



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Journal of Medical and Public Health Region 4

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2561 Volume 8 No.1 October 2017 – March 2018

เจ้าของ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี 76 หมู่ 5 ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 โทรศัพท์ 0 3623 9302	
วัตถุประสงค์	เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และ งานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ	
ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4	
คณะที่ปรึกษา	สาธารณสุขนิเทศเขตสุขภาพที่ 4 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี	
บรรณาธิการ	แพทย์หญิงวรา เหลืองอ่อน	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
รองบรรณาธิการด้านบริหาร	นางสาววราภรณ์ อึ้งพานิชย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
รองบรรณาธิการด้านวิชาการ	ดร.เดชา บัวเทศ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
ผู้จัดการ	แพทย์หญิงปทุมมาลัย ศิลพร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้ช่วยผู้จัดการ	นางธัญญาภรณ์ คุณสมบัติดูบุโล๊ะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์ นายแพทย์พราน ไพโรสุวรรณ ดร.สุพจน์ เกิดสุวรรณ ผศ.ดร.ประเสริฐ เรือนนระการ ผศ.จินตนา เวชมี นางสาววิไล วิชาการ นางสุภาภรณ์ วัฒนธรร หัวหน้ากลุ่มทุกกลุ่ม	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
พิสูจน์อักษร	นางสาวธัญญารัตน์ ทราบจังหวัด	
ฐานข้อมูลและสารสนเทศ	นายณัฐพล ผลาผล นายยุทธนา กลิ่นจันทร์	
กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่	นางดารณี ภักดิ์วาปี	E-mail address: drt.dpc2@gmail.com
กำหนดออก	ปีละ 2 ครั้ง หรือราย 6 เดือน : ตุลาคม – มีนาคม, เมษายน – กันยายน	
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด โทร 0 2941 3677	

บรรณาธิการแถลง

สวัสดิ์ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 เป็นวารสารที่จัดทำขึ้นเป็นปีที่ 8 เพื่อเป็นสื่อกลางถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งตอบสนองพันธกิจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคสำหรับเครือข่ายทั้งในพื้นที่ และนอกพื้นที่ วารสารฉบับนี้มีงานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management) ระดับตำบล ในระบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 2) ผลของน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ศึกษาในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง 3) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 4) การศึกษาผลความสำเร็จการดูแลรักษาวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อคนไทยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 5) เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี 6) ผลการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเกะกา จังหวัดลำปาง ซึ่งแต่ละเรื่องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนการรักษาพยาบาลในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ท่านยังสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ของเราได้ที่ <http://odpc4.ddc.moph.go.th/JN>

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งแก่ผู้ที่มีส่วนทำให้วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี หากมีข้อเสนอแนะประการใด ผู้จัดทำขอรับไว้ด้วยความขอบพระคุณยิ่ง

บรรณาธิการ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ยินดีรับบทความวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมหรืองานสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ฝึกระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ต.ค.-มี.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน เม.ย.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน เม.ย.-ก.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ต.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ต.ค.-ม.ค. และฉบับที่ 2 ภายในเดือน เม.ย.-มิ.ย.

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

1. ผู้สมัครต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและตามกติกา
2. ประกาศรับต้นฉบับ ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มการสมัคร พร้อมเอกสารพิมพ์ต้นฉบับ 2 ชุด และแผ่นบันทึกข้อมูล 1 แผ่น
3. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้องของต้นฉบับ
4. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชานั้น ๆ อ่านประเมินต้นฉบับ จำนวน 2 ท่านต่อเรื่อง
5. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการอ่านประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)
6. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4
7. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม
8. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร
9. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะต้องผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผลงานวิจัยและ/หรือบทความวิชาการ กลุ่มที่ 2 นวัตกรรมและ/หรือผลงานสร้างสรรค์ โดยจำแนกเป็นลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

1.2 รายงานปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความเพื่อฟื้นฟูวิชาการซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์วิจารณ์ และเปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น

1.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจทั้งด้านประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกร่วมกัน

1.4 ย่อวารสาร (Abstract review) เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ และวิทยาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย

1.5 นวัตกรรม/ผลงานสร้างสรรค์ เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีการติดตามประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

2.1 ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กระชับรัดกุม ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิธานต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัดกุม และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยอักษร ใช้ตัวพิมพ์ Cordia New ขนาด 14

2.4 บทคัดย่อ

คือ การย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยค สมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องและ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วัสดุและวิธีการศึกษา

แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2.8 วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.9 เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997
2. การอ้างอิงเอกสารใด ๆ ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ ; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย. ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987; 257: 640-4.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสาร เป็นต้น

2. ธีระ รามสุต, นิวัติ มนตรีวิสุต, สุรศักดิ์ สัมปตตะวงษ์. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่ ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน; ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน; ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หะริณสูตร, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมวรรณคดี; 2533. น. 115-20.

4. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องลงตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับโดยใช้เอกสารขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว จำนวนไม่เกิน 8 หน้า 1 ชุด หรือแผ่น CD พร้อมระบุชื่อ File ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 หรือที่ E-mail address : drt.dpc2@gmail.com

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์วิเคราะห์ ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานสอบสวนทางระบาดวิทยา สามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแพร่ ทางวารสารวิชาการ โดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report) ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้าย ๆ การเขียน Manuscript ควรคำนึงถึงการระมัดระวังส่วนบุคคล สถานที่ ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ ชื่อสถานที่ เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้นอย่างเคร่งครัด มีองค์ประกอบดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไร เกิดขึ้นที่ไหน และเมื่อไร เลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น ให้ความหมายครบถ้วน

2. ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค (Authors and investigation team)

ระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานสังกัดของผู้รายงาน และเจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ ที่ร่วมในทีมสอบสวนโรค

3. บทคัดย่อ (Abstract)

สรุปสาระสำคัญทั้งหมดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นความยาวประมาณ 250-300 คำ ครอบคลุมเนื้อหา ตั้งแต่ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา มาตรการควบคุมโรค และสรุปผล

4. บทนำหรือความเป็นมา (Introduction or Background)

บอกถึงที่มาของการออกไปสอบสวนโรค เช่น การได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรคจากใคร หน่วยงานใด เมื่อไร และด้วยวิธีใด เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไร และเสร็จสิ้นเมื่อไร

5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

6. วิธีการศึกษา (Methodology)

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุ แหล่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาตามตัวแปร ลักษณะอาการเจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริง โดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย

ยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่ามีการะบาดของ (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากกว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ลักษณะของการเกิดโรค และการกระจายของโรค ตามลักษณะบุคคล ตามเวลา ตามสถานที่ ควรแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการเกิดโรคในแต่ละพื้นที่ ในรูปแบบของ Attack Rate การแสดงจุดที่เกิดผู้ป่วยรายแรก (index case) และผู้ป่วยรายต่อมา

ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบสนองมติฐานที่ตั้งไว้ การทดสอบปัจจัยเสี่ยง หาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มคนที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยค่า Relative Risk หรือ Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนกี่ราย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบว่าการระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้นและการป้องกันโรค ที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิจารณ์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นวิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐาน ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดในครั้งนี้นี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีต อย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกันในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลรวบยอด ตอบวัตถุประสงค์ และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้นี้ เช่น เสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต หรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลดีมากขึ้น

13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลอื่น ๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้น โดยทั่วไปนิยมแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ แสงวรรณลอย. การเขียนรายงานการสอบสวนโรค. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2532.
2. ศุภชัย ฤกษ์งาม. แนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2532.
3. ธวัชชัย วรพงศธร, การเขียนอ้างอิงในรายงานวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
4. อรวรรณ ชาแสงบง. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2543.

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณานำลงวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....

2. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

3. สถานภาพผู้เขียน

อาจารย์ในสถาบันการศึกษา (ชื่อสถาบัน).....

โปรแกรม..... คณะ.....

บุคคลทั่วไป (ชื่อหน่วยงาน).....

4. ขอส่ง

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....

เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงนาม.....ผู้เขียน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Journal of Medical and Public Health Region 4

ISSN : 2229-0117

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 ต.ค. 2560 – มี.ค. 2561

Volume 8 No.1 Oct 2017 – Mar 2018

สารบัญ

การประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไขเลือดออกแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management) ระดับตำบล ในระบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง แบบยั่งยืนของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 วุฒิสักดิ์ ริกเดช, ภัทรภร บุตรดี, สุภาพรณ์ ดาดง	1
ผลของน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ศึกษาในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง นฤนาท จอมกาป็น	15
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี นราพงศ์ อีร์อัครวิภาส	26
การศึกษาผลความสำเร็จการดูแลรักษาวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อคนไทย โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พิมพ์พันธ์ คุปต์นริตติศัยกุล	43
เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเสาไห้ จังหวัดสระบุรี ไพศาล อินทร์ผาย และวีระเทพ แจ่มจันทร์	60
ผลการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด ในโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง กัญชณา วิเศษการ	71

การประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคใช้เลือดออกแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management) ระดับตำบล ในระบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 Assessment of Integrated Vector Management at Sub-district Level in the Disease Control Competent District System of the Health Region 4

วุฒิศักดิ์ รักเดช

ภัทรภร บุตรดี

สุพารณณ์ ดาดง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

Wuttisak Rakdach

Phatthraphorn Burtdee

Supapond Dadong

Office of Disease Prevention and Control,
Region 4, Saraburi

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลมาตรการจัดการพาหะนำโรคใช้เลือดออกแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management : IVM) ระดับตำบลในระบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 และศึกษาสถานการณ์การดำเนินการ เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาใช้ปรับปรุงมาตรการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยใช้แบบติดตามประเมินผลตามแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานระดับตำบล ในพื้นที่อำเภอเป้าหมายรวม 21 ตำบล

ผลการศึกษา พบว่าบริบทของพื้นที่รับผิดชอบมีประชากรเฉลี่ย 8,168 คน มีปริมาณพื้นที่เฉลี่ย 9.19 ตร.กม. หมู่บ้านเฉลี่ย 6.79 หมู่บ้าน หลังคาเรือนเฉลี่ย 3,563 หลังคาเรือน มีความหนาแน่นของประชากรมากกว่า 500 คนต่อ ตร.กม. มีอัตราป่วยมากกว่า 100 ต่อแสนประชากร (ค่ามัธยฐาน 5 ปี 2555-2559) และเป็นพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายของประชากรต่ำ การบริหารจัดการควบคุมป้องกันโรคใช้เลือดออก ในระดับอำเภอและระดับตำบล (สสอ. อปท. และ รพ.สต) มีนโยบายในการควบคุมป้องกันโรคฯ ทุกแห่ง มีการกำหนดวัตถุประสงค์ (ร้อยละ 47.6, 33.3 และ 33.3 ตามลำดับ) มีการกำหนดเป้าหมาย (ร้อยละ 76.2, 57.1 และ 47.6) มีบุคลากรและเพียงพอ (ร้อยละ 66.7, 52.4 และ 61.9) มีงบประมาณและเพียงพอ (ร้อยละ 100, 95.2 และ 100) และมีวัสดุ/อุปกรณ์เพียงพอ (ร้อยละ 95.2, 100 และ 100) ผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคใช้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ในด้านการดำเนินการควบคุมโรคใช้เลือดออกตามมาตรฐาน การเฝ้าระวังสถานการณ์ การวางแผนและการดำเนินงานความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ และระดับปานกลางในด้านการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ อัตราป่วยปี 2560 เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี พบว่าต่ำกว่าค่ามัธยฐานร้อยละ 90.5 ผลการประเมินค่า House Index (HI) และ Container Index (CI) เฉลี่ยร้อยละ 7.7 และ 3.2 ตามลำดับ

การศึกษาเปรียบเทียบบริบทของพื้นที่ การบริหารจัดการ และผลการประเมินมาตรการ IVM กับอัตราป่วยในปี 2560 เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี พบว่าความหนาแน่นของประชากรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราป่วยในปี 2560 เพิ่มขึ้น เปรียบเทียบกับพื้นที่ที่มีอัตราป่วยลดลง สำหรับผลการประเมินค่า HI พบว่าสภาพแวดล้อมของชุมชน และการบริหารจัดการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างพื้นที่ที่มีค่า HI < 10% กับพื้นที่ที่มีค่า HI \geq 10% ส่วนผลการประเมินค่า CI พบว่าพื้นที่อัตราป่วยสูง และผลการประเมินมาตรการ IVM (ด้านการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างพื้นที่ที่มีค่า CI = 0% กับพื้นที่ที่มีค่า CI > 0% ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานทั้งพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จกับพื้นที่ที่ไม่ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาปัจจัยที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยไข้เลือดออก และหาวิธีการหรือมาตรการที่เหมาะสม และผลักดันให้เป็นนโยบายแห่งชาติ ให้ทุกกระทรวงในระดับพื้นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการในแต่ละกิจกรรม รวมทั้งแก้ไขปัญหาพร้อมกัน

คำสำคัญ: การประเมิน, การจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน, ระบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

Abstract

This study aimed to assess the Integrated Vector Management (IVM) measures for dengue prevention and control in the sustainable Disease Control Competent District system of the Health Region 4 areas and also to determine the situation of IVM. The study used the monitoring and evaluation form for IVM at sub-district level and carried out in 21 target sub-districts.

The study sub-districts had average population of 8,168, average area of 9.19/sq km, average village of 6.79, population density > 500/sq km, and low migration. The median of dengue morbidity rate between 2012 and 2016 was > 100/100,000 population. The policy of dengue prevention and control measures was detected in all study districts and sub-districts. The objectives of these measures were found in 47.6% of the districts, 33.3% of local sub-district administration offices, and 33.3% of sub-district health promoting hospitals. Of these 3 groups of authorities, the targets of the measures were found in 76.2%, 57.1%, and 47.6% respectively. The adequate personnel were found in 66.7%, 52.4%, and 61.9% respectively. Nearly all had adequate budget and material/equipment for the measures. The overall IVM assessment results were high in standard dengue control activities, disease awareness, planning and operating, and participation of involving agencies. The overall IVM assessment results were medium in disease situation monitoring and analysis. The dengue morbidity rate in 2017 was lower than the median rate between 2012 and 2016. The overall average house index (HI) and container index (CI) were 7.7% and 3.2% respectively.

Population density was significantly different between areas with dengue morbidity rate in 2017 lower and higher, compared to the median of 2012–2016. Community environment and IVM management were significantly different between areas with HI < 10% and \geq 10%. Areas with high dengue morbidity rate and IVM assessment

results (disease situation monitoring and analysis) were significantly different between areas with CI = 0% and > 0%. It is essential to continuously assess areas with and without success of dengue prevention and control for identifying factors affecting dengue infection reduction. Appropriate measures should be encouraged to be the national policy for participation of involving authorities.

Key words: Assessment, Integrated Vector Management, sustainable Disease Control Competent District system

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดสูง จากข้อมูลสำนักโรคติดต่อที่มีการระบาดสูง ในภาพรวมทั้งประเทศมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 24,748 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 37.83 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต 11 ราย อัตราตายเท่ากับ 0.02 ต่อประชากรแสนคน ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคใต้ รองลงมาคือ ภาคกลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ (อัตราป่วยเท่ากับ 102.32, 32.93, 23.48 และ 23.34 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ)¹ เขตสุขภาพที่ 4 ในปี 2559 มีอัตราป่วยเป็นอันดับ 13 ของประเทศ โดยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 2,444 ราย อัตราป่วย 46.81 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราตายเท่ากับ 0.02 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจำนวนผู้ป่วยต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2554-2558) เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า อัตราป่วยสูงสุดต่อประชากรแสนคน คือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (65.10) รองลงมาคือ ลพบุรี (57.39) นนทบุรี (50.77) และอ่างทอง (50.46)²

กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง ได้กำหนดมาตรการการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไว้หลายมาตรการ³ เช่น การพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย รวมทั้งการป้องกันควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออกโดยวิธีผสมผสาน (Integrated Vector Control : IVM) ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการที่นำมาใช้ในระบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน เพื่อพัฒนาศักยภาพของอำเภอในการป้องกัน

ควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับท้องถิ่นของอำเภอนั้น ๆ ให้มีกระบวนการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมในการควบคุมพาหะนำโรคเพื่อลดหรือหยุดยั้งการแพร่เชื้อโรค หรือกระบวนการตัดสินใจจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนการดำเนินการติดตามประเมินผลการควบคุมพาหะนำโรคต่อเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

กลุ่มแผนงานและประเมินผล ซึ่งมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินผลโครงการสำคัญที่ต่อนโยบายสำคัญและจุดเน้นของกรมควบคุมโรค หรือเป็นโครงการที่ได้รับจัดสรรงบประมาณตั้งแต่ 500,000 บาทขึ้นไป และได้พิจารณาติดตามประเมินผลภาพรวมของมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ซึ่งเป็นโครงการที่สอดคล้องกับจุดเน้นการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งในการดำเนินการตามมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ระดับตำบลของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จะทำให้ทราบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการดำเนินงาน สามารถนำไปขยายผลหรือพัฒนาเพื่อลดอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในระยะยาวได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรค ไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ระดับตำบลของอำเภอ ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการจัดการ ฝูงพาหะนำโรคแบบผสมผสานระดับตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 และนำผลการวิเคราะห์มาใช้ปรับปรุงมาตรการ การดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล โดยใช้แบบติดตามประเมินผลระดับตำบลในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแนวทางการจัดการพาหะ นำโรคแบบผสมผสานของกรมควบคุมโรค ระดับตำบล โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทางการจัดการ พาหะนำโรคแบบผสมผสานในระบบอำเภอควบคุมโรค เข้มแข็งแบบยั่งยืน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน การเลือกพื้นที่ที่มี การดำเนินงานมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออก แบบผสมผสาน (IVM) ต่อเนื่อง 3 ปี (ปี 2558 -2560) ในเขตสุขภาพที่ 4 ดังนี้

1. การคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในศึกษานี้ โดยเลือกจากโครงการอำเภอควบคุม โรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ที่อำเภอเลือกปัญหาไข้เลือดออก เป็นปัญหาของพื้นที่ 3 ปีติดต่อกัน (ปี 2558-2560) มีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 56 อำเภอและนำมาคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการศึกษาร้อยละ 30 โดยคิดเป็นราย จังหวัด (ถ้ามีเศษให้ปัดขึ้น) ได้จำนวนตัวอย่างที่ศึกษา 21 อำเภอ ดังนี้ จังหวัดนนทบุรี 1 อำเภอ ปทุมธานี 2 อำเภอ พระนครศรีอยุธยา 5 อำเภอ อ่างทอง 3 อำเภอ ลพบุรี 3 อำเภอ สิงห์บุรี 2 อำเภอ สระบุรี 4 อำเภอ และนครนายก 1 อำเภอ ซึ่งวิธีการคัดเลือกอำเภอโดยการจับสลากอำเภอ ตามจำนวนเป้าหมาย

2. การคัดเลือกพื้นที่ตำบลที่มีการดำเนินงาน มาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ระดับตำบล โดยให้อำเภอเป้าหมายคัดเลือก ตำบลหนึ่งตำบลที่มีการดำเนินงานมาตรการจัดการพาหะ นำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ติดต่อกัน 3 ปีคือในปี 2558-2560 กรณีที่มีตำบลมากกว่า 1 ตำบล ให้อำเภอคัดเลือกตำบลที่มีกระบวนการดำเนินงาน มาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ที่ดีที่สุดมา 1 ตำบล

3. วิเคราะห์ผลการประเมินมาตรการจัดการ พาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) เปรียบเทียบ กับบริบทของพื้นที่ ผลการประเมินมาตรการ อัตรา ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และผลการประเมินค่า House index (HI) และ Container Index (CI)

4. สรุปผลการประเมินเสนอผู้บริหาร เพื่อใช้เป็น แนวทางในการพิจารณา ตัดสินใจ และปรับปรุงมาตรการ

เครื่องมือการประเมินผล ประกอบไปด้วย

1. แบบประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรค ไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ระดับตำบล ซึ่งเป็น แบบประเมินที่ประยุกต์มาจากแบบประเมินมาตรการ จัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสานใน โครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน⁴ ประกอบ ไปด้วย ความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ การเฝ้าระวัง สถานการณ์ การวางแผนการดำเนินการ การควบคุมโรค ไข้เลือดออกตามมาตรฐาน และการติดตามและวิเคราะห์ สถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. ผลการดำเนินงานตามมาตรการฯ ประกอบ ไปด้วย (ข้อมูลอัตราป่วยเดือนมกราคม - มิถุนายน) ปี 2560 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี และผลการ ประเมิน ค่า HI และ CI ของพื้นที่

3. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร ประกอบไปด้วย การคัดเลือกคณะกรรมการ/แต่งตั้งคณะกรรมการ วิธีการดำเนินงาน การวางแผนการดำเนินงาน ติดตาม

และประเมินผลฯ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การระดมทรัพยากรหรือความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การประเมินผล ความคิดเห็นต่อมาตรการ และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

สำหรับการคำนวณค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

1. ความหนาแน่นของประชากร คำนวณจากพื้นที่ที่มีประชากรน้อยกว่า 500 คน ต่อ ตร.กม กับพื้นที่ที่มีประชากร 500 คน ต่อ ตร.กม ขึ้นไป จำนวน 2 ตัวแปรนำมาหาค่าเฉลี่ยแต่ละตัวแปร

2. พื้นที่อัตราป่วยสูงคำนวณจากพื้นที่อัตราป่วยน้อยกว่า 50 ต่อประชากรแสนคน กับพื้นที่อัตราป่วย 50 ต่อประชากรแสนคนขึ้นไป จำนวน 2 ตัวแปรนำมาหาค่าเฉลี่ยแต่ละตัวแปร

3. การเคลื่อนย้ายประชากร คำนวณจากพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงาน กับพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรต่ำ จำนวน 2 ตัวแปรนำมาหาค่าเฉลี่ยแต่ละตัวแปร

4. สภาพแวดล้อมของชุมชน คำนวณจากพื้นที่ที่เอื้อต่อการเกิดโรค กับพื้นที่ที่ไม่เอื้อต่อการเกิดโรค จำนวน 2 ตัวแปรนำมาหาค่าเฉลี่ยแต่ละตัวแปร

5. การบริหารจัดการ คำนวณจากพื้นที่ ได้แก่ สสอ. อปท. และ รพ.สต. ที่มีการดำเนินงาน ด้านนโยบาย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย บุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ นำคะแนนมารวมกันเป็นภาพตำบล โดยมีคะแนนเต็ม 18 คะแนน แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

6. การประเมินมาตรการ IVM ในภาพรวมนั้น คำนวณจากคะแนนด้านต่าง ๆ คือ ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) การเฝ้าระวังสถานการณ์ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) การวางแผนและการดำเนินงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) การดำเนินการ

ควบคุมโรคตามมาตรฐาน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) การติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) รวมคะแนนเต็มทุกด้าน 70 คะแนน แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยในแต่ละด้าน และในภาพรวม

แล้วนำตัวแปรดังกล่าวมาเปรียบเทียบระหว่าง

1. กลุ่มพื้นที่ที่มีอัตราป่วยปี 2560 สูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (2555-2559) กับกลุ่มพื้นที่ที่มีอัตราป่วยปี 2560 ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน

2. ผลการประเมินค่า HI โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพื้นที่ที่มีค่า HI น้อยกว่าร้อยละ 10 กับกลุ่มพื้นที่ที่มีค่า HI เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10

3. ผลการประเมินค่า CI ในพื้นที่โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพื้นที่ที่มีค่าเท่ากับ 0 กับกลุ่มพื้นที่ที่มีค่า CI มากกว่า 0

ผลการประเมินการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกตามมาตรการจัดการพาหะนำโรคใช้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) รายด้านผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 จึงถือว่าผ่านเกณฑ์การจัดกลุ่มผลการประเมินฯ รายด้านระดับมาก (มากกว่า $\bar{X} + SD$) ระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm SD$) และระดับน้อย (น้อยกว่า $\bar{X} - SD$) ส่วนการแบ่งระดับผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคใช้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ว่าอยู่ในระดับดีหรือระดับน้อย ใช้สูตร $\bar{X} \pm SD$

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้การทดสอบ t-test

ผลการศึกษา

บริบทของพื้นที่กลุ่มประชากรที่ศึกษา พบว่า รับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 8,168 คน ปริมาณพื้นที่เฉลี่ย 9.19 ตารางกิโลเมตร หมู่บ้านเฉลี่ย 6.79 หมู่บ้าน หลังคาเรือนเฉลี่ย 3,563 หลังคาเรือน ความหนาแน่นของประชากรมากกว่า 500 คนต่อตร.กม. มีอัตราป่วยมากกว่า 100 ต่อประชากรแสนคน (ค่ามัธยฐาน 5 ปี 2555-2559) เป็นพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายของประชากรต่ำร้อยละ 57.1 สภาพแวดล้อมของชุมชนไม่แตกต่างกันระหว่างการไม่เอื้อต่อและเอื้อต่อการเกิดโรค ร้อยละ 52.4 และ 47.6 ตามลำดับ

การบริหารจัดการการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ในระดับอำเภอ พบว่า ทุกอำเภอมีนโยบายในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ร้อยละ 47.6 มีการกำหนดเป้าหมายร้อยละ 76.2 มีบุคลากรและเพียงพอร้อยละ 66.7 มีงบประมาณและเพียงพอร้อยละ 100 และมีวัสดุ/อุปกรณ์เพียงพอร้อยละ 95.2 ซึ่งในระดับตำบลองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทุกแห่งมีนโยบายในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีการกำหนดวัตถุประสงค์ร้อยละ 33.3 มีการกำหนดเป้าหมายร้อยละ 57.1 มีบุคลากรและเพียงพอร้อยละ 52.4 มีงบประมาณและเพียงพอร้อยละ 95.2 และมีวัสดุ/อุปกรณ์เพียงพอร้อยละ 100 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งมีนโยบายในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีการกำหนดวัตถุประสงค์ร้อยละ 33.3 มีการกำหนดเป้าหมายร้อยละ 47.6 มีบุคลากรและเพียงพอร้อยละ 61.9 มีงบประมาณและเพียงพอร้อยละ 100 และมีวัสดุ/อุปกรณ์เพียงพอร้อยละ 100

อัตราป่วยปี 2560 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (2555-2559) ส่วนใหญ่มีอัตราป่วยต่ำกว่าค่ามัธยฐานร้อยละ 90.5 ผลการประเมินค่า HI และ ค่า CI โดยพื้นที่ พบว่า มีค่า HI เฉลี่ยร้อยละ 7.67 และมีค่า CI เฉลี่ยร้อยละ 3.20 ผลการสุ่มประเมินโดยทีมผู้ศึกษา พบว่า มีค่า HI เฉลี่ยร้อยละ 27.58 และมีค่า CI เฉลี่ยร้อยละ 8.65

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และผลการประเมินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) รายด้าน (n=21)

ผลการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ	ผลการประเมิน
1. ด้านความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ			
- คณะกรรมการที่มาจากภาคส่วนต่าง ๆ	20	95.2	ผ่าน
- การประชุมคณะกรรมการ	20	95.2	ผ่าน
- การสำรวจความพร้อม	15	71.4	ไม่ผ่าน
2. ด้านการเฝ้าระวังสถานการณ์			
- การเฝ้าระวังสถานการณ์โรคไข้เลือดออก	19	90.48	ผ่าน
- การเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย	21	100	ผ่าน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และผลการประเมินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) รายด้าน (n=21) (ต่อ)

ผลการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ	ผลการประเมิน
3. ด้านการวางแผน			
- การวางแผนการดำเนินงาน	17	81.0	ผ่าน
- รายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังตามแผน	14	66.7	ไม่ผ่าน
- แผนความร่วมมือของหน่วยงานเครือข่ายระดับท้องถิ่น	16	76.2	ไม่ผ่าน
- รายงานความร่วมมือของหน่วยงานเครือข่ายระดับท้องถิ่น	12	57.1	ไม่ผ่าน
- การวางแผนในการระดมและบูรณาการทรัพยากร	14	66.7	ไม่ผ่าน
- การใช้ทรัพยากรของเครือข่ายทุกภาคส่วนในตำบล	17	81.0	ผ่าน
4. ด้านการดำเนินการ			
- ความทันเวลาของการได้รับแจ้งเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	21	100	ผ่าน
- ความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยรายแรก	21	100	ผ่าน
- ความพร้อมของทีมควบคุมโรคระดับตำบล	21	100	ผ่าน
- ความทันเวลาในการควบคุมแหล่งแพร่โรค	21	100	ผ่าน
- ความครอบคลุมในการควบคุมแหล่งแพร่โรค	21	100	ผ่าน
5. ด้านวิเคราะห์สถานการณ์			
- มีการประเมินผลลัพธ์พาหะ	21	100	ผ่าน
- สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในระดับตำบล	16	76.2	ไม่ผ่าน
- สถานการณ์โรคไข้เลือดออกกลุ่มวัยเรียน(5-14 ปี)ในระดับตำบล	7	33.4	ไม่ผ่าน

จากตารางที่ 1 พบว่าผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ที่ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 พบว่า 1) ด้านความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ผ่านเกณฑ์ในเรื่องมีคณะกรรมการที่มาจากภาคส่วนต่าง ๆ และในเรื่องการประชุมคณะกรรมการ 2) ด้านการเฝ้าระวังสถานการณ์ ผ่านเกณฑ์ในเรื่องการเฝ้าระวังสถานการณ์โรคไข้เลือดออก และการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย 3) ด้านการวางแผนการดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ในเรื่องการวางแผนการดำเนินงาน และการใช้ทรัพยากรของเครือข่ายทุกภาคส่วนในตำบล 4) ด้านการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ทุกด้าน ได้แก่ ความทันเวลา ความครบถ้วน ความพร้อม ความทันเวลาในการควบคุม และความครอบคลุม 5) ด้านการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ ผ่านเกณฑ์ในเรื่องการประเมินผลลัพธ์พาหะ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการจัดการพาหนะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน

รายละเอียดเกณฑ์	ระดับผลการดำเนินงาน			\bar{X}	S.D.	ความหมาย
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1. ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ	5 (23.8)	13 (61.9)	3 (14.3)	6.85	1.93	มาก
2. การเฝ้าระวังสถานการณ์	3 (14.3)	14 (66.7)	4 (19.0)	7.52	1.16	มาก
3. การวางแผนและการดำเนินงาน	5 (23.8)	12 (57.1)	4 (19.0)	7.09	2.98	มาก
4. การดำเนินการควบคุมโรค ไข้เลือดออกตามมาตรฐาน	21 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)	25.00	0	มาก
5. การติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์	3 (14.3)	13 (61.9)	5 (23.8)	8.38	3.32	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่าผลการประเมินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการจัดการพาหนะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ในภาพรวมมีผลการดำเนินงานในระดับมาก ในด้านการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรฐาน ($\bar{X} = 25.00$) รองลงมาในด้านการเฝ้าระวังสถานการณ์ ($\bar{X} = 7.52$) การวางแผนและการดำเนินงาน ($\bar{X} = 7.09$) ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ($\bar{X} = 6.87$) ตามลำดับ และในด้านการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ ($\bar{X} = 8.38$) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบริบทของพื้นที่การบริหารจัดการกับผลการประเมินมาตรการจัดการพาหนะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM)

บริบทของพื้นที่	การประเมินมาตรการ IVM				T	P-value
	ระดับดี (n = 9)		ระดับน้อย (n = 12)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ความหนาแน่นของประชากร	486.01	352.63	2100.63	4185.95	1.330	0.210
2. พื้นที่อัตราป่วยสูง	143.03	81.69	143.88	122.06	-0.183	0.857
3. การเคลื่อนย้ายประชากร	0.22	0.44	0.58	0.51	1.727	0.101
4. สภาพแวดล้อมของชุมชน	0.56	0.52	0.42	0.51	-0.604	0.554
5. การบริหารจัดการ	12.66	2.06	14.41	2.15	1.889	0.075

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบริบทของพื้นที่ การบริหารจัดการกับผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) พบว่า บริบทของพื้นที่ ได้แก่ ความหนาแน่นของประชากร พื้นที่อัตราป่วยสูง การเคลื่อนย้ายประชากร และสภาพแวดล้อมของชุมชน และการบริหารจัดการ ได้แก่ นโยบาย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย บุคลากร งบประมาณ และวัสดุ / อุปกรณ์ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ที่ผลการประเมินมาตรการ IVM อยู่ในระดับดี เปรียบเทียบกับระดับน้อย

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบบริบทของพื้นที่ การบริหารจัดการ ผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) กับผลการดำเนินงาน (อัตราป่วยปี 2560 เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี)

บริบทของพื้นที่	อัตราป่วยปี 2560 เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี				t	p
	เพิ่มขึ้น (n = 8)		ลดลง (n = 13)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ความหนาแน่นของประชากร	7863.17	10504.40	729.23	511.66	0.960	0.001
2. พื้นที่อัตราป่วยสูง	163.24	106.62	97.95	92.65	1.479	0.158
3. การเคลื่อนย้ายประชากร	0.50	0.70	0.42	0.50	0.154	0.840
4. สภาพแวดล้อมของชุมชน	0.50	0.70	0.47	0.57	0.051	0.967
5. การบริหารจัดการ	12.00	1.41	13.84	2.26	-1.634	0.273
6. การประเมินมาตรการ IVM (รวม)	57.00	11.31	54.63	6.34	0.291	0.817
- ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ	7.50	0.76	6.78	2.01	1.043	0.367
- การเฝ้าระวังสถานการณ์	7.00	2.82	7.57	1.01	-0.288	0.821
- การวางแผนและการดำเนินงาน	9.00	1.41	6.89	3.05	1.724	0.216
- การดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรฐาน	25.00	0	25.00	0	-	-
- การติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์	8.50	6.30	8.36	3.16	0.029	0.981

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบบริบทของพื้นที่ การบริหารจัดการ ผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) กับผลการดำเนินงาน (อัตราป่วยปี 2560 เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี) พบว่า บริบทของพื้นที่ ได้แก่ ความหนาแน่นของประชากรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราป่วยในปี 2560 เพิ่มขึ้น เปรียบเทียบกับพื้นที่ที่มีอัตราป่วยในปี 2560 ลดลง ส่วนบริบทของพื้นที่ด้านอื่น ๆ การบริหารจัดการ และผลการประเมินมาตรการ IVM ในด้านต่าง ๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ทั้งสองดังกล่าว

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบบริบทของพื้นที่ การบริหารจัดการ ผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) กับผลการดำเนินงาน (ผลการประเมินค่า HI โดยพื้นที่)

บริบทของพื้นที่	ผลการประเมินค่า HI โดยพื้นที่				T	P-value
	< 10 (n = 19)		≥ 10 (n = 2)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ความหนาแน่นของประชากร	1587.83	3375.42	466.49	320.21	1.291	0.213
2. พื้นที่อัตราป่วยสูง	136.51	103.10	156.01	159.92	-0.169	0.892
3. การเคลื่อนย้ายประชากร	0.42	0.50	0.50	0.70	-0.154	0.901
4. สภาพแวดล้อมของชุมชน	0.53	0.51	2.00	0.00	4.472	< 0.001
5. การบริหารจัดการ	13.84	2.29	12.00	0.00	3.504	0.003
6. การประเมินมาตรการ IVM	54.94	6.51	54.00	9.89	0.132	0.915
- ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ	6.78	1.96	7.50	2.12	-0.454	0.719
- การเฝ้าระวังสถานการณ์	7.47	1.17	8.00	1.41	-0.508	0.692
- การวางแผนและการดำเนินงาน	6.89	3.05	9.00	1.41	-1.724	0.216
- การดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรฐาน	25.00	0	25.00	0	-	-
- การติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์	8.78	3.01	4.50	4.94	1.202	0.430

จากตารางที่ 5 การเปรียบเทียบบริบทของพื้นที่ การบริหารจัดการ ผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) กับผลการประเมินค่า HI โดยพื้นที่ พบว่า บริบทของพื้นที่ ได้แก่ สภาพแวดล้อมของชุมชน การบริหารจัดการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างพื้นที่ที่มีค่า HI < 10 กับพื้นที่ที่มีค่า HI ≥ 10 ส่วนบริบทของพื้นที่ด้านอื่น ๆ และผลการประเมินมาตรการ IVM ในด้านต่าง ๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ทั้งสองดังกล่าว

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบบริบทของพื้นที่ การบริหารจัดการ ผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคใช้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) กับผลการดำเนินงาน (ผลการประเมินค่า CI โดยพื้นที่)

