใหญ่เป็นผู้คลอดก่อนกำหนดครรภ์ร้อยละ ๘๓.๓๓ (ตารางที่ ๕).



รูปที่ ๓ แสดงสาเหตุการส่งต่อ จำแนกตามอายุครรภ์ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๕๐



รูปที่ ๔ สาเหตุการส่งต่อจำแนกตามอายุผู้คลอด ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๕๐

ตารางที่ ๔ ข้อมูลการคลอดหลังส่งต่อ จำแนกตามสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐

สาเหตุการส่งต่อ	ราย	การคลอดหลังการส่งต่อ (%)					รวม (%)
		ปกติ	ผ่าตัด	V/E	ใช้เข็ม	ไม่คลอด	
ความดันเลือดสูงเหตุครรภ์	๒๔	๖๖.๖๗	๒๐.๘๓	๑๒.๕๐	๐	๐	๑๐๐
สัดส่วนหัวเด็กกับเชิงกรานผู้คลอด	๑๘	๑๖.๖๗	๕๐.๐๐	๓๓.๓๓	๐	๐	๑๐๐
การคลอดระยะที่ ๒ ยึดเยื่อ	๑๑	๑๘.๑๘	๔๕.๔๖	๓๖.๓๖	๐	๐	๑๐๐
สภาพทารกค้ำชัน	๑๑	๔๕.๔๖	๓๖.๓๖	๐	๑๘.๑๘	๐	๑๐๐
การคลอดก่อนกำหนด	๑๑	๕๕.๕๕	๐	๐	๐	๔๕.๔๖	๑๐๐
ทารกทำเกิน	๑๑	๙.๐๙	๙๐.๙๑	๐	๐	๐	๑๐๐

ตารางที่ ๕ ภาวะไม่คลอด จำแนกตามสาเหตุก่อนการส่งต่อ ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ ถึง ๒๕๕๐

สาเหตุการส่งต่อ	ไม่คลอด	
	ราย	ร้อยละ
Premature Labour	๕	๘๓.๓๓
Post term	๑	๑๖.๖๗
รวม	๖	๑๐๐

วิจารณ์

การศึกษาพบว่า การส่งต่อผู้ป่วยคลอดไม่สำเร็จที่โรงพยาบาลควนโดน ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ ถึง ๒๕๕๐ สูงถึงร้อยละ ๑๕.๗๔ เกินกว่าข้อมูลร้อยละ ๑๒.๖๘ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๔๖^(๕) อาจเนื่องจากโรงพยาบาลควนโดนเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่มีสูตินรีแพทย์ ไม่มีการผ่าตัดคลอด ต้องส่งต่อผู้

ป่วยจำเป็นไปรับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๖.๔๕ ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ถึง ๒๕๔๘ ผ่าตัด ร้อยละ ๕.๔๖ ถึง ๗.๐๔^(๕) แต่ต่ำกว่าการคลอดโดยการผ่าตัด ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ ๒๘.๓๔-๓๕.๙๓^(๕)). การศึกษาแบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาลใน พ.ศ. ๒๕๓๓ - ๒๕๓๙ โดยวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ^(๖) ทำการคลอดโดยผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชน ใน พ.ศ. ๒๕๓๙ ร้อยละ ๗.๒๐, โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ ๒๒.๙๐, และโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ ๕๑.๕๘. อัตราการคลอดโดยการ ผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาล ศูนย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากการตัดสินใจทำการผ่าตัด เร็วขึ้น^(๗), การผ่าตัดคลอดซ้ำมีมากขึ้น อันตรายต่อแม่และเด็ก ลดน้อยลง เพราะมีสูติรีแพทย์เพิ่มมากขึ้นในโรงพยาบาล ขนาดใหญ่. การคลอดไม่สำเร็จส่วนมากเป็นการตั้งครรรค์ แรก อาจเนื่องจากขาดความรู้และประสบการณ์ในการเฝ้า ระวังภาวะผิดปกติระหว่างมีครรรค์ ทำให้ไปพบแพทย์ล่าช้า การเตรียมคลอด การเบ่งคลอดที่ไม่ถูกวิธี. สาเหตุการส่งต่อที่ พบบ่อยพบในการศึกษานี้อาจนำไปใช้ประกอบการวางแผน พัฒนาดูแลหญิงมีครรรค์ เฝ้าระวังติดตามภาวะดังกล่าวก่อน และขณะคลอด พร้อมให้การดูแลและพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยที่ มีแนวโน้มคลอดไม่สำเร็จ, จัดการฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และผู้ที่เกี่ยวข้องโดยสูติรีแพทย์ อย่างต่อเนื่อง. สาเหตุการส่งต่อที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยแต่ละ กลุ่มย่อย จำแนกตามลำดับการตั้งครรรค์ อายุครรรค์และอายุ มารดาที่มีความแตกต่างกัน.

การพบการคลอดหลังการส่งต่อซึ่งส่วนใหญ่คลอดได้ ปรกติทางช่องคลอด ณ โรงพยาบาลสตูล อาจเป็นโอกาสให้ โรงพยาบาลควนโดนพัฒนาศักยภาพในการทำคลอดเพื่อลด การส่งต่อ. แต่ทั้งนี้การตัดสินใจส่งต่อขึ้นอยู่กับความ มั่นใจของแพทย์ผู้ดูแล และสิ่งสำคัญความคาดหวังในผลการ คลอดของผู้ป่วยและญาติ. กรณีภาวะความดันโลหิตสูงเหตุ

ครรรค์ซึ่งพบได้บ่อยที่สุดในการส่งต่อควรให้การดูแลรักษา สตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างมีครรรค์ตามหลักฐาน อ้างอิงในปัจจุบัน^(๘). กรณีที่สาเหตุต้องได้รับการผ่าตัดหรือ คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ โดยสูติแพทย์ในอัตรา ร้อยละที่สูงแสดงถึงความเหมาะสมในการพิจารณาส่งต่อได้ เป็นอย่างดี. กรณีทารกทำกันในการศึกษาที่พบว่าไม่ใช่ข้อบ่ง ชี้ที่จะต้องทำการผ่าตัดคลอดทุกรายก็สอดคล้องกับรายงาน ของประพัทธ์ โอประเสริฐสวัสดิ์^(๙) ว่าการที่จะลดอัตราตายและ ทูพพลภาพในมารดาและทารกปรกติกำเนิดนั้น ให้พิจารณาทาง เลือกในการคลอดว่าจะให้คลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัด คลอดเป็นราย ๆ ไป โดยดูจากรูปแบบต่าง ๆ ของส่วนหน้าที เป็นกัน, การงอเล็กน้อยของศีรษะทารก, อายุครรรค์และการ ดำเนินการคลอด โดยใช้กราฟดูแลการคลอด ไม่แนะนำให้ทำ ผ่าตัดคลอดทุกราย เนื่องจากการผ่าตัดคลอดนั้น ผู้ทำผ่าตัด คลอดจะต้องมีทักษะประสบการณ์ในการผ่าตัด และรวมไป ถึงการทำคลอดทารก ที่มีส่วนหน้าเป็นกันจากมดลูกด้วย. หาก ผู้ทำผ่าตัดขาดทักษะประสบการณ์ ผลที่ได้ก็จะไม่สามารถลด อัตราตายและทูพพลภาพในมารดาและทารกปรกติกำเนิดได้. การใช้เครื่องดูดสุญญากาศที่ทำการคลอดไม่สำเร็จ ๕ ราย (ร้อยละ ๔.๑๐) ควรนำไปทบทวน สภาวะที่ต้องมีพร้อมก่อนใช้เครื่อง ดูดสุญญากาศ และข้อควรระวัง อันตรายต่อแม่และเด็ก^(๑๐) เพื่อ เพิ่มความสำเร็จของการคลอด และความปลอดภัย.

ผู้ทำการศึกษาแนะนำว่าควรมีการกำหนดแนวทางการ ดูแลผู้คลอด และการส่งต่อร่วมกันระหว่างองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล สูติรีแพทย์ และกุมารแพทย์, และควรมี การประสานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลเกี่ยวกับผลการดูแล รักษาสุขภาพของผู้คลอดและทารกหลังการส่งต่อ.

กิตติกรรมประกาศ

คุณกรวิมล หวังกุลลา พยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาล ควนโดน ได้ให้ความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูล และคุณ เปรมศักดิ์ ปะดุกา พยาบาลวิชาชีพ ช่วยในการพิมพ์ต้นฉบับ.



เอกสารอ้างอิง

๑. ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล. สตูล: ที่ว่าการอำเภอควนโดน; ๒๕๕๐.
๒. โรงพยาบาลสตูล. รายงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๐ โรงพยาบาลสตูล; ๒๕๕๐.
๓. กำธร พุกขานานนท์. ความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. ใน: สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์, สุภวัฒน์ ชูติวงศ์, ดำรง เจริญประยูร, สุทัศน์ กลกิจโกวินท์ (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์ จำกัด; ๒๕๓๘. หน้า ๑๕๒-๔.
๔. ชัชปวิตร เกตุพุก. Pre eclampsia Part I. ใน: นครชัย เพื่อนปฐม (บรรณาธิการ). Clinical Practice Guideline. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์ จำกัด; ๒๕๔๖. หน้า ๒๘๒-๓.
๕. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการคลอด. Available from: <http://www.phdb.moph.go.th> Accessed Dec 27, 2007.
๖. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, งามจิตต์ จันทร์สาธิต, ชลลดา สิทธิบุรุษ, พรทิพย์ แซ่เอ็ง. แบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาล ปี ๒๕๓๓-๒๕๓๕. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
๗. สุทัศน์ กลกิจโกวินท์. การผ่าท้องทำคลอด. ใน: สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์, สุภวัฒน์ ชูติวงศ์, ดำรง เจริญประยูร, สุทัศน์ กลกิจโกวินท์ (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์ จำกัด; ๒๕๓๘. หน้า ๓๒๕.
๘. จิตเกษม เก่งพล. Pre eclampsia Part II. ใน: นครชัย เพื่อนปฐม (บรรณาธิการ). Clinical Practice Guideline. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์ จำกัด; ๒๕๔๖. หน้า ๒๕๕-๓๒๐.
๙. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์. ส่วนนำเป็นก้อน คลอดทางช่องคลอด VS ผ่าตัดคลอด. Available from: <http://www.ramacme.org/articles/3-16-207-2400-0209-04/3-16-207-2400-0209-04-0006.asp>. Accessed Jan 21, 2008.
๑๐. สุทัศน์ กลกิจโกวินท์. เครื่องดูดสุญญากาศ. ใน: สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์, สุภวัฒน์ ชูติวงศ์, ดำรง เจริญประยูร, สุทัศน์ กลกิจโกวินท์ (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์ จำกัด; ๒๕๓๘. หน้า ๒๕๔-๓๐๑.

การวัดแรงดันตาด้วยมาตรวัดโนสัมผัสแบบไม่สัมผัสตา เปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน

ปิณอกัย บุญศรีโรจน์*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิเคราะห์แบบตัดขวางเพื่อเปรียบเทียบค่าแรงดันตาที่วัดจากมาตรแรงดันตาแบบไม่สัมผัสตาเทียบกับวิธีมาตรฐาน ในกลุ่มผู้ป่วยต้อหิน และไม่ใช้ต้อหิน. ตัวอย่างศึกษาได้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าม่วง ในช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๕๐-มกราคม ๒๕๕๑ จำนวน ๑๔๘ ราย เป็นผู้ป่วยต้อหิน ๔๘ ราย และกลุ่มไม่ใช้ต้อหิน ๑๐๐ ราย. ผู้ป่วยทุกรายไม่เคยรับการผ่าตัดทางจักษุ และไม่มีโรคกระจกตา. ทำการวัดแรงดันตาด้วยมาตรแรงดันตาแบบไม่สัมผัสตาก่อน แล้วตามด้วยการวัดวิธีมาตรฐาน, วัดในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน โดยผู้ทำการวัดคนละคนเฉพาะเครื่อง. เปรียบเทียบแรงดันตาที่วัดทั้ง ๒ วิธีใช้สถิติการทดสอบที่จับคู่พบความแตกต่างสำคัญโดยนัยสถิติ (ค่า $p < 0.05$) ทั้ง ๒ กลุ่ม. ในกลุ่มต้อหิน ค่าที่ได้จากการวัดด้วยมาตรแรงดันตาแบบไม่สัมผัสตาดำกว่าการวัดด้วยวิธีมาตรฐาน: ค่าเฉลี่ยตาขวา 4.61 ± 0.14 มม.ปรอท, ตาซ้าย 4.61 ± 0.50 มม.ปรอท. ในกลุ่มไม่ใช้ต้อหินการวัดด้วยมาตรแรงดันตาแบบไม่สัมผัสตาได้ค่าต่ำกว่าการวัดวิธีมาตรฐาน: ค่าเฉลี่ยตาขวา 1.55 ± 0.25 มม.ปรอท, ตาซ้าย 2.40 ± 0.62 มม.ปรอท. เนื่องจากค่าความแตกต่างมากขึ้นในรายที่แรงดันตาสูงขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลบ่งชี้ถึงความน่าเชื่อถือของผลการวัดแรงดันตาวิธีไม่สัมผัสตาเฉพาะกรณีในช่วงแรงดันตาปกติ ดังนั้นในรายที่วัดได้ค่าแรงดันตาสูงจึงควรวัดซ้ำด้วยวิธีมาตรฐาน.

คำสำคัญ: การวัดแรงดันตา, มาตรแรงดันตาแบบไม่สัมผัสตา

Abstract

Comparison between Intraocular Pressures Measured by Non-contact Tonometer and by Standard Device in Glaucoma and Non-glaucoma Patients
Pinapai Boonsrirote*

**Thamuang Hospital, Kanchanaburi Province*

This was a cross-sectional analytic study conducted to compare intraocular pressure (IOP) measurements by non-contact tonometer (NCT) and a standard Goldmann applanation tonometer (GAT) in glaucoma and non-glaucoma patients. One hundred and forty-eight outpatients attending Thamuang Hospital in the period December 2007 - January 2008 were categorized into two groups: the glaucoma group comprised 48 patients (48 right eyes, 47 left eyes) and the non-glaucoma group comprised 100 patients (99 right eyes, 100 left eyes). None of the patients had a history of ocular surgery or corneal disease. Their IOP were measured by two independent parallel observers using non-contact tonometer Canon TX-F and Goldmann applanation tonometer.

The results of the study disclosed that the intraocular pressures measured by the non-contact tonometer were significantly different from those measured by the Goldmann applanation tonometer (paired t-test statistical analysis $p < 0.05$) in both glaucoma and

*โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี



non-glaucoma groups. Mean IOP in the glaucoma group, measured by NCT, was lower than GAT (4.63 ±3.14 mmHg right eye, 4.33±3.50 mmHg left eye); also, the mean IOP in the non-glaucoma group, measured by NCT, was lower than GAT (1.95±2.89 mmHg right eye, 2.40±2.62 mmHg left eye). The pressure difference increased in cases with a higher IOP, thus reflecting the reliability of NCT measurement only in measurement of the cases with normal intraocular pressure range. Therefore, repeat intraocular pressure measurement should be performed to conform with the standard Goldmann applanation tonometer, if necessary.

Key words: IOP measurements, non-contact tonometer, Goldman applanation tonometer

ภูมิหลังและเหตุผล

การวัดแรงดันตาเป็นการตรวจทางจักษุวิทยาที่สำคัญ และเป็นสิ่งแรกที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยโรคต้อหิน. แรงดันตาที่สูงสามารถทำลายเส้นประสาทตา และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด^(๑,๒). เครื่องมือที่ใช้วัดแรงดันตาที่ได้ค่าที่น่าเชื่อถือและถูกต้อง จึงมีความสำคัญ. มาตรการแรงดันตาแบบไม่สัมผัส (non-contact tonometer; NCT) เป็นมาตรอัตโนมัติ ที่เริ่มใช้กันตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๕^(๓) มีหลักการทำงานโดยการเป่าลมไปกระทบกับกระจกตา ทำให้ส่วนกลางของกระจกตาแบนราบลง แสงที่สะท้อนจากกระจกตาดำมาตกกระทบที่ตัวรับแสงที่เครื่อง. ตัวเครื่องจะทำการคำนวณเวลาตั้งแต่เริ่มจนแสงตกกระทบมากที่สุดมาแปลงเป็นค่าแรงดันลูกตา^(๔). NCT มีข้อดีเหนือกว่ามาตรชนิดอื่นตรงที่ไม่ต้องสัมผัสกับลูกตา, ลดการเกิดแผลที่กระจกตา และไม่ต้องใช้ยาชา, ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ. อย่างไรก็ตาม กระจกตาโค้งมนที่พองกระจายตามลมเข้าไปกระทบกระจกตาก็อาจทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสที่แพร่ทางอากาศได้^(๕). ในรายที่มีกระจกตาโค้งมนสม่ำเสมอ การวัดด้วยวิธี Goldmann applanation tonometer (GAT) ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีมาตรฐาน และจากการศึกษาเปรียบเทียบผลวัดระหว่างมาตร ๒ ชนิด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างน้อย ๒-๓ มม.ปรอท. แต่หาก NCT สามารถให้ผลความดันตาที่ถูกต้องแม่นยำ มีความน่าเชื่อถือ การนำมาใช้ก็จะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย. ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อหาความน่าเชื่อถือของมาตรการแรงดันตาแบบไม่สัมผัสตาในกลุ่มผู้ป่วยต้อหินเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่ต้อหิน.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นแบบวิเคราะห์ภาคตัดขวางในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกจักษุ โรงพยาบาลท่าม่วงในช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๕๐ ถึงเดือน มกราคม ๒๕๕๑. ผู้ป่วยที่นำมาศึกษาไม่เคยได้รับการผ่าตัดทางจักษุมาก่อน และไม่มีโรคตา เช่น ต้อเนื้อ, กระจกตาขุ่น บวม หรือมีแผลเป็น และแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มต้อหิน และไม่ใช่อต้อหิน. ผู้ป่วยได้รับการวัดแรงดันตาด้วย non-contact tonometer (Canon TX-F) ใช้ค่าแรงดันตาเฉลี่ยจากการวัด ๓ ครั้ง ไม่ได้หยอดยาชา ตรวจโดยพยาบาลจักษุเวชปฏิบัติ. หลังจากนั้นประมาณ ๑๐-๑๕ นาที ทำการตรวจด้วย slit lamp biomicroscope และวัดแรงดันตาอีกครั้งโดยจักษุแพทย์ด้วยวิธี Goldmann applanation tonometer (GAT) ซึ่งได้รับการปรับความถูกต้องทุกวัน. ข้อมูลการศึกษาถูกบันทึกไว้ในแบบข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, โรคประจำตัว, การวินิจฉัยโรค, และค่าแรงดันตา. จากนั้นป้อนข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และประมวลผลทางสถิติ.

ผลการศึกษา

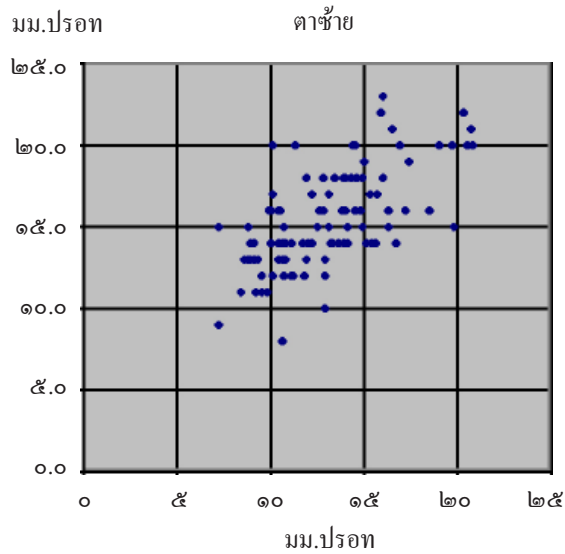
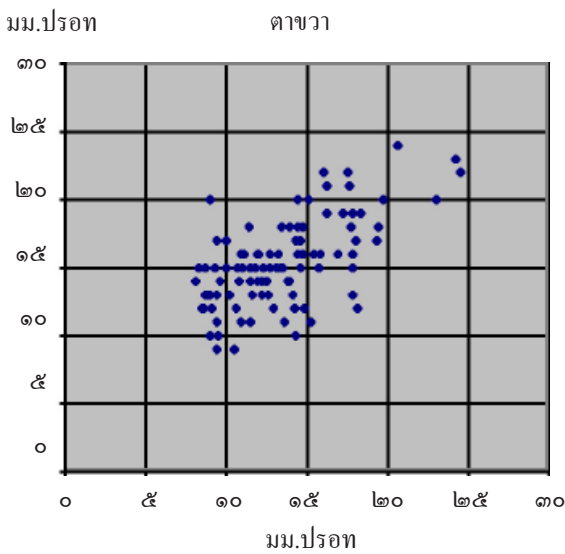
ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด ๑๔๘ ราย เป็นผู้ป่วยต้อหิน ๔๘ ราย เป็นตาขวา ๔๘ ตา, ตาซ้าย ๔๗ ตา และผู้ป่วยที่ไม่ใช่ต้อหิน ๑๐๐ ราย แบ่งเป็น ตาขวา ๕๕ ตา ตาซ้าย ๑๐๐ ตา. ผู้ป่วยตัวอย่างร้อยละ ๗๒.๙๗ เป็นผู้หญิง, อายุ ๒๑-๘๓ ปี (ต้อหิน) และ ๒๒-๗๙ ปี (ไม่ใช่ต้อหิน). อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มต้อหิน (๖๐.๙๑±๑๒.๖๓) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ต้อหิน (๔๓.๗๑±๑๒.๓๓). ผู้ป่วยกลุ่มต้อหินเป็น primary open angle glaucoma

ร้อยละ ๗๕ และ chronic narrow angle glaucoma ร้อยละ ๒๐.๘๓, มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ ๓๓.๓๓ และโรคเบาหวานร้อยละ ๒๕. กลุ่มที่ไม่ใช่ต้อหินเป็นคนปรกติ ร้อยละ ๖๗ และเป็นต้อกระจก ร้อยละ ๑๓.

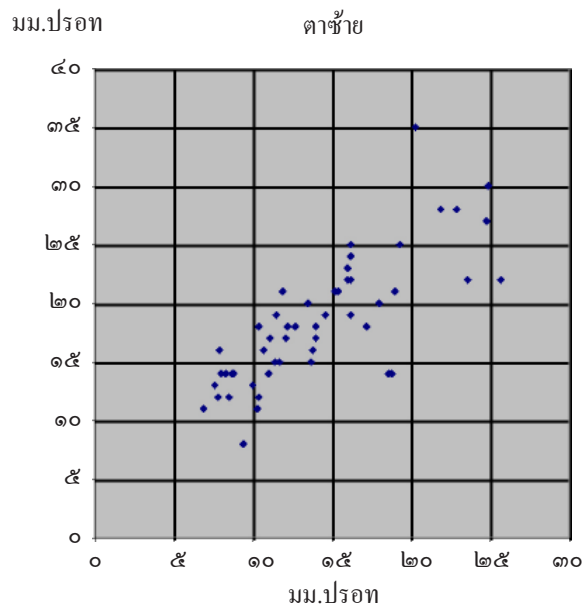
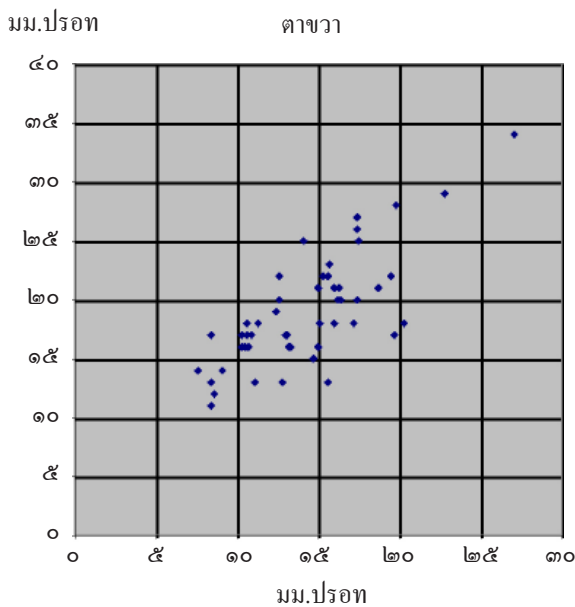
นำผลแรงดันตาที่วัดได้ในแต่ละคนจาก NCT และ GAT มาเปรียบเทียบกันและแสดงผลเป็นแผนภูมิกระจาย

(scattergram) แยกเป็นตาขวาและตาซ้าย ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่ต้อหิน (รูปที่ ๑) กับกลุ่มต้อหิน (รูปที่ ๒) ซึ่งพบว่าผลแรงดันตาสอดคล้องกันดีระหว่าง NCT กับ GAT.