บริบทของพื้นที่	ผลการประเมินค่า CI โดยพื้นที่				t	P-value
	เท่ากับ 0 (n = 12)		มากกว่า 0 (n = 9)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ความหนาแน่นของประชากร	2049.40	4197.83	554.32	475.79	1.223	0.246
2. พื้นที่อัตราป่วยสูง	100.33	66.91	189.08	126.42	-1.914	0.050
3. การเคลื่อนย้ายประชากร	0.58	0.51	0.22	0.44	1.727	0.101
4. สภาพแวดล้อมของชุมชน	0.58	0.51	0.33	0.50	1.119	0.278
5. การบริหารจัดการ	14.33	2.26	12.77	1.98	1.670	0.112
6. การประเมินมาตรการ IVM	56.58	5.97	52.55	6.94	1.395	0.182
- ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ	7.08	1.56	6.55	2.40	0.574	0.576
- การเฝ้าระวังสถานการณ์	7.58	0.90	7.44	1.50	0.245	0.810
- การวางแผนและการดำเนินงาน	7.08	3.52	7.11	2.26	-0.022	0.983
- การดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรฐาน	25.00	0	25.00	0	-	-
- การติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์	9.83	2.28	6.44	3.60	2.469	0.029

จากตารางที่ 6 การเปรียบเทียบบริบทของพื้นที่ การบริหารจัดการ ผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคใช้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) กับผลการประเมินค่า CI โดยพื้นที่ พบว่า พื้นที่พบอัตราป่วยสูง และผลการประเมินมาตรการ IVM ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างพื้นที่ที่มีค่า CI = 0 กับพื้นที่ที่มีค่า CI \geq 0 โดยพื้นที่ (p = 0.050) ส่วนบริบทของพื้นที่ด้านอื่น ๆ การบริหารจัดการ และผลการประเมินมาตรการ IVM ในด้านต่าง ๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ทั้งสองดังกล่าว

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผลพบว่า ผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 ด้านความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ผ่านเกณฑ์ในเรื่องมีคณะกรรมการที่มาจากภาคส่วนต่าง ๆ ส่วนใหญ่หน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ คือ สาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นเพิ่ม และมีการประชุมคณะกรรมการ แต่ยังไม่มีการสำรวจความพร้อม สำหรับด้านการเฝ้าระวังสถานการณ์มีการเฝ้าระวังสถานการณ์ และการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย ส่วนด้านการวางแผนการดำเนินการมีการวางแผนในการระดมและบูรณาการทรัพยากรในการควบคุมโรคไข้เลือดออก และมีแผนความร่วมมือของหน่วยงานเครือข่ายระดับท้องถิ่น เนื่องจากผู้ประสานงานในระดับท้องถิ่นยังไม่เข้าใจว่าหน่วยงานไหนจะเป็นหน่วยงานหลักในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคโดยคิดว่าหน่วยงานหลักน่าจะเป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหน่วยงานเดียว สำหรับด้านการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรฐานได้แก่ความทันเวลาความครบถ้วน ความพร้อม ความทันเวลาในการควบคุม ความครอบคลุม เนื่องจากเป็นบทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการดำเนินงาน และมีความพร้อมทางด้านวิชาการ ทำให้การดำเนินงานผ่านทุกเรื่อง ส่วนด้านการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ มีประเมินผลลัพธ์พาหะ เนื่องจากในระดับพื้นที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคลากรระดับพื้นที่ และมีประสบการณ์ และคิดว่าเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สำหรับการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ภาพรวมตำบล และการวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออกกลุ่มวัยเรียน (อายุ 5-14 ปี) ในระดับตำบล พื้นที่ซึ่งคิดว่าไม่มีความจำเป็นในการดำเนินงานในเรื่องนี้

การเปรียบเทียบบริบทของพื้นที่ การบริหารจัดการ กับผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) พบว่าบริบทของพื้นที่ ได้แก่ ความหนาแน่นของประชากร พื้นที่อัตราป่วยสูง การเคลื่อนย้ายประชากร และสภาพแวดล้อมของชุมชน และการบริหารจัดการ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ที่มีผลการประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) อยู่ในเกณฑ์ดี กับอยู่ในเกณฑ์น้อย เนื่องจากพื้นที่ทำการศึกษาเป็นพื้นที่ที่มีการนำมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) มาใช้ในพื้นที่ผลการประเมินจึงไม่มีความแตกต่างกัน

การเปรียบเทียบบริบทของพื้นที่ การบริหารจัดการ ผลการประเมินมาตรการ IVM กับอัตราป่วยปี 2560 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี พบว่าบริบทของพื้นที่ ได้แก่ ความหนาแน่นของประชากร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น กับพื้นที่ที่มีอัตราป่วยลดลง ส่วนเรื่องอื่นไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องมาจากพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรมาก มีปัญหาในเรื่องของการระบาดของโรคไข้เลือดออก และได้นำมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) มาใช้ใน พื้นที่ ทำให้ในปีที่ดำเนินการประเมินอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจึงลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ศึกษารายงานการประเมินผลการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภาพรวมระดับประเทศปี 2554 พบว่าสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยโดยรวมอยู่ในระดับเสี่ยงมากร้อยละ 12.9 และอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70 ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์สูงและต่ำมีสภาพแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)⁵

การเปรียบเทียบบริบทของพื้นที่ การบริหารจัดการ ผลการประเมินมาตรการ IVM กับผลการประเมินค่า HI โดยพื้นที่ พบว่า บริบทของพื้นที่ ได้แก่ สภาพแวดล้อมของชุมชน การบริหารจัดการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับผลการประเมินค่า HI โดยพื้นที่ ส่วนเรื่องอื่นไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากพื้นที่ที่สภาพแวดล้อมของชุมชนเอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และมีการบริหารจัดการตามมาตรการ IVM ได้มีการนำมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) มาใช้ในพื้นที่ทำให้ผลการประเมินค่า HI จึงลดลง สำหรับการเปรียบเทียบกับผลการประเมินค่า CI โดยพื้นที่ พบว่า บริบทของพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่อัตราป่วยสูง และผลการประเมินมาตรการ IVM ในด้านการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลการประเมินค่า CI โดยพื้นที่เนื่องจากพื้นที่ที่อัตราป่วยสูง และพื้นที่มีกระบวนการ IVM ได้มีการนำมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (IVM) มาใช้ในพื้นที่ทำให้ผลการประเมินค่า CI ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ต้นไสว และคณะ ซึ่งได้ทำการศึกษารื่องการประเมินผลมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสานระดับตำบล ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 3 พบว่า มาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสานมีความสัมพันธ์กับร้อยละอัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานปี พ.ศ. 2559 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทิศทางตรงกันข้ามหรือแปรผกผันกัน กล่าวคือหากตำบลมีการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละอัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานจะลดลง⁶

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรมีการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินการมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสานทั้งพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จกับพื้นที่ที่ไม่ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยไข้เลือดออก และการทบทวนวิธีการ หรือมาตรการ ให้เหมาะสม หรือมีประสิทธิภาพที่จะลดอัตราป่วยไข้เลือดออกได้

2. ควรมีการประชุมวางแผนการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกร่วมกันของแกนนำชุมชน ประชาชน และหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับชุมชน โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมทุกขั้นตอน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรผลักดันให้เป็นนโยบายแห่งชาติ ให้ทุกกระทรวงในระดับพื้นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการในแต่ละกิจกรรม รวมทั้งแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2. ผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ มีการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ และสภาพปัญหาเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และมีการเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ และส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริง

3. ผู้บริหารควรมีการทบทวนการดำเนินงานไข้เลือดออก และหารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506. เข้าถึงได้จาก : http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y59/d26_5259.pdf; 2560.
2. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญเขตสุขภาพที่ 4 ประจำปีลำดับที่ 52 ระหว่างวันที่ 25 - 31 ธันวาคม 2559. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี; 2559.
3. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. แนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaivbd.org/n/contents/view/324513:2555>.
4. สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค. แบบประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคใช้เลือดออกแบบผสมผสาน(Integrated Vector Management : IVM). เข้าถึงได้จาก: <http://irem2.ddc.moph.go.th/page/269>; 2560
5. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. รายงานการประเมินผลการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกภาพรวมระดับประเทศ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
6. ศิริรัตน์ ต้นไสว, ศักดา ทองดีเพ็ง, ไกรวิชญ์ พูลทอง. การประเมินผลมาตรการจัดการพาหะนำโรคใช้เลือดออกแบบผสมผสานระดับตำบล ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 3. กลุ่มแผนงานและประเมินผล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์; 2559.

ผลของน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์

ในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

Effects of Prepregnancy Weight on Pregnancy Outcomes in Thoen Hospital, Lampang Province

นฤนาท จอมภำปิน

Narunard Jompapin

โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

Thoen Hospital, Lampang

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์ 3 กลุ่ม คือสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินกว่าปกติ สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study ทำการศึกษาโดยทบทวนข้อมูลในเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเถิน ทั้งหมด 863 คน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 มิถุนายน 2560 โดยเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติจำนวน 257 คน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติจำนวน 445 คน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติจำนวน 161 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และ standard deviation (SD) และใช้ one-way ANOVA, chi-square test หรือ Fisher's exact test ในการวิเคราะห์ข้อมูลหาความแตกต่างของตัวแปรทั้ง 3 กลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และค่าของเขตช่วงความเชื่อมั่น 95% confidence interval

ผลการศึกษา : พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติพบมีภาวะซีด การคลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อย และการคลอดก่อนกำหนด สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติ พบมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การคลอดทารกตัวโต และการผ่าคลอด สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : พบว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ และเกินปกติ ส่งผลต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีตามมา ดังนั้นควรส่งเสริมให้หญิงที่เตรียมตัวตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายที่ปกติก่อนตั้งครรภ์ นอกจากนี้ควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด ถ้าพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินหรือต่ำกว่าปกติ

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกาย, ผลลัพธ์การตั้งครรภ์, การตั้งครรภ์

Abstract

Objectives : To determine effects of prepregnancy weight on pregnancy outcomes and complications among underweight, normal-weight and excessive-weight pregnancy women using prepregnancy body mass index (BMI) in Thoen Hospital, Lamphang Province

Materials and Methods : This was a retrospective cohort study that included 863 pregnant women attending antenatal care at Thoen Hospital from October 1, 2014 to June 30, 2017. Medical records of these pregnant women were reviewed. The pregnancy outcomes and complications were determined in 161 underweight pregnant women (BMI < 18.5 Kg/M²), 445 normal weight pregnant women (BMI 18.5 – 24.9 Kg/M²) and excessive-weight pregnant women (BMI ≥25 Kg/M²) respectively. Data analysis was conducted using descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation (SD). Inferential statistics included one-way ANOVA, chi-square test and Fisher's exact test with a statistical significant level of 0.05. Relative risk (RR) and 95% confidence interval was used to present the strength of association between risk factors and pregnancy outcomes.

Results : The study revealed that the low BMI pregnant women increased risk of anemia, low birth weight infant, preterm labor. Excessive-weight pregnant women increased risk for hypertension in pregnancy, diabetic in pregnancy, large fetus and cesarean delivery rate.

Conclusion : Both underweight and excessive-weight pregnant women increased risk of adverse pregnancy outcomes. Therefore, prepregnant woman should be educated to have normal body mass index before pregnancy. The results of this study indicate that surveillance and prevention of pregnancy complications in underweight and excessive-weight pregnant women should be concerned.

Key words: Body Mass Index (BMI), pregnancy outcome, pregnancy

บทนำ

เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า ภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ มีผลต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ โดยพบว่าภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของมารดาก่อนตั้งครรภ์ (pregnancy overweight and obesity) เป็นสาเหตุหลักประการหนึ่งของภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อัตราการผ่าตัดคลอด การรักษาในโรงพยาบาลนาน⁽¹⁻³⁾ ส่วนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำพบมีปัญหาเรื่องเสี่ยงต่อภาวะการคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อย (<2,500 กรัม) และมารดามีภาวะโลหิตจาง มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ⁽⁴⁾

ในปี พ.ศ. 2533 Institute of Medicine (IOM) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำแนะนำเรื่องการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์โดยอ้างอิงจากดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เป็นหลัก โดยการแบ่งดัชนีมวลกาย (body mass index, Kg/M²) ออกเป็น 4 ระดับ คือ ดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติ (<19.8 Kg/M²) ดัชนีมวลกายปกติ (19.8–26 Kg/M²) ภาวะน้ำหนักเกินปกติ (>26–29 Kg/M²) และภาวะอ้วน (>29 Kg/M²)⁽⁵⁾

สำหรับประชากรในประเทศไทย ดัชนีมวลกายดังกล่าวอาจไม่เหมาะสม เนื่องจากประชากรชาวไทยมีขนาดตัวที่เล็กกว่า ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2547 องค์การอนามัยโลก จึงได้แนะนำดัชนีมวลกายที่เหมาะสมกับชาวเอเชียรวมทั้ง

ชาวไทยด้วย กล่าวคือ ดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติ ($<18.5 \text{ Kg/M}^2$) ดัชนีมวลกายปกติ ($18.5-24.9 \text{ Kg/M}^2$) ภาวะน้ำหนักเกิน ($25-29.9 \text{ Kg/M}^2$) และภาวะอ้วน ($\geq 30 \text{ Kg/M}^2$)⁽⁶⁾

โรงพยาบาลเถินเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับกลาง ขนาด 60 เตียง มีผู้รับบริการการคลอดประมาณ 350 ราย/ปีและจากการสังเกตผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลเถิน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มักมีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในบางตัวชีวิตที่ยังคงเป็นปัญหา เช่น ภาวะทารกตัวโตซึ่งเสี่ยงต่อการคลอดยาก คลอดติดไหล่ และนำมาซึ่งปัญหาต่างๆ เช่นภาวะทารกขาดออกซิเจนหลังคลอด ยังเพิ่มอัตราการผ่าคลอด เพิ่มความเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอด และเคยก่อให้เกิดปัญหาในการเสี่ยงต่อการฟองรื่อง ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานมักมีปัญหา เช่น ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวเล็ก อีกทั้งในปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก็ยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ซึ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักมีปัญหาเรื่องน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่าปกติ และอาจส่งผลต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ตามมาได้

ดังนั้นทั้งในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินปกติและหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าปกติ อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดี และอาจเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาฟองรื่องขึ้นได้ ที่สำคัญในปัจจุบันปัญหาการฟองรื่องทางการแพทย์สูงขึ้นมากโดยเฉพาะในทางสูติกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ให้เห็นข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อนำมาใช้อ้างอิงและนำมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไปในการป้องกันและวางแผนแนวทางการดูแลรักษาการฝากครรภ์และการคลอดให้มีคุณภาพมาตรฐานสูงสุด เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีที่สุดต่อไป

จากการศึกษาการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จะมีแนวโน้มของผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอดไม่ดี โดยความเสี่ยงและผลกระทบ

ที่พบได้บ่อย เช่น การคลอดก่อนกำหนด ความจำเป็นต้องได้รับการชักนำการคลอด การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ทารกมีขนาดใหญ่ ทารกมีน้ำหนักน้อย ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ เป็นต้น⁽⁷⁾

สำหรับการศึกษาเรื่องผลของการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ ยังมีการศึกษาไม่มาก ผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน บางการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด ทารกที่คลอดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์และภาวะโลหิตจางในมารดาเพิ่มขึ้น^(3,4,8) ขณะที่บางการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ลดลง^(9,10) ในประเทศไทย จุลพงษ์⁽⁴⁾ รายงานผลการศึกษาที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติมีอุบัติการณ์คลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อย ($<2,500$ กรัม) และมารดามีภาวะโลหิตจางมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะแทรกซ้อน อื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ การตกเลือดหลังคลอด พบว่าไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของบรรจง⁽¹¹⁾ พบว่าระดับฮีมาโตคริตมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของสตรีตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าส่วนมากจะเป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การตั้งครรภ์เพียง 2 กลุ่ม โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินกว่าปกติและสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ และการศึกษาระหว่างกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ และทำการศึกษาต่างสถานที่กัน ทั้งนี้การศึกษาก็มีข้อมูลบางอย่างที่ให้ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่คล้ายกัน แต่ก็ยังมีบางอย่างที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบ 3 กลุ่มพร้อมกันในสถานที่การศึกษาเดียวกัน ผู้วิจัยจึงอยากศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ทั้ง 3 กลุ่ม และเป็นการศึกษาในพื้นที่เพื่อจะได้เป็นแนวทาง

ในการนำข้อมูลมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อไปในอนาคตได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ขณะคลอดและหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์ 3 กลุ่ม คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินกว่าปกติ สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ การศึกษาลักษณะนี้ยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลเดิม ผู้ทำการวิจัยเชื่อว่าผลการศึกษจะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเดิม รวมถึงเป็นข้อมูลเพื่อย้อนกลับไปยังภาคีเครือข่ายในการให้การดูแลและเฝ้าระวังสตรีที่วางแผนการตั้งครรภ์ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชากรในอำเภอเดิมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ขณะคลอดและหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์ 3 กลุ่ม คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินกว่าปกติ สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ และ สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study ได้ผ่านการขอรับรองการดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลลำปาง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน การเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

1. ทำการศึกษาโดยทบทวนข้อมูลในเวชระเบียน บันทึกการฝากครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่กำหนดไว้ในการศึกษา บันทึกการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินกว่าปกติ ($BMI \geq 25 \text{ Kg/M}^2$) สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ

($BMI 18.5 - 24.9 \text{ Kg/M}^2$) และสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ ($BMI < 18.5 \text{ Kg/M}^2$) ซึ่งได้รับฝากครรภ์ตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ ที่ได้รับการตรวจยืนยันอายุครรภ์ที่แน่นอน และมาคลอดที่โรงพยาบาลเดิม ทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 - 30 มิถุนายน 2560 ที่มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน บันทึกการฝากครรภ์ การคลอด ครบถ้วนตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในการศึกษา การคำนวณค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์จากการคำนวณจากค่าน้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม)หารด้วยส่วนสูง (หน่วยเป็นตารางเมตร)