ค่าแรงดันตาเฉลี่ยที่วัดได้จากเครื่อง NCT ในกลุ่มต้อหินแยกตาขวา และตาซ้าย มีค่าเท่ากับ ๑๔.๔๕±๓.๙๙ และ ๑๔.๐๙±๔.๕๗ มม.ปรอท ตามลำดับ; ในกลุ่มไม่ใช่ต้อหินแยก



รูปที่ ๑ แสดงค่าแรงดันตาที่วัดได้จาก NCT เปรียบเทียบกับวิธี GAT ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่ต้อหิน



รูปที่ ๒ แสดงค่าแรงดันตาที่วัดได้จาก NCT เปรียบเทียบกับวิธี GAT ในกลุ่มผู้ป่วยต้อหิน



ตารางที่ ๑ ค่าแรงดันตาเปรียบเทียบแต่ละวิธี ในแต่ละกลุ่มผู้ป่วย

	กลุ่มต้อหิน		กลุ่มไม่ใช่ต้อหิน	
	ตาขวา	ตาซ้าย	ตาขวา	ตาซ้าย
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	๐.๗๖๔	๐.๗๘๒	๐.๖	๐.๖
จำนวน (ราย)	๔๘	๔๗	๕๕	๑๐๐
แรงดันตาเฉลี่ยจาก NCT (มม.ปรอท)	๑๔.๔๕ ± ๓.๕๕	๑๔.๐๕ ± ๔.๕๗	๑๓.๔๐ ± ๓.๕๗	๑๒.๕๕ ± ๓.๒๐
แรงดันตาเฉลี่ยจาก GAT (มม.ปรอท)	๑๕.๐๘ ± ๔.๗๓	๑๘.๔๓ ± ๕.๓๒	๑๕.๓๖ ± ๓.๑๕	๑๕.๓๕ ± ๓.๐๑
แรงดันตาแตกต่างเฉลี่ย (ค่าพี)	๔.๖๓ ± ๓.๑๔	๔.๓๗ ± ๓.๕๐	๑.๙๕ ± ๒.๘๕	๒.๘๐ ± ๒.๖๒
	(< ๐.๐๕)	(< ๐.๐๕)	(< ๐.๐๕)	(< ๐.๐๕)

ตาขวา ตาซ้าย มีค่าเท่ากับ ๑๓.๔๐±๓.๕๗ และ ๑๒.๕๕±๓.๒๐ มม.ปรอท ตามลำดับ. ส่วนแรงดันตาเฉลี่ยที่วัดได้จาก GAT ในกลุ่มต้อหินแยกตาขวา ตาซ้าย มีค่าเท่ากับ ๑๕.๐๘±๔.๗๓ และ ๑๘.๔๓±๕.๓๒ มม.ปรอท ตามลำดับ; ในกลุ่มไม่ใช่ต้อหินแยกตาขวา ตาซ้าย มีค่าเท่ากับ ๑๕.๓๖±๓.๑๕ และ ๑๕.๓๕±๓.๐๑ มม.ปรอท ตามลำดับ. จากการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบแรงดันลูกตาทั้ง ๒ วิธี โดยใช้สถิติการทดสอบที่จับคู่พบว่าค่าแรงดันตาที่วัดได้จากเครื่อง NCT จะต่ำกว่าที่วัดโดย GAT ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยต้อหิน และไม่ใช่ต้อหินอย่างมีนัยสำคัญ (ค่าพี < ๐.๐๕) ทุกกลุ่มผู้ป่วย (ตารางที่ ๑).

วิจารณ์

แรงดันตาถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดต้อหิน. การศึกษาหาค่าแรงดันตาปรกติในกลุ่มประชากร โดย Leydhecker เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๑ โดยใช้ Schiotz tonometer ได้ค่าเฉลี่ยแรงดันตา เท่ากับ ๑๕.๕±๒.๕๗ มม.ปรอท^(๖). การศึกษาต่อ ๆ มาโดยใช้มาตรแรงดันตาที่ต่างออกไปและในกลุ่มประชากรทั่วไปก็ได้ค่าใกล้เคียงกัน^(๗). อย่างไรก็ตาม พบว่ามีปัจจัยอีกหลายอย่างที่มีผลต่อค่าแรงดันตาไม่ว่าจะเป็น เชื้อชาติ อายุ และ เพศ เป็นต้น^(๘) รวมทั้งปัจจัยที่มีผลให้แรงดันตาเปลี่ยนแปลงในระยะสั้นได้เช่น ตามช่วงเวลาของวัน, ท่าทาง, การอักเสบของม่านตา^(๙-๑๐).

การวัดแรงดันตาแบ่งออกได้เป็น ๒ วิธีด้วยกัน คือ (๑)

Indentation tonometers ซึ่งตัวต้นแบบที่รู้จักกันก็คือ Schiotz tonometer มีหลักการวัดโดยการกดผิวกระจกตาลงไปเป็นลักษณะกรวยตัด, (๒) Applanation tonometer ตัวที่เป็นต้นแบบคือ Goldmann applanation tonometer (GAT) มีหลักการวัดโดยการกดกระจกตาแบบแบนราบ ถือเป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้วัดแรงดันตาและใช้ในการศึกษาอย่างกว้างขวาง^(๕) แต่มีข้อจำกัดที่วิธีการวัดค่อนข้างยุ่งยาก ต้องใช้จักษุแพทย์ อาจมีอันตรายต่อกระจกตา และแพร่กระจายเชื้อ.

มาตรแรงดันตาที่ไม่สัมผัส (non-contact tonometer; NCT) เริ่มนำมาใช้โดย Grolman มีข้อดีเหนือวิธีอื่น ที่ไม่ต้องสัมผัสกับตาผู้ป่วย ใช้เพียงการเป่าลมไปกระทบผิวกระจกตา ไม่ต้องใช้ยาชา บุคลากรอื่นสามารถฝึกใช้เครื่องมือได้ง่าย.

จากการศึกษานี้ ได้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มต้อหิน และ ไม่ใช่ต้อหิน พบว่าผลการวัดความดันตาจาก NCT และ GAT มีความสอดคล้องกันทั้ง ๒ กลุ่ม โดยค่าความดันตาเฉลี่ยที่ได้จาก NCT จะต่ำกว่า GAT อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งกลุ่มผู้ป่วยต้อหิน และไม่ใช่ต้อหิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^(๑๑,๑๒) โดยพบว่าค่าแรงดันเฉลี่ยแตกต่างในกลุ่มที่ไม่ใช่ต้อหินจะมีค่า ๑.๙-๒.๔ มม.ปรอท ส่วนในกลุ่มต้อหิน จะมีค่ามากถึง ๔.๓-๔.๖ มม.ปรอท.

ปัจจุบันเครื่อง NCT ได้รับความนิยมค่อนข้างมากในคลินิกผู้ป่วยจักษุ เนื่องจากสามารถแบ่งเบาภาระงานของจักษุแพทย์และช่วยให้บริการผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้น. ดังนั้นการ

ใช้ค่าแรงดันตาที่วัดได้จาก NCT จึงต้องระมัดระวัง โดยเฉพาะในกรณีที่ค่าแรงดันตาที่สูง.

สรุปจากการศึกษาที่พบความแตกต่างของค่าแรงดันตาที่วัดได้จาก NCT เทียบกับ GAT ได้ค่าจาก NCT ต่ำกว่า GAT โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยต้อหินที่มีค่าเฉลี่ยแรงดันตาที่สูงกว่ากลุ่มปกติ จึงแนะนำว่าหากมีข้อสงสัยควรวัดแรงดันตายืนยันอีกครั้งด้วย วิธี GAT.

เอกสารอ้างอิง

๑. Sommer A. Intraocular pressure and glaucoma. Am J Ophthalmol 1989;107:186.
๒. Schottenstein E. Intraocular pressure and tonometry. In: Ritch R, Shields M, Krupin T, editors. The glaucomas. 2nd Ed. St.Louis, Mo: Mosby; 1996. p. 407.
๓. Grolman B. A new tonometer system. Am J Optom Arch Am Acad Optom 1972;49:646-9.
๔. Bruce Shield M. Shield's textbook of glaucoma. 5th ed. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 36-58.
๕. John CM, Irvin PP. Glaucoma science and practice. China: Thieme; 2003. p. 57-69.
๖. Leydhecker W, Akiyama K. Intraocular pressure in normal human eyes. Klin Monatsblatler Augenheilkd Augenzarzl Fortbild 1958;133:662-70.
๗. Leibowitz HM, Krueger DE. An ophthalmological and epidemiological study of cataract, glaucoma, diabetic retinopathy, macular degeneration, and visual acuity in a general population of 2631 adults. Surv Ophthalmol 1980;24(suppl):335-610.
๘. Jaén-Díaz JI, Cordero-García B. Diurnal variability of intraocular pressure. Arch Soc Esp Oftalmol 2007;82:675-9.
๙. Buchanan RA, Williams TD. Intraocular pressure, ocular pulse pressure, and body position. Am J Optom Physiol Opt 1985;62:59-62.
๑๐. Tsukahara S, Sasaki T. Postural change of IOP in normal persons and in patients with primary wide open-angle glaucoma and low-tension glaucoma. Br J Ophthalmol 1984;68:389-92.
๑๑. ภราดร สุขอุดม. ความน่าเชื่อถือของผลการวัดความดันตาด้วยเครื่องวัดอัตโนมัติชนิดใช้ลมเป่าแบบไม่สัมผัสตา. จักษุสาขารวมสุข ๒๕๔๕;๑๖:๔๗-๕๒.
๑๒. Rouhiainen H, Teräsvirta M. Incidence of open-angle glaucoma and screening of the intraocular pressure with a non-contact tonometer. Acta Ophthalmol (Copenh). 1990;68:344-6.

เปรียบเทียบผู้ป่วยทำร้ายตนเองของโรงพยาบาล ชาณุวรลักษบุรีและโรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร พ.ศ. ๒๕๕๐

ทวิศักดิ์ คุณุตมวงศ์*

สุมาลี เองสุวรรณ*

วันัย ลิสมิทธิ์**

บทคัดย่อ

การศึกษาการทำร้ายตัวเองสำเร็จของผู้ป่วยทำร้ายตนเองในอำเภอชาณุวรลักษบุรีและอำเภอคลองขลุง ในพ.ศ. ๒๕๕๐ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานภาพทั่วไป, ปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ ข้อมูลทฤษฎีภูมิย้อนหลังจากรายงาน รง.506DS พ.ศ. ๒๕๕๐ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา, สถิติวิเคราะห์การ ทดสอบที และสมการถดถอยลอจิสติก.

ผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน ๑๑๐ ราย เกือบทั้งหมดเป็นคนไทย มีอาชีพเกษตรกร ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง อายุวัยแรงงาน สถานภาพสมรสคู่, เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ๒ เท่า, ทำร้ายตัวเองสำเร็จ ๑๒ ราย (ร้อยละ ๑๐.๖) โดยผู้ป่วยอำเภอคลองขลุงมีอัตราตายสูงกว่าผู้ป่วยอำเภอชาณุวรลักษบุรี ๔ เท่า. ส่วนใหญ่ ทำร้ายตัวเองครั้งแรก และไม่คิดทำซ้ำ. ปัจจัยกระตุ้นให้ทำร้ายตนเองมี ๒ ปัจจัยขึ้นไปได้แก่ ภาวะซึมเศร้า, การป่วยทางกายเรื้อรัง; พฤติกรรมเสพติดไม่ใช่ปัจจัยหนุนสำคัญ. การจัดการบริการแก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่า ๒ บริการ. เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยอำเภอชาณุวรลักษบุรีกับคลองขลุง พบความแตกต่างสำคัญเกี่ยวกับ จำนวนวิธีการทำร้าย, การดื่มสารฆ่าแมลง, การเจ็บป่วยทางกายโดยเฉพาะปวดข้อ/เกาต์/ปวดเข่า/ปวด หลังเรื้อรัง, ดิคุนหรี, การให้บริการแนะนำญาติ แจกเอกสาร, จัดยาลดความกังวล. บริการอื่น ๆ เช่น การส่งต่อเพื่อการรักษา, การคิดทำร้ายตนเองซ้ำ ซึ่งอำเภอชาณุวรลักษบุรีมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ายกเว้น ๒ ปัจจัยแรก. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยกระทบการทำร้ายตัวเองสำเร็จ พบว่าปัจจัยกระตุ้นและการจัดการบริการมี นัยสำคัญทางสถิติมากและมีผลทำให้การทำร้ายตัวเองสำเร็จลดลง ในขณะที่พฤติกรรมส่วนตัวเช่น ดิคุนหรี เป็นปัจจัยเสริมให้การฆ่าตัวเองสำเร็จสูงขึ้น แต่มีผลกระทบน้อยมาก. ผู้วิจัยเสนอแนะให้จัดการบริการที่ดี และเหมาะสมเพื่อลดอัตราตาย และคัดกรองปัจจัยเสี่ยงพร้อมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ดีของ ประชาชนที่มีภาวะเสี่ยง.

คำสำคัญ: ทำร้ายตัวเอง, ฆ่าตัวเอง, ภาวะซึมเศร้า

*โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

**โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

Abstract A Comparative Study of Patients who Committed Suicide between Residents of Khanuworalaksaburi District and Khlongklung District, Kamphaengphet Province in 2007

Thaweesak Khanutwong*, Sumalee Hengsuwan*, Vinai Leesmidt*

**Khanuworalaksaburi Hospital, Kamphaengphet Province*

This study was aimed at identifying the general characteristics and different factors related to the commission of suicide, and the factors affecting the accomplishment of suicide between residents of Khanuworalaksaburi and Khlongklung districts in 2007. Secondary information on the patients was obtained from the report 506 DS in 2007. The data were analyzed by descriptive statistics, t-test and logistic regression.

The study included 110 patients, 12 were successful in committing suicide, equal to 10.6 percent of the total. The death rate of Khlongklung's victims was four-fold greater than Khanuworalaksaburi's. Nearly all of the suicides committed were Thai agriculturists, in the working-age group and married. The prevalence in females was four times higher than in males. For most of the subjects, it was their first attempt; of those who survived, they were reluctant to repeat the suicide attempt. Most of the victims had two or more precipitating factors: the most common was depression, physically chronic diseases and having suffered abuse; these were enabling factors but not significant. Most of the victims received service provision two or more times. The comparative study indicated that there was significance in the different modes of committing suicide, especially with regard to the use of insecticide, and physically chronic illness, particularly rheumatic diseases, as well as tobacco addiction. The types of services provision included making suggestions to their relatives, handout distribution, medication for depressive disorder, other supportive services such as referral for repeated suicide attempts. The risk factors and service provision were both significant factors in decreasing the success rate of those intending to commit suicide. Having suffered abuse was an important factor in raising the success rate. The authors suggest that the provision of good-quality and appropriate services would effectively decrease the success of attempts to commit suicide, while the screening for the precipitating factors and a change in abusive behavior would reduce the number of attempts.

Key words: *committed suicide, completed suicide, Khanuworalaksaburi, Khlongklung, depression*

ภูมิหลังและเหตุผล

การฆ่าตัวตายเป็นดัชนีที่สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตขั้นร้ายแรง. ในประเทศไทยการฆ่าตัวตายสำเร็จในแต่ละปีมีจำนวนไม่น้อย. กรมสุขภาพจิตรายงานว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๘ และ ๒๕๔๙ มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ๓,๙๔๑ และ ๓,๖๑๓ รายตามลำดับเท่ากับอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย ๓๘.๒๔ และ ๓๕.๐๘ ต่อแสนประชากร และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๖.๓๑ และ ๕.๗๕ ต่อแสนประชากรตามลำดับ. ที่จังหวัดกำแพงเพชรปัญหาการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายสำเร็จยังเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยพบว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๙ อัตราการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย

สำเร็จของจังหวัดกำแพงเพชร เท่ากับ ๕๙.๐๔ และ ๙.๔๗ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งสูงที่สุดในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ ๓ และสูงเป็นอันดับที่ ๙ ของประเทศไทย^(๑) และใน พ.ศ. ๒๕๕๐ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดกำแพงเพชรยังคงมีอัตราสูงกว่าระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน ๖.๕ ต่อแสนประชากร^(๒) โดยเฉพาะอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร มีอัตราสูงที่สุดเท่ากับ ๒๐.๑๔ ต่อแสนประชากร แตกต่างจากอุบัติการณ์ในอำเภอขาณุวรลักษบุรี ซึ่งเป็นอำเภอข้างเคียงมีอาณาเขตติดต่อกัน มีจำนวนประชากรใกล้เคียงกัน ภาวะเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ความเจ็บ



ป่วย และสถานบริการขนาดใกล้เคียงกัน กลับมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่าอำเภอคลองขลุงถึง ๔ เท่า คือ เท่ากับ ๕.๓๘ ต่อแสนประชากร. ข้อแตกต่างดังกล่าวนับว่าเป็นสิ่งสำคัญสมควรนำมาศึกษาเปรียบเทียบและหาแนวทางแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในอำเภอคลองขลุงและอำเภอชาตุมงคลบุรี จังหวัดกำแพงเพชร ต่อไป. วัตถุประสงค์การศึกษาที่สำคัญได้แก่ (๑) เพื่อให้ทราบถึงสถานภาพทั่วไปของผู้ป่วยทำร้ายตนเองในอำเภอชาตุมงคลบุรีและอำเภอคลองขลุง พ.ศ. ๒๕๕๐, (๒) เพื่อศึกษาปัจจัยที่แตกต่างกันของผู้ป่วยทำร้ายตนเองในอำเภอชาตุมงคลบุรีและอำเภอคลองขลุง พ.ศ. ๒๕๕๐, (๓) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยทำร้ายตนเองในอำเภอชาตุมงคลบุรีและอำเภอคลองขลุง พ.ศ. ๒๕๕๐, และ (๔) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการป้องกันและดูแลเพื่อลดอัตราทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายสำเร็จในอำเภอชาตุมงคลบุรีและอำเภอคลองขลุง ต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาแบบวิเคราะห์ย้อนหลังข้อมูลทุติยภูมิที่รวบรวมจากรายงานแบบเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง (รง.๕๐๖.DS) กรมสุขภาพจิต ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชาตุมงคลบุรีและโรงพยาบาลคลองขลุง ในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๙ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ รวม ๑๒ เดือน. ข้อมูลรายงานผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จบางส่วนรวบรวมจากผู้ป่วยส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร. ข้อมูลที่รวบรวมได้ใช้การวิเคราะห์โดยโปรแกรม SPSS ด้วยสถิติเชิงพรรณนา, การเปรียบเทียบโดยการทดสอบที และการวิเคราะห์ปัจจัยต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จใช้สถิติสมการถดถอยลอจิสติก. ผลการวิเคราะห์นำเสนอเชิงพรรณนาประกอบตารางที่เกี่ยวข้อง.

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่รวบรวมได้จากรายงานทั้งหมด ๑๑๐ ราย เป็นผู้ป่วยทำร้ายตนเองไม่เสียชีวิต ๙๘ ราย ร้อยละ ๘๙.๑, ฆ่าตัว

ตายสำเร็จ ๑๒ ราย ร้อยละ ๑๐.๖; เป็นผู้ป่วยจากอำเภอชาตุมงคลบุรี ๖๗ ราย ร้อยละ ๖๐.๙, เสียชีวิต ๓ ราย และไม่เสียชีวิต ๖๔ ราย เท่ากับร้อยละ ๔.๕ และ ๕๕.๕ ตามลำดับ. ผู้ป่วยจากอำเภอคลองขลุง ๔๓ รายร้อยละ ๓๙.๑, เสียชีวิต ๙ ราย และไม่เสียชีวิต ๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๙ และ ๗๙.๑ ตามลำดับ. ผลการศึกษาเสนอเป็น ๒ ส่วน. ส่วนแรกเป็นการเปรียบเทียบปัจจัยทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองระหว่างผู้ป่วยของอำเภอชาตุมงคลบุรีกับผู้ป่วยอำเภอคลองขลุง. ส่วนที่ ๒ เป็นผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยทั้งสองอำเภอ.

ผู้ป่วยทั้งอำเภอคลองขลุงและอำเภอชาตุมงคลบุรีส่วนใหญ่เป็นคนไทย มีคนต่างชาติร้อยละ ๓ ในอำเภอชาตุมงคลบุรี, เพศหญิงร้อยละ ๖๒.๙ และ ร้อยละ ๖๙.๘ จากอำเภอชาตุมงคลบุรี และอำเภอคลองขลุงตามลำดับ. ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑๒ คน เป็นหญิง ๘ คน เท่ากับร้อยละ ๖๖.๗ และชาย ๔ คนร้อยละ ๓๓.๓; เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ๒ เท่า. ผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองมีอายุระหว่าง ๒๑-๔๐ ปี ร้อยละ ๔๔.๗๘ และ ๕๕.๘๐ ในอำเภอชาตุมงคลบุรีและอำเภอคลองขลุงตามลำดับ, รองลงมาคืออายุน้อยกว่า ๒๐ ปี กลุ่มอายุที่มากกว่า ๖๐ ปีพบที่อำเภอคลองขลุงมากกว่าอำเภอชาตุมงคลบุรี. สถานภาพสมรสของผู้ป่วยส่วนใหญ่ของทั้งสองอำเภอมีสถานะคู่ครองไม่มีสถานะโสด. อาชีพของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเกษตรกรและผู้ใช้แรงงานเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ ๗๑.๖๔ และ ๖๒.๘๐ ในอำเภอชาตุมงคลบุรีและอำเภอคลองขลุงตามลำดับ. การทำร้ายตนเองครั้งแรกร้อยละ ๖๐, ครั้งที่ ๒ ร้อยละ ๒๑.๘๒ และ ครั้งที่ ๓ ร้อยละ ๑๑.๘๒. การทำร้ายตนเองมากกว่า ๕ ครั้งพบได้ร้อยละ ๒; ที่ทำร้ายสูงสุดพบได้ ๑๑ ครั้ง. ผู้ป่วยร้อยละ ๖๙.๑๙ มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัญหาหรือตัวกระตุ้นต่อการทำร้ายตนเอง เช่น ความน้อยใจ ถูกดูต่ำ ต่ำหนิ ผิดหวัง ความรัก มากกว่า ๒ ปัจจัย ขึ้นไป. ส่วนผู้ป่วยที่มีเพียงปัจจัยเสี่ยงเดียวพบร้อยละ ๒๑.๘๒. ผู้ป่วยที่หาปัจจัยเสี่ยงไม่พบร้อยละ ๙.๐๙. ที่พบสูงสุด ๕ ปัจจัยร้อยละ ๑.๘๒. ผู้ป่วยร้อยละ ๑๙.๐๙ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ; ส่วนใหญ่ร้อยละ ๘๐.๙๑ ไม่พบโรคร่วม. ผู้มีโรค

ร่วมเพียงโรคเดียวพบร้อยละ ๗๘.๒๖; ส่วนน้อยมี ๒ โรค แต่ไม่เกิน ๓ โรค. ผู้ป่วยร้อยละ ๘๑.๒ ไม่มีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องสิ่งเสพติด เช่น ติดสุรา ติดบุหรี่ ติดการพนัน, ที่ติดสิ่งเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งร้อยละ ๑๒.๗๓, ติดสิ่งเสพติด ๒ อย่างร้อยละ ๕.๔๕; ไม่พบการติดสิ่งเสพติด ๓ อย่างเลย. การจัดการบริการมีหลายรูปแบบ เช่น การให้การรักษาพยาบาลด้วยยา, การให้คำแนะนำ, การเข้ากลุ่มรักษาพยาบาล; ร้อยละ ๓๙.๘๑ มีการให้บริการแก่ผู้ป่วยพร้อม ๆ กัน ๒ อย่าง, ที่ให้บริการเพียงอย่างเดียวโดยเฉพาะการให้ยา ร้อยละ ๓๒.๔๑, มีการให้บริการสูงสุด ๕ อย่างพร้อม ๆ กันสำหรับบางรายร้อยละ ๑.๘๕. จากการสอบถามความเห็นว่าคุณคิดว่าร้ายตนเองซ้ำหรือไม่พบว่าร้อยละ ๗๐.๙๑ ไม่คิดทำซ้ำ, มีเพียงร้อยละ ๐.๙๑ ที่คิดทำซ้ำ และร้อยละ ๖.๓๖ ไม่แน่ใจว่าจะทำหรือไม่.

การศึกษาเปรียบเทียบถึงข้อแตกต่างระหว่างผู้ป่วยอำเภอบางกรวยและอำเภอลองชุลง ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัย ๕ กลุ่ม ได้แก่ (๑) วิธีการทำร้ายตนเอง เช่น กินยาเกินขนาด, แหวนคอ, (๒) ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้ทำร้ายตนเอง เช่น ทะเลาะกับคนใกล้ชิด, มีคดี, (๓) ปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ,

(๔) พฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่ดี เช่น ติดการพนัน, ติดสุรา, และ (๕) การจัดการบริการแก่ผู้ป่วย เช่น การให้ยา, การให้คำปรึกษา.

ผลการทดสอบที่^(๓) ดังแสดงตารางที่ ๑ พบว่า ผู้ป่วยอำเภอบางกรวยมีปัญหาระดับสูงกับอำเภอลองชุลง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างยิ่ง (ค่าพี < ๐.๐๑) ในปัจจัยเรื่องจำนวนวิธีการทำร้ายตนเอง, การดื่มสารฆ่าแมลง, ปัญหาสุขภาพ, การได้รับบริการด้วยเอกสารความรู้ และการได้รับยาลดกังวล; ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติรองลงมา (ค่าพี < ๐.๐๕ > ๐.๐๑) ได้แก่ การคิดทำร้ายตนเองซ้ำ, การให้บริการแก่ผู้ป่วยด้านอื่นๆ เช่นการส่งต่อเพื่อการรักษา, การติดบุหรี่, ป่วยจากโรคไขข้อ และการให้คำแนะนำญาติ. ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่เหลือ เช่น ปัญหาหรือสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ทำร้ายตนเอง ซึ่งอาจเพราะถูกดูต่ำ ผิดหวังความรัก ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี > ๐.๐๕). เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของปัจจัยเหล่านี้ พบว่าค่าเฉลี่ยที่ผู้ป่วยอำเภอลองชุลงมากกว่าอำเภอบางกรวยมีพบในปัจจุบันสำคัญเรื่องจำนวนวิธีการทำร้ายตนเองกับการดื่มสารฆ่าแมลงเพียง ๒ ปัจจัยเท่านั้น, ส่วนปัจจัยอื่น ๆ อำเภอบางกรวยมีมากกว่าค่าเฉลี่ยของอำเภอลองชุลงทุกปัจจัย.

ตารางที่ ๑ ปัจจัยที่มีผลต่อการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยอำเภอบางกรวยและผู้ป่วยอำเภอลองชุลง พ.ศ. ๒๕๕๐

ปัจจัย	บางกรวย		ลองชุลง		ที	ค่าพี
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
จำนวนวิธีการทำร้ายตัวเอง	๑.๐๒	๐.๑๕	๒.๒๑	๑.๖๐	-๕.๕๕	๐.๐๐๐๐
กินสารฆ่าแมลง	๐.๑๔	๐.๓๕	๐.๖๕	๐.๕๖	-๔.๒๖	๐.๐๐๐๐
ปัญหาสุขภาพทางกาย	๐.๓๕	๐.๔๕	๐.๐๖	๐.๒๔	๔.๑๕	๐.๐๐๐๐
ปวดข้อ/ปวดเข่า/โรคเก๊าต์	๐.๐๕	๐.๒๕	๐.๐๐	๐.๐๐	๒.๐๘	๐.๐๔๔๑
ติดบุหรี่	๐.๑๔	๐.๓๕	๐.๐๒	๐.๑๒	๒.๒๓	๐.๐๓๐๓
แนะนำญาติ	๐.๗๐	๐.๔๖	๐.๕๑	๐.๕๐	๒.๐๓	๐.๐๔๕๕
เอกสารความรู้	๐.๖๕	๐.๔๘	๐.๐๐	๐.๐๐	๘.๘๕	๐.๐๐๐๐
ยาลดกังวล	๐.๕๑	๐.๕๑	๐.๐๓	๐.๑๗	๖.๐๓	๐.๐๐๐๐
บริการอื่น ๆ เช่นส่งต่อ	๐.๑๔	๐.๓๕	๐.๐๒	๐.๑๒	๒.๒๔	๐.๐๒๕๔
คิดทำร้ายตัวเองอีก	๑.๓๘	๐.๗๘	๑.๐๔	๐.๒๘	๒.๔๗	๐.๐๑๗๕



ตารางที่ ๒ ผลการวิเคราะห์สมการลอจิสติกถดถอยของปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยทำร้ายตัวเองในอำเภอขามเฒ่าวชิรและอำเภอคลองขลุง พ.ศ. ๒๕๕๐

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
จำนวนวิธีการทำร้ายตัวเอง	๐.๔๐	๐.๗๔	๐.๒๕	๑.๐๐	๐.๕๕๒๕	๑.๔๘๖๖๑๒
จำนวนปัญหาตัวกระตุ้น	๓.๓๓	๐.๕๘	๑๑.๕๐	๑.๐๐	๐.๐๐๐๗	๒๗.๕๘๘๓
ปัญหาสุขภาพทางกาย	-๒.๓๓	๑.๒๕	๓.๒๕	๑.๐๐	๐.๐๗๑๓	๐.๐๙๗๒๕๔
พฤติกรรมส่วนตัว	-๓.๐๕	๑.๕๒	๔.๐๐	๑.๐๐	๐.๐๔๕๕	๐.๐๕๖๔๓๑
การจัดบริการต่าง ๆ	๑.๗๑	๐.๘๔	๔.๑๓	๑.๐๐	๐.๐๔๒๐	๕.๕๕๔๔๘๖
ค่าคงที่	-๓.๖๕	๒.๑๑	๓.๐๖	๑.๐๐	๐.๐๘๐๒	๐.๐๒๕

ผลการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยลอจิสติก^(๔) เพื่อหาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ ในอำเภอขามเฒ่าวชิรและอำเภอคลองขลุง พ.ศ. ๒๕๕๐ (ตารางที่ ๒) พบ ๓ ปัจจัย ได้แก่ ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น, พฤติกรรมส่วนตัวเกี่ยวกับการเสพติด, และวิธีการการจัดบริการ โดยปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < ๐.๐๑$). ส่วนพฤติกรรมส่วนตัวและการจัดบริการมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรองลงมา (ค่า $p < ๐.๐๕ > ๐.๐๑$). ความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง ๓ ต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสามารถนำมาสร้างสมการได้ดังนี้

การฆ่าตัวตายสำเร็จ = -๓.๖๕ - ๓.๐๕ (พฤติกรรมส่วนตัว) + ๓.๓๓ (จำนวนปัญหาที่เป็นสาเหตุกระตุ้น) + ๑.๗๑ (การจัดบริการ)

จากสมการดังกล่าว แสดงว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ เพราะการสูญเสียชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปที่เสียชีวิตตามธรรมชาติ (ค่าคงที่ = -๓.๖๕) โดยปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่วนตัว เช่น ติดสารเสพติด เป็นตัวแปรที่ทำให้การฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น (ค่าคงที่มีค่าเป็นลบมากขึ้น). ในขณะที่จำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ กับการจัดบริการต่าง ๆ เป็นตัวแปรที่ทำให้การฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง (ค่าคงที่จะเป็นลบลดลงเมื่อค่าตัวแปรทั้ง ๒ นี้สูงขึ้น) โดยจำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นการฆ่าตัวตายสำเร็จมีผลกระทบสูงสุด โดยทำให้ผู้ป่วยที่มีปัจจัยกระตุ้นนี้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเหล่านี้ถึง ๒๗ เท่า [Exp(B) =

๒๗.๕๘]. การจัดบริการมีผลกระทบรองลงมา โดยผู้ป่วยที่ได้รับบริการที่ดีจะมีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการไม่เพียงพอ อย่างน้อย ๕ เท่า [Exp(B) = ๕.๕๕]. พฤติกรรมส่วนตัวมีผลกระทบด้านลบหากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่วนตัวไม่ดี เช่น ติดสุรา จะมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนที่ไม่มีไม่ถึง ๑ เท่า [Exp(B) = ๐.๐๕] ซึ่งน้อยมาก. ปัจจัยที่ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งคือ ทั้ง ๒ ปัจจัยข้างต้นนั้นที่ต้องการพิจารณาอย่างละเอียด.

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองในอำเภอขามเฒ่าวชิรและอำเภอคลองขลุงเป็นคนไทยชนบท เป็นเกษตรกรและผู้ใช้แรงงาน ซึ่งเป็นอาชีพหลักของชาวชนบท และอยู่ในวัยแรงงานช่วง ๒๑-๔๐ ปี, ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่, เกือบทั้งหมดเป็นคนไทยนับถือศาสนาพุทธ, ระดับการศึกษาไม่สูง, และมีฐานะยากจน. คุณลักษณะเหล่านี้สอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศและโลกที่มีรายงานไว้. แต่ที่น่าสังเกต คือ เพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นมากกว่าเพศชาย และผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จเป็นเพศหญิง ๒ เท่าของเพศชาย ซึ่งแตกต่างจากสถิติโลกและประเทศไทย^(๕,๖) จึงเห็นได้ว่าเพศเป็นปัจจัยนำที่แตกต่างออกไปจากสถานการณ์ทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จอื่นๆ ซึ่งปัญหาลำคัญมาจากความขัดแย้งในคู่สมรส^(๗). ปัจจัยนำเหล่านี้มีความคล้ายคลึงกันมากในผู้ป่วยอำเภอขามเฒ่าวชิรและอำเภอคลองขลุง และปัจจัยนำด้านสังคม เศรษฐกิจ เชื้อชาติ

ศาสนา อายุ และเพศ ไม่ได้เป็นข้อแตกต่างระหว่างผู้ป่วยของทั้งสองอำเภอ.

เมื่อพิจารณาปัจจัยหนุนพบว่าเกือบทุกคนมีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยหนุนที่สำคัญ^(๘) แต่ไม่มีปัญหาโรคทางจิต. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายแบบอารมณ์โกรธเฉียบพลัน (impulsive suicide) ดั้งเดิมได้มากกว่าร้อยละ ๖๐ ทำร้ายตัวเองครั้งแรก และไม่คิดทำซ้ำถึงร้อยละ ๗๐, มีเพียงส่วนน้อยที่มีการวางแผนทำร้ายตนเองและเกิดหลายครั้ง (decisive or planned suicide) และยังคงคิดทำซ้ำอีก. การเจ็บป่วยทางกายและการติดสิ่งเสพติด ไม่เป็นปัจจัยหนุนที่สำคัญ เพราะผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย และส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมติดสารเสพติด ติดสุรา หรือติดการพนัน. ปัจจัยหนุนที่สำคัญอีกประการเกิดจากการได้รับและเข้าถึงบริการที่ไม่เพียงพอ เพราะส่วนใหญ่รับบริการผิวดินแบบไม่ต่อเนื่องและขาดคุณภาพ^(๙). ปัจจัยหนุนที่สำคัญคือสารฆ่าแมลง ซึ่งเป็นวัตถุพิษด้านการเกษตรที่สามารถหยิบฉวยได้สะดวก จึงทำให้การทำร้ายตนเองด้วยสารฆ่าแมลงพบได้มากกว่าวิธีการอื่นๆ ต่างจากในต่างประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งพบการฆ่าตัวตายโดยกระโดดจากที่สูง, การใช้อาวุธปืน และการให้รถไฟวิ่งทับหรือชนกันได้บ่อยกว่า ด้วยปัจจัยหนุนที่แตกต่างกัน^(๑๐).

ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ที่สำคัญของการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายในอำเภอชาตุมงคลและอำเภอคลองขลุงนั้น ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงร่วมกันอย่างน้อย ๒ ปัจจัย เช่น ผิดหวัง เสียใจรุนแรง ร่วมกับการทะเลาะหรือขัดแย้งหรือถูกดูดา อันนำไปสู่การตัดสินใจทำร้ายและฆ่าตัวตายเป็นส่วนใหญ่, มีส่วนน้อยที่ไม่สามารถหาปัจจัยเสี่ยงได้ อาจเป็นเพราะรายงานไม่ครบและขาดการรับข้อมูลที่ถูกต้อง เนื่องจากการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายนั้นนับว่าขัดต่อศาสนา ศีลธรรม และเป็นตราบาปแก่ครอบครัววงศ์ตระกูล ทำให้ไม่ได้ข้อมูลเปิดเผยที่แท้จริง^(๑๑).

ในบริบทปัจจัยนำ, ปัจจัยหนุน และปัจจัยกระตุ้นทั้ง ๓ ปัจจัยนี้ พบว่าแตกต่างระหว่างผู้ป่วยอำเภอชาตุมงคลกับผู้ป่วยอำเภอคลองขลุง หลายประการ. ปัจจัยนำนั้นผู้ป่วยอำเภอชาตุมงคลมีค่าเฉลี่ยของปัจจัยนำสูงกว่าอำเภอ

คลองขลุง ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง โดยเฉพาะการป่วยด้วยโรคไขข้อ, การติดบุหรี่ และการคิดทำร้ายตนเองซ้ำ. แต่ปัจจัยหนุนอำเภอคลองขลุงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าอำเภอชาตุมงคลด้วยจำนวนวิธีทำร้ายตนเองและการดื่มสารฆ่าแมลง ซึ่งทั้ง ๒ ปัจจัยนี้ช่วยสนับสนุนการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น. ขณะเดียวกันปัจจัยสนับสนุนการบำบัดบริการนั้น พบว่า อำเภอชาตุมงคลมีค่าเฉลี่ยของจำนวนการให้บริการมากกว่าอำเภอคลองขลุง. ใน การให้บริการที่แตกต่างกัน ๔ บริการ พบว่าอำเภอชาตุมงคลมีค่าเฉลี่ยการบำบัดบริการทุกประเภทสูงกว่า ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนให้การทำร้ายตนเองและเสียชีวิตลดความรุนแรงลง. ส่วนปัจจัยกระตุ้นไม่มีความแตกต่างกันแสดงว่าแม้อำเภอชาตุมงคลจะมีปัจจัยนำสูงแต่สามารถถ่วงดุลความรุนแรงของการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายได้ด้วยปัจจัยหนุนของจำนวนการทำร้ายตนเองน้อยกว่า การใช้สารกำจัดแมลงที่สะดวกน้อยกว่า และการบำบัดบริการที่มีวิธีมากกว่า จึงทำให้เกิดความแตกต่างของอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอชาตุมงคลน้อยกว่าหรือรุนแรงต่ำกว่าอำเภอคลองขลุง.

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในอำเภอชาตุมงคลและอำเภอคลองขลุง พบว่าจำนวนปัญหาที่เป็นตัวกระตุ้นหรือปัจจัยเสี่ยงและการจัดบริการที่ดี มีผลทำให้การฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะมีผล ๒๗ เท่า และ ๕ เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่มีปัจจัยดังกล่าว และเมื่อดูผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแล้วพบว่าปัญหาที่เป็นตัวกระตุ้นหรือปัจจัยเสี่ยงของทั้งสองอำเภอไม่แตกต่างกัน แตกต่างที่การให้บริการเท่านั้น. ดังนั้นหากต้องการลดอัตราการตายของผู้ป่วยทำร้ายตนเองของอำเภอคลองขลุงและอำเภอชาตุมงคลสมควรต้องพิจารณาให้พัฒนาระบบบริการที่ดีมีคุณภาพ ร่วมกับการลดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยทั้งหมด พร้อมกับเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญและรุนแรงจนทำให้ตัดสินใจฆ่าตัวตายและเกิดซ้ำ ๆ อีก^(๑๒,๑๓).

กิตติกรรมประกาศ

เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลชาตุมงคลและโรงพยาบาล



พยาบาลคลองขลุง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
กำแพงเพชรได้ให้ความร่วมมือรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จด้วยดี.

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต.
<http://www.dmh.go.th/report/population/province.asp?>; สืบค้นวันที่ ๗
เมษายน ๒๕๕๑.

๒. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพ
จิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.
๒๕๕๐-๒๕๕๔): กลไกการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพ
จิตสู่การปฏิบัติและการติดตามผล. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบียอนด์
พับลิชซิ่ง จำกัด; ๒๕๕๐.

๓. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย: หลักการเลือกใช้เทคนิค
ทางสถิติงานวิจัยพร้อมทั้งอธิบายผลลัพธ์ที่ได้จาก SPSS.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๕๐.

๔. ศิริชัย กาญจนวาที. การวิเคราะห์พหุระดับ: MULTI-LEVEL ANALY-
SIS. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๕๐.

๕. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน. ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์.
รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต (การฆ่า
ตัวตาย) พ.ศ. ๒๕๔๖. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์;
๒๕๕๐.

๖. WHO. Suicide prevention: emerging from darkness. [http://
www.searo.who.int/en/section1174/section1199/section1567_6745](http://www.searo.who.int/en/section1174/section1199/section1567_6745).

htm. สืบค้น เมื่อวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๕๑.

๗. Lim LP. Marital conflict and attempted suicide behavior: a profile
study of attempted suicide cases in the Singapore General Hospital
(SGH). The 1st Asia Pacific Regional Conference of International
Association for Suicide Prevention (AISP), Bangkok: Thailand;
2004.

๘. กิติวรรณ แอมแก้ว. Depression and suicidal ideation among Thai
adolescence. The 1st Asia Pacific Regional Conference of Interna-
tional Association for Suicide Prevention (AISP). Bangkok: Thai-
land; 2004.

๙. กิตติรัตน์ ไพบูลย์ P. Committed suicide in Suan Prung psychiatric
hospital: a 10-year retrospective study. The 1st Asia Pacific Re-
gional Conference of International Association for Suicide Preven-
tion (AISP), Bangkok: Thailand; 2004.

๑๐. Yip PSF, Chan WSC, Yip PSF. Suicide in the Hong Kong railway
system: characteristics of victims and effectiveness of barriers. The
1st Asia Pacific Regional Conference of International Association
for Suicide Prevention (AISP), Bangkok: Thailand; 2004.

๑๑. WHO. Suicide Prevention: Impact of Suicide. [http://www.
searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/
Section1824_8082.htm](http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1824_8082.htm); สืบค้นเมื่อวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๕๑.

๑๒. Chee NG. การป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศออสเตรเลีย. ถอด
บทความจากการสัมมนาวิชาการการป้องกันการฆ่าตัวตาย:
ประสบการณ์ของประเทศไทยและต่างประเทศ วันที่ ๑๑-๑๒ ตุลาคม
๒๕๔๖. วารสารสวนปรุง ๒๕๔๖; ๒๑:๑-๔.

๑๓. ชวนชม วงศ์ไชย. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยชุมชน.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ๒๕๔๕;๑๔:๔๔-๕๑.

การปรับด้านจิตสังคมของสตรีวัยใกล้หมดระดู โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

สุวรรณา ต่อมยิม*

เยาวลักษณ์ เมืองทอง*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาการปรับด้านจิตสังคมของสตรีวัยใกล้หมดระดูที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวน ๘๙ ราย ใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และการปรับด้านจิตสังคมในระยะใกล้หมดระดู. จากการศึกษาพบว่าสตรีวัยใกล้หมดระดูมีคะแนนการปรับด้านจิตสังคมโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ ๕๓.๙๓ และในระดับไม่ดีร้อยละ ๔๖.๐๗. เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการปรับทางจิตสังคมในระดับดี ทางด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ, สภาพแวดล้อมภายในบ้าน, สภาพแวดล้อมทางสังคม และความไม่สุขสบายทางใจ ร้อยละ ๕๕.๕๕, ๕๑.๖๘, ๖๒.๘๒ และ ๕๕.๐๖ ตามลำดับ, และมีการปรับด้านจิตสังคมในระดับไม่ดี. ทางด้านการดูแลสุขภาพ, สัมพันธภาพทางเพศ และสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ร้อยละ ๕๑.๖๙ เท่ากัน.

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อไปวางแผนการรักษาพยาบาล, การให้การปรึกษาและเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีวัยใกล้หมดระดูมีการปรับด้านจิตสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป.

คำสำคัญ: การปรับด้านจิตสังคม, สตรีวัยใกล้หมดระดู

Abstract

Psychosocial Adjustment among Perimenopausal Women Attending Proprathabchang Hospital, Phichit Province
Suwanna Tomyim*, Yaowalak Mueangthong*

**Phoprathapchang Hospital, Proprathabchang District, Phichit Province*

This descriptive research was carried out to study psychosocial adjustment during the perimenopausal period of women. The subjects were 89 married women in the perimenopausal period who visited the outpatient department of Phoprathapchang Hospital, Phichit Province, in 2007. The study used a questionnaire consisting of two parts: personal data record and psychosocial adjustment in the perimenopausal period.

The results showed that 53.93 percent of perimenopausal women reported overall psychosocial adjustment at a good level and 46.07 percent at a poor level. In considering each aspect, the aspects of the vocational environment, domestic environment, social environment and psychological distress were at good levels, i.e., 59.55, 51.69, 62.92 and 55.06 percent, respectively, while the aspects of health-care orientation, sexual relationship and extended family relationship were at a poor level of 51.69 percent.

The results of this study could be utilized as basic information in planning care, counseling and for enhancing psychosocial adjustment for the well-being of the perimenopausal women.

Key words: psychosocial adjustment, perimenopausal women

*โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร



ภูมิหลังและเหตุผล

สตรีเมื่อเข้าสู่วัยใกล้หมดระดูอาจต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ตั้งแต่การทำหน้าที่ของรังไข่ค่อย ๆ ลดลง ทำให้สร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนลดลง มีผลให้การตกไข่ไม่สม่ำเสมอหรืออาจไม่มีการตกไข่ ซึ่งจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงระดู^(๑). การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ ระดูมาไม่สม่ำเสมอ มากบ้าง น้อยบ้าง หรือขาดหายไปเป็นบางเดือน^(๒), ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ตั้งแต่ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ อาจมีช่องคลอดแห้งจากการขาดน้ำหล่อลื่น มีผลทำให้เกิดการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ และมีความรู้สึกทางเพศลดลง^(๓), มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติและหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการร้อนวูบวาบตามใบหน้าและลำคอ, เหงื่อออกตอนกลางคืน, ใจสั่น, ปวดศีรษะ^(๔), มีอาการทางจิตใจ คือเหนื่อยง่าย หลงลืมง่าย หงุดหงิด ซึมเศร้า และวิตกกังวล^(๕). จากผลกระทบทางด้านร่างกายและด้านจิตใจของสตรีในระยะใกล้หมดระดู ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม. อีกทั้งยังส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม อันเป็นผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และสตรีวัยนี้ต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น. ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการปรับจิตสังคม เพื่อเผชิญต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว.

การปรับด้านจิตสังคม (psychosocial adjustment) เป็นความคิดเห็น, ความรู้สึกหรือพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย สภาพจิตใจและการทำหน้าที่ในสังคม ซึ่งแต่ละคนจะมีแบบแผนในการปรับด้านจิตสังคมที่แตกต่างกันไป เพื่อสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม^(๖) เป็นความสามารถที่ดำรงไว้ทั้งทางด้านจิตวิทยา และหน้าที่ทางสังคม, รวมถึงกระบวนการภายในจิตใจ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ. ถ้าสตรีในวัยใกล้หมดระดูยอมรับและเข้าใจภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ย่อมส่งผลให้สามารถดำรง

ชีวิตอยู่กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมีความสุขตามอัตรา. ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ สตรีวัยใกล้หมดระดูที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ๙๓ คน มีร้อยละ ๑๗.๓๗ มาด้วยอาการวิตกกังวลต่อปัญหาสุขภาพของตนเอง, ร้อยละ ๙.๒๕ มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรสและบุตร, และร้อยละ ๕.๖๗ มีความต้องการมีเพศสัมพันธ์ลดลงซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาทางด้านจิตสังคมที่สำคัญ. ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจทำการศึกษารับจิตสังคมของสตรีวัยใกล้หมดระดู เพื่อทราบถึงระดับจิตสังคมของสตรีวัยใกล้หมดระดู อันจะเป็นแนวทางนำไปสู่การส่งเสริมความสามารถของสตรีวัยใกล้หมดระดู ให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู และสามารถปรับด้านจิตสังคมให้เหมาะสมต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้กระบวนการเชิงสำรวจในประชากรสตรีวัยใกล้หมดระดู ๘๙ คน โดยรวบรวมข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๐. ผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่สตรีวัยใกล้หมดระดู ไม่มีประวัติผ่าตัดมดลูกและ/หรือรังไข่ และไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน สามารถอ่านหนังสือออกและเขียนได้ และสมัครใจตอบคำถามในแบบสอบถามด้วยตนเอง. ผู้ป่วยสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตามต้องการโดยไม่มีผลต่อการบริการที่จะได้รับแต่อย่างใด.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

๑. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีในระยะใกล้หมดระดู.

๒. แบบสอบถามการปรับจิตสังคมของสตรีในระยะใกล้หมดระดู ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .๙๖ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .๘๗^(๗). ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ๔ ระดับ. การให้คะแนนจะเรียงลำดับ

เป็นแบบลิเกิต. ในการคิดคะแนนนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน. คะแนนรวมอยู่ระหว่าง ๐-๑๓๕ คะแนน. คำถามในข้อนี้เป็นคำถามในทางบวก. คำถามในข้อคู่เป็นคำถามในทางลบ จะกลับให้คะแนนตรงข้าม. การแปลผลคะแนนรวมทำโดยการรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้งฉบับ คะแนนรวมต่ำแสดงว่ามีการปรับทางจิตสังคมที่เหมาะสม^(๘).

การแปลผลด้านการปรับทางจิตสังคม ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งออกเป็น ๒ ระดับ^(๙) คือ คะแนนรวมต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มหมายถึงมีการปรับทางจิตสังคมในระยะใกล้หมดระดูในระดับดี. คะแนนรวมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มหมายถึงมีการปรับทางจิตสังคมในระยะใกล้หมดระดูในระดับไม่ดี.

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย, ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน.

คำจำกัดความ

สตรีวัยใกล้หมดระดู หมายถึง หญิงที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของรอบระดู, จำนวนวันของการมีระดู, ปริมาณเลือดระดู, ระดูมาไม่สม่ำเสมอ มามากบ้างน้อยบ้าง แต่ขาดหายไปไม่เกิน ๑๒ เดือน.

การปรับด้านจิตสังคม หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของสตรีในระยะใกล้หมดระดู ที่แสดงออกทางด้านร่างกาย, สภาพจิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม โดยแสดงออก ๗ ด้าน คือ ๑. ด้านการดูแลสุขภาพ, ๒. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ, ๓. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน, ๔. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ, ๕. ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย, ๖. ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม, ๗. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ.

ผลการศึกษา

ข้อมูลด้านประชากร แสดงในตารางที่ ๑. ระดับการปรับจิตด้านสังคมจำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะระดูที่เปลี่ยนแปลงแสดงในตารางที่ ๒ คะแนนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายด้านแสดงใน

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของสตรีวัยใกล้หมดระดู ๘๕ คน

ข้อมูล	ราย	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
๔๒ - ๔๕	๑๑	๑๒.๓๖
๔๖ - ๕๐	๕๗	๖๔.๐๕
๕๑ ขึ้นไป	๒๑	๒๓.๕๙
ศาสนา		
พุทธ	๘๕	๑๐๐
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	๑๗	๑๙.๑๑
ประถมศึกษา	๖๗	๗๙.๒๘
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	๔	๔.๕๙
ปริญญาตรี	๑	๑.๑๒
อาชีพ		
แม่บ้าน	๑๐	๑๑.๒๓
รับจ้าง	๓๐	๓๕.๒๙
เกษตรกรกรรม	๓๕	๓๒.๓๔
ค้าขาย	๑๑	๑๒.๓๖
รับราชการ	๓	๓.๕๓
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
๑ - ๓ คน	๓๔	๓๘.๘๒
๔ - ๖ คน	๕๐	๕๘.๘๒
มากกว่า ๖ คน	๕	๕.๘๖
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า ๓,๐๐๐	๔๗	๕๕.๒๙
๓,๐๐๑ - ๖,๐๐๐	๓๔	๓๙.๘๘
๖,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐	๔	๔.๕๙
มากกว่า ๑๐,๐๐๐	๔	๔.๕๙
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	๕๑	๕๙.๘๘
ไม่เพียงพอ	๓๔	๓๙.๘๘
ระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดู		
๑ ปี หรือน้อยกว่า	๖๔	๗๕.๒๙
๒ - ๕ ปี	๑๗	๑๙.๑๑
มากกว่า ๕ ปี	๔	๔.๕๙
ลักษณะระดูที่เปลี่ยนแปลง		
ปริมาณและ/หรือจำนวนวันลดลง	๓๓	๓๘.๘๒
ปริมาณและ/หรือจำนวนวันเพิ่มขึ้น	๑๕	๑๖.๘๕
ปริมาณและ/หรือจำนวนวันไม่แน่นอน	๓๗	๔๓.๘๖



ตารางที่ ๒ การปรับด้านจิตสังคมจำแนกตามอาชีพ, ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะระดับที่เปลี่ยนแปลง

ข้อมูล	ระดับดี (๔๘ ราย)		ระดับไม่ดี (๔๑ ราย)	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
อาชีพ				
แม่บ้าน	๖	๑๒.๕๐	๔	๙.๗๖
รับจ้าง	๑๓	๒๗.๐๘	๑๓	๓๑.๗๑
เกษตรกรรวม	๒๒	๔๕.๘๓	๑๓	๓๑.๗๑
ค้าขาย	๕	๑๐.๔๒	๖	๑๔.๖๓
รับราชการ	๒	๔.๑๗	๑	๒.๔๔
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	๓๑	๖๔.๕๘	๒๐	๔๘.๗๘
ไม่เพียงพอ	๑๗	๓๕.๔๒	๒๑	๕๑.๒๒
ลักษณะระดับที่เปลี่ยนแปลง				
ปริมาณและ/หรือจำนวนวันลดลง	๒๒	๔๕.๘๓	๑๑	๒๖.๘๓
ปริมาณและ/หรือจำนวนวันเพิ่มขึ้น	๗	๑๔.๕๘	๘	๑๙.๕๑
ปริมาณและ/หรือจำนวนวันไม่แน่นอน	๑๙	๓๙.๕๙	๒๒	๕๓.๖๖

ตารางที่ ๓ การปรับด้านจิตสังคมจำแนกตามรายด้าน

จิตสังคม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนฯ	ระดับดี		ระดับไม่ดี	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการดูแลสุขภาพ	๙.๔๒	๓.๕๔	๔๓	๔๘.๓๑	๔๖	๕๑.๖๙
ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	๔.๐๗	๒.๙๘	๕๓	๕๙.๕๕	๓๖	๔๐.๔๕
ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	๖.๕๙	๓.๕๔	๔๖	๕๑.๖๙	๔๓	๔๘.๓๑
ด้านสัมพันธภาพทางเพศ	๖.๐๑	๔.๑๔	๔๓	๔๘.๓๑	๔๖	๕๑.๖๙
ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย	๓.๘๐	๒.๑๗	๔๓	๔๘.๓๑	๔๖	๕๑.๖๙
ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	๓.๓๔	๓.๕๕	๕๖	๖๒.๙๒	๓๓	๓๗.๐๘
ด้านความไม่สุขสบายทางใจ	๖.๓๕	๓.๙๘	๔๙	๕๕.๐๖	๔๐	๔๔.๙๔
โดยรวม	๔๑.๐๑	๖.๔๒	๔๘	๕๓.๙๓	๔๑	๔๖.๐๗

ตารางที่ ๓ และการปรับแสดงในตารางที่ ๒ และ ๓ ตามลำดับ.