2. ค่าที่ได้จากการบันทึกน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์และส่วนสูงของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการชักประวัติในการฝากครรภ์ครั้งแรก และเก็บข้อมูลอายุของมารดา ภูมิลาเนา ประวัติการตั้งครรภ์ การแท้ง ภาวะแทรกซ้อนที่พบเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และระหว่างการฝากครรภ์ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้องูทางเดินปัสสาวะ อายุครรภ์ที่คลอด วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด คะแนนเอพการ์ที่ 1 นาที และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดของมารดาและทารก ดัชนีมวลกายกำหนดตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾ ที่ดัชนีมวลกายเกินปกติที่ $BMI \geq 25 \text{ Kg/M}^2$ ดัชนีมวลกายปกติที่ $BMI 18.5 - 24.9 \text{ Kg/M}^2$ และดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติที่ $BMI < 18.5 \text{ Kg/M}^2$

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน จำนวน 257 คน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 445 คน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ จำนวน 161 คน

คำนิยามที่ใช้ในการศึกษา

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คือภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตตัวบนเท่ากับหรือมากกว่า 140 และหรือตัวล่างเท่ากับหรือมากกว่า 90 mmHg

ซึ่งรวมถึงภาวะ gestational hypertension, chronic hypertension, pregnancy induced hypertension

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือภาวะที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวาน ซึ่งรวมถึงภาวะ overt diabetic mellitus และภาวะ gestational diabetic mellitus ทั้ง type 1 (GDM A1) และ type 2 (GDM A2)

ภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ คือ ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีค่าผลเลือด hematocrit ต่ำกว่า 33 %

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) : หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการคลอดที่โรงพยาบาลเถินจังหวัดลำปางทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 มิถุนายน 2560

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) : หญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนตามหัวข้อที่จะศึกษา

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ one-way ANOVA, chi-square test, Fisher's exact test ในการวิเคราะห์ข้อมูลหาความแตกต่างของทั้ง 3 กลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และนำเสนอค่า relative risk (RR) และค่าของเขตช่วงความเชื่อมั่น 95% confidence interval

ผลการศึกษา

ทำการศึกษาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 มิถุนายน 2560 พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดและเคยมาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลเถินทั้งหมด 893 คน เป็นสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในการศึกษาจำนวน 863 คน เป็นสตรีตั้งครรภ์มีดัดขึ้นมวलयต่ำกว่าปกติจำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 18.66 ดัดขึ้นมวलयปกติจำนวน 445 คน คิดเป็นร้อยละ 51.56 และดัดขึ้นมวलय

เกินปกติ 257 คน คิดเป็นร้อยละ 29.78 ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ของ 3 กลุ่ม โดย ทบทวนข้อมูลในเวชระเบียน บันทึกการฝากครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่กำหนดไว้ในการศึกษา สมุดบันทึกการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ซึ่งได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ ที่ได้รับการตรวจยืนยันอายุครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และมาคลอดที่โรงพยาบาลเถิน ทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 มิถุนายน 2560 ที่มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน บันทึกการฝากครรภ์ การคลอด ครบถ้วนตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในการศึกษา การคำนวณค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์จากการคำนวณจากค่าน้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม)หารด้วยส่วนสูง (หน่วยเป็นตารางเมตร)

ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 3 กลุ่ม มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยกลุ่มดัดขึ้นมวलयต่ำกว่าปกติเท่ากับ 17.3 กลุ่มดัดขึ้นมวलयปกติเท่ากับ 21.1 และกลุ่มดัดขึ้นมวलयเกินปกติเท่ากับ 28.0 ส่วนเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับอายุ พบว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติมีอายุเฉลี่ยที่มากกว่ากลุ่มดัดขึ้นมวलयปกติ และต่ำกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 28.5, 21.1 และ 17.3 ปี ตามลำดับ ถ้าแยกตามกลุ่มอายุหญิงตั้งครรภ์พบว่าส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ แต่จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติสูงถึงร้อยละ 37.9 ขณะที่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ ≥ 35 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเกินปกติสูงถึงร้อยละ 39.0 ส่วนเรื่องจำนวนการตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติส่วนใหญ่พบในครรภ์แรก ส่วนกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติส่วนใหญ่จะตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป เรื่องประวัติการแท้งของทั้ง 3 กลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่ดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ ดัชนีมวลกายปกติ และดัชนีมวลกายเกินปกติ

ข้อมูลทั่วไป	BMI<18.5 Kg/M ² (n=161)	BMI 18.5 – 24.9 Kg/M ² (n=445)	BMI ≥25Kg/M ² (n=257)	p-value
BMI Mean (SD)	17.3 (0.9)	21.1 (1.7)	28.0 (3.2)	<0.001
Maternal age Mean (SD)	23.4 (5.7)	26.7 (6.5)	28.5 (6.2)	<0.001
<20 ปี	44 (37.9)	57 (49.2)	15 (12.9)	
20-34 ปี	111 (17.4)	327 (51.4)	199 (31.2)	
≥35 ปี	6 (5.5)	61 (55.5)	43 (39.0)	
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์				
1	102 (63.4)	194 (43.6)	84 (32.7)	<0.001
2	39 (24.2)	154 (34.6)	100 (39.0)	
≥3	20 (12.4)	97 (21.8)	73 (28.3)	
ประวัติการแท้ง				
ไม่เคยแท้ง	137 (85.1)	356 (80.0)	209 (81.3)	0.364
เคยแท้ง≥1 ครั้ง	24 (14.9)	89 (20.0)	48 (18.7)	

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติพบอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางในมารดาสูงถึงร้อยละ 26.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติและเกินปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานและภาวะตกเลือดหลัง คลอดพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติจะมีอุบัติการณ์การเกิดสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติและต่ำกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเรื่องการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์พบสูงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติ โดยพบว่าสูงกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์

ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในมารดา	BMI<18.5	BMI 18.5-24.9	BMI ≥25	p-value	RR	95 %CI
	Kg/M ² (n=161)	Kg/M ² (n=445)	Kg/M ² (n=257)			
Anemia	42 (26.1)	59 (13.3)	17 (6.6)	<0.001	1.97 ^A	1.38-2.80 ^A
					0.50 ^B	0.30-0.84 ^B
HT in pregnancy	1 (0.6)	9 (2.0)	23 (8.9)	<0.001	0.31 ^A	0.39-2.41 ^A
					4.42 ^B	2.08-9.42 ^B

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

ภาวะแทรกซ้อน ของการตั้งครรภ์ในมารดา	BMI<18.5	BMI 18.5-24.9	BMI ≥25	p-value	RR	95 % CI
	Kg/M ² (n=161)	Kg/M ² (n=445)	Kg/M ² (n=257)			
GDM	0	10 (2.2)	19 (7.4)	<0.001	NA ^A 3.30 ^B	1.55-6.97 ^B
PPH	0	3 (0.7)	7 (2.7)	0.043 ^{*B}	NA ^A 4.04 ^B	1.05-15.49 ^B
UTI	21 (13)	45 (10.1)	48 (18.7)	0.050	1.29 ^A 1.85 ^B	0.79-2.10 ^A 1.26-2.70 ^B

A การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม BMI<18.5 Kg/M² และ BMI 18.5 - 24.9 Kg/M²

B การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม BMI 18.5 - 24.9 Kg/M² และ BMI ≥25 Kg/M²

* Fisher's Exact test

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในทารก พบว่าหญิงที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติ มีน้ำหนักทารกแรกคลอดสูงกว่ากลุ่มหญิงที่มีดัชนีมวลกายปกติและต่ำกว่าปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ 3,269.1, 3,094.2 และ 2,874.6 กรัม ตามลำดับ และจากผลการศึกษา พบว่าอายุครรภ์ตอนคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ ดัชนีมวลกายปกติ และดัชนีมวลกายเกินปกติ มีอายุครรภ์เฉลี่ยตอนคลอดไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

จากการศึกษายังพบว่าทารกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติจะมีอุบัติการณ์การเกิดสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติก็มีอุบัติการณ์การคลอดทารกตัวโตมากกว่า 3,500 กรัม สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ส่วนเรื่องภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกคลอดที่ค่าคะแนนแอฟการ์น้อยกว่า 8 พบว่า ทั้งกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ และเกินปกติ มีอุบัติการณ์การเกิดสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเรื่องอุบัติการณ์การผ่าคลอดพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติมีอุบัติการณ์สูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติและต่ำกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษา พบว่าอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด 37 สัปดาห์ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติมีอุบัติการณ์สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนเรื่อง การคลอดเกินกำหนด 40 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในทารก

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ในทารก	BMI<18.5 Kg/M ² (n=161)	BMI 18.5 - 24.9 Kg/M ² (n=445)	BMI ≥25 Kg/M ² (n=257)	p-value	RR	95% CI
ทารก BW <2500 gm	12 (7.5)	6 (1.3)	9 (3.5)	0.010	5.53 ^A 2.60 ^B	2.11-14.48 ^A 0.94-7.21 ^B
ทารก BW >3500 gm	12 (7.5)	54 (12.1)	76 (29.6)	<0.010	0.61 ^A 2.44 ^B	0.34-1.12 ^A 1.78-3.33 ^B
Low apgar < 8 at 1 min	5 (3.1)	1 (0.2)	5 (1.9)	0.011	13.82 ^A 8.66 ^B	1.63-117.40 ^A 1.02-73.70 ^B
Perinatal mortality	0	0	0	NA	NA	
การผ่าตัดคลอด	41 (25.5)	124 (27.9)	131 (51.0)	<0.001	0.91 ^A 1.83 ^B	0.68-1.24 ^A 1.51-2.22 ^B
<37 สัปดาห์	19 (11.8)	15 (3.4)	10 (3.9)	<0.001	3.50 ^A 1.15 ^B	1.82-6.72 ^A 0.53-2.53 ^B
>40 สัปดาห์	25 (15.5)	60 (13.5)	35 (13.6)	0.803	1.15 ^A 1.01 ^B	0.75-1.77 ^A 0.69-1.49 ^B
น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย (SD)	2,874.57 (426.8)	3,094.17 (327.4)	3,269.09 (468.2)	<0.001		
อายุครรภ์ตอนคลอด เฉลี่ย (+-SD) (วัน)	269.47 (11.1)	271.58 (7.9)	270.92 (9.8)	0.057		

A การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม BMI<18.5 Kg/M² และ BMI 18.5 - 24.9 Kg/M²

B การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม BMI 18.5 - 24.9 Kg/M² และ BMI ≥25 Kg/M²

วิจารณ์

การศึกษาเปรียบเทียบผลของการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยการศึกษาของ Verma⁽³⁾ ทวีลาภ⁽¹²⁾ และจุลพงษ์⁽⁴⁾ พบว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำ พบอุบัติการณ์ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยและภาวะซีดในมารดาสูงกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้พบเช่นกันว่า สตรีที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า

ปกติพบความเสี่ยงที่จะคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย และภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าสูงกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติถึง 5.89 เท่า และ 2.31 เท่า ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกคลอดต่ำกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติและเกินปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ 2,874.6, 3,094.2 และ 3,269.1 กรัม ตามลำดับ

มีการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติมีปริมาณเลือดในร่างกายต่ำกว่าปกติทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงทารกในครรภ์ลดลง⁽¹³⁾ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุอีกประการที่ทำให้ทารกแรกคลอดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย และมีการศึกษาของบรรจง⁽¹¹⁾ พบว่าระดับฮีมาโตคริตมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของสตรีตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติยังมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 11.8 และมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติถึง 3.83 เท่า ซึ่งคล้ายกับการศึกษาในไทยที่มีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดสูงเท่าเช่นกัน แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ อย่างเช่นการศึกษาของทวิลาภ⁽¹²⁾ และจุลพงศ⁽⁴⁾ ซึ่งผลที่ต่างกันตรงนี้อาจเป็นผลมาจากบริบทโรงพยาบาลที่ต่างกันคือโรงพยาบาลของทวิลาภและจุลพงศ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ส่วนโรงพยาบาลเถินที่ทำการวิจัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องมีสูติแพทย์เพียงคนเดียวและทีมงานที่ไม่พร้อมทำให้บางครั้งต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในกรณีที่เกิดศัลยกรรมของโรงพยาบาลโดยเฉพาะกรณีที่เป็นภาวะคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 34 สัปดาห์ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างได้

เรื่องภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกคลอดที่คะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาที น้อยกว่า 8 พบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบร้อยละ 3.1 ส่วนการศึกษาของจุลพงศ⁽⁴⁾ พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของ

ทารกแรกคลอดที่คะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาที น้อยกว่า 7 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากบริบทโรงพยาบาลที่ต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติมีอุบัติการณ์การคลอดทารกแรกคลอดตัวโตเกิน 3,500 กรัม โดยพบถึงร้อยละ 29.6 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติถึง 3.04 เท่า ซึ่งการที่ทารกตัวโตอาจจะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งพบมากกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ การที่ทารกตัวโตยังสัมพันธ์กับอัตราการผ่าคลอดที่สูงกว่ากลุ่มอื่นเช่นกันโดยพบมากถึง ร้อยละ 51 โดยมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติถึง 2.69 เท่า ซึ่งผลการศึกษานี้ก็คล้ายกับการศึกษาอื่นที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน ร้อยละ 17.5 คลอดทารกที่มีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ หรือมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม⁽¹⁴⁾ โดยพบร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะตัวโตของทารก ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินของมารดา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร⁽¹⁵⁾ ซึ่งทำให้ทารกเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการคลอดเนื่องจาก การคลอดติดไหล่หรือต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติมีปัญหาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญโดยพบว่ามากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติถึง 4.76 เท่า ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาอื่นซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง มากกว่าสตรีที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2-2.5 เท่า และสตรีที่มีภาวะอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ preeclampsia ได้สูงกว่า 3.2-3.8 เท่า⁽¹⁴⁾ โดยร้อยละ 6.5 มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์⁽¹⁶⁾ และสตรี

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 18.7 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์⁽¹⁷⁾ โดยสตรีที่มีภาวะอ้วน จะมีพยาธิสภาพของเซลล์หลอดเลือดแดง (endothelial cell dysfunction) จากปฏิกิริยาไกลเคชันในการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคส (glycation) ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแข็งตัวและสูญเสียความยืดหยุ่น ร่วมกับมีการอุดตันของคราบไขมันในหลอดเลือด (atherosclerosis) จึงทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น⁽¹⁸⁾

จากการศึกษาฉบับนี้พบว่าทั้งในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายทั้งต่ำและเกินกว่าปกติมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม ดังนั้นสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่เตรียมการตั้งครรภ์เพื่อเป็นการดำเนินงานเชิงรุกในการลดการตั้งครรภ์ของกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าและเกินปกติ ประกอบกับการเฝ้าระวังเชิงรับในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงนี้ตั้งครรภ์ โดยกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติควรเฝ้าระวังภาวะซีด การคลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อย การคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกพร่องออกซิเจนแรกคลอด ส่วนกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติควรเฝ้าระวังภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเยอะซึ่งจะสัมพันธ์กับการคลอดทารกตัวโต การผ่าคลอด และภาวะทารกพร่องออกซิเจนแรกคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion no. 548: weight gain during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013;121:210-2.
2. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. Washington (DC): National Academies Press; 2009.
3. Verma A, Shrimali L. Maternal body mass index and pregnancy outcome. *J Clin Diagn Res* 2012;6: 1531-3.
4. จุลพงศ์ อจลพงศ์. ความสัมพันธ์ของสตรีที่มีภาวะดัชนีมวลกายต่ำกว่ามาตรฐานและผลการตั้งครรภ์ในสตรีที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเชียงราย ประชานุกรณ์. *วารสารกรมการแพทย์* 2558; 40:94-101.
5. Institute of Medicine (US) Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation. *Nutrition during pregnancy: part I weight gain: part II nutrient Supplements*. Washington (DC): National Academies Press; 1990.
6. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363:157-63.
7. Tenenbaum-Gavish K, Hod M. Impact of maternal obesity on fetal health. *Fetal Diagn Ther* 2013;34: 1-7.
8. Allen LH, Lung'aho MS, Shaheen M, Harrison GG, Neumann C, Kirksey A. Maternal body mass index and pregnancy outcome in the Nutrition Collaborative Research Support Program. *Eur J Clin Nutr* 1994;48 Suppl 3:S68-76;discussion S76-7.

9. Sahu MT, Agarwal A, Das V, Pandey A. Impact of maternal body mass index on obstetric outcome. *J Obstet Gynaecol Res* 2007;33:655-9.
10. Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA, Bhattacharya S. Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. *BMC Public Health* 2007;7:168.
11. บรรจง ไวยเมธา. อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมารดาต่อน้ำหนักแรกเกิดของทารกในหญิงมีครรภ์ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลปัตตานี. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2542;22:1-9.
12. ทวีลาภ โชติกิตติกุล. การศึกษาเปรียบเทียบผลของการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติและสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกระบี่. *วารสารกรมการแพทย์* 2559;41:113-8.
13. Salas SP, Rosso P. Reduced plasma volume and changes in vasoactive hormones in underweight pregnant women. *Rev Med Chil* 1998;126:504-10.
14. Nodine PM, Hastings-Tolsma M. Maternal obesity: improving pregnancy outcomes. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2012;37:110-5.
15. Shieh C, Wu J. Depressive symptoms and obesity/weight gain factors among Black and Hispanic pregnant women. *J Community Health Nurs* 2014;31:8-19.
16. Bodmer-Roy S, Morin L, Cousineau J, Rey E. Pregnancy outcomes in women with and without gestational diabetes mellitus according to the International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups criteria. *Obstet Gynecol* 2012;120:746-52.
17. Knight KM, Pressman EK, Hackney DN, Thornburg LL. Perinatal outcomes in type 2 diabetic patients compared with non-diabetic patients matched by body mass index. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25:611-5.
18. Salzer L, Tenenbaum-Gavish K, Hod M. Metabolic disorder of pregnancy (understanding pathophysiology of diabetes and preeclampsia). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015;29:328-38.

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

Quality of Life in AIDS Patients Receiving Antiretroviral Therapy in Lamlukka Hospital, Pathum Thani Province.