(ตารางที่ ๒ และ ๓) ได้ดังนี้

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าสตรีวัยใกล้หมดระดู มีการปรับด้านจิตสังคม โดยรวมในระดับดี สามารถอธิบายเป็นรายด้าน

สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ การประกอบอาชีพเป็นที่มาของการมีรายได้ และทำให้เศรษฐกิจในครอบครัวดีขึ้น. รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับทางจิตสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาลำราญใจ^(๑๐) พบว่าความรู้สึกพึงพอใจ

ในรายได้สัมพันธ์กับการปรับตัวของสตรีวัยหมดระดู และไม่มีความรู้สึกว่าตนเองทำงานได้น้อยลง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง.

สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพของสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว, ความต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่จะให้การช่วยเหลือสตรีวัยนี้ให้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา คำแสน^(๑๑) ที่พบว่าสตรีวัยใกล้หมดระดูที่มีสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวดี สามารถปรับตัวได้ดี.

สภาพแวดล้อมทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและความสนใจในการใช้เวลาร่วมกับผู้อื่น สภาพสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บทบาทของสตรีเปลี่ยนแปลงไปด้วย ความจำเป็นทางเศรษฐกิจทำให้สตรีต้องออกไปทำงานนอกบ้านจึงทำให้มีบทบาทในสังคมมากขึ้น. ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่มและเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราณี สมบัติหล้า^(๑๒) ที่พบว่าสตรีวัยนี้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชน ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่ม และเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ ซึ่งการได้ทำประโยชน์ต่อสังคมทำให้สตรีวัยนี้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้มีระดับการปรับด้านจิตสังคมดี.

ด้านความไม่สุขสบายทางใจ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ความไม่สบายใจ, ความวิตกกังวล, การตำหนิตนเอง, การสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งเป็นผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในวัยใกล้หมดระดู. หากสตรีวัยนี้มีจิตใจที่มั่นคงมีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองถูกต้องตรงตามความเป็นจริง การปรับพฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเป็นไปได้ดีกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงหรือบุคคลที่มองตนเองในทางลบ. อย่างไรก็ตามมีรายละเอียดการปรับด้านจิตสังคมในระดับไม่ดี.

ด้านการดูแลสุขภาพ เนื่องจากสตรีวัยนี้อาจเห็นวาระยะใกล้หมดระดูไม่ได้มีความสัมพันธ์อะไรต่อการเป็นโรคและอาการหมดระดูก็ไม่ใช่อาการของการเป็นโรค จึงไม่มีการปฏิบัติตัวใด ๆ เป็นพิเศษในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อมีการ

เปลี่ยนแปลงของการหมดระดู. นอกจากนี้ สตรีวัยนี้ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบต่อครอบครัว ในการดูแลบิดามารดา และญาติผู้สูงอายุ ตลอดจนดูแลบุตรหลาน ซึ่งอาจทำให้สตรีวัยนี้มีเวลาเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ไชยชนะ^(๑๓) พบว่าสังคมยังคาดหวังให้สตรีเป็นผู้รับผิดชอบภาระในบ้าน ส่งผลให้มีการปรับจิตสังคมด้านการดูแลสุขภาพในระดับไม่ดี.

ด้านสัมพันธ์ภาพทางเพศ จากการที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง พบว่ามีการลดลงของปฏิกิริยาต่าง ๆ ต่อการกระตุ้นทางเพศ, การตอบสนองทางเพศ และเพิ่มความเจ็บปวดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจส่งผลให้มีความต้องการและกิจกรรมทางเพศลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญาพานทอง^(๑๔) พบว่าปัญหาทางเพศสัมพันธ์ของสตรีวัยหมดระดูคือ รู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ ๓๘.๕. ฉะนั้น สตรีควรมีการฝึกหัดมิบช่องคลอด เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่องคลอด และการใช้สารหล่อลื่นทางช่องคลอด เพื่อลดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายขณะมีเพศสัมพันธ์ อันจะส่งผลให้มีระดับการปรับด้านจิตสังคมเชิงสัมพันธ์ภาพทางเพศดีตามมา.

ด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวขยาย ครอบครัวไทยในปัจจุบันมีขนาดเล็กลง ญาติพี่น้องไม่ได้อาศัยอยู่ภายใต้หลังคาเดียวกัน แม้จะมีการปลูกบ้านในบริเวณใกล้เคียงกันอาจมีผลต่อการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน. ญาติเหล่านี้ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เพียงพอกับสิ่งที่สตรีวัยนี้ต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ นารีรัตน์ จิตรมนตรี^(๑๕) พบว่าบุคคลที่ได้รับการดูแลด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเหมาะสมสามารถปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่สามารถพึ่งพาอาศัยกับญาติหรือสมาชิกในครอบครัวได้.

จะเห็นได้ว่าสตรีวัยใกล้หมดระดูมีการปรับด้านจิตสังคมในแต่ละด้านในระดับดีและไม่ดีแตกต่างกัน. ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น. นอกจากนี้แล้วอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลให้มีระดับการปรับทางจิตสังคมแตกต่างกันออกไป ได้แก่รูปแบบของการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของแต่ละบุคคล และบุคลิกภาพของ



แต่ละบุคคล. การศึกษาค้นคว้านี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการกำหนดนโยบายในการให้บริการสตรีวัยใกล้หมดระดู ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการให้การปรึกษาแก่สตรีวัยใกล้หมดระดู และในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้จัดให้มีกิจกรรมเชิงรุกเข้าไปในชุมชน ส่งเสริมให้คู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพสตรีวัยใกล้หมดระดู เพื่อให้มีการปรับด้านจิตสังคมในระดับดีต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์ประจำตัว วัฒนะกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, นางวัชรีย์ โสदानิล, นายสุรชัย ปายปาน กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ได้ให้คำปรึกษาและแก้ไขข้อบกพร่อง และผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. Tallis RC, Fillit HM, editors. Geriatric medicine and gerontology. 6th Ed. Spain: Churchill Livingstone; 2003.
๒. Kass-Annese B. Management of the perimenopausal and postmenopausal women: A total wellness program. New York: Lippincott William & Wilkins; 1999.
๓. วณิดา จิโรจน์สกุล. อาการวัยหมดระดูของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลศิริราช. สารศิริราช ๒๕๓๕; ๔๘: ๓๒๕-๕.
๔. สมบูรณ์ คุณาธิคม (บรรณาธิการ). นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ. ลีฟวิง จำกัด; ๒๕๔๔.
๕. กอบจิตต์ ลิมพยอม. วัยหมดระดู. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; ๒๕๔๓.
๖. Derogetis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). J Psychosomat Res 1986; 30:77-91.
๗. เยาวลักษณ์ อยู่เบน. การปรับทางจิตสังคมของสตรีในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการหมดประจำเดือน. การค้นคว้าแบบอิสระ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๗.
๘. Santawaja C A. Casual model of psychosocial adjustment in post radiotherapy cervical cancer women. A thesis submitted in partial fulfillment of requirement for the degree of Doctor Nursing Science, Faculty of Graduate Studies. Mahidol University, 2002.
๙. สิริลักษณ์ วรรณชะพงษ์. วิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๓๕.
๑๐. รัตนา สาราญใจ. สัมพันธภาพในครอบครัวและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในหน่วยทหารเรือพื้นที่สัดหีบ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๑.
๑๑. จรรยา คำแสน. การปรับตัวในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการหมดประจำเดือนของอาจารย์สตรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๑.
๑๒. ศิราณี สมบัติหาล้า. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู ที่อาศัยอยู่ในเขตอ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๔๑.
๑๓. ศศิธร ไชยชนะ. ความคาดหวังของสังคมกับกับพฤติกรรมและบทบาทความเป็นผู้หญิงในชุมชน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๔.
๑๔. อภริยา พานทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๐.
๑๕. นารีรัตน์ จิตรมนตรี. พยาบาลกับการพัฒนาสุขภาพสตรีวัยกลางคนและวัยหมดอายุ. สารสภากาการพยาบาล ๒๕๓๘;๑๐:๓๗-๔๒.

การผ่าตัดตาต่อกระจกให้ผู้ป่วยโอกาสด้วยเทคนิคผ่าตัดแบบไม่ต้องเย็บแผล ในโรงพยาบาลชุมชน

สุรน ชินวุฒิ*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยตาต่อกระจกด้วยโอกาสในเขตอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มีส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้ารับ การผ่าตัดในระบอบบริการปกติได้ จนมีระดับสายตาดูเลือนรางมาก หรือตาบอดตามนิยามขององค์การอนามัยโลก จึงนำแนวความคิดนำจักษุแพทย์พร้อมทีมผ่าตัดมาให้บริการฟรีที่โรงพยาบาลชุมชน โดยส่งผู้ป่วยไปวัดค่าแก้วตาเทียมก่อนผ่าตัด (ค่า A-scan) ที่โรงพยาบาลพิจิตร, รับการผ่าตัดตาต่อกระจก ด้วยวิธีไม่ต้องเย็บแผล และใส่แก้วตาเทียมที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ๑๖๑ ตา, มาตรวจติดตามการรักษา ๑๕๕ ตา. ผู้ป่วยอายุ ๔๒-๘๒ ปี เฉลี่ย ๖๘.๙ ปี เกือบทั้งหมดเป็นโรค ตาต่อกระจกตามอายุ. ก่อนผ่าตัดมีระดับสายตา (VA) < ๓/๖๐ ๗๖ ตา (ร้อยละ ๔๗.๘). หลังผ่าตัด ๑ เดือน ๑๕๓ ตา (ร้อยละ ๙๖) มีระดับสายตาดีขึ้น, ๓ ตา (ร้อยละ ๑.๙) มีระดับสายตาลดลง VA \geq ๖/๑๘ ๖๗ ตา (ร้อยละ ๔๓.๑) และ VA ๖/๒๔-๖/๖๐ ๙๑ ตา (ร้อยละ ๕๗.๒). เมื่อวัดระดับสายตา ผ่านแผ่นรูเข็ม VA \geq ๖/๑๘ ๑๒๕ ตา (ร้อยละ ๗๘.๖). ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดไม่รุนแรงรักษา แล้วกลับเป็นปกติ ๑๐ ตา (ร้อยละ ๖.๓). ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยรายละ ๔๒ นาที. การดำเนินการ ครั้งนี้ช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยตาต่อกระจกตกค้างในชนบทที่ไม่มีโอกาสได้รับการผ่าตัด ให้พ้นจาก ภาวะตาบอด และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับใช้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่น หรือการออก หน่วยผ่าตัดตาต่อกระจก.

คำสำคัญ: การผ่าตัดตาต่อกระจกแบบไม่เย็บแผล, การผ่าตัดตาต่อกระจกในโรงพยาบาลชุมชน

Abstract

Manual Sutureless Cataract Surgery for the Underserved in a Community Hospital

Suton Chinnawut*

*Taphanhin Crown Prince Hospital, Taphanhin District, Phichit Province

This is a report of the results of a prospective series of manual sutureless extracapsular cataract extraction on 161 eyes, performed at Taphanhin Crown Prince Hospital, Phichit Province, in the period May 2006 - November 2007. The patients, aged 42 to 82 years (mean 68.9 years), had a preoperative visual acuity of less than 3/60 in 47.8 percent of the cases (76 eyes). Of the 159 patients who returned for follow up, the visual acuity at one month postoperatively was improved in 153 eyes (96.2 %), i.e., VA 6/18 or better in 42.1 percent, and 6/24 - 6/60 in 57.2 percent. When measured by pinhole, visual acuity was 6/18 or better in 78.6 percent of the eyes. There was no major sight-threatening complication; only minor surgical complications were encountered in 10 eyes (6.3%). In conclusion, this intervention is cost-effective, appropriate and provides accessibility for underserved cataract-blind patients in community hospitals. It also empowers health personnel and should be implemented in other community hospitals or eye camps in order to eliminate the backlog of such patients and improve the quality of life of the Thai elderly in rural areas.

Key words: manual sutureless cataract surgery, cataract surgery in a community hospital

*โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร



ภูมิหลังและเหตุผล

เมื่อแก้วตาที่มีความขุ่นเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดหรือจากสาเหตุใดก็ตาม เรียกว่า “ต้อกระจก” แต่ที่พบบ่อยคือต้อกระจกตามอายุ (สูงอายุ) ซึ่งเกิดในคนอายุ ๕๒-๘๕ ปี ประมาณร้อยละ ๑๕^(๑). ต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดในโลกรองการอนามัยโลกประมาณว่าทั่วโลกมีคนตาบอด ๓๗ ล้านคนครึ่งหนึ่งมีสาเหตุมาจากต้อกระจก, ร้อยละ ๙๐ อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา, พบมากที่สุดในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประมาณ ๑๒ ล้านคน^(๒). ในประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะตาบอดแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๗ พบมีอัตราตาบอดร้อยละ ๐.๓ จัดว่าต่ำที่สุดในภูมิภาค และต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียดายตาถึงร้อยละ ๗๕^(๓).

การออกหน่วยผ่าตัดต้อกระจกให้กับผู้ป่วยด้อยโอกาสพื้นที่ห่างไกล ได้ดำเนินการโดยหลายหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เช่น หน่วยแพทย์ พอสว., สโมสรไลออนแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดโครงการสนับสนุนงบประมาณให้กับการผ่าตัดต้อกระจก เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยตาต้อกระจกตกค้างที่ไม่ได้รับการผ่าตัดจนทำให้ตาบอด (ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก คือ สายตา ๒ ข้างเห็นรวมกันน้อยกว่า ๓/๖๐ หรือ ๑๐/๒๐๐ หรือนับนิ้วไม่ได้ที่ระยะ ๓ เมตร). แต่เนื่องจากความยากลำบากของประชาชนและมีจักษุแพทย์ไม่เพียงพอในชนบท จึงยังมีผู้ป่วยตาต้อกระจกตกค้างไม่ได้รับการผ่าตัดอยู่ เช่นเดียวกับในประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยตาต้อกระจกตกค้าง และมีการออกหน่วยแพทย์ผ่าตัดครั้งละกลุ่มใหญ่ เช่น ในประเทศอินเดีย, เนปาล^(๔,๕). ในช่วงแรก ๆ การออกหน่วยทำการผ่าตัดต้อกระจกเอาแก้วตาออกโดยไม่ใส่แก้วตาเทียม ทำให้หลังผ่าตัดต้องใส่แว่นตาให้หักเหแสงแทนแก้วตาเดิม. ในปัจจุบันแก้วตาเทียมมีราคาต่ำลงมาก การออกหน่วยแพทย์ผ่าตัดตาต้อกระจกจึงทำการใส่แก้วตาเทียมด้วย ซึ่งเพิ่มความสามารถในการมองเห็นและคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดต้อกระจกได้มากขึ้น^(๖).

เมื่อมีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ต้อง

เย็บแผล (manual small incision cataract surgery) ซึ่งเป็นการผ่าตัดปลิ้นแก้วตาต้อออกจากเปลือกแก้วตา (extracapsular cataract extraction) แบบหนึ่ง ทำให้การผ่าตัดทำได้เร็วขึ้น ลดค่าใช้จ่ายลง และช่วยทำให้การออกหน่วยแพทย์ผ่าตัดต้อกระจกได้ครั้งละมากขึ้นกว่าเดิม^(๑,๓) ผู้วิจัยจึงนำการผ่าตัดนี้มาใช้ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยตาต้อกระจกด้อยโอกาสที่ตกค้างไม่ได้รับการรักษา และเพื่อประเมินผลการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น.

ระเบียบวิธีศึกษา

๑. จัดทำโครงการผ่าตัดต้อกระจกฟรีในผู้ป่วยด้อยโอกาสเขตอำเภอตะพานหิน เพื่อขออนุมัติดำเนินการ และขอการสนับสนุนจากมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สาขาตะพานหิน.

๒. เตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ฉากสนellen (Snellen chart), มาตรฐานดันตา Schiøetz-tonometers, กล้องจักษุทรรศน์ชนิดอ้อม, เครื่องจีไฟฟ้า, กล้องจุลทรรศน์ผ่าตัดตา, แก้วตาเทียม (Intraocular lens prosthesis, IOL), ชุดเครื่องมือผ่าตัดตาต้อกระจก, ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ, แผ่นรูเข็ม (pin hole) และตัวอุด (occluder), ชุดผ่าตัด และผ้าปูผ่าตัดไร้เชื้อ.

๓. ขั้นตอนดำเนินการ

๓.๑ ติดตามผู้ป่วยต้อกระจกจากรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนรอการผ่าตัดของโรงพยาบาลพิจิตร ที่อยู่ในเขตอำเภอตะพานหิน, ที่ได้จากประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ของอำเภอตะพานหินและสถานีอนามัย และจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เพื่อนำผู้ที่มีปัญหาสายตามัว หรือมองไม่เห็น มาตรวจคัดกรองเบื้องต้นกับแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินในช่วงเดือนพฤษภาคม ๒๕๔๙ ถึงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๐.

๓.๒ การตรวจคัดกรองเบื้องต้น โดยถามประวัติทางสายตา, โรคประจำตัว, โรคตาในอดีต และการแพ้ยา; ตรวจจาดด้วยใช้ไฟฉายส่องตาดูความผิดปกติ, วัดการเห็นชัด

(visual acuity) ด้วยฉากสเนลเลน, หนีนิ้ว (Fc), การเคลื่อนไหวของมือ (Hm), light projection (Pj), การรับรู้แสงสว่าง (PI), และการวัดสายตาดูมองผ่านฉากรูเข็ม, การประเมินปฏิกิริยาของม่านตาต่อแสง และการเคลื่อนไหวของลูกตา, วัดแรงดันลูกตาดูด้วย Schiøtz-tonometers, การประเมินฐานะทางเศรษฐกิจ ว่าสามารถเดินทางไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดได้หรือไม่.

๓.๓ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาการมองเห็นลดลงมากขนาด $VA \leq 6/60$ และมีเศรษฐกิจฐานะไม่ดี หรือมีความต้องการรับการรักษากับจักษุแพทย์ที่มามากหน่วยที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน. นัดพบจักษุแพทย์รับการตรวจตา ก่อนผ่าตัด. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจก จะได้รับการขยายม่านตาดูด้วยยาหยอดตาทรอปิแคไมด์ ๑.๐% แล้วตรวจด้วยกล้องจักษุทรรศน์ชนิดอ้อมเพื่อวินิจฉัยแยกว่าความผิดปกติในลูกตาที่ทำให้การมองเห็นลดลง เกิดจากต้อกระจก หรือจากสาเหตุอื่น.

๓.๔ ส่งผู้ป่วยตาต้อกระจกที่ได้รับคัดเลือกให้รับการผ่าตัดไปวัดค่าแก้วตาเทียม (ค่า A-scan) ที่จะใช้ในการผ่าตัด ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด.

๓.๕ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด, ขั้นตอนของการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด, ระยะเวลาของการนอนอยู่โรงพยาบาล, การดูแลตนเองหลังผ่าตัด และการตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัด รวมทั้งการตรวจสุขภาพทั่วไป และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัด คือตรวจเลือดครบ, ตรวจปัสสาวะ, ตรวจน้ำตาลในเลือด, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และถ่ายภาพรังสีทรวงอก.

๓.๖ เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามมาตรฐานและแนวทางการรักษาพยาบาลทางตาของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งพัฒนาให้เหมาะกับโรงพยาบาลชุมชนได้แก่ อาบน้ำสระผมก่อนมาห้องผ่าตัด, การลงลายมือชื่อยินยอมผ่าตัด, ตัดขนตา หยอดยาต้านจุลชีพพอลิซิมัยกซิน บี/นีโอมัยซิน และหยอดยาโดโคลฟีเนด, หยอดยาซาเตรเคนฮัยโดรคลอไรด์ ๐.๕%, ล้างท่อน้ำตาด้วยน้ำเกลืออร์มัล ๐.๙%, หยอดยา

ขยายม่านตาดูด้วยทรอปิแคไมด์ ๑.๐% หรืออาจใช้ร่วมกับอีพีดริน.

๓.๗ ใช้ลิโดเคน ๒% ๑.๕ มล. เป็นยาชาเฉพาะที่ด้วยวิธี retrobulbar block ป้องกันการเคลื่อนไหวของลูกตา และใช้ลิโดเคน ๒% อีก ๑ มล. ทำ peribulbar block (Van Lint) ป้องกันการเคลื่อนไหวของหนังตา. หลังจากนั้นใช้เตรเคน ฮัยโดรคลอไรด์ ๐.๕% หยอดตา ๓ ครั้ง ห่างกันครั้งละ ๕ นาที ก่อนเข้าห้องผ่าตัด.

๓.๘ ก่อนผ่าตัดใช้ไพริโดน ๑๐% ทำความสะอาดเปลือกตา และรอบ ๆ ตา แล้วล้างตาด้วยน้ำ เกลืออร์มัล ๐.๙% จนสะอาด. ผ่าตัดวิธี manual sutureless extracapsular cataract extractions (ECCE) และใส่แก้วตาเทียมโดยทำแผ่นเยื่อตา (conjunctival flap) แบบ fornix base flap เกาะเยื่อตาด้านบนจากลิบบัสออกไป และหยุดเลือดด้วยจี้ไฟฟ้า, ทำอุโมงค์เคลอโรคอร์เนียล, ผ่าเปลือกแก้วตาด้านหน้า (anterior capsulotomy) ใช้เข็มเบอร์ ๒๗ ทำ hydrodissection นำนิวเคลียสของแก้วตาออกจากห้องตาท้องหน้าผ่านแผลผ่าตัด, ล้างเนื้อแก้วตาออกด้วยน้ำเกลือสมดุลเกลือปดลอกแก้วตาส่วนหลัง, ใส่แก้วตาเทียมเข้าในถุงปดลอกแก้วตาส่วนหลัง. ถ้าแผลผ่าตัดปิดสนิทไม่ต้องเย็บแผล แต่ถ้ามีสารน้ำรั่วซึมออกจากแผลผ่าตัดจึงเย็บแผลด้วยนัยลอน ๑๐/๐ หนึ่งเข็ม.

๓.๙ ให้น้ำหลังผ่าตัด: กินพาราเซตามอล (๕๐๐ มก.) ๒ เม็ดตามความจำเป็นทุก ๔ ชั่วโมง, แอม็อกซิซิลลิน (๕๐๐ มก.) ๒ หลอดวันละ ๓ ครั้งหลังอาหาร ๕ วัน, หยอดยาตาเดกซาเมธาโซน ๑ หยดทุก ๒ ชม. ๒ วัน และต่อไป ๑ หยดวันละ ๔ ครั้ง ๓-๔ สัปดาห์, หยอดยาตาซอลแฟรเมเฟนิคอล ๑ หยดวันละ ๔ ครั้ง ๓-๔ สัปดาห์, ป้ายยาตาซอลแฟรเมเฟนิคอล ก่อนนอน.

๓.๑๐ จักษุแพทย์ร่วมกับแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เปิดตาผู้ป่วยตรวจหลังผ่าตัด ๑๒-๒๔ ชม. โดยจะดูแลร่วมกันหลังผ่าตัด ๑-๒ วัน. ต่อจากนั้นให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชนดูแลต่อจนอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และนัดตรวจติดตามหลังผ่าตัด ๓ ครั้งคือ ๑ สัปดาห์ ๑ เดือน และ ๓ เดือน



ตามลำดับ. เมื่อจักษุแพทย์มาผ่าตัดครั้งต่อไป (ประมาณ ๑ เดือน) จะนัดผู้ป่วยที่ผ่าตัดแล้วมาตรวจติดตามซ้ำ เพื่อตรวจดูผลการผ่าตัด และหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะหลัง.

๓.๑๑ สอบถามความพึงพอใจหลังผ่าตัดตาต่อกระจกเมื่อมาตรวจติดตาม ๑ เดือนด้วยแบบสอบถามให้ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้ตอบเอง.

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด ๑๖๑ คนอายุ ๔๒-๘๒ ปี เฉลี่ย ๖๘.๙ ปี, เป็นผู้หญิง ๘๗/๑๖๑ คน (ร้อยละ ๕๔) และชาย ๗๔/๑๖๑ คน (ร้อยละ ๔๖) รวม ๑๖๑ ตา ได้รับการวินิจฉัยเป็นต่อกระจกจากความชรา ๑๖๐ ตา และต่อกระจกจากอันตราย ๑ ตา ไม่เคยผ่าตัดต่อกระจกมาก่อน ๑๐๒ ตา เคยผ่าตัดมาแล้ว ๑ ข้าง ๕๙ ตา. โรคที่พบร่วมได้แก่ เบาหวาน ๒๘ ราย, ความดันโลหิตสูง ๕๖ ราย, โรคถุงลมโป่งพอง ๙ ราย, หลอดเลือดหัวใจตีบ ๓ ราย และต่อเนื้อ ๔ ราย; ไม่มีโรคร่วม ๙๑ ราย.

ผู้ป่วยไม่มาตรวจติดตาม ๑ ราย และส่งตัวไปรักษาต่อ

ที่โรงพยาบาลพิจิตร ๑ ราย. ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการผ่าตัดต่อกระจกที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินในช่วงเดือนพฤษภาคม ๒๕๔๙ ถึง พฤศจิกายน ๒๕๕๐ รวมวันผ่าตัด ๑๔ วัน, เฉลี่ยผ่า ๑๑.๕ ตา/วัน. เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดต่อวัน ๘ ชั่วโมง ใช้เวลาผ่าตัดต่อรายเฉลี่ยประมาณ ๔๒ นาที.

ระดับสายตาก่อนผ่าตัดน้อยกว่า ๓/๖๐ มี ๗๖ ตา (ร้อยละ ๔๗.๘). หลังผ่าตัด ๑ เดือน ๑๕๓ ตา (ร้อยละ ๙๖.๒) มีระดับสายตาดีขึ้น, ๓ ตามีระดับสายตาเท่าเดิม และ ๓ ตาระดับสายตาตกลงซึ่งตรวจพบพยาธิสภาพเป็นแมคูลาเสื่อมสภาพเหตุนัย, ประสาทออปติคเสื่อมเหี่ยว และโรคจอตาเหตุเบาหวาน. รายที่ดีขึ้น ดีกว่าหรือเท่ากับ ๖/๑๘ รวม ๖๗ ตา (ร้อยละ ๔๒.๑), ระดับสายตา ๖/๒๔ - ๖/๖๐ มี ๙๑ ตา (ร้อยละ ๕๖.๒). เมื่อวัดระดับสายตาผ่านรูเข็มได้ผลดีกว่าหรือเท่ากับ ๖/๑๘ ๑๒๕ ตา (ร้อยละ ๗๘.๖) และ ๓ ราย (ร้อยละ ๑.๙) ระดับสายตาน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖/๖๐.

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่พบคือการฉีกขาดของปลอกแก้วตาด้านหลัง ๓ ราย (๑ ราย มี vitreous รั่ว, ใส แก้วตาเทียมไม่ได้ส่งต่อไปโรงพยาบาลพิจิตร), เลือดออกในตา ๑ ตา, มีเนื้อแก้วตาเหลือค้าง ๑ ตา, กระจกตาบวมหน้า ๔ ตา

ตารางที่ ๑ ระดับสายตาก่อนและหลังผ่าตัด

ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด ๑ เดือน		
ระดับสายตา	ราย (%)	ระดับสายตา	ราย (%) uncorrected VA	ราย (%) VA วัดผ่านทางรูเข็ม
๖/๓๖	๕ (๓.๑)	๖/๖	-	๔ (๒.๕)
๖/๖๐	๒๖ (๑๖.๔)	๖/๙	๓ (๔.๔)	๑๗ (๑๐.๗)
๕/๖๐	๑๖ (๑๐.๑)	๖/๑๒	๑๘ (๑๑.๓)	๓๖ (๒๒.๖)
๔/๖๐	๑๕ (๙.๔)	๖/๑๘	๔๒ (๒๖.๔)	๖๘ (๔๒.๘)
๓/๖๐	๒๑ (๑๓.๒)	๖/๒๔	๗๒ (๔๕.๓)	๒๔ (๑๕.๑)
FC ๓ ฟุต	๑๔ (๘.๗)	๖/๓๖	๑๖ (๑๐.๓)	๗ (๔.๔)
FC ๒ ฟุต	๑๖ (๑๐.๑)	๖/๖๐	๓ (๑.๙)	๒ (๑.๓)
FC ๑ ฟุต	๑๕ (๑๑.๕)	HM	๑ (๐.๖)	๑ (๐.๖)
HM	๒๔ (๑๕.๑)			
PJ	๓ (๑.๙)			
รวม	๑๕๕ (๑๐๐)		๑๕๕ (๑๐๐)	๑๕๕ (๑๐๐)

ตารางที่ ๒ ความพึงพอใจของผู้รับบริการผ่าตัดกระจก

	ระดับดี - ดีมาก	
	ราย	ร้อยละ
การดูแลและการเตรียมก่อนผ่าตัด	๑๕๗	๕๘.๗
การผ่าตัด	๑๕๓	๕๖.๒
การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	๑๕๘	๕๘.๓
ความพึงพอใจผลการผ่าตัด	๑๓๑	๘๒.๔
ความพึงพอใจโดยรวม	๑๕๒	๕๕.๖

ตารางที่ ๓ การผ่าตัดเอาต้อกระจกออกโดยไม่เย็บแผล (best corrected visual acuity) และใส่แก้วตาเทียม

ระดับสายตา	การศึกษานี้	รพ. พระปกเกล้า จันทบุรี ^(๗)	เนปาล ^(๘)
≥ ๖/๑๘	๗๘.๖%	๕๐.๕๓%	๕๖.๒%
≤ ๖/๖๐	๑.๕%	≤ ๑.๐๕	< ๒%

ตารางที่ ๔ การผ่าตัดเอาต้อกระจกออก (ECCE) และใส่กระจกตาเทียม

	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา	Uncorrected VA(%)		Corrected VA(%)		ภาวะแทรกซ้อน (%)
		≥ ๖/๑๘	≥ ๖/๑๘	≤ ๖/๖๐		
การศึกษานี้	๑๕๕	๔๒.๑	๗๘.๖	๑.๕	๖.๓	
โครงการเฉลิมพระเกียรติ ๑๐๐ ปีสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ^(๖)	๑๐๐	๑๕.๒	-	๖.๕	๗	
อินเดีย ^(๕)	๒๓๗	-	๘๗.๕	๑.๕	๑.๓	
บังกลาเทศ ^(๑๐)	๑๖๒	๔๓.๘	๖๔.๑	๑๓.๓	๑๒	
เนปาล ^(๑๑)	๒๓๗	๖๒	-	-	-	
เวียดนาม ^(๑๒)	๑๔๔	-	๗๔	-	-	
Doumen country, จีน ^(๑๓)	๑๕๒	๒๓.๗	๔๒.๑	-	-	
ฮ่องกง ^(๑๔)	๓๑๐	๕๕.๖	๗๒.๑	๕.๓	๑๓.๘	
แอฟริกาตะวันออก ^(๑๕)	๔๖๑	๗๘.๒	๕๔.๓	๑.๕	-	
ศูนย์ดวงตาแวนคูเวอร์ ^(๑๖)	๘๕๒	-	๕๒.๔	-	-	

(หายเป็นปกติใน ๓-๔ วัน), แผลซึมและห้องตาแพบพบวันแรกหลังผ่าตัด ๑ ตา; รวมมีภาวะแทรกซ้อน ๑๐ ตา (ร้อยละ ๖.๓).

วิจารณ์

ผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้าร่วมการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยด้วยโอกาส มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการผ่าตัดในระบบปกติ จึงมีระดับสายตาก่อนผ่าตัดต่ำกว่า ๓/๖๐ ถึงร้อยละ ๔๗.๘ (ตามมาตรฐานนิยามขององค์การอนามัยโลก) และเกี่ยวข้องกับที่เคยผ่าตัดแล้ว ๑ ข้าง สามารถใช้งานได้ดีด้วยตาข้างเดียว ประกอบกับขาดผู้ดูแล และไม่มีค่าใช้จ่ายจึงรอจนระดับสายตามัวลงมาก.

การวัดค่าแก้วตาเทียมก่อนผ่าตัดเพื่อเลือกแก้วตาเทียมที่เหมาะสม และการตรวจจอตา เพื่อหาโรคที่เป็นร่วมกับต้อกระจก ช่วยทำให้พยากรณ์ระดับสายตาหลังผ่าตัดดีขึ้น และสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในเรื่องการมองเห็นหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพอื่นร่วมกับต้อกระจกว่าอาจไม่เห็นดีเท่าปกติ.



การศึกษานี้มีการตัดผู้ป่วยที่มีโรคร่วมกับต่อกระจก, โรคต่อกระจกจากอุบัติเหตุ, ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจทำให้ การผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อนหรือต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการผ่าตัด ออกจากการศึกษาและส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดที่มี เครื่องมือและจักษุแพทย์ที่ให้บริการอย่างต่อเนื่องได้ อาจเป็น สาเหตุทำให้ผลการผ่าตัดในการศึกษานี้ดีกว่าผลการผ่าตัดทั่วไป. ผู้ป่วยในการศึกษาบางราย ถึงแม้ว่ามีโรคร่วมเป็น เบาหวาน และความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ ๑๗.๖ และ ๓๕ ตามลำดับ แต่เป็นผู้ป่วยที่โรคยังไม่มีความรุนแรง.

ระดับสายตาหลังผ่าตัดเกือบทั้งหมดเห็นดีขึ้น (ร้อยละ ๙๖) มีเพียง ๓ ราย ที่ระดับสายตาตกลง และตรวจต่อไปพบพยาธิ สภาวะที่จอตาคือผลให้การมองเห็นไม่ดีหลังผ่าตัด. ถึงแม้ว่า ก่อนผ่าตัดจะตรวจจอตาก่อนแล้ว แต่เนื่องจากแก้วตาขุ่นมาก ทำให้มองไม่เห็นจอตาคือ. ดังนั้นในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อง อธิบายให้ผู้ป่วยตาต่อกระจกที่มีความขุ่นของแก้วตามากจน ไม่สามารถตรวจจอตาคือได้ให้เข้าใจว่าหลังผ่าตัดอาจเห็นได้ไม่ดี เท่าปรกติหรือเห็นดีเท่าผู้รับการผ่าตัดรายอื่น.

การวัดระดับสายตาหลังผ่าตัดโดยผ่านฉากกรูเซ็ม ปรากฏ ว่าได้ผลดีกว่าหรือเท่ากับ ๖/๑๘ ถึง ๑๒๕ ตา (ร้อยละ ๗๘.๖) ซึ่งดีกว่าไม่ใส่ฉากกรูเซ็ม (๖๗ ตา ร้อยละ ๔๒.๑) แสดงว่ามี re- flective error ซึ่งได้แนะนำให้วัดและตัดแว่นใส่ เพื่อเพิ่ม ระดับการมองเห็น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจกับระดับการมองเห็นหลังผ่าตัดแล้ว (ความพอใจต่อผลการผ่าตัดในระดับดี - ดีมากร้อยละ ๘๒.๔, ความพึงพอใจโดยรวมร้อยละ ๙๕.๖) เป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา และเป็นผู้สูงอายุอยู่ บ้านทำงานบ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่ได้ใช้สายตาในการ ทำงานละเอียด จึงพอใจกับระดับสายตาหลังผ่าตัด.

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดที่สำคัญคือการฉีกขาด ของเปลือกแก้วตาแผ่นหลัง ๑ ราย เกิดร่วมกับมีการรั่วของ วิหริยสารระหว่างการชำระล้างเนื้อแก้วตา ทำให้ไม่สามารถใส่ แก้วตาเทียมได้ ต้องส่งไปรักษาต่อที่มีเครื่องมือผ่าตัดพร้อม. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งหมดไม่รุนแรง ไม่พบ endo- phthalmitis, พบแผลซึมต้องเย็บในวันแรกหลังผ่าตัด ๑ ราย. เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น ภาวะแทรกซ้อนมีลักษณะคล้ายกัน

และอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ ๔).

การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดกับการศึกษาต่าง ๆ นั้น ทำได้ยากและไม่น่าเชื่อถือ เพราะมีปัจจัยที่มีผลต่อผลการ ผ่าตัดที่แตกต่างกันมากในแต่ละการศึกษา เช่น เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยต่อกระจกก่อนผ่าตัด, การวัดค่าแก้วตา, เทคนิค และเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด และความเชี่ยวชาญของจักษุ แพทย์ จึงเทียบผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ซึ่งในกลุ่มแรกใช้เทคนิคการผ่าตัด ต่อกระจกแบบไม่เย็บแผลและใส่แก้วตาเทียม (ตารางที่ ๓). เมื่อเทียบผลการผ่าตัดที่ $VA \geq ๖/๑๘$ (corrected visual acuity) มีค่าร้อยละใกล้เคียงกัน แต่ของการศึกษานี้ร้อยละ ๗๘.๖ จะต่ำกว่าเพราะใช้ค่า VA ที่วัดโดยใส่ฉากกรูเซ็ม ไม่ใช่ ค่าที่เป็น corrected VA ดีที่สุด. ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรงไม่พบเหมือนกัน. ส่วนในกลุ่มที่ ๒ (ตารางที่ ๔) เป็น การผ่าตัดต่อกระจกแบบ Extracapsular cataract extrac- tions (ECCE) with intraocular lens implantation มีความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัดมากกว่ากลุ่มแรก ทำให้ผลของการผ่าตัดแตกต่างกันมาก เช่น ระดับการมองเห็นหลังผ่าตัด (corrected VA) $\geq ๖/๑๘$ มีตั้งแต่ร้อยละ ๔๒.๑ ถึง ๙๔.๓.

ในการออกหน่วยผ่าตัดตาต่อกระจกซึ่งต้องการผ่าตัด ครั้งละมาก ๆ นั้น การผ่าตัดด้วยวิธี manual sutureless ex- tracapsular cataract extraction with intraocular lens implantation ช่วยลดเวลาการผ่าตัดลงเพราะไม่ต้องเย็บ แผลผ่าตัด หรือเย็บ ๑ เข็ม และยังประหยัดค่าใช้จ่ายในการ ผ่าตัดลง. ส่วนผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น และไม่มีภาวะ แทรกซ้อนที่รุนแรง นอกจากนี้ยังสามารถนำแนวทางนี้ไปปรับ ใช้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นได้.

กิตติกรรมประกาศ

แพทย์หญิงนภาพร เตชะมณีสิทธิชัย จักษุแพทย์ พร้อม ทีมพยาบาลช่วยผ่าตัดทุกท่าน, จักษุแพทย์โรงพยาบาลพิจิตร ช่วยวัดค่า A-scan, มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

สาขาตะพานหิน และผู้มีจิตศรัทธาทุกท่านที่บริจาคทรัพย์เป็นค่าแก้วตาเทียม, และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินที่อนุญาตให้เผยแพร่บทความนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. กัทนี สามเสน. ใน: วมิชา ชื่นกองแก้ว, อภิชาติ สิงคาลวณิช (บรรณาธิการ). จักษุวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๕๐. หน้า ๒๒๗-๔๗.
๒. World Health Organization Report. Magnitude and causes of visual impairment. [วันที่ค้นหา 2007 Dec 9]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html>
๓. Hennig A, Kumar J, Yorston D, Foster A. Sutureless cataract surgery with nucleus extraction: outcome of a prospective Study in Nepal. Br J Ophthalmol 2003;87:266-70.
๔. Kapoor H, Chatterjee A, Daniel R, Foster A. Evaluation of visual outcome of cataract surgery in an Indian eye camp. Br J Ophthalmol 1999; 83:343-6.
๕. Jack J. Kanski. Clinical ophthalmology a systematic approach. 6th Ed. Management of age-related cataract. King Edward VII hospital, Windsor, UK; 2007.
๖. เพียงใจ คำพ้อ. ผลการผ่าตัดต้อกระจกโครงการเฉลิมพระเกียรติ ๑๐๐ ปี สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารจักษุสาธาณสุข ๒๕๔๔; ๑๕:๒๕-๓๘.
๗. พิพัฒน์ คงทรัพย์. Manual Sutureless Cataract Surgery with Foldable Intraocular lens Using the Kongsap Technique: The Result of 95 cases. จพสท ๒๕๕๐;๕๐:๑๖๒๗-๓๒.
๘. Cyber-Sight. Manual small incision cataract surgery. [วันที่ค้นหา 2007 May 25]. แหล่งข้อมูล: URL:http://www.cybersight.org/bins/content_page.asp?cid=1-1809-1834
๙. ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย. CPG ต้อกระจก. วารสารจักษุสาธาณสุข ๒๕๔๗;๑๘:๑๒๑-๗.
๑๐. Bourne RR, Dineen BP, Alism, Hug DM, Johnson GJ. Outcome of cataract surgery in Bangladesh : result from a population based nationwide survey. Br J Ophthalmol 2003;87:813-9.
๑๑. Van der Hoeve J. Three months follow up of IOL implantation in remote eye camps in Nepal. Int Ophthalmol 1997-1998;21:195-7.
๑๒. Tobins, Nguyen QD, Pham B, La Nauze J, Gillies M. Extracapsular cataract surgery in veitnam : a 1 year follow - up study. Aust N & J Ophthalmol 1998;26:13-7.
๑๓. Hem, Xu J, LiS, Wu K, Munoz SR, Ellwein LB. Visual acuity and quality of life in patients with cataract in Doumen County, China. Ophthelomology 1999;106:1609-15.
๑๔. Lau J, Michon JJ, Chan ws, Ellwein LB. Visual acuity and quality of life outcome in cataract surgery patients in Hong Kong. Br J Ophthalmol 2002;86:12-7.
๑๕. Yoston. D, Foster A. Audit of extracapsular cataract extraction and posterior chamber lens implantation as a routine treatment for age related cataract in East Africa. Br J Ophthalmol 1999; 83:897-901.
๑๖. Noretjojo K, Mildon D, Rollin D, Law F, Blicker J, Courtright P, et al. Cataract surgical outcome at the Vancouver Eye Care Center: can it be predicted using current data? Can J Ophthalmol 2004;39:38-47.

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น : กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๔๙ โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

วสันต์ เวทวัฒน์ชัย*

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังเพื่อดูสัดส่วนและผลของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นอายุ ๑๓-๑๙ ปี ตั้งครรภ์แรกเป็นครรภ์เดียวที่คลอดในโรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรีในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๔๙. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นสตรีครรภ์แรกครรภ์เดียว อายุ ๒๐-๒๙ ปี ที่คลอดในช่วงเวลาเดียวกัน. จากการศึกษาพบสตรีวัยรุ่นร้อยละ ๒๐.๗๗ ของสตรีที่คลอดทั้งหมด มีพฤติกรรมไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์น้อยกว่า ๔ ครั้ง และมีการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าสตรีผู้ใหญ่ แต่ไม่พบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์, น้ำหนักทารกแรกคลอด, ทารกตายคลอด และคะแนนเอปการ์ในทั้งสองกลุ่ม.

คำสำคัญ: สตรีวัยรุ่น, การตั้งครรภ์, ครรภ์แรก

Abstract Incidence and Outcomes of Teenage Pregnancy, October 2003-September 2006, Chaibadan Hospital, Lop Buri Province
Wasan Watewatanachai*
*Chaibadan Hospital, Lop Buri Province

The objective of this retrospective study was to determine the incidence of teenage pregnancy and to compare pregnancy outcomes between teenagers and adults who delivered in Chaibadan Hospital, Lop Buri Province. The study group included singleton primigravida women aged 13-19 years who gave birth between October 1, 2003 and September 30, 2006. The comparison group consisted of singleton primigravidae, aged 20-29 years, who gave birth at the same hospital in that period. The study revealed that the incidence of teenage pregnancy was 20.77 percent; teenagers had a higher proportion of inadequate antenatal care (i.e., no ANC or ANC<4 times) compared with adult pregnant women. Preterm delivery was higher in the study group than in the control group. There was no statistically significant difference in obstetric complications, birth weight, still-birth and Apgar score between the two groups.

Key words: teenage pregnancy, primigravida

ภูมิหลังและเหตุผล

ในปัจจุบันพบการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นมากขึ้นโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา. ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การตั้ง

ครรภ์ของสตรีวัยรุ่นเท่ากับ ๑๐๔.๔, ๑๑๗.๖, ๑๐๘ และ ๑๐๗ รายต่อสตรีตั้งครรภ์ ๑,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๔๓, ๒๕๔๔, ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๖ ตามลำดับ^(๑). การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น

*โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

ส่งผลให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมา ทั้งต่อมารดาและทารก เนื่องจากมารดาวัยรุ่นขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องของสุขภาพอนามัย ประกอบกับเป็นการตั้งครรภ์ในขณะที่พัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ไม่พร้อมที่จะเป็นมารดา.

ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นพบสูงกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่^(๒,๓) เช่นเดียวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นพบมากกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่^(๔). นอกจากนี้ การคลอดก่อนกำหนดในสตรีวัยรุ่นพบได้บ่อยกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่^(๒,๓,๕-๘) รวมทั้งการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยพบในสตรีวัยรุ่นน้อยกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่^(๙,๑๐).

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาสตรีวัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลชัชชาติ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการตั้งครรภ์และผลต่อทารกแรกคลอดระหว่างสตรีวัยรุ่นและสตรีวัยผู้ใหญ่ เพื่อทราบขนาดปัญหาของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นจะได้นำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนดูแลรักษาให้คำปรึกษาแก่กลุ่มมารดาวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น ในงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพสูงขึ้นต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

ทำการศึกษาย้อนหลังโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และบันทึกการคลอดของห้องคลอดโรงพยาบาลชัชชาติ จังหวัดลพบุรี ช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี

ลักษณะต่อไปนี้

๑. อายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไป หรือน้ำหนักทารกแรกคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ ๑,๐๐๐ กรัม.
๒. เป็นครรภ์แรกและครรภ์เดียว ที่ผู้คลอดมีอายุ ๑๓-๒๕ ปี.

ได้สตรีลักษณะดังกล่าว ๑,๘๓๘ ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาได้แก่สตรีอายุ ๑๓-๑๕ ปี ๗๗๐ ราย และกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่สตรีอายุ ๒๐-๒๕ ปี ๑,๐๖๘ ราย.

ทำการรวบรวมบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version ๑๒ โดยการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางของตัวแปรต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและการกระจายโดยใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน. ส่วนข้อมูลไม่ต่อเนื่องใช้ค่าร้อยละ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้การทดสอบไค-สแควร์ ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ หรือใช้การทดสอบ Fisher's exact ถ้ามีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมีค่าคาดหวังน้อยกว่า ๕.

ผลการศึกษา

ในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙ มีผู้มาคลอดในโรงพยาบาลชัชชาติทั้งสิ้น ๔,๑๕๖ ราย เป็นมารดาอายุ ๑๓-๑๕ ปีทั้งหมด ๘๖๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๗๗, นำมาศึกษา ๗๗๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๕๓. กลุ่มเปรียบเทียบคือกลุ่มสตรีครรภ์แรกอายุ ๒๐-๒๕ ปี ๑,๐๖๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๗๐ (ตารางที่ ๑).

กลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย ๑๗.๔๗±๑.๓๓ ปี; อายุน้อยที่สุด

ตารางที่ ๑ สตรีทั้งหมดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลชัชชาติ จังหวัดลพบุรี วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๖ - กันยายน ๒๕๔๙

พ.ศ.	คลอดทั้งหมด (ราย)	สตรีวัยรุ่นทั้งหมด		สตรีวัยรุ่นครรภ์แรก		สตรีครรภ์แรก อายุ ๒๐-๒๕ ปี	
		ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
๒๕๔๗	๑๔๕๐	๒๘๕	๑๙.๖๕	๒๕๒	๑๗.๓๘	๓๔๗	๒๓.๙๓
๒๕๔๘	๑๓๗๗	๒๕๖	๑๘.๕๖	๒๕๗	๑๘.๖๖	๓๔๓	๒๔.๙๑
๒๕๔๙	๑๓๒๕	๒๗๘	๒๐.๙๒	๒๖๑	๑๙.๖๘	๓๗๘	๒๘.๕๔
รวม	๔๑๕๒	๘๑๙	๑๙.๗๒	๗๗๐	๑๘.๕๓	๑๐๖๘	๒๕.๗๐



คืออายุ ๑๔ ปี มี ๑๘ รายคิดเป็นร้อยละ ๒.๓๔, อายุที่พบมากที่สุดคือ ๑๘-๑๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๘๐ (ตารางที่ ๒). กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย ๒๓.๑๙+๒.๖๒ ปี, ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ ๒๐-๒๔ ปี ร้อยละ ๓๐.๓๑ (ตารางที่ ๓).

การฝากครรภ์พบว่าสตรีวัยรุ่นไม่ได้ฝากครรภ์ ๑๒ ราย และฝากครรภ์น้อยกว่า ๔ ครั้ง ๒๒๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๕๖ และร้อยละ ๒๘.๙๖ ตามลำดับ ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่พบร้อยละ ๐.๕๖ (๖ ราย) และร้อยละ ๑๑.๒๔ (๑๒๐ ราย). ความแตกต่างระหว่างฝากครรภ์น้อยกว่า ๔ ครั้งหรือมากกว่า ๔ ครั้งมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๐).

กลุ่มศึกษาคลอดทางช่องคลอดร้อยละ ๘๒.๖๐ และกลุ่มเปรียบเทียบคลอดทางช่องคลอดร้อยละ ๘๑.๖๕ ซึ่งไม่มี ความแตกต่างสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๖๐) เช่นเดียวกับการ

ตารางที่ ๒ สตรีครรภ์เดี่ยวครรภ์แรก อายุ ๑๓-๑๙ ปี คลอดที่โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เดือนตุลาคม ๒๕๔๖ - กันยายน ๒๕๔๙

อายุ	ราย	ร้อยละ
๑๔	๑๘	๒.๓๔
๑๕	๔๖	๕.๙๖
๑๖	๑๒๖	๑๖.๓๖
๑๗	๑๕๘	๒๐.๕๒
๑๘	๒๐๘	๒๗.๐๑
๑๙	๒๑๔	๒๗.๗๕
รวม	๗๗๐	๑๐๐.๐๐

ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในกลุ่มศึกษาเท่ากับร้อยละ ๑๗.๔๐ และกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับร้อยละ ๑๘.๓๕ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๖๐).

กลุ่มศึกษามีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ ๔).

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบแสดงในตารางที่ ๕.