นราพงศ์ธีรฉัตรวิภาส

Narapong Theeraakarawipas

โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

Lamlukka Hospital, Pathum Thani

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อลดปริมาณเชื้อเอชไอวี และเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน แต่ก็ต้องมีอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิต และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำนวน 157 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 ธันวาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานที่ใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์ ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 2.14 อยู่ในระดับต่ำ (จากคะแนนเต็ม 5) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ย 2.38 จัดอยู่ในระดับปานกลาง อันดับที่สอง คือ ด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ย 2.36 จัดอยู่ในระดับปานกลาง อันดับที่สาม คือ ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 2.17 อันดับที่สุดคือด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 2.06 และอันดับสุดท้าย คือคุณภาพชีวิตในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 1.88 ซึ่งสามอันดับสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมกรดแลคติกสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลลำลูกกา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพในการรักษาที่ต่อเนื่อง จัดเพิ่มช่องทางการดูแลรักษาที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว ไม่เปิดเผยตัวในหลายๆ จุดบริการ รวมถึงการให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องการปรับตัวที่จะอยู่ในสังคมอย่างเป็นปกติสุข โดยเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารที่ทันสมัย เช่น ทาง LINE, เฟสบุ๊ก และการประสานงานในการส่งเสริมอาชีพ หาช่องทางการหารายได้เสริมเพื่อเพิ่มรายได้ให้มากขึ้น ซึ่งเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเอดส์, ยาต้านไวรัส, คุณภาพชีวิต

Abstract

AIDS patients receiving antiretroviral therapy must take medicine for life to reduce HIV and increase immunity but it has side effects contributing to quality of life. The objectives of this research were to determine the level of quality of life and factors related to quality of life among AIDS patients receiving antiretroviral therapy in Lam Lukka Hospital during 1 January to 31 December 2016. Data by using WHOQOL-BREF-THAI questionnaires were collected from 157 AIDS patients. The statistics for analyzing data included frequency, percentage, mean, standard deviation, range, chi-square test, and Pearson's product moment correlation coefficient. The results showed that the overall quality of life in AIDS patients receiving antiretroviral therapy in Lam Lukka Hospital was in low level (mean = 2.14 of 5). The patients were also in the middle level for two aspect of quality of life (physical and psychological), while the other aspect were in low level for quality of life (social, environment and the overall). The highest mean score was found in physical domain (mean = 2.38), followed by psychological domain (mean = 2.36), environment domain (mean = 2.17), social domain (mean = 2.06) and the overall domain (mean = 1.88). Factors including personal characteristics, social support, health status, and self-care behavior were not significantly related to quality of life in these AIDS patients at the 0.05 level of significance.

It is essential to integrate physical, mental, and social care and support from related agencies to increase effective and continuous management for AIDS patients. There should be additional channels of care that can be accessed easily, quickly, and indiscriminately, including multiple points of services and counseling to adjust life skills in a normal society by using modern social communication channels (such as the LINE, Facebook). Coordination with agencies of career promotion to increase income among the patients may provide better quality of life.

Key words: AIDS patients, Antiretroviral therapy, Quality of life

บทนำ

โรคเอดส์ นับเป็นโรคที่มีอันตรายสูง เพราะเป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ และยังไม่มียาวัคซีนป้องกันโรคที่ได้ผล ซึ่งแต่ละปีจะมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาของสังคมโลกทุกประเทศ ในปี 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 5 ล้านคน ซึ่งสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเพียง 1.8 ล้านคน คิดเป็น 36% เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 340,000 คน มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก จำนวน 240,000 คน แม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อจะมีแนวโน้มลดลง แต่จำนวน

ผู้เสียชีวิตนั้นกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสม จำนวน 481,241 ราย และกินยาต้านไวรัสเอชไอวี สะสมจำนวน 355,123 ราย⁽²⁾ โดยปัจจุบันใช้ยาต้านไวรัสในสูตรที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) ซึ่งเป็นยา 3 ชนิดร่วมกันแม้ว่าจะยังไม่สามารถให้หายขาดได้แต่การรักษาด้วยยาสูตร HAART จัดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง⁽³⁾ สามารถลดและยับยั้งปริมาณเชื้อไวรัส เอช ไอ วี ในกระแสเลือดได้ถึงร้อยละ 60-90 ของผู้ที่ได้รับยา⁽⁴⁾ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

และสม่ำเสมอ จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ แต่ก็ยังมีปัญหาสำคัญ คือ อาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่ การเกิดปฏิกิริยาต่อผิวหนัง เกิดผื่นแดง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีไข้ อ่อนเพลีย สับสน มึนงง นอนไม่หลับ ต้องได้รับการจัดการที่ดี⁽⁶⁾

สถานการณ์ด้านการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี 2557 มีผู้ลงทะเบียนรับบริการจำนวน 426,274 ราย มีผู้ได้รับยาต้านไวรัส 320,155 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.1 และมีผู้รับยาต้านไวรัสที่อยู่ในระบบอย่างต่อเนื่อง 258,183 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.6 และมีผู้ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส 106,119 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.9 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อยังไม่สามารถหรือเข้าสู่บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล่าช้า⁽⁷⁾ ด้านงบประมาณในการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และปกป้องการติดเชื้อเอชไอวี เป็นงบที่มีการจัดทำค่าของงบประมาณแยกจากงบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) โดยในปี 2559 ได้รับจัดสรรงบบริการจำนวน 3,011.90 ล้านบาท โดยแบ่งเป็นงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ 1) บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวนเงิน 2,811.90 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 93.4 2) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวนเงิน 200 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6.6⁽⁸⁾

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายที่ต้องการของบุคคลและเป็นหลักของการพัฒนาประเทศ ซึ่งในแต่ละบุคคลจะให้ความสำคัญในมิติคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไป สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นบุคคลที่มีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังและต้องได้รับยาต้านไวรัสไปตลอดชีวิตที่เหลืออยู่ ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (Health – related quality of life : HRQoL)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จึงมีความจำเป็น และเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง นอกเหนือจากอายุขัย (Life expectancy) หรือการมีชีวิตรอด (Survival) โดยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพจะทำให้เข้าใจว่าโรคและการรักษาที่มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Patient perspective) ซึ่งตรงกับความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care)⁽⁹⁾

ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลในปัจจุบันเน้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและอาการทางคลินิกเป็นหลัก ในขณะที่การดูแลด้านจิตสังคมยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง ทิมสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ได้ตรงกับประเด็นปัญหาของบุคคล ซึ่งการที่จะพัฒนาระบบการดูแลให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมนั้นต้องศึกษาให้เข้าใจและมีความรู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส⁽¹⁰⁾ จึงเป็นงานท้าทายของผู้ให้บริการสุขภาพ ที่จะต้องปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ให้ดีขึ้น ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ตามศักยภาพและสถานภาพของตนแม้จะมีภาวะเจ็บป่วย ก็สามารถรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งต้องไม่มุ่งเฉพาะแต่ผลทางด้านคลินิกเท่านั้น⁽¹¹⁾

สถานการณ์โรคเอดส์ ในจังหวัดปทุมธานี จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ได้รายงานข้อมูลสะสม ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 ถึง 30 ธันวาคม 2559 พบว่า การติดเชื้อและผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง ในส่วนของโรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียนจำนวน 392 คน โดยในปี 2559 มีผู้มารับบริการตรวจ 165 คน ติดเชื้อ 12

คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากปี 2555 – 2559 จำนวน 209, 234, 242, 260 และ 279 ราย ตามลำดับ ในระบบการรักษาโรงพยาบาลลำลูกกาได้ให้บริการดูแลทางคลินิกแก่ผู้ติดเชื้อได้ครอบคลุมตามแนวทางคู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพให้มีบริการตามโครงการโปรแกรม HIVQUAL-T โดยผลการดำเนินงานในปี 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาต้านไวรัสครบ 100 % โดยที่ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส จะได้รับการประเมิน หรือติดตาม Drug Adherence อย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 100 ถ้าได้รับยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน ได้รับการตรวจ Viral Load (VL) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 98.0 และมีการตรวจติดตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 90 การให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่กล่าวมาข้างต้น มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ในการลดปริมาณเชื้อเอชไอวีเพิ่มระดับและคุณภาพของภูมิคุ้มกันของร่างกาย ตลอดจนคงไว้ของการรักษาให้ได้ผลอย่างยาวนาน ทั้งหมดนี้ ก็เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั่นเอง⁽¹²⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิต และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุข ในการส่งเสริม จัดบริการทางการแพทย์ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในอนาคตต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาวิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงสำรวจ (Survey research) ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ในระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2559 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติคือ สามารถพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทย รู้สึกตัวดี สนทนาโต้ตอบได้เป็นปกติ และยินยอมที่จะตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจโดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการทางสถิติ⁽¹³⁾ ได้จำนวน 157 คน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, S.D.) ค่าต่ำสุดและสูงสุด (Range) และสถิติเชิงอนุมานที่ใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะของครอบครัว ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และระดับคุณภาพชีวิต รวมถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbrach's alpha Coefficient) ได้

ค่าความเชื่อมั่น 0.89 ซึ่งแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย มีเกณฑ์การให้คะแนน 1 – 5 คะแนนตามข้อที่เป็นข้อความทางบวกและลบ และแบ่งกลุ่มขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน โดยแปลผลได้ 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีปานกลาง และดี โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย มีคำถามจำนวน 26 ข้อคำถามที่มีข้อความที่ความหมายทางบวก 23 ข้อ และมีข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 ข้อ 9 และ ข้อ 11 โดยมีเนื้อหาครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน และระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม

องค์ประกอบด้านร่างกายจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 3 4 10 11 12 และ 24

องค์ประกอบด้านจิตใจจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 6 7 8 9 และ 23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคมจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13 14 และ 25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15 16 17 18 19 20 21 และ 22

ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม

แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ (ตอบไม่เลยให้ 5 คะแนน, ตอบเล็กน้อยให้ 4 คะแนน, ตอบปานกลางให้ 3 คะแนน, ตอบมาก ให้ 2 คะแนน และตอบมากที่สุด 1 คะแนน)

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ (ตอบไม่เลยให้ 1 คะแนน, ตอบเล็กน้อยให้ 2 คะแนน, ตอบปานกลางให้ 3 คะแนน, ตอบมากให้ 4 คะแนน และตอบมากที่สุด 5 คะแนน)

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ⁽¹⁴⁾

ส่วนในแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลลาลูกกาจังหวัดปทุมธานี เป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 อยู่ในระดับต่ำ ส่วนคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.0 อยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นหญิงคิดเป็นร้อยละ 51.3 ส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 26 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.0 มีอายุเฉลี่ย 40.80 ปี มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 43.5, สมรส ร้อยละ 42.9 ส่วนมากมีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 67.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 34.4 รองลงมาทำอาชีพรับจ้าง / ผู้ใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 28.7 โดยเกือบทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 89.1 มีรายได้ น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้เฉลี่ย 6,842.93 บาท ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 60.8 ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลาลูกกา ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 72.3 เป็นครอบครัวขยายเพียงร้อยละ 27.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี (n = 157 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	154	
หญิง	79	51.3
ชาย	75	48.7
กลุ่มอายุ (ปี)	150	
≤25	12	8.0
26 - 50	114	76.0
≥51	24	16.0
(Range 15 - 75 ปี Mean = 40.82 ปี S.D. = 10.72 ปี)		
สถานภาพสมรส	154	
โสด	67	43.5
สมรส	66	42.9
หม้าย/หย่า/แยก	21	13.6
ระดับการศึกษา	151	
ไม่ได้เรียน	5	3.3
ประถมศึกษา	57	37.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	26.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	32	21.2
อนุปริญญา/ปวส.	6	4.0
ปริญญาตรี	10	6.6
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.7
อาชีพ	157	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	54	34.4
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	45	28.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	44	28.0

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 66.1 ไม่ได้เป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ เป็นสมาชิกเครือข่ายทางสุขภาพเพียงร้อยละ 33.9 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 157 คน ร้อยละ 100 เคยได้รับการช่วยเหลือทางสังคม

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.5 ระบุว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ น้อยกว่า 10 ปี และร้อยละ 18.5 ระบุว่า เป็นโรคเอดส์มากกว่า 10 ปี โดยพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.67 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 91.4 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี และมีผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มาเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปีเพียงร้อยละ 8.6 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพจากการรับยาต้านไวรัสคิดเป็นร้อยละ 42.7 แต่พบว่ามีอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาต้านไวรัส โดยมีอาการอ่อนเพลีย มากที่สุด ร้อยละ 24.2 อันดับที่สองนอนไม่หลับ ร้อยละ 21.0 อันดับสามปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 18.5 โดยที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่า ตนเองมีสถานะสุขภาพเหมือนคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 60.3 คิดว่าตนเองอ่อนแอกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 28.5 และมีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่รู้สึกว่ามันแข็งแรงกว่าคนทั่วไปเพียงร้อยละ 11.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี (n = 157 คน)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี)	146	
< 5	54	37.0
5 – 10	65	44.5
>10	27	18.5
(Range 8 เดือน – 21 ปี mean = 6.67 ปี S.D. = 4.986 ปี)		
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส	140	
< 5	64	45.7
5 – 10	64	45.7
>10	12	8.6
(Range 1 เดือน – 20 ปี mean = 5.27 ปี S.D. = 4.055 ปี)		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี (n = 157 คน) (ต่อ)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพจากการรับยาต้านไวรัส^(*)	157	
ไม่มีอาการ	67	42.7
อ่อนเพลีย	38	24.2
นอนไม่หลับ	33	21.0
ปวดเมื่อยตามตัว	29	18.5
เวียนศีรษะมึนงง	26	16.6
ท้องเสีย	22	14.0
หงุดหงิด	22	14.0
เบื่ออาหาร	20	12.7
ผื่นแดงตามตัว	20	12.7
มีไข้	19	12.1
ปวดศีรษะ	18	11.5
คลื่นไส้ อาเจียน	15	9.6
ปวดท้อง	8	5.1
อื่นๆ วัณโรค น้ำหนักลด ผม่วรง แก้มตอบ	7	4.5
ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของตนเอง	151	
อ่อนแอกว่าคนทั่วไป	43	28.5
เหมือนกับคนทั่วไป	91	60.3
แข็งแรงกว่าคนทั่วไป	17	11.2

*ตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ

จากตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค ในหลายๆ อย่าง มากน้อยตามลำดับดังนี้ การรับบริการตรวจรักษาตามนัด มากที่สุดร้อยละ 84.7 รองลงมาคือรับประทานยาตามแผนการรักษา ร้อยละ 59.9 อันดับสาม มีการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 55.4 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 45.2 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 37.6 และอันดับสุดท้ายคือมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ร้อยละ 36.9 นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ โดยพบว่า มีการมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน มากที่สุดร้อยละ 49.7 รองลงมาคือซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 36.6 อันดับที่สามคือ คลินิกเอกชน/โรงพยาบาล เอกชน ร้อยละ 15.3 และอันดับสุดท้าย คือไปรักษาที่ มิตรไมตรีคลินิก (คลินิกชุมชนอบอุ่นเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ร้อยละ 1.3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี (n = 157 คน)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค*	157	
การรับบริการตรวจรักษาตามนัด	133	84.7
รับประทานยาตามแผนการรักษา	94	59.9
การดูแลสุขภาพตนเอง	87	55.4
รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	71	45.2
การออกกำลังกาย	59	37.6
มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	58	36.9
สถานบริการสาธารณสุขที่ใช้บริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วย*	157	
โรงพยาบาลชุมชน	78	49.7
ซื้อยารับประทานเอง	57	36.6
สถานีอนามัย (รพ.สต)	34	21.7
คลินิกเอกชน/โรงพยาบาลเอกชน	24	15.3
อื่นๆ รพ.มิตรไมตรี	2	1.3

*ตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ

จากตารางที่ 4 พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลาลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 รองลงมาอยู่ในระดับดี 28 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 และสุดท้ายจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 อยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านร่างกายค่าเฉลี่ย 2.38 จัดอยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 รองลงมาคือด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ย 2.36 จัดอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวน 88คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 อันดับที่สามคือด้านสิ่งแวดล้อมมีกลุ่มตัวอย่างมากถึง 110 คน คิดเป็นร้อยละ 70.5 ที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง แต่มีค่าเฉลี่ย 2.17 จัดอยู่ในระดับต่ำ อันดับที่ดี คือด้านสังคมมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง แต่มีค่าเฉลี่ย 2.06 จัดอยู่ในระดับต่ำ และอันดับสุดท้ายคือคุณภาพชีวิตโดยรวม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง แต่มีค่าเฉลี่ย 1.88 จัดอยู่ในระดับต่ำ โดยที่คะแนนในภาพรวมทั้งหมด 26 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง แต่มีค่าเฉลี่ย 2.14 จัดอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิต ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ที่โรงพยาบาลลาลูกกา จังหวัดปทุมธานี รายด้านและภาพรวม (n = 157 คน)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส	จำนวน (คน)	จำนวนที่มีคุณภาพชีวิต(ร้อยละ)			ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
		ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)	
1. ด้านร่างกาย	154	61 (39.6)	91 (59.1)	2 (1.3)	2.38 \pm 0.514
2. ด้านจิตใจ	154	61 (39.6)	88 (57.2)	5 (3.2)	2.36 \pm 0.546
3. ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	155	34 (21.9)	96 (61.9)	25 (16.2)	2.06 \pm 0.616
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	156	36 (23.1)	110 (70.5)	10 (6.4)	2.17 \pm 0.518
5. คุณภาพชีวิตโดยรวม	155	21 (13.5)	95 (61.3)	39 (25.2)	1.88 \pm 0.613
คุณภาพชีวิตรวม 26 ข้อ	156	28 (17.9)	122 (78.3)	6 (3.8)	2.14 \pm 0.446

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส รายละเอียดดังนี้

จากตารางที่ 5 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ด้านปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส

ปัจจัยส่วนบุคคล	Pearson's correlation coefficient	Pearson chi-square	P-value
เพศ	-	1.874	0.392
อายุ	0.004	-	0.970
สถานภาพสมรส	-	1.959	0.743
ระดับการศึกษา	-	16.91	0.153
อาชีพ	-	14.01	0.172
รายได้	0.243	-	0.066
ลักษณะครอบครัว	-	1.607	0.448

จากตารางที่ 6 พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การเป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ และการได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ด้านปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส

ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม	Pearson Chi-Square	P-value
เป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ	0.287	0.592
การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม	*	-

*ไม่สามารถคำนวณได้

จากตารางที่ 7 พบว่าปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นเอดส์ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพจากการรับยาต้านไวรัส และความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ด้านปัจจัยด้านภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ	Pearson's correlation coefficient	Pearson chi-square	P-value
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นเอดส์	0.160	-	0.138
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส	0.091	-	0.413
ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพจากการรับยาต้านไวรัส		3.035	0.219
ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของตนเอง		3.128	0.537