น้ำหนักทารกแรกคลอดในกลุ่มศึกษาน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม พบร้อยละ ๑๒.๓๔ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ ๓ สตรีครรภ์เดี่ยวครรภ์แรก อายุ ๒๐-๒๙ ปี คลอดที่โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เดือนตุลาคม ๒๕๔๖ - กันยายน ๒๕๔๙

อายุ	ราย	ร้อยละ
๒๐	๑๕๓	๑๘.๐๗
๒๑	๑๖๕	๑๕.๘๒
๒๒	๑๔๑	๑๓.๒๐
๒๓	๑๒๖	๑๑.๘๐
๒๔	๑๒๒	๑๑.๔๒
๒๕	๙๗	๙.๐๘
๒๖	๕๗	๕.๓๔
๒๗	๘๐	๗.๔๕
๒๘	๔๖	๔.๓๑
๒๙	๓๗	๓.๕๖
รวม	๑๐๖๘	๑๐๐.๐

ตารางที่ ๔ อายุครรภ์ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบคลอดที่โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เดือนตุลาคม ๒๕๔๖ - กันยายน ๒๕๔๙

อายุครรภ์	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ		ค่าพี
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์	๘๐	๑๐.๓๕	๘๒	๗.๖๘	๐.๐๔
๓๗-๔๒ สัปดาห์	๖๘๑	๘๘.๔๔	๕๗๓	๕๑.๑๐	๐.๖๑
๔๒ สัปดาห์ขึ้นไป	๕	๐.๑๑	๑๓	๑.๒๒	๐.๕๒๕

ตารางที่ ๕ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ คลอดที่โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เดือนตุลาคม ๒๕๔๖ - กันยายน ๒๕๔๘

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ		ค่าพี
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
โลหิตจาง	๓๕	๘.๓๔	๕๘	๘.๑๘	๐.๖๘
ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเวลา	๖๓	๘.๑๘	๘๕	๗.๖๖	๐.๘๖
ขนาดศีรษะทารกและช่องเชิงกรานไม่เหมาะสม	๘๑	๑๐.๕๒	๑๔๔	๑๓.๔๘	๐.๐๖
ทารกมีส่วนนำผิดปกติ	๑๓	๒.๒๑	๒๘	๒.๖๒	๐.๕๓
ภาวะพิษแห่งครรภ์	๑๐	๑.๓๐	๑๕	๑.๔๐	๐.๘๕
ทารกค้ำขัน	๑๔	๑.๘๒	๑๖	๑.๕๐	๐.๕๘
ภาวะรกเกาะต่ำ	๑	๐.๑๓	๔	๐.๓๗	๐.๔๑
ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด	๐	๐.๐๐	๑	๐.๐๘	๐.๕๘
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	๗	๐.๙๑	๑๐	๐.๙๔	๐.๙๕

ตารางที่ ๖ คะแนนแอปการ์หลังคลอดที่ ๑ นาที และ ๕ นาทีของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

คะแนนแอปการ์	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ		ค่าพี
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
ที่ ๑ นาที	๓๘	๔.๘๓	๔๕	๔.๕๕	๐.๗๓
ที่ ๕ นาที	๑๑	๑.๔๓	๑๓	๑.๒๒	๐.๖๕

เทียบซึ่งพบทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๑๑.๓๓ ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๕๑). เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การตายคลอดก็ไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (ค่าพี ๐.๙๙).

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนแอปการ์หลังคลอดที่ ๑ นาที และ ๕ นาที (น้อยกว่า ๗ นาที) ก็ไม่พบความแตกต่างสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ ๖).

วิจารณ์

การพบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นในการศึกษานี้ สูงถึงร้อยละ ๒๐.๗๗ และอุบัติการณ์ใน พ.ศ. ๒๕๔๓, ๒๕๔๔, ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑๐๔.๔, ๑๑๗.๖, ๑๐๘ และ ๑๐๗ รายต่อมารดา ๑,๐๐๐ คน ตามลำดับ^(๑) สูงกว่าเป้าหมายที่กรม

อนามัยกำหนด คือน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ จึงจัดว่าเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ ที่จำเป็นต้องหามาตรการแก้ไขต่อไป.

การกำหนดประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้เป็นการตั้งครรภ์แรกและครรภ์เดียว เพื่อควบคุมตัวกวนจากความสัมพันธ์ระหว่างลำดับการตั้งครรภ์และจำนวนทารกในครรภ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์.

กลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย ๑๗.๔๗ ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุจิตรา^(๑๑). กลุ่มศึกษามีการฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้ง ตามเกณฑ์ร้อยละ ๖๙.๔๘ น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุจิตรา^(๑๑) ซึ่งพบร้อยละ ๖๖.๕. ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน, มีการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ช้า, การปกปิดการตั้งครรภ์จากความละอายที่ตั้ง



ครรภ์อายุน้อย และขาดความรู้ความสนใจในการดูแลตนเอง และทารกในครรภ์.

วิธีการคลอดของสตรีวัยรุ่นพบที่มีการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ ๘๒.๖๐ ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ พจมาลัย^(๑๒). สตรีวัยรุ่นคลอดก่อนกำหนดร้อยละ ๑๐.๓๙ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Jolly^(๑๓) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. การคลอดก่อนกำหนดอาจป้องกันได้ถ้ามารดาไปโรงพยาบาล ตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บครรภ์. ดังนั้นควรเน้นการให้ความรู้เรื่องการคลอดก่อนกำหนดในสตรีวัยรุ่น, การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในสตรีวัยรุ่น, การให้การดูแลตั้งแต่ระยะแรกๆ อาจช่วยลดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้มากขึ้น.

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ. นอกจากนี้ผลของการคลอดพบว่าสตรีวัยรุ่นมีการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๑๒.๓๔ ใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ ๑๑.๓๓) แต่สูงกว่าการศึกษาของ ฉวีวรรณ^(๑๓) ซึ่งพบร้อยละ ๙.๕ ในขณะที่กรมอนามัยกำหนดเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๗. ดังนั้น ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยจึงเป็นปัญหาสำคัญของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างซึ่งต้องมีการวางแผนแก้ไขต่อไป.

คะแนนแอปการ์ที่ ๑ นาที่ และที่ ๕ นาที่ น้อยกว่า ๗ ในการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างในกลุ่มศึกษาและกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับการศึกษาของ สุพรรณิ และ สุภัทลา^(๑๔). การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อทราบอุบัติการณ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลชัชชาติ ซึ่งจะเป็นข้อมูลนำไปสู่การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลชัชชาติ และโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันในด้านต่าง ๆ ซึ่งทั้งหมดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและหาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และหากมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น มารดาวัยรุ่นสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและให้กำเนิดทารกที่มีสุขภาพสมบูรณ์ต่อไป.

สรุป

สตรีวัยรุ่นมาคลอดที่โรงพยาบาลชัชชาติร้อยละ ๒๐.๗๗ ไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่ครบ ๔ ครั้ง และการคลอดก่อนกำหนดพบมากกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. สตรีวัยรุ่นถือเป็นกลุ่มเสี่ยงกลุ่มหนึ่งที่ได้รับการดูแลเป็นพิเศษตั้งแต่ตั้งครรภ์จนคลอด รวมถึงการหามาตรการชะลอการตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีวัยรุ่นเพื่อให้มีช่วงระยะห่างของการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมต่อไป.

เอกสารอ้างอิง

- Phupong V. Adolescent pregnancy. In: Reproductive health in extreme ages: how to approach? กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแพทย์; ๒๕๔๘. หน้า ๑๘๐-๘๖.
- เก่ง สืบบุญธรรม, วรพงศ์ ภู่งงศ์. Pregnancy outcomes in adolescent < 15 years old. จพสท ๒๕๔๘;๘๘:๑๖๕๘-๖๒.
- Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. Am J Obstet Gynecol 2002;186:918-20.
- ชัยรัตน์ คุณาวิฑิตกุล, ศศิพินท์ สกุลสุทรวงศ์. ผลการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น. เชียงใหม่เวชสาร ๒๕๓๐;๒๖:๘๗-๙๗.
- Preconceptional Counseling. In: Cunningham FG, Gant NF, Lenevo KJ, Gilstrap LC III, Hauth JC, Wenstrom KD, editors. William Obstetrics. 21st Ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 203-19.
- Berenson AB, Wiemann CM, McCombs SL. Adverse perinatal outcomes in young adolescents. J Reprod Med 1997; 42:559-64.
- Hediger ML, Scholl TO, Schall JJ, Krueger PM. Young maternal age and preterm labor. Ann Epidemiol 1997;7:400-6.
- Simoes VM, da Silva AA, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Characteristics of Adolescent pregnancy in Sao Luis, Maranhao, Brazil. Rev Saude Publica 2003;37:559-65.
- Ambadekar NN, Khandait DW, Zodpey SP, Kasturwar NB, Vasudeon ND. Teenage pregnancy Outcome. Indian J Med Sci 1999;53:14-7.
- Froser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med 1995; 332:1113-7.
- สุจิตรา นาโถ. การตั้งครรภ์และการคลอด ระหว่างมารดาวัยรุ่นกับมารดาอายุ ๒๐-๓๐ ปี ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๔๘;๓๐:๑๒๖-๓๔.

๑๒. พงมาลัย เถлимพลประภา. อายุมีผลต่อการตั้งครรถ์อย่างไร. วารสารแพทย์เขต๔ ๒๕๔๕;๒๑:๑๕๓-๘.
๑๓. นวีวรรณ ธรรมชาติ, อุทุมพร ลิ้มสวัสดิ์, มลฤดี แสนใจ. การศึกษาลักษณะสำคัญของมารดาที่มีบุตรคนแรกขณะอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี จังหวัดนครพนม. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ๒๕๔๑;๒๑:๖๕-๗๔.
๑๔. สุพรรณิ ประดิษฐ์สดาวงษ์, สุกัลยา นิมิตรสุรชาติ. ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดทารกแอฟการร์ สกอร์ ≤ ๗ ที่ ๑ นาที. วารสารแพทย์เขต ๔ ๒๕๔๓;๑๕:๑๕๓-๖๐.

วัย, วัย- น. เขตอายุ, ระยะของอายุ เช่น วัยเด็ก, วัยชรา
วัยรุ่น น. วัยที่มีอายุประมาณ ๑๓ - ๑๕ ปี, วัยกำลังดี ก็ว่า
(พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒. กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์
พับลิเคชั่นส์; ๒๕๔๖. หน้า ๑๐๖๒)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลบางปลาหม่า จังหวัดสุพรรณบุรี

อนวัช รัทษวรรณวงศ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคปวดหลังส่วนล่างของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางปลาหม่า จังหวัดสุพรรณบุรี. กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๔๗ รายมารับบริการในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๐. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแล้วทำการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย. ผู้ป่วยร้อยละ ๖๔.๓ เป็นหญิงอายุเฉลี่ย ๔๘ ปี มีสถานภาพสมรสคู่, มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ ๓๗.๒, ระดับปริญญาตรีร้อยละ ๓๕.๒, มีอาชีพรับราชการร้อยละ ๔๑.๕, และมีรายได้ครอบครัวที่สมดุลมากที่สุด ร้อยละ ๖๓.๕, รองลงมาร้อยละ ๒๕.๑ มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า ๒๐,๐๐๐ บาท. ผู้ป่วยร้อยละ ๕๖.๘ มีสิทธิ์เบิกค่าการรักษาพยาบาลได้, รองลงมามีสิทธิ์ในหลักประกันสุขภาพร้อยละ ๓๔.๐. ผู้ป่วยร้อยละ ๔๕.๕ ก้มลงยกของหนักด้วยสองมือ, ร้อยละ ๔๑.๕ นั่งหรือยืนติดต่อกันเป็นเวลานานน้อยกว่า ๑ ชั่วโมง, ร้อยละ ๔๓.๕ มีสาเหตุการปวดหลังมาจากการใช้งานของหลังผิดท่า. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๘๑.๑ ไม่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ ๘๗.๑, มีการออกกำลังกายร้อยละ ๖๕.๑. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขภาพที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังคือ การใช้ความร้อนประคบร้อยละ ๘๐.๗. ในส่วนของระดับความรู้การดูแลสุขภาพพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ ๖๑.๔. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้คะแนนความพึงพอใจต่อวิธีการรักษาด้วยการนวดไทยหรือประคบ. รองลงมาคือใช้จ่ายแผนปัจจุบันตามแพทย์สั่ง และส่วนใหญ่ทำการรักษา ๑-๓ ครั้ง. ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการแพทย์ทางเลือกน่าจะถูกรวมอยู่ในการรักษาผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง.

คำสำคัญ: โรคปวดหลังส่วนล่าง, โรงพยาบาลบางปลาหม่า

Abstract Factors in Patients with Low Back Pain Attending Bang Pla Ma Hospital, Suphanburi Province

Anawat Rakwannawong*

*Bang Pla Ma Hospital, Suphanburi Province

This survey-based research was aimed at determining the factors associated with low back pain, satisfaction levels, needs and suggestions regarding the service of the Bang Pla Ma Hospital, Suphanburi Province. The sample comprised 347 patients undergoing low back pain treatment more than once during the period October 1 to November 30, 2007. Data were collected by a structured questionnaire, analyzed and reported as frequency, percentage and mean.

*โรงพยาบาลบางปลาหม่า จังหวัดสุพรรณบุรี

Of the total number of patients, 64.3 percent were female (average 48 years and married); 37.2 percent were graduated from primary school; 35.2 percent had a bachelor's degree. A good number of them were government officers (41.5%) and had moderate salary (63.9%); those earning more than 20,000 Baht/month comprised 29.1 percent of the total. Most the patients (56.8%) held the right of reimbursement and 34 percent had rights under the health assurance scheme. Most of the low back pain occurred not only when the patients lifted heavy objects using two hands while bending (49.9%), but also when they had improper postures. They were mostly non-consumers of alcohol (81.8%) and non-smokers (87.3%), and regularly exercised (65.1%). Patients had received health education relating to low back pain, in particular using local heat massage (80.7%); however, most had moderate knowledge about keeping healthy (61.4%). Patients were mostly satisfied with Thai massage; the next highest level of satisfaction was among those taking a prescription pill. Having treatments 1-3 times alleviated the symptoms of most patients. Alternative medical therapies should be advised for patients with low back pain.

Key words: low back pain, Bang Pla Ma Hospital

ภูมิหลังและเหตุผล

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและประเทศตะวันตก โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้แรงงาน^(๑) เนื่องจากหลังเป็นอวัยวะที่ต้องรับน้ำหนักของร่างกายมากที่สุด. การรักษาผู้ป่วยปวดหลังมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูง ทั้งการใช้ยาแก้ปวด, กายภาพบำบัด, แพทย์ทางเลือก, การทำคอมพิวเตอร์สแกน และเอมอาร์ไอ. อาการปวดหลังสามารถส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจของประเทศได้, เพราะผู้ป่วยลดประสิทธิภาพในการทำงาน, การเป็นเรื้อรังอาจส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจในการ. นอกจากนี้ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง. จากข้อมูลด้านวิทยาการระบาดของประเทศสหรัฐอเมริกาใน พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่าความชุกของประชากรที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๗.๖ เป็นร้อยละ ๓๗ และพบมากที่สุดในกลุ่มประชากรอายุมากกว่า ๔๕ ปีขึ้นไป^(๒) เช่นเดียวกับในประเทศอิตาลีที่มักเป็นในผู้สูงอายุ^(๓). การรักษาอาการปวดหลังในประเทศสหรัฐอเมริกาส่งผลให้เกิดต้นทุนด้านการรักษาถึง ๑๐๐ พันล้านเหรียญต่อปี และเป็นสาเหตุการป่วยเป็นอันดับสองของประเทศที่รองจากการติดเชื้อทางหายใจ^(๔). ส่วนรายงานในประเทศสหราชอาณาจักรพบว่าร้อยละ ๑๖ ของประชากรผู้ใหญ่ได้เข้าปรึกษาปัญหาปวดหลังกับแพทย์เวชปฏิบัติประจำครอบครัวในช่วงระยะเวลา ๑๒ เดือน ทำให้ค่าใช้จ่ายต่อปี

ของโรคปวดหลังของระบบสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health System) ประมาณ ๔๘๐ ล้านปอนด์หรือประมาณ ๓๒,๘๘๐ ล้านบาท^(๕). สำหรับประเทศไทย ข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าใน พ.ศ. ๒๕๕๔ มีประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ, โครงสร้างและเนื้อเยื่อเสริมจำนวน ๑๑,๖๑๗,๙๘๗ ราย ซึ่งเพิ่มจาก พ.ศ. ๒๕๔๘ ที่มีจำนวนผู้ป่วย ๑๐,๐๔๔,๗๒๘ ราย (มากขึ้น ๑,๕๗๓,๒๕๙ ราย)^(๖). จากรายงานของโรงพยาบาลบางปลาหมาก จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่าผู้ป่วยนอกที่มาพบแพทย์ด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างมีจำนวนมากเป็นอันดับ ๒ ของโรงพยาบาล มีผู้ป่วยอาการปวดหลัง ๒,๓๕๓ ราย^(๗).

อาการปวดหลังส่วนล่างแบบเรื้อรังสามารถแบ่งได้ ๒ ชนิดตามสาเหตุของอาการ. ชนิดแรกคือชนิดที่ทราบสาเหตุแน่ชัด ซึ่งได้แก่อาการปวดหลังจากหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท, ข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อม (spondylosis), หรือกระดูกสันหลังเคลื่อน (spondylolisthesis), การยกหรือการดึงตัวของกล้ามเนื้อหรือเส้นเอ็นบริเวณนั้น, โรคทางกรรมพันธุ์ และเนื้องอก. สาเหตุที่ ๒ คือแบบไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะพบได้มากขึ้นทั้งในวัยรุ่นและวัยเด็ก เป็นอาการปวดหลังเรื้อรังมาไม่น้อยกว่า ๑๒ สัปดาห์ และได้รับการวินิจฉัยจากคัลยแพทย์กระดูกโครงสร้างแล้วว่าอาการนั้นเป็น



โรคปวดหลังที่ไม่สามารถระบุชนิดได้^(๔).

โรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรีได้ตอบสนองนโยบายของรัฐบาล เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง มีความหลากหลายของระบบบริการสุขภาพ และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากที่สุด. จากการที่โรงพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังสูงประมาณสองพันรายในข้อมูลปีที่ผ่านมา และยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดอาการปวดหลังในผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรักษาและปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการในโรงพยาบาลต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางสำรวจผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างน้อย ๑ ครั้งในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ โดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย, ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๓๔๗ ราย, เพื่อประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการปวดหลังของผู้ป่วย เช่น ลักษณะส่วนบุคคล, สิ่งแวดล้อม, พฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวัน, ความรู้การดูแลสุขภาพ, ความเครียด, ความรุนแรงของอาการปวดหลัง และผลการรักษา.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และสิทธิในการเบิกรักษาค่าพยาบาล.

ส่วนที่ ๒ ประกอบด้วยอาการที่เข้ามารับบริการตรวจ, พฤติกรรมในชีวิตประจำวัน, ประวัติการตีมเครื่องตีมที่มีแอลกอฮอล์, ประวัติข้อมูลการสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การดูแลสุขภาพสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวกับอาการปวดหลัง, อารมณ์หรือความเครียดของผู้ป่วย (โดยใช้คำถามของกรมสุขภาพจิตเป็นแบบทดสอบ), ความรุนแรง และระยะเวลาของอาการปวดหลัง.

ส่วนที่ ๓ ประกอบด้วยการรักษา, วิธีการรักษา, และ

ระดับความพึงพอใจต่อผลการรักษา.

ส่วนที่ ๔ เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวข้องกับความต้องการ, ปัญหาหรืออุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาและการให้บริการของโรงพยาบาลบางปลาหมอ.

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS for Window, วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย.

ผลการศึกษา

ข้อมูลประชากร

กลุ่มตัวอย่าง ๓๔๗ ราย เป็นผู้หญิงร้อยละ ๖๔.๓ อายุ ๔๑-๕๐ ปี เฉลี่ย ๔๘.๑๐ ปี, มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ ๗๔.๔, มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ ๓๗.๒, ระดับปริญญาตรีร้อยละ ๓๕.๒, อาชีพรับราชการร้อยละ ๔๑.๕, รายได้ครอบครัวที่สมดุลพอมี/พอใช้ร้อยละ ๖๓.๙, ที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า ๒๐,๐๐๐ บาทร้อยละ ๒๙.๑, มีสิทธิ์เบิกได้ในการรักษาพยาบาลร้อยละ ๕๖.๘, รองลงมาเป็นสิทธิ์ในหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ ๓๔.

พฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๔๒.๗ มีการยกของหนักมากกว่า ๑๐ กิโลกรัมนาน ๆ ครั้ง, ผู้ป่วยร้อยละ ๔๙.๙ ก้มยกของด้วยสองมือ. ส่วนการนั่งหรือยืนติดต่อกันเป็นเวลานานน้อยกว่า ๑ ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ ๔๓.๕. การนอนเปลี่ยนจากท่าตะแคงข้างแล้วใช้มื่อยันลุกขึ้นนั่งคิดเป็นร้อยละ ๔๖.๑. กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในบริเวณที่มีการสั่นสะเทือนหรือนั่งรถเป็นเวลานานน้อยกว่า ๑ ชั่วโมง/วัน มีร้อยละ ๔๙.๓.

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๘๑.๘ ไม่มีประวัติการตีมเครื่องตีมที่มีแอลกอฮอล์, ร้อยละ ๑๐.๗ ตีมสัปดาห์ละ ๑ หรือ ๒ ครั้ง, ร้อยละ ๘๗.๓ ไม่สูบบุหรี่.

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๖๕.๑ มีการออกกำลังกาย และที่ไม่เคยออกกำลังกายมีร้อยละ ๓๔.๙.

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๘๐.๗ มีความรู้เรื่องสุขภาพที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังคือ การใช้ความร้อนประคบบริเวณที่ปวดหลังช่วยบรรเทาอาการปวดของกล้ามเนื้อ, รอง

ลงมาคือการใช้ความรู้ในเรื่องที่นอนนุ่มหรือแข็งเกินไปซึ่งทำให้ปวดหลังร้อยละ ๖๙.๒, แต่มีความรู้เรื่องความเครียดเป็นสาเหตุของการปวดหลังร้อยละ ๓๕.๒, มีความรู้เรื่องการนอนใช้หมอนหนุนได้เข้าช่วยบรรเทาปวดหลังถึงร้อยละ ๔๙.๖. เมื่อแบ่งระดับความรู้การดูแลสุขภาพพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการมีความรู้ในระดับมากร้อยละ ๑๗.๖, มีความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ ๖๑.๔ และมีความรู้ในระดับน้อยร้อยละ ๒๑. เมื่อวิเคราะห์ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูก มีค่าเฉลี่ย ๕.๘๖ จากทั้งหมด ๑๐ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (ตารางที่ ๑).

จากการประเมินความเครียดของผู้ป่วยที่มารับบริการพบว่าผู้รับบริการร้อยละ ๗๒.๓ มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่เครียด. ร้อยละ ๒๑.๙ มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย (ตารางที่ ๒).

ความรุนแรงของอาการปวดหลังของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ ๔๕.๕ พยายามได้แต่น้อยลง, รองลงมาร้อยละ ๔๑.๘ ทำงานได้ตามปกติ, มีเพียงร้อยละ ๓.๕ ที่ทำงานไม่ได้เลย.

ตารางที่ ๑ ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับอาการปวดหลังของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้	ราย	ร้อยละ
มาก	๖๑	๑๗.๖
ปานกลาง	๒๑๓	๖๑.๔
น้อย	๗๑	๒๑.๐

ตารางที่ ๒ ระดับความรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ราย	ร้อยละ
ปกติ / ไม่เครียด	๒๕๑	๗๒.๓
เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย	๗๖	๒๑.๕
เครียดปานกลาง	๑๑	๓.๒
เครียดมาก	๕	๑.๖

อาการปวดหลังที่เป็นมาน้อยกว่า ๓ เดือนร้อยละ ๒๙.๗, ที่เป็นมานานกว่า ๒ ปีร้อยละ ๒๘.๘. ระยะเวลาของการปวดหลังพบว่าร้อยละ ๔๕.๘ ปวด ๑ หรือ ๒ วัน/สัปดาห์, ความรุนแรงของการปวดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ ๖๔.๖, ช่วงเวลาการปวดเวลาเย็นหรือค่ำร้อยละ ๓๒.๓.

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๒๘.๕ ให้ข้อมูลถึงสาเหตุการปวดหลังว่าเกิดจากการใช้งานของหลังผิดท่า และร้อยละ ๒๘ ว่าเกิดจากการนั่งหรือยืนนาน.

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๕๖.๘ ไม่มีโรคประจำตัว, ร้อยละ ๑๙ มีโรคความดันโลหิตสูง.

เมื่อมีอาการปวดหลังผู้ป่วยร้อยละ ๔๐.๖ ใช้วิธีนอนพัก, ร้อยละ ๒๕.๔ ซื้อยาแก้ปวดกินเอง, ร้อยละ ๔๐.๖ ใช้ยาแก้ปวดหลังนาน ๆ ครั้งและร้อยละ ๒๙.๗ จะใช้ทุกครั้งที่มีอาการปวดหลัง.

การรักษา

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างคือส่วนใหญ่ใช้วิธีนวดไทยหรือประคบ, รองลงมาคือใช้ยาแผนปัจจุบันตามแพทย์สั่ง. กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้การรักษาทั้ง ๓ วิธี คือใช้ยาแผนปัจจุบัน; กายภาพบำบัดและนวดไทย มีจำนวนน้อย (ตารางที่ ๓).

จำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างทำการรักษาอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบัน มีตั้งแต่ ๑ ครั้งจนถึงมากกว่า ๑๐ ครั้ง. ส่วนใหญ่ทำการรักษา ๑-๓ ครั้ง (ตารางที่ ๔).