จากตารางที่ 8 พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค และพฤติกรรมการเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	Pearson chi-square	P-value
การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค		
การรับบริการตรวจรักษาตามนัด	0.222	0.895
การดูแลสุขภาพตนเอง	0.974	0.614
การออกกำลังกาย	3.147	0.207
การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	2.550	0.279
รับประทานยาตามแผนการรักษา	1.521	0.468
การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	0.772	0.680
การเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย		
ซื้อยารับประทานเอง	1.779	0.411
คลินิกเอกชน/โรงพยาบาลเอกชน	3.631	0.163
สถานอนามัย	3.710	0.156
โรงพยาบาลชุมชน	2.220	0.330

วิจารณ์

ปัจจัยส่วนบุคคลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงอยู่ในวัยกลางคนมีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย และมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพมากถึงร้อยละ 66.1 ดังนั้นต้องมีการให้เชิญชวนให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายทางสุขภาพให้มากขึ้น เพราะจะได้รับการช่วยเหลือทางสังคม จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลาลูกกา มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมอีกอย่างที่ควรมีคือ การติดต่อสื่อสารการได้รับข้อมูลและการทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่ายังมีผู้ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่อง ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม⁽¹⁵⁾

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.5 ได้รับความรู้ว่าเป็นโรคเอดส์ น้อยกว่า 10 ปี โดยพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยคือ 6.67 ปี โดยเกือบทั้งหมด ร้อยละ 91.4 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งบางคนมีอาการแทรกซ้อน เช่น อากาศอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ปวดเมื่อยตามตัว ดังนั้นต้องช่วยรักษาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยที่ไม่มีอาการของโรคจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีอาการของโรค

ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลลาลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคที่ดีในหลายๆ อย่าง เช่น การตรวจรักษาตามนัด การทานยาตามแผนการรักษา การดูแลสุขภาพตนเอง แต่ในเรื่องที่ควรปรับพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่

ให้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ควรออกกำลังกาย และควรมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมทางเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน มากที่สุด คือร้อยละ 49.7

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส

1. ด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ย 3.50 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความพึงพอใจในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด จิตใจก็มีความสำคัญมากต่อผู้ป่วยโรคเอดส์เพราะผู้ป่วยที่มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความเชื่อมั่นในตัวเอง จะเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2. ด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ย 3.42 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ป่วยเห็นว่าตนเองมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน และสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ เพราะผู้ป่วยที่ไม่มีอาการของโรคจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการติดตามเรื่องผลข้างเคียงจากการรับยาต้านไวรัสและรักษาอาการข้างเคียงนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง

3. ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 3.22 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อดูในรายละเอียดจะเห็นว่า มีหลาย ๆ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ เงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน และความรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง ปลอดภัยในแต่ละวัน ดังนั้นนอกเหนือจากการรักษาต้านร่างกายและจิตใจแล้ว ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหารายได้เสริมเพราะรายได้เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของบุคคลและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

4. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีค่าเฉลี่ย 3.15 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่าผู้ป่วยมีความพอใจในชีวิตทางเพศของตนเองมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุดคือ 2.70 ดังนั้นควรเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย รวมถึงการสนับสนุนด้านจิตใจอย่างตรงจุด และเพียงพอจะช่วยลดความเครียด และสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสนอกจากทางร่างกายแล้ว ด้านจิตใจ ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่

1. ระดับโรงพยาบาล (โรงพยาบาลลำลูกกา)

- ARV คลินิก ในโรงพยาบาล หรือ เคลื่อนที่เพื่อให้เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพิ่มมากขึ้น

- การทำงานเชิงรุก เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพกายใจ

- สร้างแรงจูงใจในการให้ผู้ป่วยมารับบริการอย่างต่อเนื่อง

- สร้างความเข้มแข็งให้กลุ่มเครือข่าย พัฒนาศักยภาพแกนนำผู้ติดเชื้อ

2. ระดับชุมชน (รพ.สต. เครือข่ายผู้ติดเชื้อ)

- เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง และให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการให้คำแนะนำกับสมาชิกในครอบครัวในการดูแลและให้กำลังใจกับผู้ป่วย

- ส่งเสริมกิจกรรมให้ในชุมชนมีการพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือกัน ไม่รังเกียจ

- ประสานงานความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในลักษณะ มีศูนย์สุขภาพชุมชนแบบองค์รวม เช่น สังคมสงเคราะห์ ศูนย์ฝึกอาชีพ หรือองค์กรภาคเอกชน

3. ระดับครอบครัว (ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว) การเปิดเผยตนเองต่อสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะผู้ป่วยต้องการการยอมรับ การสนับสนุน และกำลังใจในการใช้ชีวิตอยู่ต่อ ซึ่งสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญมากที่สุดในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิต⁽¹⁶⁾

- ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียดและสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

- สมาชิกในครอบครัวควรมีความไว้วางใจกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม

- สมาชิกในครอบครัวควรให้ความช่วยเหลือเป็นที่พึ่งพาให้บรรลุนความต้องการในการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

กิจกรรมบูรณาการที่ควรจัดให้กับผู้ป่วยโรคเอดส์

1. กิจกรรมบำบัดที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยเพิ่มความรู้ สร้างความคิด ความเข้าใจในทักษะการจัดการกับความคิด โดยให้ผู้ป่วยยอมรับความสามารถของตนเอง และคุณค่าของตนเอง

2. กิจกรรมเพิ่มทักษะการใช้เวลาว่างในการดูแลตนเอง ดูแลสุขภาพร่างกาย การออกกำลังกาย

3. กิจกรรมการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเอดส์รวมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. กิจกรรมการฝึกอาชีพเพื่อส่งเสริมให้หารายได้มากขึ้น

5. กิจกรรมสร้างกลุ่ม Line เครือข่ายผู้ป่วย เพื่อส่งข่าวสาร คำแนะนำในการดูแลสุขภาพกายใจ การแจ้งเตือนการมาตรวจรักษาตามนัด คำแนะนำในการแก้ปัญหา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 89.1 มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน โดยมีรายได้เฉลี่ย 6,842.93 บาท ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีช่องทางในการหารายได้เสริมโดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ให้มากขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

2. ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึ้นหวัง วิตกกังวล มีค่าเฉลี่ย 3.48 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพอใจในชีวิตทางเพศของตนเอง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 2.70 จัดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข ควรมีคำแนะนำและคำปรึกษาให้กับผู้ป่วยโรคเอดส์โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยการที่วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ ในระยะเริ่มแรก เพื่อให้มีการปรับตัวต่อแผนการดำรงชีวิต ควบคุมสภาวะโรคได้ มีความหวัง ความคิด ความรู้สึกบวกต่อตนเองและมีกำลังใจในการรักษา เพื่อสามารถปรับตัวสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.5 ได้รู้ว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ น้อยกว่า 10 ปี โดยพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.67 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 91.4 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน มีค่าเฉลี่ย 3.44 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้บริหารควรจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ สนับสนุนยาต้านไวรัส ระบบการลงทะเบียน การให้คำปรึกษา และ การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพโดยอาศัย

การเข้าถึงบริการได้ง่าย รวดเร็ว ไม่เปิดเผยตัวในหลายจุดบริการ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตระดับดีเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.5 มีความรู้สึกว่าคุณภาพตนเองอ่อนแอกว่าคนทั่วไป นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มีค่าเฉลี่ย 3.18 และเป็นค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด 5 อันดับแรก ดังนั้นควรมีโครงการเสริมสร้างศักยภาพให้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส พลังความรู้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร พลังเศรษฐกิจสนับสนุนให้มีอาชีพเสริม สามารถพึ่งตนเองได้ พลังใจและพลังสนับสนุนทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนและสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

2. ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เลือกใช้บริการสถานีนอมาัย (ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล -รพ.สต.) เพียงร้อยละ 21.7 ดังนั้นโรงพยาบาลล้าลูกกา ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบริการ เพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการของ รพ. สต และสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งระบบปรึกษาและส่งต่อให้กับ รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้มารับบริการมีความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการกรณีเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือปานกลาง ให้เลือกใช้บริการที่ รพ.สต. ก่อน ซึ่งเป็นสถานบริการที่เข้าถึงได้สะดวกและใกล้บ้านใกล้ใจมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน

3. ผลการศึกษา ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลล้าลูกกา ควรมีนโยบาย ผลักดันให้เกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ช่วยเหลือกัน และกันอย่างยั่งยืน เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การสร้างเครือข่ายภายในชุมชน แคนนำในชุมชนจะเฝ้าระวัง การคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของผู้ป่วยโรคเอดส์เป็น

เครือข่ายโดยสนับสนุนอาคารสถานที่ สนับสนุนกิจกรรม ให้คำปรึกษาและประสานงาน ทำให้กลุ่มสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้รับข้อมูลข่าวสารปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม หรือ ควรจัดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่กลับจากโรงพยาบาลโดยเชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือระหว่างผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ควรขยายผลไปสู่รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเพื่อให้อวดคล้องและครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เช่นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-HIV-BREF) ซึ่งเป็นฉบับย่อมีคำถามจำนวน 31 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกเป็นอิสระ สัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ/ความเชื่อส่วนบุคคล/ศาสนา หรือแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ MOS-HIV มี 10 มิติ โดยครอบคลุมในเรื่องของการทำหน้าที่ของร่างกาย การรับรู้สภาพทั่วไป ความเจ็บปวด การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว สภาพจิตใจ ความรู้สึกเห็นตนน้อย กระบวนการคิด การรับรู้สภาพทั่วไป ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตโดยรวม หรือควรศึกษาปัจจัยเฉพาะเจาะจง เช่น ความเครียด การออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ การดูแลตนเอง ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสที่ครอบคลุมในทุกมิติมากยิ่งขึ้น

2. ควรทำการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์เชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบและเข้าใจอย่างละเอียดมากยิ่งขึ้น เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพครอบครัว วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบริบทของสังคม เพื่อให้เข้าใจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์

3. ควรมีการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลล้าลูกกาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเอดส์อื่น ๆ ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ณรงค์ ตั้งตรงไพโรจน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และทีมงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และผู้ป่วย คลินิก ARV โรงพยาบาลล้าลูกกา ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเอดส์ระดับโลก [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี : สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก : http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151130_35157006.
2. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2559]. เข้าถึงได้จาก : www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/2016/คู่มือ_59_เล่ม_2_AID.pdf.
3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง พ.ศ.2547. กรุงเทพมหานคร: การศาสนา; 2547.

4. Gottlieb S. Non-compliance often the cause when AIDS drugs “fail”. *BMJ* 2000; 320 (7229): 208.
5. Louwagie GM, Bachmann MO, Meyer K, Booyesen FL, Fairall LR, Heunis C. Highly active antiretroviral treatment and health related quality of life in South African adults with human immunodeficiency virus infection: A cross-sectional analytical study. *BMC Public Health* 2007; 7: 244.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างสุขภาพและป้องกันโรคแห่งชาติ ปี 2554 – 2558. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2554.
7. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ “โรคเอดส์ สถานการณ์ ณ ปัจจุบัน” [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก : [http://irem.ddc.moph.go.th/uploads/ file/G.strategic/27May2559/1-60-64%20AIDs%202.docx](http://irem.ddc.moph.go.th/uploads/file/G.strategic/27May2559/1-60-64%20AIDs%202.docx).
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก : www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/2016/คู่มือ_59_เล่ม_2_AID.pdf.
9. พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ* 2550; 2: 327-37.
10. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life a conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995; 273: 59-65.
11. Valencia C, Canaval G, Marin D, Portillo C. Quality of life in persons living with HIV-AIDS in three healthcare institutions of Cali, Colombia. *Colombia Medic* 2010; 41: 206-214.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ 2559 [อินเทอร์เน็ต] ปทุมธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก : 203.157.108.3/cdpathum/file_upload/สถานการณ์เอดส์%2030%20มีย%2059.docx.
13. Yamane T. *Statistic: An introductory analysis*. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
14. Sakthong P, Schommer JC, Gross CR, Sakulbumrungsil R, Prasithsirikul W. Psychometric properties of WHOQOL-BREF-THAI in patients with HIV/AIDS. *J Med Assoc Thai* 2007; 90: 2449-60.
15. Cobb SL. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Med* 1976; 38: 300-14.
16. ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล. คุณภาพชีวิตและปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. [การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช : 2547.

การศึกษาผลความสำเร็จการดูแลรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อคนไทยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

The successful treatment for Thai patients with new smear positive
pulmonary tuberculosis: Using patient center approach
in Muang District, Samut Prakarn Province

พิมพ์พันธ์ คุปต์นิริตัยกุล
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

Pimpan Kuptniratsaikul
Samutprakan Hospital, Samutprakan.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ โดยการทบทวนเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกวัณโรคที่สมัครใจ จำนวน 88 ราย และศึกษาเชิงลึก (In-depth Interview) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นทีมดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล จำนวน 16 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ เวชระเบียน แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จากข้อมูลรายงานวัณโรคอัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อของคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตั้งแต่ปี 2557- 2560 ร้อยละ 97.6, 96.0, 94.5 และ 95.6 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยวัณโรค 88 รายที่ศึกษา พบเป็นชายร้อยละ 60.2 หญิงร้อยละ 39.8 อายุเฉลี่ย 43.6 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 45.5 อาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 30.7 รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 81.7 เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.3) มีพฤติกรรมสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 35.2 โดยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 38.7 รองลงมาคือติดเชื้อ HIV ร้อยละ 19.4 ประวัติครอบครัวเคยป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 19.3 หรือประวัติคนใกล้ชิดในที่ทำงานป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 13.6 อุปสรรคในการมารักษา คือต้องลางานร้อยละ 31.8 และต้องถูกหักค่าแรงเมื่อหยุดงานร้อยละ 15.9 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางประมาณ 100 บาท คิดเป็นร้อยละ 61.4 ระหว่างรักษามีขาดยา ร้อยละ 11.4 ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่ขาดยา พบว่าเป็นการขาดยาระยะสั้น ๆ เมื่อเจ้าหน้าที่ติดตามก็กลับมารักษาต่อร้อยละ 70.0 และมีขาดยาไม่กลับเข้าสู่ระบบรักษาเลย 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.0 มีอาการแพ้ยาร้อยละ 22.7

ความคิดเห็นต่อการมารับบริการในคลินิกวัณโรคซึ่งให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (One stop service) อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 84.1) ด้านความคิดเห็นต่อการให้ความรู้และคำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ในคลินิกวัณโรคระดับดี (ร้อยละ 88.6) ความคิดเห็นต่อการดูแลแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) พบว่ามากกว่าครึ่งประเมินว่าอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 54.5) ส่วนความคิดเห็นต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและแกนนำในการควบคุมป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 23.9 ประเมินหนึ่งในสามที่ให้การประเมินอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 38.6) ซึ่งเป็นเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและการได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ ส่วนความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าเป็นข้าราชการร้อยละ 56.3 ระยะเวลาในการรับผิดชอบงานวัณโรคไม่เกิน 2 ปี ร้อยละ 43.7 ที่ผ่านการอบรมเรื่องวัณโรคร้อยละ 75.0 ด้านความรู้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้และเข้าใจระบบงานวัณโรค และเข้าใจระบบการกำกับรักษา (DOT) ผู้บริหารเข้าใจและได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นอย่างดี ทุกแห่งไม่เคยได้รับสนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับวัณโรคจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ผลการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรพัฒนาระบบบริการให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้นและให้การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความสำเร็จในงานควบคุมวัณโรคมากขึ้น

คำสำคัญ: ผลสำเร็จการดูแลรักษา, ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

Abstract

The objectives of this study were to determine attitudes towards tuberculosis (TB) management by Samut Prakarn Hospital among new smear-positive pulmonary TB patients and TB health care workers in Health Promoting Hospitals in Muang District, Samut Prakarn Province. The data were collected by medical record reviews and interviews of 88 TB patients who visited TB clinic, and by in-depth interviews of 16 TB responsible officers from health promotion hospitals. The research tools were the medical records, questionnaires and the guideline for interview. The quantitative information was analyzed using percentage, mean and standard deviation (SD), and qualitative information was analyzed by content analysis.

The reported data in Samut Prakarn Hospital show that the success rates for new pulmonary TB in Thais during 2014-2017 were 97.6%, 96.0%, 94.5% and 95.6% respectively. Of the 88 study TB cases, the median age was 43.6 years and 60.2% were men. Nearly half (45.5%) of the patients had completed primary school level or lower. One-third (30.7%) of the patients were general employee and their income was lower than 20,000 baht/month. Nearly half (44.3%) of patients had smoking /drinking/drug use behaviors. One-third of them had underlying disease such as diabetes mellitus (38.7%), followed by HIV (19.4). One-fifth (19.3%) of patients had a history of TB in family and 13.6% had TB workmates. The barriers of treatment adherence were taking a leave (31.8%) no income when leaving from work (15.9%). More than a half (61.4%) had spent about 100 baht for travel to the hospital, while lack of medication was found in 11.4%. For those who had lacked of medication,

they returned to continue treatment after officer's follow up (70%) and 30% of them (3 persons) still lacked of treatment. About 22.7% of patients had drug allergic.

Regarding the opinion about TB one stop service, it was at good level (84.1%). The opinion about the education and counseling by staff at tuberculosis clinic was at good (88.6%). The opinion about DOT was also in good level (54.5%). The opinion on creating community participation and leadership in controlling TB was found at good level (only 23.9%), and one-third was at poor level (38.6%). The poor levels were about community participation and assistance from other agencies. In addition, the responsible officers in health promotion hospitals were government officer (56%). The period of working was not more than 2 years (43.7%) and mostly officers (75%) were trained about TB. The officers had knowledge and understanding of the TB DOT system. The administrative person well understood and supported the officers and they received supports from the hospital networking. All hospitals had never received any budget for TB control from local governments. This study suggests to encourage the community in active participation and to focus on home visit for enhancing a successful rate in TB control.

Key words: successful treatment , patient center approach

บทนำ

วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis, TB) เป็นโรคติดต่อที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากล และต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยวัณโรคหรืออัตราความชุก (Prevalence) ในภูมิภาคต่างๆ ของโลกประมาณ 16-20 ล้านคน โดยประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้ 8-10 ล้านคนเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ (Highly infectious) แต่ละปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่ (Incidence) เพิ่มขึ้นประมาณ 8.4 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.9 ล้านคน โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา

สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้จัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก (High burden country) ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคและเอชไอ

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน และคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 120,000 รายต่อปีซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีผู้เสียชีวิต 12,000 ราย รวมทั้งมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน คาดประมาณปีละ 2,200 ราย⁽¹⁾

จังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตอุตสาหกรรม มีประชากรเคลื่อนย้ายเข้ามาใช้แรงงานเป็นจำนวนมาก รวมทั้งแรงงานข้ามชาติ ในปี 2559 มีประชากรในทะเบียนราษฎร 1,272,447 คน และคาดว่าจะมีประชากรแฝงกว่า 500,000 คน ในปี 2559 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคที่รายงานจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนบางแห่งจำนวน 807 คน อัตราผลสำเร็จการรักษาร้อยละ 86.3 สำหรับในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นพื้นที่ดูแลด้านสุขภาพของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 415 เตียงและมีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 16 แห่ง มีประชากรไทยประมาณ 600,000 คน เกือบครึ่งหนึ่ง

เป็นกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้ายจากต่างจังหวัด ประชากรในเขตเมืองเหล่านี้ มีลักษณะพิเศษที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยเป็นวัณโรค โดยเฉพาะการอยู่รวมกันในพื้นที่ทำงาน ซึ่งการระบายอากาศไม่เหมาะสม หรือ การนอนรวมกันในห้องพักเช่าอย่างแออัด ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคจากคนใกล้ชิด นอกจากนี้ยังขาดความตระหนัก ในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขอนามัย การมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น วิถีชีวิตของประชากรในเขตเมืองยังมีความรีบเร่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเข้าสู่ระบบบริการเมื่อมีการเจ็บป่วยทำให้ต้องซื้อยารักษาตนเองแทนการมาโรงพยาบาล เพราะหากมารักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ป่วยอื่นรักษาจำนวนมาก ต้องรอนาน อาจทำให้ต้องลางาน ขาดรายได้ ในวันที่มาตรวจที่โรงพยาบาล

สถานการณ์วัณโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่ามีแนวโน้มไม่คงที่ เนื่องจากประชากรเคลื่อนย้ายตลอดเวลา ในปี 2557 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 374 ราย ปี 2558 จำนวน 364 ราย และปี 2559 จำนวน 300 ราย ทั้งนี้ปี 2557 และ 2558 มีจำนวนผู้ป่วยคนไทยเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเร่งรัดการค้นหาวัณโรคในชุมชน รวมทั้งการพัฒนาระบบคุณภาพ ครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของทุกแผนกในโรงพยาบาลเมื่อจำแนกผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่คนไทย พบว่าในปี 2557 - 2560 มีจำนวน 164, 106, 111 และ 108 ราย ตามลำดับ สำหรับอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ (success rate) มีดังนี้ ปี 2557 ร้อยละ 97.6 ปี 2558 ร้อยละ 96.0 และปี 2559 ร้อยละ 94.5 และปี 2560 ร้อยละ 95.6 จะเห็นว่าอัตราสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มที่ดีเนื่องจากคลินิกวัณโรคได้นำแนวทางการดูแลเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center approach) มาใช้

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลสำเร็จการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อคนไทยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยศึกษาการดำเนินงานเชิงรับที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย และดูแลรักษาวัณโรคของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลสมุทรปราการ การดูแลที่สอดคล้องกับลักษณะของประชากรและการบูรณาการ การเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพรวมทั้งเครือข่ายหน่วยบริการที่มีอยู่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อนำผลไปใช้ในการพัฒนางานวัณโรคและเป็นข้อมูลในการพัฒนางานวัณโรคของโรงพยาบาลสมุทรปราการและของจังหวัดสมุทรปราการต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

วัสดุและวิธีการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อคนไทยที่มาขึ้นทะเบียนรักษา ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในปี 2560 (ตุลาคม 2559-กันยายน 2560) จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 108 ราย กลุ่มตัวอย่างที่แสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 88 ราย และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมืองเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 16 แห่ง ๆ ละ 1 ราย รวม 16 ราย

ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคพร้อมทั้งการขอใบรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

2. ประชุมชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยทุกคน และมีการจัดห้องเฉพาะเพื่อความสะดวกและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

4. การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่ง ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ดำเนินการลงสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

เครื่องมือการประเมินผล ประกอบไปด้วย

1. จากการทบทวนเอกสารเวชระเบียน ผู้ป่วยวัณโรค

2. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่คนไทยที่มารักษาในคลินิกวัณโรค ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนคู่มือประเมินมาตรฐานคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค ของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค ปี 2560 ตัวชี้วัดที่ 4.2 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองสมุทรปราการ โดยใช้แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 (NTP) ของกรมควบคุมโรค⁽²⁾ และสมรรถนะของผู้รับผิดชอบงานวัณโรค

สำหรับการคำนวณค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื่อต่อการให้บริการของคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ คือ การให้บริการของคลินิกวัณโรคแบบ One stop service การให้ความรู้และคำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ในคลินิกวัณโรค การดูแลแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและแกนนำในการควบคุมป้องกันวัณโรค คะแนนเต็มด้านละ 50 คะแนน โดยเป็นคำถามเชิงบวกทุกข้อ แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยในแต่ละด้าน โดยแบ่งระดับความคิดเห็น ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง 40-50 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง 30-39 คะแนน

ระดับไม่ดี หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง 0-29 คะแนน

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ส่วนการวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสมุทรปราการ และขอรับรองทางด้านจริยธรรมงานวิจัยในการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ โดยเมื่อผ่านการรับรองทางด้านจริยธรรม และอนุญาตให้ดำเนินการแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรม เพื่อเคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล (Respect for confidentiality) ข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบ

สัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด และจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยผู้วิจัยจะนำเสนอภาพรวมเท่านั้นไม่ปรากฏชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค รายใหม่เสมหะพบเชื้อ ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ปี 2557-2560

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ปี 2557-2560

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 57	ปี 58	ปี 59	ปี 60
1. จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่เสมหะพบเชื้อ		164 ราย	106 ราย	111 ราย	108 ราย
2. อัตราความสำเร็จการรักษา (Success rate) (%)	> 85	(97.6)	(96.0)	(94.5)	(95.6)
3. อัตราการขาดยา (%)	<3	1.2	2.8	2.7	3.0

ที่มา : ข้อมูลรายงานจากโปรแกรม TBCM (Tuberculosis case management) ของสำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่คนไทยที่มารักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลสมุทรปราการทั้งหมด ในปี 2560 รวม 108 ราย สามารถสัมภาษณ์ได้ 88 รายคิดเป็นร้อยละ 81.5 โดยเป็นชายร้อยละ 60.2 และหญิงร้อยละ 39.8 อายุเฉลี่ย 43.6 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 45.5 รองลงมามัธยมต้นร้อยละ 26.1 และมัธยมปลายร้อยละ 17.0 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 อาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 30.7 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้านร้อยละ 26.1 รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 20,000 บาทร้อยละ 81.7 สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 54.5 โสดร้อยละ 38.6 และหม้าย/หย่า/ร้างร้อยละ 6.8 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดร้ายใหม่เสมหะพบเชื้อคนไทยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในปี 2560 (N = 88)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	53	60.2
	หญิง	35	39.8
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 20	11	12.5
	21-30	9	10.2
	31-40	17	19.3
	41-50	17	19.3
	51-60	25	28.4
	มากกว่า 60 ขึ้นไป	9	10.2
	อายุเฉลี่ย = 43.6, SD = 16.3 ต่ำสุด = 16 และสูงสุด = 84		
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	40	45.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	23	26.1
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	17.0
	อนุปริญญา	7	8.0
	ปริญญาตรี	3	3.4
ศาสนา	พุทธ	88	100.0
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	8	9.1
	รับราชการ/พนักงานของรัฐ	1	1.1
	ค้าขาย	11	12.5
	ธุรกิจส่วนตัว	7	8.0
	พนักงานโรงงาน	4	4.5
	พนักงานบริษัท/ห้างร้าน	2	2.3
	รับจ้างทั่วไป	27	30.7
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	23	26.1
	เก็บของเก่าขาย	1	1.1
	ขับแท็กซี่	1	1.1
	พระ	1	1.1
	ลูกเรือประมง	2	2.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อคนไทยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในปี 2560 (N = 88) (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท/เดือน)	ต่ำกว่า 10,000	30	34.1
	10,001-20,000	42	47.7
	20,001-30,000	3	3.4
	30,001-40,000	7	8.0
	40,001-50,000	4	4.5
	มากกว่า 50,000 ขึ้นไป	2	2.3
สถานภาพสมรส	โสด	34	38.6
	แต่งงาน	48	54.5
	หม้าย/หย่าร้าง	6	6.8

จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ มีพฤติกรรมเสี่ยงร้อยละ 44.3 โดยส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 28.2 และทั้งสูบบุหรี่และดื่มสุราร้อยละ 12.8 มีโรคประจำตัวร้อยละ 35.2 โดยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 38.7 รองลงมาคือติดเชื้อ HIV ร้อยละ 19.4 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.9 ตามลำดับ ประวัติครอบครัวเคยป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 19.3 ประวัติคนใกล้ชิดในที่ทำงานป่วยเป็นวัณโรค ร้อยละ 13.6 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมเสี่ยงและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อคนไทยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลสมุทรปราการในปี 2560

	ประเด็น (N=88)	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมเสี่ยงในปัจจุบัน	ไม่มี	49	55.7
	มี	39	44.3
	สูบบุหรี่	22	56.4
	ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	11	28.2
	สูบบุหรี่และดื่มสุรา	5	12.8
	ใช้สารเสพติด	1	2.6

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมเสี่ยงและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อคนไทยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการในปี 2560 (ต่อ)

	ประเด็น (N=88)	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว	ไม่มี	57	64.8
	มี	31	35.2
	เบาหวาน	12	38.7
	ความดันโลหิตสูง	4	12.9
	เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	1	3.2
	HIV	6	3.2
	ภูมิแพ้	3	9.7
	ตับแข็ง	1	3.2
	สะเก็ดเงิน	1	3.2
	เก๊าต์	1	3.2
	พิการแต่กำเนิด	1	3.2
	ไม่ทราบ	1	3.2
บุคคลในครอบครัวเคยมีประวัติการป่วยเป็นวัณโรค	17	19.3	
บุคคลใกล้ชิดในที่ทำงานเคยมีประวัติการป่วยเป็นวัณโรค	12	13.6	

จากผลการศึกษา พบว่า อุปสรรคในการมารักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคคือต้องลางานร้อยละ 31.8 และต้องถูกหักค่าแรงเมื่อหยุดงานมารักษาร้อยละ 15.9 พาหนะที่ใช้เดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลเป็นรถสาธารณะร้อยละ 45.5 รถส่วนตัวทั้งรถยนต์และรถจักรยานยนต์ร้อยละ 54.5 ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อยู่ในชวงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 บาท ร้อยละ 61.4 และเมื่อถามถึงการรู้จักสถานบริการใกล้บ้านที่จะส่งไปรักษาโรควัณโรคต่อเนื่องพบว่า ส่วนใหญ่รู้จัก ร้อยละ 84.1 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมืองเป็นส่วนใหญ่ เป็นสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ร้อยละ 85.2 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละปัญหาอุปสรรคในการมารักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
 เสมหะพบเชื้อคนไทยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการในปี 2560 (N=88)

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาและอุปสรรคในการมารักษาวัณโรคที่โรงพยาบาล		
การลางาน		
ลา	28	31.8
ไม่ลา	60	68.2
การหักค่าแรง		
หัก	14	15.9
ไม่หัก	74	84.1
พาหนะที่ใช้เดินทางมารักษาวัณโรคที่โรงพยาบาล		
รถยนต์ส่วนตัว	23	26.1
รถจักรยานยนต์ส่วนตัว	25	28.4
รถสาธารณะ	40	45.5
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาวัณโรคที่โรงพยาบาล (ไป-กลับ) (บาท)		
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	12	13.6
น้อยกว่า 50	19	21.6
50-100	35	39.8
101-150	5	5.7
151-200	8	9.1
มากกว่า 200 ขึ้นไป	9	10.2
ผู้ป่วยวัณโรครู้จักโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน	74	84.1

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ
 มารักษาครั้งนี้ใช้สูตรยาสูตรพื้นฐานรักษา 6-8 เดือนร้อยละ 88.6 ระหว่างรักษามีขาดการรักษาไปร้อยละ 11.4 ซึ่ง
 ในจำนวนผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเป็นการขาดระยะสั้น ๆ เมื่อเจ้าหน้าที่ติดตามก็กลับมารักษาดูร้อยละ 70.0 และมี
 ขาดยาไม่กลับเข้าสู่ระบบรักษาเลยร้อยละ 30.0 เมื่อถามว่าป่วยเป็นโรควัณโรครู้สึกท้อแท้หรือไม่พบว่าผู้ป่วยวัณโรค
 ไม่ท้อแท้ร้อยละ 77.3 ท้อแท้ร้อยละ 22.7 สาเหตุที่ท้อแท้เพราะอาการเหนื่อยไม่มีแรงไม่อยากทำอะไร ร้อยละ 35.0 ,
 ปวดขา/ปวดเมื่อยเนื้อตัวร้อยละ 20.0, กลัวคนรังเกียจร้อยละ 15.0 สำหรับวิธีการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการท้อแท้พบว่า
 ส่วนใหญ่ญาติ/สามี/ภรรยาให้กำลังใจร้อยละ 65.0 เมื่อถามถึงอาการแพ้ยาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคแพ้ยาเพียงร้อยละ 22.7

เป็นอาการคลื่นไส้/อาเจียน/เบื่ออาหารร้อยละ 35.0 คันร้อยละ 35.0 และ ปวดเมื่อย/ปวดข้อร้อยละ 15.0 เคยซื้อยากินเองร้อยละ 22.7 ซื้อยาแก้ไข้ร้อยละ 40.0 ยาแก้ไอร้อยละ 40.0 เป็นต้น การกินยาต่อหน้า(DOT)ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับญาติร้อยละ 71.5 มีที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลโดยตรงร้อยละ 15.9 และภรรยา/สามีดูแลร้อยละ 12.5 ด้านการติดตามจากสังคมและญาติพบว่าคนในบ้านส่วนใหญ่ไม่รังเกียจร้อยละ 96.6 คนในชุมชนไม่รู้ว่าเป็นวัณโรคร้อยละ 48.9 รู้ร้อยละ 51.1 และคนที่รู้ส่วนใหญ่ไม่รังเกียจร้อยละ 97.8 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการรักษาวัณโรค และการติดตามของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อคนไทย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในปี 2560 (N= 88)

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยวัณโรคเคยมีประวัติการขาดยา	10	11.4
ขาดยาช่วงสั้น ๆ แล้วกลับมารักษาต่อ	7	70.0
ขาดยา	3	30.0
ผู้ป่วยวัณโรคมีประวัติการแพ้ยา	20	22.7
คลื่นไส้/อาเจียน/เบื่ออาหาร	7	35.0
คัน	7	35.0
ปวดเมื่อย/ปวดข้อ	3	15.0
เวียนศีรษะ	1	5.0
ตับอักเสบ/ตาเหลือง	1	5.0
อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง	1	5.0
ผู้ป่วยวัณโรคเกิดความรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ	20	22.7
ผู้ดูแลการกินยาวัณโรค ภรรยา/สามี	11	12.5
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	14	15.9
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับญาติ	63	71.5
บุคคลในบ้านรังเกียจผู้ป่วยวัณโรค	3	3.4
คนในชุมชนทราบว่าป่วยเป็นวัณโรค	45	51.1
คนในชุมชนรู้สึกรังเกียจผู้ป่วยวัณโรค	44	97.8

ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื่อต่อการให้บริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient- centered approach) ของคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ และการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าความคิดเห็นของผู้ป่วยวัณโรคต่อการให้บริการของคลินิกวัณโรคแบบ One stop service ความคิดเห็นต่อให้ความรู้และคำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ในคลินิกวัณโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเกินกว่าร้อยละ 80 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 44.69 และ 46.25 คะแนน ตามลำดับ สำหรับความคิดเห็นต่อการดูแลแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) อยู่ในระดับดีร้อยละ 54.5 ปานกลางร้อยละ 29.5 และไม่ดีย้อยละ 15.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 38.06 คะแนน ส่วนระดับความคิดเห็นต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและแกนนำในการควบคุมป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับดีร้อยละ 23.9 ปานกลางร้อยละ 37.5 และไม่ดีย้อยละ 38.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 31.68 คะแนน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื่อต่อการให้บริการของคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการในปี 2560 (N = 88)

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)			ค่าเฉลี่ย	SD
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี		
1. การให้บริการของคลินิกวัณโรคแบบ One stop service	74 (84.1)	14 (15.9)	0 (0.0)	44.69	4.65
2. การให้ความรู้และคำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ในคลินิกวัณโรค	78 (88.6)	10 (11.4)	0 (0.0)	46.25	4.26
3. การดูแลแบบมีพี่เลี้ยง (DOT)	48 (54.5)	26 (29.5)	14 (15.9)	38.06	10.43
4. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและแกนนำในการควบคุมป้องกันวัณโรค	21 (23.9)	33 (37.5)	34 (38.6)	31.68	9.72

หมายเหตุ แบ่งระดับความคิดเห็น ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง 40-50 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง 30-39 คะแนน

ระดับไม่ดี หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง 0-29 คะแนน

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระบบการดูแลรักษาวัณโรคในระดับปฐมภูมิ, การบริหารจัดการภายในหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การสนับสนุนจากแม่ข่าย และการสร้างเครือข่ายกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการควบคุมป้องกันวัณโรค ผลการศึกษาดังนี้

ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับระบบการดูแลรักษาวัณโรคในระดับปฐมภูมิ,การบริหารจัดการภายในหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การสนับสนุนจากแม่ข่าย และการสร้างเครือข่ายกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการควบคุมป้องกันวัณโรค ผลดังนี้