วิจารณ์

ปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่สำคัญคือการใช้งานของหลังผิดวิธี เช่นการก้มยกของหนักด้วยมือทั้งสองข้าง อาจส่งผลให้ระดับความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกันได้. ลักษณะส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่น อาชีพ รายได้ส่วนตัว สิทธิในการรักษา, พฤติกรรมที่อาจเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่นการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, การสูบบุหรี่ ไม่พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดอาการ. ผลจากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตติมา พานิชกิจ^(๙) ที่บ่ง



ตารางที่ ๓ ข้อมูลความพึงพอใจต่อวิธีการรักษา

วิธีการรักษา	ผู้ตอบจำแนกตามระดับความพึงพอใจ (รายและร้อยละ)				
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่แน่ใจ	ไม่ดี
นวดไทย, ประคบ	๒๖ (๓.๕)	๕๔ (๑๕.๖)	๑๒ (๓.๕)	๒ (๐.๖)	-
ยาแผนปัจจุบันตามแพทย์สั่ง	๕ (๑.๔)	๓๔ (๙.๘)	๑๔ (๔.๐)	๔ (๑.๒)	๑ (๐.๓)
ชื่อยาใช้เอง	๓ (๐.๙)	๘ (๒.๓)	๕ (๒.๖)	๑ (๐.๓)	๒ (๐.๖)
กายภาพบำบัด	-	๔ (๑.๒)	-	-	-
ฝังเข็ม	-	๑ (๐.๓)	-	๑ (๐.๓)	-
ยาแผนปัจจุบันและนวดไทย	๔ (๑.๒)	๒๐ (๕.๘)	๔ (๑.๒)	-	๑ (๐.๓)
ยาแผนปัจจุบันและกายภาพฯ	๒ (๐.๖)	๑๒ (๓.๕)	๓ (๐.๙)	-	-
ยาแผนปัจจุบันและชื่อยาใช้เอง	๑ (๐.๓)	๘ (๒.๓)	๕ (๑.๔)	-	๑ (๐.๓)
นวดไทยและยาแพทย์แผนไทย	๑ (๐.๓)	๓ (๒.๐)	๑ (๐.๓)	-	-
นวดไทยและชื่อยาใช้เอง	๒ (๐.๖)	๒ (๐.๖)	๒ (๐.๖)	๑ (๐.๓)	-
นวดไทยและการออกกำลังกาย	๑ (๐.๓)	๓ (๐.๙)	๒ (๐.๖)	๑ (๐.๓)	-
ยาแผนปัจจุบันและฝังเข็ม	-	๕ (๑.๔)	-	๑ (๐.๓)	-
กายภาพบำบัดและนวดไทย	๒ (๐.๖)	๒ (๐.๖)	๒ (๐.๖)	-	-
ยาแผนปัจจุบัน, กายภาพบำบัดและนวดไทย	-	๑๐ (๒.๙)	๒ (๐.๖)	-	-
ยาแผนปัจจุบัน, นวดไทยและฝังเข็ม	-	๒ (๐.๖)	๓ (๐.๙)	๑ (๐.๓)	-
ยาแผนปัจจุบัน, นวดไทยและชื่อยากินเอง	-	๓ (๐.๙)	๓ (๐.๙)	-	-
อื่น ๆ	๔ (๑.๒)	๒๕ (๗.๒)	๘ (๒.๓)	๓ (๑.๐)	๒ (๐.๖)

ตารางที่ ๔ ข้อมูลความพึงพอใจต่อจำนวนครั้งของการรักษา

จำนวนครั้งที่ทำการรักษา	ผู้ตอบจำแนกตามระดับความพึงพอใจ (รายและร้อยละ)				
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่แน่ใจ	ไม่ดี
๑-๓ ครั้ง	๑๗ (๔.๕)	๓๐ (๘.๒)	๓๖ (๑๐.๔)	๑๒ (๓.๕)	๕ (๑.๔)
๔-๖ ครั้ง	๑๐ (๒.๙)	๔๒ (๑๒.๑)	๕ (๒.๖)	๑ (๐.๓)	-
๗-๙ ครั้ง	๓ (๐.๙)	๕ (๒.๖)	๒ (๐.๖)	๒ (๐.๖)	๑ (๐.๓)
๑๐ ครั้งขึ้นไป	๒๑ (๖.๑)	๓๕ (๙.๘)	๒๓ (๖.๖)	๔ (๑.๒)	๑ (๐.๓)

ชี้ว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. ดังนั้น การที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังจึงมีส่วนช่วยในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการใช้งานของหลังที่ผิดวิธีได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนทร วงศ์

ชนกิจ และคณะ^(๑๐).

อย่างไรก็ตามปัจจัยส่วนบุคคลคือเพศและอายุสามารถส่งผลต่อการเป็นโรคนี้ได้. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิง เช่นเดียวกับที่รายงานในประเทศสาธารณรัฐอิตาลี^(๓). อายุผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้มากกว่า ๔๕ ปีขึ้นไป

สอดคล้องกับรายงานของ Di Iorio et al.^(๙) และในสาธารณรัฐเยอรมนีที่อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย ๕๓.๖ ปี^(๑๑). รายงานของ Skoffer^(๑๒) ให้ผลตรงกันข้ามในเรื่องอายุผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างนี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้ในวัยรุ่น (๑๔-๑๗ ปี) ที่มีพฤติกรรมการสะพายกระเป๋าไม่สมดุล โดยการใช้ไหล่เพียงข้างเดียว ดังนั้นพฤติกรรมการใช้งานของหลังที่ไม่ถูกต้องจึงนับเป็นปัจจัยหลัก.

อารมณ์และความเครียดของผู้ป่วยอาจส่งผลกระทบต่ออาการหรือการรักษาโรคปวดหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภูมิหลังของแต่ละบุคคล^(๑๓). รายงานจิรภา ลีลาเจษฎากุล^(๑๔) บ่งชี้ว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลมีระดับที่แตกต่างกัน ถึงแม้จะมีสาเหตุมาจากสิ่งเดียวกันก็ตาม. อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าประมาณร้อยละ ๗๒ ของผู้ป่วยไม่มีความเครียด.

ความรุนแรงของอาการปวดหลังน่าจะมีความสัมพันธ์กับผลการรักษา. รายงานของวิจิตร กุสมภ์^(๑๕) บ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการกวดจุดเป็นเวลา ๕ วันมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าที่ไม่ได้รับการกวดจุด. ดังนั้นจึงให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรนำการกวดจุดและนวดไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังไมโอแพเซียส โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ไม่สามารถให้การรักษายาได้. การศึกษาที่คล้ายคลึงกันรายงานโดยเรณู มีชนะ^(๑๖) โดยผู้วิจัยได้เปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอลในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด เพื่อทดสอบผลลัพธ์จากการนวดที่มีผลต่ออาการปวดศีรษะจากความเครียด. ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มนวดไทยประยุกต์สามารถเปลี่ยนแปลงผลต่างของชีพจรได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถเปลี่ยนแปลงผลต่างของความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. นอกจากนี้ยังสามารถลดอาการปวดศีรษะได้ทันทีหลังการนวดในนาทีที่ ๑๐, ๒๐, ๓๐ และ ๖๐. ส่วนกลุ่มผู้ศึกษาที่ใช้ยาพาราเซตามอลมีอาการปวดศีรษะลดลงในนาทีที่ ๓๐, ๖๐ ทั้งนี้ตามแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู บ่งชี้ว่าการนวดจะไปกระตุ้นเส้นใย

ประสาทขนาดใหญ่ สัมผัสผ่านทางผิวหนัง กระตุ้นการทำงานของ SG cell ให้ไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ ส่งผลให้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนเลือด และลดความเจ็บปวดได้. นอกจากนี้การนวดเป็นการสัมผัสทำให้เกิดความใกล้ชิด อบอุ่นใจ และทำให้ผู้รับการรักษาเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้ลดอาการเครียดลงได้.

การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยวิธีต่าง ๆ ให้ผลด้านความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล เช่นความต้องการในการรักษาด้วยหนึ่งวิธีหรือหลายวิธี (multidisciplinary therapy). การประเมินผลการรักษาโรคปวดหลังของผู้ป่วยที่รับบริการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ที่คลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรีพบว่าการรักษาผู้ป่วย ๕ รายด้วยกายภาพบำบัด ร่วมกับการฝังเข็ม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลงจากปวดระดับ ๔ (ปวดมาก) ลงเป็นปวดระดับ ๓ (ปวดปานกลาง)^(๑๗). รายงานของ Buchner และคณะ^(๑๘) ทำให้ทราบว่า การใช้การรักษาแบบผสมผสาน ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังมีอาการดีขึ้นอย่างเด่นชัด.

ถึงแม้การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยวิธีฝังเข็มในการศึกษาครั้งนี้ยังมีน้อยมาก อย่างไรก็ตามการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในสาธารณรัฐเยอรมนีเป็นการรักษาทางเลือกที่ให้ผลดีและปลอดภัยและเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น^(๑๗).

นอกเหนือจากปัจจัยด้านการรักษาที่ให้ประสิทธิภาพแล้ว ผู้ป่วยยังต้องการความพึงพอใจด้านอื่นๆเช่น การได้รับการที่ดีจากบุคลากรในโรงพยาบาล ทั้งจากตัวบุคคล สถานที่และสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากงานวิจัยครั้งนี้จึงมีประโยชน์ในการส่งเสริมการให้บริการแพทย์ทางเลือกแก่ผู้ป่วยโรคปวดหลังเพิ่มมากยิ่งขึ้น รวมถึงการรักษาแบบแพทย์แผนไทยหรือการฝังเข็ม ซึ่งนอกจากจะเป็นการรักษาผู้ป่วยให้หายหรือลดอาการเจ็บป่วยแล้ว ยังจะเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่โรงพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วย.



เอกสารอ้างอิง

๑. Shirado O, Doi T, Akai M, Fujino K, Hoshino Y, Iwaya T. An outcome measure for Japanese people with chronic low back pain: an introduction and validation study of Japan low back pain evaluation questionnaire. *Spine* 2007; 32: 3052-9.
๒. Berno B. Acupuncture in patients with chronic back pain. [online] 2007 [cited 2007 sep 20] : [8 screens] Available from : URL:<http://www.ARCHINTERNMED.com>
๓. Lorusso A, Bruno S, L'abbate N. A review of low back pain and musculoskeleton disorders among Italian nursing personnel. *Ind Health* 2007; 45: 637-44.
๔. David E. Back-pain sufferers cost US more than \$ 100 billion annually. [online] 2004 [cited 2007 August 20] Available from: URL: <http://www. News-Medical.Net>.
๕. British Medical Journal. Acupuncture relieves low back pain and is cost-effective, study finds. [online] 2006 [cited 2007 August 20] Available from: URL: <http://www.Science Daily.com>
๖. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ (๒๑ กลุ่มโรค) จากสถานบริการสาธารณสุข. [๑ กันยายน ๒๕๕๐] ค้นจาก: URL: <http://www.bps.ops.moph.go.th/index5html>.
๗. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า. เอกสารประกอบการบรรยายสรุปการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐; ๑ มีนาคม ๒๕๕๐.
๘. Di Iorio A, Abate M, Guralnik JM, Bandinelli S, Cecchi F, Cherubini A, et al. From chronic low back pain to disability, a multifactorial mediated pathway; the InCHIANTI study. *Spine* 2007;32:E809-15.
๙. จิตติมา พานิชกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๐.
๑๐. สุเนตร วงศ์ชนกิจ, สุดี ทองวิเชียร, สุรินทร์ธร กลัมพากร, อรวรรณ แก้วบุญชู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของโรงพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๔๘*.
๑๑. Weidenhammer W, Streng A, Linde K, Hoppe A, Melchart D. Acupuncture for chronic pain within the research program of 10 German Health Insurance Funds - basic results from an observational study. *Complement Ther Med* 2007; 15: 238-46.
๑๒. Skoffer B. Low back pain in 15- to 16-year-old children in relation to school furniture and carrying of the school bag. *Spine* 2007; 32: E713-7.
๑๓. Bratton RL. Assessment and management of acute low back pain. *Am Fam Physician* 1999; 60: 2299-308.
๑๔. จีรภา ถิลาจยภูากุล. ผลของการรักษาด้วยดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๓๕.
๑๕. วิจิตรา กุสมภ. ผลของการนวดกดจุดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๒.
๑๖. เรณู มีชนะ. เปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอล ในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๔.
๑๗. รุ่งกาญจน์ กัมเข็ชะ, อำนาจ จิตแจ้ง, อรวรรณ ศิลปกิจ. การประชุมวิชาการฝังเข็มประจำปี ๒๕๔๖. ๑๘-๑๙ สิงหาคม ๒๕๔๖. กรุงเทพฯ.กลุ่มงานความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; ๑๖.
๑๘. Buchner M, Neubauer E, Zahlten-Hinguranage A, Schiltenswolf M. The influence of the grade of chronicity on the outcome of multidisciplinary therapy for chronic low back pain. *Spine* 2007; 32:3060-6.

การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการรับรู้ในความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุน ทางสังคมในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

เฉลิมพร ชินธิวร*

บทคัดย่อ

การวิจัยที่ทดลองเพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กิจกรรมด้านการรับรู้ในความสามารถของตนเองและกิจกรรมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน ๑๒๖ คน ที่มีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า ๑๘๐ มก./ดล. ได้จากศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ๔ แห่ง ตรวจสอบในช่วงเดือนเมษายน - กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๘. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล, การรับรู้ความสามารถของตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และผลค่าน้ำตาลในเลือดและในเม็ดเลือดแดง. วิเคราะห์ข้อมูลสถิติโดยค่าร้อยละ, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติการทดสอบทีจับคู่. ผลการศึกษาแสดงคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในความสามารถของตนเองก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ ๑๐๑.๒๘ และ ๑๑๓.๗๐, คะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ ๘๕.๕๕ และ ๙๔.๓๓, ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ ๑๔๒.๔๒ และ ๑๒๖.๔๓ มก./ดล. และค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเม็ดเลือดแดงก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ ๕.๔๕ และ ๕.๐๐ มก./ดล.

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, แรงสนับสนุนทางสังคม, โรคเบาหวาน

Abstract

Development of Health Promotion among Diabetic Patients Using Self-efficacy and Social Support in Banphotpisai District, Nakhon Sawan Province
Chalermporn Chinathiorn*

**Banphotpisai Hospital, Nakhon Sawan Province*

The effects of health promotion development among diabetics, using self-efficacy and social support, on fasting blood sugar and HbA1c in type-2 diabetes patients were studied in four primary care units (PCUs) in Banphotpisai district, Nakhon Sawan Province, in the period from April to July 2006. The study sample comprised 126 patients who attended the medical outpatient department and diabetic clinic of four PCUs; they had fasting blood sugar levels higher than 180 mg/dl. The data were collected by means of demographic questionnaires and diabetic care questionnaires, including measurement of FBS and HbA1c. The data were analyzed using percentage, standard deviation, and paired sample t-test. The average score for self-efficacy of pre-test was 101.28 and of post-test 113.70. The average score for social support of pre-test was 85.94 and of post-test 94.33. The average FBS of pre-test was 142.42 mg/dl and of post-test 126.43 mg/dl. The average HbA1c of pre-test was 5.34 mg/dl and of post-test 5 mg/dl.

Key words: health promotion, self-efficacy, social support, type-2 diabetes mellitus

*โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์



ภูมิหลังและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ในปัจจุบันมีอัตราอุบัติการณ์สูงจัดอยู่ใน ๑ ใน ๕ อันดับแรกของโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย^(๑). ทั้งนี้เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของคนไทย ทำให้พฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เปลี่ยนแปลง เช่น การบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและไขมันมากเกินไป, ขาดการออกกำลังกาย, การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และมีความเครียดเป็นประจำ ซึ่งจะเป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดโรคเบาหวานได้เร็วขึ้น^(๒).

จากการวิเคราะห์อัตราป่วย ๕ อันดับแรกของผู้รับบริการของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์พบว่าจำนวนผู้มารับบริการด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทุกปี^(๓). จากการศึกษาระเบียนประวัติทั้งหมดของผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลบรรพตพิสัยใน พ.ศ. ๒๕๔๘ พบผู้ป่วยร้อยละ ๔๖ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า ๑๕๐ มก./ดล.ร้อยละ ๓๑, และผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า ๒๐๐ มก./ดล.ร้อยละ ๑๕. อาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานคือ ตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัด ร้อยละ ๔๐, รองลงมาคือ อาการคัน ซาตามมือ และเท้า ร้อยละ ๒๕^(๔).

โรคเบาหวานแม้ว่าจะไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด แต่ก็มีวิธีการป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ระดับเหมือนคนปกติสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนของเบาหวานได้. ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานจึงอยู่ที่การควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีระดับใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด. การควบคุมโรคเบาหวานให้ได้ดีหรือไม่นอกจากด้านารรักษาแล้วยังขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเบาหวานด้วย.

การดูแลสุขภาพตนเองได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ดังที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกิจกรรมอันนำไปสู่สุขภาพดีไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองของแต่ละบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดย

รวมถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การดูแลรักษา รวมทั้งการใช้ยาและการปฏิบัติภายหลังรับบริการ”^(๕).

การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมเป็นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชนโดยใช้การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินศักยภาพตนเอง ค้นหาปัญหา กำหนดแนวทางและเป้าหมายในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อจะทำให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง มีการเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่ดี^(๖). การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้องนั้นต้องสอดคล้องกับความต้องการและเข้าถึงกระบวนการความคิดของบุคคลนั้น ๆ จึงจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี นอกจากนี้การให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้^(๗).

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน และเพิ่มทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและญาติ เพื่อนำมาพัฒนาโครงการป้องกันโรคเบาหวานและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการดูแลตัวเองโดยได้รับการสนับสนุนจากญาติและสังคมรอบข้าง.

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัด ๒ ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ ในประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งชายหญิง อายุ ๔๐-๖๐ ปี, มีน้ำตาลในเลือดมากกว่า ๑๕๐ มก./ดล. จากศูนย์สุขภาพชุมชน ๔ แห่งในอำเภอบรรพตพิสัย ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการศึกษา รวม ๑๒๖ คน.

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ ๑ ชุด ที่มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าตามแบบ Likert scale ๕ ระดับคือเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย, ซึ่งมีทั้งข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ, ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยปรีชาผู้เชี่ยวชาญ และนำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ๓๐ รายซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของภาษาในการสัมภาษณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าช่วงความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน = ๐.๘๙ และช่วงความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม = ๐.๗๖.

รูปแบบกิจกรรมเป็นกิจกรรมกลุ่มโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน. ส่วนญาติคอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือ. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำและจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ๔ ครั้งห่างกันครั้งละ ๑ เดือน ดังนี้

ครั้งที่ ๑ ประเมินผลก่อนทำกิจกรรม (pretest) ให้ความรู้เรื่องสาเหตุ, อาการ, ภาวะแทรกซ้อน, และอาหารในโรคเบาหวาน; ฝึกทักษะการปรุงอาหารเฉพาะโรค, ทักษะการออกกำลังกาย, ตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของเท้า และฝึกเจาะเลือด.

ครั้งที่ ๒ ให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ฝึกทักษะการออกกำลังกาย.

ครั้งที่ ๓ ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาเบาหวาน, ภาวะแทรกซ้อน, อาหารและขนม; ฝึกทักษะการเลือกอาหารและขนม และทักษะการออกกำลังกาย.

ครั้งที่ ๔ ประเมินผลหลังทำกิจกรรม(posttest) และประเมินผลภาวะแทรกซ้อน.

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้

- สถิติเชิงพรรณนา คือจำนวน, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน.

- สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง, การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม, ระดับน้ำตาลในเลือด และในเม็ดเลือดแดง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบที่จับคู่.

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน ๑๒๖ คน เป็นหญิง ร้อยละ ๘๖.๕๐, ร้อยละ ๗๑.๐๕ มีอายุ ๕๑-๖๐ ปี, มีสถานภาพสมรสคู่หรืออยู่ด้วยกันร้อยละ ๗๙.๔๐, และจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษา ร้อยละ ๗๗.๓๐ โรคร่วมที่เป็นร่วมคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๕๖.๗๐. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ๐-๑๐ ปีร้อยละ ๘๕.๑๐.

คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย, การกินยา และการดูแลสุขภาพทั่วไป ก่อนและหลังการทดลอง มีรายละเอียดแสดงในตารางที่ ๑. การรับรู้ในความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 101.28 ± 11.43 , หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 113.70 ± 11.01 ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$). เมื่อจำแนกการรับรู้ในความสามารถตนเองเป็นรายด้านพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในความสามารถตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย, การกินยา และการดูแลสุขภาพทั่วไปสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.

ตารางที่ ๒ แสดงรายละเอียดเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามตัวแปรรายด้านก่อนและหลังการทดลอง. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 55.55 ± 5.44 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 64.33 ± 10.47 ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$). เมื่อจำแนกการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้านพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือระดับครอบครัวและสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์, การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า, การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม, การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือบริการ, และการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$).



ตารางที่ ๑ คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	ราย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าที	df	ค่าพี
ก่อนการทดลอง	๑๒๖	๑๐๑.๒๘	๑๑.๔๓	-๑๐.๑๔	๑๒๕	<.๐๐๑
หลังการทดลอง	๑๒๖	๑๑๓.๖๐	๑๑.๐๑			
๑. การควบคุมอาหาร						
ก่อนการทดลอง	๑๒๖	๔๑.๖๒	๖.๑๖	-๘.๕๖	๑๒๕	<.๐๐๑
หลังการทดลอง	๑๒๖	๔๗.๓๘	๕.๐๔			
๒. การออกกำลังกาย						
ก่อนการทดลอง	๑๒๖	๕.๖๘	๓.๒๗	-๗.๗๑	๑๒๕	<.๐๐๑
หลังการทดลอง	๑๒๖	๑๒.๑๗	๒.๔๒			
๓. การกินยา						
ก่อนการทดลอง	๑๒๖	๑๘.๒๑	๒.๗๓	-๓.๔๕	๑๒๕	.๐๐๑
หลังการทดลอง	๑๒๖	๑๕.๒๗	๑.๕๐			
๔. การดูแลสุขภาพทั่วไป						
ก่อนการทดลอง	๑๒๖	๓๑.๗๖	๔.๒๕	-๗.๓๕	๑๒๕	<.๐๐๑
หลังการทดลอง	๑๒๖	๓๕.๓๖	๓.๘๘			

ตารางที่ ๒ คะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	ราย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนฯ	ค่าที	df	ค่าพี
ก่อนการทดลอง	๑๒๖	๘๕.๕๕	๘.๔๔	-๗.๖๕	๑๒๕	<.๐๐๑
หลังการทดลอง	๑๒๖	๙๔.๓๓	๑๐.๔๗			
๑. การช่วยเหลือปรับประคับประคองและสนับสนุนความต้องการทางอารมณ์						
ก่อนการทดลอง	๑๒๖	๑๕.๕๓	๒.๘๕	-๔.๓๕	๑๒๕	<.๐๐๑
หลังการทดลอง	๑๒๖	๒๐.๕๕	๒.๘๔			
๒. การได้รับการยอมรับ						
ก่อนการทดลอง	๑๒๖	๒๐.๐๑	๒.๓๕	-๔.๔๖	๑๒๕	<.๐๐๑
หลังการทดลอง	๑๒๖	๒๑.๔๓	๒.๘๐			
๓. การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม						
ก่อนการทดลอง	๑๒๖	๑๕.๘๒	๒.๓๓	-๔.๔๓	๑๒๕	<.๐๐๑
หลังการทดลอง	๑๒๖	๑๖.๕๖	๒.๔๐			
๔. การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือบริการ						
ก่อนการทดลอง	๑๒๖	๑๑.๕๑	๑.๖๘	-๕.๕๕	๑๒๕	<.๐๐๑
หลังการทดลอง	๑๒๖	๒๒.๑๕	๒.๕๑			

ค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลในเลือด 142.42 ± 61.35 มก./ดล. และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลในเลือด 126.43 ± 45.25 ซึ่งต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าที่ 2.95 , df 117, ค่าพี 0.04).

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่า HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่า HbA1c เท่ากับ 5.34 ± 0.87 มก./ดล. และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 ± 0.82 มก./ดล. ซึ่งต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าที่ 3.21 , df 117, ค่าพี 0.02).

วิจารณ์

การรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังทำกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ มีผลให้ค่าน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลในเม็ดเลือดแดงลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bandura^(๘) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจากการได้พบประสบการณ์จริง. การได้รับการชักจูงและการกระตุ้นทางอารมณ์ เมื่อการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นก็ส่งผลทำให้ความคาดหวังในผลลัพธ์สูงขึ้นด้วย. ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมหลังทำกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fisher^(๙) ที่กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีหลายประเภท เช่น การให้ข่าวสาร, การดูแลเอาใจใส่ การแนะนำตักเตือน จะทำให้ผู้รับการสนับสนุนพึงพอใจและปฏิบัติตัวดีขึ้น.

รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหสุขภาพของตน โดยมีทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง. การที่ญาติได้ร่วมกิจกรรมทำให้ญาติสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทั้งด้านอารมณ์และวัตถุ. ปัจจัยทั้งคู่อส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้อาการน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำ

ตาลในเม็ดเลือดแดงลดลง.

ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ จึงน่าจะเป็นการช่วยสนับสนุนให้มีการพัฒนากิจกรรมสุขภาพที่จะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านอื่น ๆ และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติในด้านการช่วยเหลือต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น.

กิตติกรรมประกาศ

บุคลากรในการดำเนินการศึกษาทั้งในส่วนของศูนย์สุขภาพชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนคนไข้เบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่านที่ได้เข้าร่วมในการศึกษาและให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้านี้ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดี.

เอกสารอ้างอิง

๑. คณะกรรมการอำนวยการจัดแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๘ ด้านสาธารณสุข. แผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๔๔); ๒๕๔๐.
๒. สมอง อุนากุล. คู่มือผู้ป่วยโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: เลียงเชียง; ๒๕๓๗.
๓. โรงพยาบาลบรรพตพิสัย. สรุปปัญหาสาธารณสุขและอัตราป่วยของผู้มารับบริการ พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗. นครสวรรค์: โรงพยาบาลบรรพตพิสัย; ๒๕๔๗.
๔. โรงพยาบาลบรรพตพิสัย. รายงานการศึกษาทะเบียนประวัติผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ปี ๒๕๔๗. นครสวรรค์: โรงพยาบาลบรรพตพิสัย; ๒๕๔๗.
๕. บุญทิพย์ สิริรังสี. ผู้ป่วยเบาหวาน : การดูแลแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ ๓. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๕.
๖. ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย. ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๐.
๗. วัลยา ดันตโยทัย. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน. สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๐.
๘. Bandura A. Social Learning. New Jersey: Prentice-hall Inc; 1976.
๙. Fisher L. The family and type 2 diabetes: A framework for intervention. Diabetes Educ 1998; 24:599-607.

ความสัมพันธ์ระหว่างประสาทส่วนรอบเสื่อมกับการเกิดแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ รักษาที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ศูนย์สุขภาพชุมชนพุดเตย และศูนย์สุขภาพชุมชนโคกปรัง ในปิงบประมาณ ๒๕๔๙

วิสัน เทียนรุ่งโรจน์*

บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานคือ เส้นประสาทส่วนรอบเสื่อม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดแผลที่เท้าจนเป็นเหตุให้ต้องตัดเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. การหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะประสาทส่วนรอบเสื่อมกับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเป็นข้อมูลที่จะพัฒนาการดูแลเท้าเชิงป้องกันของผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและแบบประเมินสภาพเท้าผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ๑,๐๒๙ ราย, ศูนย์สุขภาพชุมชนพุดเตย ๒๔๗ ราย และศูนย์สุขภาพชุมชนโคกปรัง ๓๐๘ ราย ในช่วงเดือน ตุลาคม ๒๕๔๘ ถึงกันยายน ๒๕๔๙, เป็นผู้ป่วยชายร้อยละ ๓๑.๕๑, หญิงร้อยละ ๖๘.๔๙, อายุ ๓๕ - มากกว่า ๗๕ ปี, พบผู้ป่วยขาเท้า ๔๐๔ คน (ร้อยละ ๒๔.๖๒), ผู้ป่วยที่ขาเท้ามีแผลที่เท้า ๖๐ คน (ร้อยละ ๑๔.๘๕), ผู้ป่วยไม่ขาเท้ามีแผลที่เท้า ๔๗ คน (ร้อยละ ๓.๖๒). ใน ผู้ป่วยขาเท้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ๗.๙๒ เท่าของผู้ป่วยไม่ขาเท้า. ผู้ป่วยที่เป็นแผลที่เท้ามีระดับน้ำตาลสูง ๗๙ คน (ร้อยละ ๖๓.๘๒) และระดับน้ำตาลที่พบ ๑๒๕-๑๗๕ มก./ดล. และพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลตั้งแต่ ๑๒๕ มก./ดล. และสูงกว่าผู้ที่มีน้ำตาลปกติ ๔.๓๙ เท่า. ฉะนั้นการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสูงในเลือด และอาการขาเท้าที่เกิดจากเส้นประสาทส่วนรอบเสื่อม. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการดูแลสุขภาพเท้าในผู้ที่มีเท้าขาป้องกันเกิดแผลที่เท้าได้.

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, ประสาทส่วนรอบเสื่อม, แผลที่เท้า, โรงพยาบาลวิเชียรบุรี

Abstract Relationship between Neuropathy and Foot Ulcer in Diabetes Mellitus Type 2 Patients

Vison Tianrunroj*

*General Medicine Section, Wichianburi Hospital, Petchabun Province

The increasing incidence of diabetes mellitus (DM) every year has resulted in multiple complications of DM. Diabetic neuropathy is one of the most important complications; it causes diabetic foot and leads to amputation of the legs. In a rural hospital, the relationship between neuropathy and foot ulcer provides important information for the development of a preventive foot-care program in a DM clinic. A retrospective study was performed from medical records and diabetic foot evaluations from October 2005 to September 2006; a total of 1,029 diabetic patients from Wichianburi Hospital, 247 from the

*สาขาเวชกรรมทั่วไป โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

Putay primary care unit and 308 from the Kokeprong primary care unit, were studied. Of the total, 31.51 percent were males and 68.49 percent females; 404 patients (24.72%) had neuropathy, 60 patients (14.85%) in this group had foot ulcer, and 47 of them (3.82%) had foot ulcer without neuropathy. The risk of foot ulcer in neuropathic patients was almost eight-fold (7.92 times) greater than that of non-neuropathic patients. Seventy-nine patients with foot ulcer had hyperglycemia; the mean blood glucose levels ranged between 125 and 179 mg/dl, and blood glucose levels of more than 125 mg/dl were 4.39-fold greater than the normal glucose level. Foot ulcer in diabetic patients was related to neuropathy and blood glucose levels; thus well-controlled blood glucose and good foot care in diabetic neuropathic patients is important in preventing foot ulcer.

Key words: *diabetic mellitus, diabetic neuropathy, diabetic foot ulcer, Wichianburi Hospital*

ภูมิหลังและเหตุผล

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อชนิดเรื้อรังและรักษาไม่หายขาด. ส่วนมากเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม และพบบ่อยในผู้สูงอายุ หรือคนอ้วน, ขาดการออกกำลังกาย, และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา. จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก พ.ศ. ๒๕๔๓ พบไม่น้อยกว่า ๑๗๕ ล้านคน เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ มากกว่า ๑๕๐ ล้านคน^(๑). สถิติผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๕ พบ ๑๗๗,๑๔๑ ราย คิดเป็นอัตรา ๓๔๐.๙๕ ต่อแสนประชากร, พ.ศ. ๒๕๔๖ พบ ๒๑๓,๑๓๖ ราย อัตรา ๓๘๐.๗๕ ต่อแสนประชากร, พ.ศ. ๒๕๔๗ พบ ๒๔๗,๑๖๕ ราย อัตรา ๔๔๔.๑๖ ต่อแสนประชากร^(๒).

สถิติของผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลวิเชียรบุรีในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ มีจำนวน ๑,๕๐๐ ราย, ปี ๒๕๔๗ จำนวน ๑,๙๖๙ ราย, และปี ๒๕๔๘ จำนวน ๒,๒๗๘ รายเท่ากับ ๑,๕๖๘ ต่อแสนประชากร^(๓) เป็นเบาหวานชนิดที่ ๑ ร้อยละ ๒, ชนิดที่ ๒ ร้อยละ ๙๗ และชนิดอื่น ๆ ร้อยละ ๑.

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเมแทบอลิซึม ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เกิดการเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ, ที่สำคัญ คือ ตา ไต เส้นประสาท และหลอดเลือดแดงทั้งใหญ่และเล็ก จึงทำให้เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไตล้มเหลวเรื้อรัง, และในผู้ป่วยเบาหวานทั้ง ๒ ชนิดร้อยละ ๑๕ เกิดแผลที่เท้า^(๔) และมีการติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้

ผู้ป่วยถูกตัดเท้า/ขา.

การเกิดแผลที่เท้าเนื่องจากน้ำตาลในเลือดปริมาณสูงมาก ๆ ทำให้เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงส่วนเท้าเสื่อม ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอ, ลดขนาดลง บางลง, ทำให้การกระจายน้ำหนักระบายไปฝ่าเท้าบางลงเกิดแผลได้ง่าย^(๕). การให้ความรู้การดูแลเท้าสามารถป้องกันการเกิดแผล และการปฏิบัติตนและดูแลแผลอย่างถูกต้อง ทำให้แผลที่เท้าหายและลดการตัดเท้าได้ถึงร้อยละ ๘๒ และเกิดแผลซ้ำอีกเพียงร้อยละ ๕^(๕). ปัจจัยเสี่ยงการเกิดประสาทส่วนรอบเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ, เวลาที่เป็นเบาหวานนาน, อายุ และเพศของผู้ป่วย^(๖).

การประเมินปัญหาเท้าของผู้ป่วยเป็นขั้นตอนสำคัญที่สุดในการวางแผนการป้องกัน และรักษาอย่างถูกต้อง. การประเมินเท้าผู้ป่วยจะต้องประเมินความเสี่ยงในภาพรวมคือ ภาวะประสาทส่วนรอบเสื่อมเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง และเกิดการติดเชื้อ^(๗) ซึ่งจะทำให้เกิดแผลที่เท้า และถูกตัดเท้า / ขาในที่สุด.

โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ได้ดำเนินงานคลินิกเบาหวานแบบครบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพ และขยายผลลงสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนนาร่อง ๒ แห่ง ซึ่งได้จัดให้มีการคัดกรองและประเมินสภาพเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิก และในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นและหาแนวทางเชิงป้องกัน.

วัตถุประสงค์ของการศึกษารั้งนี้เพื่อหาข้อมูลความ



สัมพันธ์ระหว่างภาวะประสาทส่วนรอบเสื่อม กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน และนำผลลัพธ์ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาการดูแลเท้าเชิงป้องกันในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลวิเชียรบุรีและ ศูนย์สุขภาพชุมชน.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไปรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี, ศูนย์สุขภาพชุมชนพุดเตย และศูนย์สุขภาพชุมชนโคกปรัง, ในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙. จำนวนผู้ป่วยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล ๑,๐๒๙ ราย, ศูนย์สุขภาพชุมชนพุดเตย ๒๙๗ ราย และศูนย์สุขภาพชุมชนโคกปรัง ๓๐๘ ราย. ทำการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและแบบประเมินสภาพเท้าผู้ป่วยที่สร้างโดยอายุรแพทย์. ข้อมูลที่ศึกษาได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาป่วย และอาการชาเท้าที่ตรวจโดย monofilament เบอร์ ๑๐ กรัม. ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่สามารถบอกตำแหน่งที่กดได้ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยขาดความรู้สึกซึ่งใช้ในการป้องกันตนเอง และมีความเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้าที่เท้าเกิดการเกิดแผลและค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่เป็นแผลที่เท้าสูง.

การศึกษาค้นคว้าใช้สถิติพรรณนา ค่าร้อยละ, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของอาการชาเท้ากับการเกิดแผลที่เท้าโดยใช้ สถิติไคสแควร์ และ Phi และใช้สมการถดถอยลอจิสติก วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้า.

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ศึกษาจำนวน ๑,๖๓๔ คน เป็นชาย ๕๑๕ คน (ร้อยละ ๓๑.๕๑) และหญิง ๑,๑๑๙ คน (ร้อยละ ๖๘.๔๙), พบผู้ป่วยที่มีอาการชาเท้า ๔๐๔ คน (ร้อยละ ๒๔.๗๒). ตารางที่ ๒ แสดงจุดชาที่เท้า พบว่ามีความรู้สึกลึก ๒ จุด ๕๖ คน (ร้อยละ ๑๓.๘๖) และชา มากถึง ๗ จุด ๒๔ คน (ร้อยละ ๕.๙). ผู้ป่วยที่ชาเท้าและมีแผลที่เท้า ๖๐ คน (ร้อยละ ๑๔.๘๕). ผู้ป่วยที่ไม่ชาเท้ามีจำนวน ๑,๒๓๐ คน (ร้อยละ ๗๕.๒๘) มีแผลที่เท้า ๔๗ คน (ร้อยละ ๓.๘๒). ระดับน้ำตาลในเลือด

เฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นแผลที่เท้า ๑๒๕-๑๗๙ มก./ดล. จำนวน ๔๗ คน (ร้อยละ ๔๓.๙๒). อาการชาเท้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าโดยใช้สถิติ ไคส-สแควร์ = ๓๑๔.๘๘, ค่า Phi = ๐.๐๕ และระดับความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง Phi = ๐.๔๔. เมื่อใช้สถิติสมการถดถอยลอจิสติกวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการชาเท้า สมการทำนายที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไคส-สแควร์ = ๒๑.๙๘ ค่า Phi = .001 สามารถทำนายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงตัวแปรต้นในสมการได้ ร้อยละ ๓๒.๔, ความไวของสมการร้อยละ ๙๙.๗, ความจำเพาะร้อยละ ๒๒.๗, สมการทำนายถูกต้องร้อยละ ๙๔.๕. อาการชาเท้าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าสูงที่สุดคือ ๗.๙๒ เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชาเท้า, รองลงมาคือระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ ๑๒๕ มก./ดล.ขึ้นไป มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าสูงกว่าผู้ที่มีน้ำตาลปกติ ๔.๓๙ เท่า. ชายมีโอกาสเกิดแผลที่เท้ามากกว่าหญิง ๓.๗๒ เท่า.

จำนวนจุดที่มีอาการชา ตั้งแต่ ๕ จุด มีโอกาสเกิดแผลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการชาเท้าน้อยกว่า ๕ จุด ๒.๙๔ เท่า. นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลที่เท้า ๒.๔๓ เท่าของผู้ป่วยที่อายุน้อย. ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ มา ๕ ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดแผลที่เท้า ๑.๖๖ เท่าของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานน้อยกว่า ๕ ปี.

ตารางที่ ๑ - ๗ แสดงรายละเอียดของข้อมูลต่าง ๆ.

พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการชาเท้าเป็นแผล จำนวน ๖๐ คน ร้อยละ ๑๔.๘๕ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชาเท้าเป็นแผล จำนวน ๔๗ คน ร้อยละ ๓.๘๒ และอาการชาเท้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ไคส-สแควร์ = ๓๑๔.๘๘, ค่า Phi = .๔๔, ค่า Phi = ๐.๐๕).

สมการทำนายที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไคส-สแควร์ = ๒๑.๙๘, ค่า Phi = 0.001 สามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรต้นในสมการร้อยละ ๓๒.๔, ความไวของสมการ ร้อยละ ๙๙.๗, ร้อยละของสภาพความจำเพาะ ๒๒.๗, สมการทำนายถูกต้องร้อยละ ๙๔.๕ และอาการชาเท้าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลที่เท้า ๗.๙๒ เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชาเท้า, รองลงมาคือระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ ๑๒๕ มก./ดล.

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
๓๕-๔๕	๒๓๕	๑๔.๓๘
๔๖-๕๕	๔๕๔	๒๘.๐๒
๕๖-๖๕	๕๑๘	๓๑.๖๐
๖๖-๗๕	๔๑๓	๒๕.๒๖
> ๗๕	๑๔	๐.๖๔
เพศ		
ชาย	๕๑๕	๓๑.๕๑
หญิง	๑,๑๑๕	๖๘.๔๙
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี)		
๑-๕	๖๘๓	๔๑.๖๙
๖-๑๐	๔๕๔	๒๘.๖๘
๑๑-๑๕	๒๔๗	๑๕.๑๑
๑๖-๒๐	๒๐๐	๑๒.๒๓
๒๑-๒๕	๕๐	๓.๐๙

ตารางที่ ๒ จำนวนจุดที่มีอาการชาและมีการเกิดแผลที่เท้า

จำนวนจุด	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผล (คน)
๑ จุด	๓๗	๕.๑๖	๓
๒ จุด	๕๖	๑๓.๘๗	๒
๓ จุด	๕๐	๑๒.๓๘	๒
๔ จุด	๔๔	๑๐.๘๙	๖
๕ จุด	๔๘	๑๑.๘๘	๗
๖ จุด	๓๖	๘.๙๑	๗
๗ จุด	๒๔	๕.๙๑	๗
๘ จุด	๓๐	๗.๔๔	๕
๙ จุด	๔๓	๑๐.๖๕	๗
๑๐ จุด	๓๖	๘.๙๑	๑๐

ตารางที่ ๓ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยในผู้ป่วยที่เกิดแผล

ระดับน้ำตาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๖๑-๑๒๔	๒๘	๒๖.๑๗
๑๒๕-๑๗๕	๔๗	๔๓.๕๒
๑๘๐-๒๕๕	๒๕	๒๓.๓๗
>๓๐๐	๗	๖.๕๔

ขึ้นไปมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าสูงกว่าผู้ที่มีน้ำตาลปกติ ๔.๓๙ เท่า, และพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดแผลที่เท้ามากกว่าเพศหญิง ๓.๗๒ เท่า.

วิจารณ์

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการชาเท้าจากภาวะประสาทส่วนรอบเสื่อมกับการเกิดแผลที่เท้า พบผู้ป่วยอายุ ๕๖-๖๕ ปี จำนวน ๕๑๘ คน (ร้อยละ ๓๑.๖๐) มากที่สุด, ระยะเวลาร่วมระหว่าง ๑-๕ ปี จำนวน ๖๘๓ คน และจำนวนจุดที่ผู้ป่วยมีอาการชาที่ตรวจพบที่ไม่มีความรู้สึก ๒ จุด จำนวน ๕๖ คน (ร้อยละ ๑๓.๘๗), ๗ จุด ๒๔ คน (ร้อยละ ๕.๙๑), ผู้ป่วยที่ขาเท้า ๔๐๔ คน (ร้อยละ ๒๔.๗๒). จำนวนผู้ป่วยที่ขาเท้าและเกิดแผลที่เท้า ๖๐ คน (ร้อยละ ๑๔.๘๕). ผู้ป่วยที่ไม่ขาเท้าจำนวน ๑,๒๓๐ คน (ร้อยละ ๗๕.๒๖) มีผู้ป่วยเกิดแผลที่เท้าจำนวน ๔๗ คน (ร้อยละ ๓.๘๒) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ขาเท้ามีความเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ขาเท้าถึงร้อยละ ๑๑.๐๓ หรือ ๗.๙๒ เท่า, และอาการชาเท้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าในทางบวก (ไทม์-สแควร์ = ๓๑๔.๘๘, ค่าพี = ๐.๐๕), ระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง = ๐.๔๔. จากการวิเคราะห์ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าพบว่า สมการทำนายที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไทม์-สแควร์ = ๒๑.๘๘, ค่าพี = ๐.๐๐๑ สามารถทำนายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงตัวแปรต้นในสมการได้ร้อยละ ๓๒.๔ และอาการการขาเท้าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าสูงที่สุดคือ ๗.๙๒ เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีอาการขาเท้า อาจเป็นเพราะเมื่อผู้ป่วยที่มีอาการขาเท้าเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือถูกมดกัดแล้วไม่มีความรู้สึกจึงทำให้กลายเป็นแผลในที่สุด และเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพเท้าเนื่องจากประสาทส่วนรอบเสื่อม. นอกจากนั้นยังพบปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าที่รองจากการขาเท้าได้แก่ระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ ๑๒๕ มก./ดล.ขึ้นไป มีโอกาสเกิดแผลที่เท้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลปกติ ๔.๓๙ เท่า อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูงกว่าระดับปกติมีโอกาสเกิดแผลได้ง่ายและแผลหายช้าเมื่อมีแผลเพียงเล็กน้อยจะทำให้เกิดแผล



ตารางที่ ๔ ความสัมพันธ์ระหว่างอาการชาและการเกิดแผลที่เท้า

อาการ	ไม่เป็นแผล (ราย)	ร้อยละ	เป็นแผล (ราย)	χ^2	ร้อยละ
ชาเท้า	๔๐๔	๒๔.๗๒	๖๐	๓๑๔.๘๘	๑๔.๘๕
ไม่ชาเท้า	๑,๒๓๐	๖๕.๒๘	๔๗		๓.๘๒

ค่าพี 0.05

ตารางที่ ๕ ระดับความสัมพันธ์ของอาการชาเท้า กับการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วย ๑,๖๓๔ ราย

ขาเท้าเกิดแผล (ราย)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ไทม์สแควร์	df	Phi	ค่าพี
๑๐๗	.๓๔	๓๑๔.๘๘	๑	.๔๔	๐.๐๕

ตารางที่ ๖ ความสัมพันธ์ของอาการชาเท้า กับการเกิดแผลที่เท้า

ปัจจัย	โอกาสเกิดแผลที่เท้า (Odds ratio)	ไทม์สแควร์	df	ค่าพี	อาร์ สแควร์	ทำนายถูกต้อง (%)
ชาเท้า	๖.๕๒	๒๑.๕๘	๖	๐.๐๐๑	๓๒.๔	๕๔.๕
ระดับน้ำตาลตั้งแต่ ๑๒๕ มก./ดล.	๔.๓๕					
จำนวนจุดที่ชาเท้า ๕ จุด	๒.๕๔					
ระยะเวลาป่วย ๕ ปี	๑.๖๖					
อายุ	๒.๔๓					
เพศ	๓.๗๘					

ลูกกลมอย่างรวดเร็ว. ผู้ป่วยชายเกิดแผลที่เท้ามากกว่าหญิง ๓.๗๘ เท่า อาจเกิดจากผู้ชายทำงานนอกบ้านมีความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ ในขณะที่ผู้หญิงส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน.

จะเห็นได้ว่าภาวะประสาทส่วนรอบเลื่อมมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Edgar และ Lawrence^(๙) ซึ่งศึกษาความเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานกับภาวะประสาทส่วนรอบเลื่อม. พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงป่วยเป็นเบาหวานเป็นเวลานานไม่สามารถคุม น้ำตาลได้ มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและเส้นประสาท และมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ. การตัดเท้าและขาพบในผู้ป่วยเท้าชาไม่มีและมีความผิดปกติของเท้าร้อยละ ๓.๑

และร้อยละ ๒๐.๙ ตามลำดับ.

Wieman^(๑๐) ศึกษาเรื่องหลักการจัดการแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าร้อยละ ๕-๑๐ ของประชากรอเมริกาที่ป่วยเป็นเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน, ภาวะเส้นประสาทส่วนรอบเลื่อมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญโดยเฉพาะที่เท้า ทำให้เกิดแผลที่เท้าและเกิดการติดเชื้อตามมาซึ่งจะนำไปสู่การถูกตัดเท้าและขา, การป้องกันการเกิดแผล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ดี คือ การดูแลเท้า การสวมรองเท้าที่เหมาะสมจะลดอัตราการเกิดแผลและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้.

Ribu และคณะ^(๑๑) ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะเจ็บปวด

แผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่ออธิบายอุบัติการณ์ของแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าร้อยละ ๕๕ มีอาการปวดจากแผลที่เท้า, ร้อยละ ๕๗ มีอาการปวดขณะเดินหรือยืน และในตอนกลางคืน, ร้อยละ ๒๕ มีอาการปวดโดยไม่ได้ยืนหรือเดิน. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจะได้รับยาแก้ปวดมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวด. ผู้ที่มีอาการปวดแผลจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ปวดแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.

จากการศึกษาพบว่าอาการปวดแผลที่เท้ามีความสัมพันธ์กับอาการทางเวชกรรม และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการปวดแผลที่เท้าส่งผลกระทบต่อการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย.

Giacomozzi^(๑๒) ศึกษาตัวแปรที่สามารถป้องกันการเสื่อมของเท้าในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยมีการลงน้ำหนักที่เท้ามากขึ้นอย่างไรขึ้นอยู่กับการเดินและวิ่งของผู้ป่วย และการคัดกรองเบื้องต้นในการที่จะให้ผู้ป่วยมีการลงน้ำหนักอย่างเหมาะสม สามารถลดอัตราการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้.

Lawrence และคณะ^(๑๓) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการบริหารจัดการเชิงป้องกันการเกิดแผลที่เท้าสามารถลดการตัดขาและการนอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อศึกษาโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า พบว่า การใช้โปรแกรมป้องกันสามารถลดอัตราการตัดเท้า และระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลได้.

สรุป

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะประสาทส่วนรอบเสื่อม และมีอาการชาเท้าเป็นสาเหตุของการเกิดแผลที่เท้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชาเท้าสูงถึง ๗.๙๒ เท่า และผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลปานกลาง และระดับน้ำตาลสูงร่วมด้วยจะเกิดแผลที่เท้าสูงกว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลปกติ. การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานด้วยแนวทางที่เหมาะสมช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น.

ข้อดีของการศึกษา คือจะสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในเชิงป้องกัน

ให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้. จุดด้อยคือเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ เท่านั้นจึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้ป่วยเบาหวานชนิดอื่น ๆ ได้.

กิตติกรรมประกาศ

เจ้าหน้าที่ คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลวิเชียรบุรีและเจ้าหน้าที่ห้องบัตรโรงพยาบาลวิเชียรบุรี, เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนพยุหะและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโคกปรังที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. นุคุณ ประยูรวงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานประเภท ๒ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๔๓; ๒๕: ๔๒๒-๘.
๒. อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิต. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี. เอกสารอัดสำเนา ๒๕๔๘.
๓. สถิติผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์; ๒๕๔๘.
๔. เทพ หิมะทองคำ. ปณิธานอาจารย์เทพ. โรงพยาบาลเทพธารินทร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มิตรนราการพิมพ์; ๒๕๔๖. หน้า ๓๒-๑๑๒.
๕. อภิชาติ วิษณุวัฒน์. แนวคิดและหลักการรักษาติดตามผู้ป่วยเบาหวาน. เอกสารอัดสำเนาประกอบการอบรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ๒๕๔๕.
๖. ไวกุณฐ์ สถาปนาวัตร, ซาดา คำนวน. ทำอย่างไรจะไม่ถูกตัดขาเมื่อรู้ว่าเป็นเบาหวาน, หน้าต่างสุขภาพ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์ : ๒๕๔๔. หน้า ๓-๓๓.
๗. อมรชัย หาญผลคุณธรรมะ. ปัญหาทางระบบประสาทจากเบาหวาน, [cited 2006 Jan 14] URL Available from <http://i.am/thaidoc.com>
๘. ธิติ สนับบุญ, วราภณ วงศ์ถาวรรัตน์. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๕. หน้า ๘๐-๑๐๐.
๙. Edgar JG, Peter MD, Lavery LA. Effectiveness of the diabetic foot risk classification system of the international working group on the diabetic foot [cited 2006 Jan 14] Available from URL <http://care.diabetes. journals.org>
๑๐. Wieman TJ. Principles of management : the diabetic foot. Am J Surg 2005;190:295-9.
๑๑. Ribu L, Rusten T, Birkeland K. The prevalence and occurrence



of diabetic foot ulcer pain and its impact on health- related quality of life. [cited 2006 Jan 15] Available from URL: <http://sciencedirect.com:290-299>.

๑๒. Giacomozzi C., Martelli F. An effective parameter for early detection of foot functional impairment in diabetic patients [cited 2006 Jan 15] Available from URL <http://sciencedirect.com> : 464

-470.

๑๓. Lawrence AL, Robert PW, Tredwell JL. Disease management for the diabetic foot : effectiveness of diabetic foot prevention program to reduce amputations and hospitalization [cited 2006 Jan 16] Available from URL <http://elsevier.com>