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคเป็นชาย ร้อยละ 50.0 หญิงร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 30.3ปี สูงสุด 44 ปี ต่ำสุด 23 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 100 สถานะภาพโสดร้อยละ 81.3 สมรสร้อยละ 18.7 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 37.5 เจ้าพนักงานสาธารณสุขร้อยละ 37.5 พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 18.7 และนักวิเคราะห์นโยบายและแผนร้อยละ 6.3 เป็นข้าราชการร้อยละ 56.3 พนักงานจ้างร้อยละ 43.7 ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 7.4 ปี ระยะเวลาในการรับผิดชอบงานวัณโรคเฉลี่ย 5.6 ปี ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเรื่องวัณโรคร้อยละ 75.0 มีไม่ผ่านการอบรม 4 คนคิดเป็นร้อยละ 25.0 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผู้ป่วยวัณโรคที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลสมุทรปราการประมาณ 1 – 4 คนร้อยละ 50.0 มี 5 คนขึ้นไปร้อยละ 37.5 และไม่มีผู้ป่วย 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.5

ระบบการดูแลรักษาวัณโรคในระดับปฐมภูมิ

1. ด้านความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทุกคน รู้ระบบการส่งผู้ป่วยวัณโรคโดยโรงพยาบาลสมุทรปราการจะส่งข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ /ทาง E-mail / เว็บไซต์ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และมีเอกสารส่งไปยัง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีกครั้ง เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทุกคนรับผู้ป่วยแล้วจะดำเนินการลงประวัติผู้ป่วยวัณโรคในทะเบียน และโทรศัพท์หรือสอบถามบ้านผู้ป่วยจากอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้านต่อไป เจ้าหน้าที่รู้ว่าต้องตรวจเสมหะผู้ป่วยเพื่อประเมินการรักษาในเดือนที่ 2 (3), 5 และ 6 จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5 มีตอบผิด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 โดยรายที่ตอบผิดเป็นพนักงานจ้างทั้ง 2 ราย ด้านการคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านพบว่าเจ้าหน้าที่ตอบได้ถูกต้องคือรู้ว่าต้องคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยใช้แบบคัดกรองหากเข้าข่ายสงสัยต้องมีการเก็บเสมหะ หรือส่งต่อเพื่อเอกซเรย์ และรักษาอย่างถูกต้อง โดยตอบถูกจำนวน 16 รายคิดเป็นร้อยละ 100 ด้านความเข้าใจระบบ DOT พบว่า เจ้าหน้าที่ตอบได้ถูกต้องว่าระบบ DOT เป็นการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงคอยกำกับการกินยาต่อหน้าเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยาส่งผลให้รักษาวัณโรคหายขาด โดยตอบถูก 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.8 มีตอบผิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.2 โดยตอบว่า DOT เป็นการพบปะประชุมของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคเรื่องผู้ป่วยวัณโรคที่รับผิดชอบ คนที่ตอบผิดเป็นพนักงานจ้าง ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับระบบ DOT ว่าส่งผลอย่างไรต่อผู้ป่วยวัณโรค พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคตอบถูกทั้งหมด 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยตอบว่าการใช้ DOT ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคไม่ขาดยา ทำให้การรักษาสำเร็จ อัตราการหายขาดสูง วัณโรคต้องยาลดลงและอัตราการแพร่เชื้อวัณโรคลดลงด้วยด้านความรู้หลักเกณฑ์การเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์การดูแลรักษาวัณโรคของสำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าเจ้าหน้าที่ตอบถูกว่าต้องเยี่ยมบ้านในการรักษาระยะเข้มข้นทุกสัปดาห์เป็นเวลา 2 เดือนรวม 8 ครั้งและในระยะต่อเนื่องทุก 1 เดือนรวม 4 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาระยะสั้น 6 เดือน โดยตอบถูก 14 รายคิดเป็นร้อยละ 87.5 มีตอบ

ผิด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 โดยรายที่ตอบผิดเป็นข้าราชการ 1 ราย (พยาบาล) และเป็นพนักงานจ้าง 1 ราย

ด้านการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคพบแพทย์กรณีมีอาการแพ้ยา และรักษาครบพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีความรู้และส่งต่อได้ถูกต้องทั้ง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ด้านการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยวัณโรคด้านการปฏิบัติตัวการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสามารถให้ความรู้ได้ถูกต้องครบถ้วนทั้ง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ด้านการทำทะเบียน รายงานเกี่ยวกับวัณโรค พบว่าสามารถทำรายงานได้อย่างถูกต้องครบถ้วน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.2 มีตอบผิด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.7 โดยรายที่ตอบผิดเป็นพนักงานจ้างทั้งหมดที่ยังไม่ผ่านการอบรม

2. ระบบการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีการมอบหมายงานสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุม/อบรมเพิ่มพูนความรู้ ร่วมลงพื้นที่ เยี่ยมบ้าน สนับสนุนรถยนต์ในการออกพื้นที่ ตลอดจนให้คำแนะนำเรื่องการทำงาน มีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพียงพอร้อยละ 81.3 ไม่เพียงพอร้อยละ 18.7 มีความต้องการสื่อความรู้เรื่องวัณโรค และหน้ากากอนามัย N-95 การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคได้รับค่าล่วงเวลาร้อยละ 31.3 ได้รับจากงบประมาณกองทุนโลกผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการเป็นราย ๆ ละ 1,200 บาท จ่ายครั้งเดียวเมื่อรักษาครบกำหนดเฉพาะกรณีผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และที่มีโรคร่วม HIV

3. การได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งได้รับการสนับสนุนยาวัณโรคจากโรงพยาบาลสมุทรปราการอย่าง

เพียงพอและทันเวลาโรงพยาบาลแม่ข่ายส่งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคได้ถูกต้องร้อยละ 93.7 มีส่งผิด 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 6.3 เป็นการส่งผิดที่ ด้านการอบรมพัฒนาองค์ความรู้วัณโรคจากโรงพยาบาลแม่ข่ายพบว่าโรงพยาบาลสมุทรปราการมีการประชุม DOT meeting ทุก 3 เดือน โดยเชิญเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเข้าร่วมประชุม/อบรมเป็นระยะ มีการนิเทศติดตามประเมินผลและช่วยแก้ปัญหาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่งตอบว่ามี และสอนวิธีการลงรายงานอีกด้วย

4. การมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีที่ผ่านมา มีกิจกรรมการคัดกรองวัณโรคร่วมกับชุมชนร้อยละ 56.3 ทุกแห่งมีการเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. /แกนนำชุมชน โดยการเยี่ยมผสมผสานกับการเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ และ ติดตามการกินยา และ ให้กำลังใจผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง ด้านการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการควบคุมป้องกันโรควัณโรค พบว่า ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับงบประมาณดังกล่าว

วิจารณ์

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ ที่มารักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานมีอายุเฉลี่ย 43.6 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 45.5 มัธยมศึกษา ร้อยละ 43.1 อาชีพรับจ้างร้อยละ 30.7 และไม่มีอาชีพ/แม่บ้าน ร้อยละ 26.1 ส่วนใหญ่รายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 81.7 ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคมีระดับการศึกษาค่อนข้างน้อย ประกอบอาชีพที่มีรายได้น้อย จึงขาดการดูแลตนเอง และโอกาสมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรควัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุทุมพร ภัคคีติวิรัช และ อนงค์ หาญสกุล⁽³⁾

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงและประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 44.3 มีพฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นการสูบบุหรี่ ซึ่งเสี่ยงต่อการป่วยวัณโรค และมีโรคประจำตัวคือเบาหวานร้อยละ 38.7 ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 19.4 ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ ที่ให้โรคเบาหวาน HIV เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องคัดกรองวัณโรคเนื่องจากมีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้พบว่า ประวัติครอบครัวเคยป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 19.3 คนในที่ทำงานเคยป่วยวัณโรคร้อยละ 13.6 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการคัดกรอง และเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรคอย่างเคร่งครัดเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรควัณโรคในชุมชนให้ได้ผล รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานให้มีระบบเฝ้าระวังป้องกันโรควัณโรคต่อไป

3. ปัญหาอุปสรรคและค่าใช้จ่ายในการรักษาวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคต้องลางานมารักษาร้อยละ 31.8 และต้องถูกหักค่าแรงร้อยละ 15.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิระวรรณ พึ่งสกุล⁽⁵⁾ ที่ศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน พบว่าการลางานมีผลต่อการรักษาหายขาดของผู้ป่วยวัณโรค ด้านค่าใช้จ่ายพบว่าเฉลี่ย 100 บาทต่อการมารักษา 1 ครั้ง ซึ่งถึงแม้การรักษาวัณโรคจะรักษาฟรี แต่ผู้ป่วยต้องลางาน บางรายถูกหักค่าแรง ต้องมีค่าพาหนะ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีก ทำให้ส่งผลต่อการรักษาวัณโรคได้

4. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และการแพทย์ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) สูตรยาพื้นฐาน 6 เดือน ระหว่างรักษามีขาดการรักษาร้อยละ 11.4 (10 ราย) ทางคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลสมุทรปราการได้ติดตามกลับมารักษาได้ 7 ราย และไม่สามารถติดตามได้ 3 ราย ซึ่งเป็นแรงงานประมง 2 ราย ออกเรือแล้วไม่กลับเข้ามารักษา และ ธุรกิจส่วนตัว 1 ราย ซึ่งย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดต่อได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ แสงวิเชียรและ

คณะ⁽⁶⁾ โดยจะเห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคมีปัจจัยด้านสังคมที่ส่งผลต่อการขาดการรักษา ซึ่งคลินิกวัณโรคจะต้องประเมินกลุ่มเสี่ยงเป็นราย ๆ ไป เพื่อวางแผนการรักษาและการติดตามให้มีประสิทธิภาพ

5. การดูแลแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) และการถูกตีตรา จากชุมชน พบว่าผู้ดูแลการกินยาวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเจ้าของหน้าร้านที่สาธารณสุขร่วมกับญาติร้อยละ 71.5 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นการดูแลแบบให้ยากินทุกวันเป็นการติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกพูดคุยสอบถามเรื่องการกินยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉันทนา ชาวตรา⁽⁷⁾ ซึ่งพบว่าพี่เลี้ยงกำกับกับการกินยาส่วนใหญ่ไม่ได้ดูแลกำกับกับการกินยาของผู้ป่วยอย่างจริงจัง จึงต้องมีแนวทางพัฒนาต่อไป ด้านการตีตราจากครอบครัวและชุมชนพบว่าไม่มีการตีตราซึ่งเป็นความเข้าใจโรค และวิธีป้องกันโรคที่รับรู้จากเจ้าหน้าที่

6. ความคิดเห็นของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อต่อการให้บริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient- centered approach) ของคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ และการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

6.1 ความคิดเห็นต่อบริการในคลินิกวัณโรค ซึ่งจัดบริการแบบ One stop service และความคิดเห็นต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีในเรื่องการยิ้มแย้มแจ่มใส กิริยามารยาท ความสุภาพ อ่อนโยน ความกระตือรือร้นของเจ้าหน้าที่ ความรู้ความสามารถ ความสะดวกด้านสถานที่และมีขั้นตอนบริการที่ดีเป็นต้น ซึ่งการจัดบริการในโรงพยาบาลสมุทรปราการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อสร้างมาตรฐานการบริการและเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลเป็นมาตรฐาน ลดอัตราการขาดยา ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรคของกรมควบคุมโรค⁽⁸⁾ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้ทุก

โรงพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้เป็นมาตรฐานสากล

6.2 ความคิดเห็นต่อการดูแลแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) อยู่ในระดับดีร้อยละ 54.5 ปานกลางร้อยละ 29.5 และไม่ดีร้อยละ 15.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 38.06 คะแนน ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยวัณโรคมีความคิดเห็นด้านไม่ดี ได้แก่ เรื่อง การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉันทนา ชาวตร และไม่เป็นไปตามแนวทางแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 ที่เน้นการดูแลโดยใช้ DOT ดังนั้นจึงเป็นปัญหาเชิงระบบของการบริการระดับปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่จำนวนน้อย มีงานนโยบายมาก ต้องทำงานหลากหลาย และต้องมีงานเชิงรับในหน่วยบริการจำนวนมาก ทำให้การบริการเชิงรุกไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

6.3 ความคิดเห็นต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นอยู่ในระดับดีร้อยละ 23.9 ปานกลางร้อยละ 37.5 และไม่ดีร้อยละ 38.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 38.6 คะแนน ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยวัณโรคมีความคิดเห็นด้านไม่ดี ได้แก่ เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิสิษฐ โพธิ์ศรี⁽⁹⁾ จะเห็นว่างานวัณโรคยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยยังคงปิดบังตนเองเพราะไม่เห็นประโยชน์จากชุมชนและส่วนรวม รวมทั้งการขาดการเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่น

7. ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากการศึกษาเชิงลึกพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคส่วนใหญ่เข้าใจระบบงานวัณโรค แต่บางคนยังขาดความรู้ความเข้าใจเนื่องจากมารับงานใหม่บางรายเป็นพนักงานจ้างยังไม่ผ่านการอบรม ด้านระบบสนับสนุนพบว่าโรงพยาบาลสมุทรปราการที่เป็นแม่ข่ายให้การสนับสนุนดี ด้านงบประมาณพบว่ายังไม่มีการสนับสนุนเป็นระบบทำให้ส่งผลต่อความต่อเนื่องของงาน

และส่งผลต่อขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่ อีกทั้งไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น ซึ่งปัญหาอาจเกิดจากการขาดการประสานงานกัน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. การบริการในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ให้บริการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered approach) อยู่ในระดับดี เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรค จึงควรมีระบบการเพิ่มสมรรถนะด้านความรู้ความสามารถ และเจตคติของผู้ให้บริการด้านวัณโรคเพื่อให้มีการพัฒนาตนเองและทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งมีการประเมินให้คงอยู่ต่อ เพื่อความยั่งยืนของระบบ

2. การรักษาวัณโรคมีประเด็นที่ต้องพัฒนา คือ ระบบการเยี่ยมบ้านซึ่งยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากลและการใช้แนวทางของ DOT จึงยังคงมีผู้ป่วยขาดอายุอยู่ จำเป็นจะต้องค้นหากระบวนการ หรือนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทคนในเมืองอย่างจังหวัดสมุทรปราการ ที่สอดคล้องเหมาะสมต่อไป

3. ควรมอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เนื่องจากเป็นนโยบายหลัก การให้พนักงานจ้างรับผิดชอบจะทำให้เกิดปัญหาได้เพราะมีการโยกย้ายบ่อย รวมทั้งขาดประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งงานวัณโรคเป็นงานที่ต้องใช้เทคนิค ความรู้เชิงสังคมค่อนข้างมาก

4. เพิ่มการประสานงานกับท้องถิ่น โดยการส่งข้อมูลสถานการณ์วัณโรค แนวทางการดำเนินงาน เพื่อสร้างให้เกิดความร่วมมือในการควบคุมป้องกันวัณโรคในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ.2556 (NTP). พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
3. อุทุมพร ภักดีศิริวงษ์, อนงค์ หาญสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการรักษาวัณโรคด้วยระบบยา ระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารคณะพลศึกษา 2555; (ฉบับพิเศษ): 201-213.
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคที่อยา. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.
5. จิระวรรณ พึ่งสกุล. อัตราการขาดยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในระบบประกันสังคมโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน , จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
6. วราภรณ์ แสงวิเชียรจิราพร คำแก้ว, ชญานิน กำลัง, ปริญญา จันทร์บรรเจิด, มยุรี พงศ์เพชรดิถ. ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอด ในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี .วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2558; 3 : 237-251 .
7. ฉันทนา ชาวตร. ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ศึกษาสภาพการณ์และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2555.
8. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค ปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.
9. พิสิษฐ์กร โพธิ์ศรี, พรทิพย์ คำพอ. การพัฒนาศักยภาพ ในการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555; 12: 42-56.

**เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและพฤติกรรมสุขภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
อำเภอเสাই จังหวัดสระบุรี**

**Comparison of the Body Mass Index, Waist Circumference,
and Health Behavior between Hypertensive Public Health
Volunteers and Non-hypertensive Public Health Volunteers Saohai
District Saraburi Province**

ไพศาล อินทร์ผาย

Paisan Inpai

วิระเทพ แจ่มจันทร์

Werathep Jamjun

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสাই จังหวัดสระบุรี

Saohai District Health Office, Saraburi

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาเปรียบเทียบ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ของอาสาสมัคร สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เป็นโรคความ ดันโลหิตสูง (กลุ่มป่วย) กับกลุ่มที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มปกติ) อำเภอเสাই จังหวัดสระบุรี คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างโดยความสมัครใจ ได้อาสาสมัครกลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 63 คน กับกลุ่มที่ไม่เป็นโรคความ ดันโลหิตสูง จำนวน 80 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกข้อมูล ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1-31 สิงหาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีรายได้ระหว่าง 5,001- 10,000 บาทต่อเดือน กลุ่มป่วยประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด กลุ่มปกติประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุดใน ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มป่วย มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกินค่าปกติ มากที่สุด ร้อยละ 66.7 กลุ่มปกติ มีดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับปกติ มากที่สุด ร้อยละ 53.8 รอบเอวกกลุ่มป่วยอยู่ในระดับเกินค่าปกติ มากที่สุด ร้อยละ 44.4 กลุ่มปกติ อยู่ในระดับปกติ มากที่สุด ร้อยละ 47.5

ส่วนความรู้ด้านอาหารและด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มป่วย มีระดับความรู้ด้านอาหารอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 7.61) ความรู้ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 6.52) กลุ่มปกติ มีระดับความรู้ด้าน อาหารอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 7.57) ความรู้ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 6.80) สำหรับ พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มป่วย มีพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ใน

ระดับค่าเฉลี่ย 20.03 กลุ่มปกติ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับค่าเฉลี่ย 19.86 ส่วนเรื่องการออกกำลังกาย กลุ่มป่วย มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับค่าเฉลี่ย 9.60 กลุ่มปกติ มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับค่าเฉลี่ย 10.40

ผลการเปรียบเทียบด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วยกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติ ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ แต่ผลการเปรียบเทียบด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วย กับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะในการวิจัยนี้คือ ควรมีการพัฒนาความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขให้มากเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและควรเน้นให้รู้ถึงอันตรายจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และผลกระทบต่อสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: ค่าดัชนีมวลกาย, เส้นรอบเอว, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This Quasi - Experimental Research aims to compare the body mass index, waist circumference, and health behavior of the public health volunteers in food consumption and exercise aspect. The sample groups were consisted of hypertensive public health volunteers (illness group) and non-hypertensive public health volunteers (normal group) from Saohai District Saraburi Province. There were 63 persons with high blood pressure and 80 persons with normal blood pressure participated on a voluntary basis. The Data were collected by interviewing and recording between 1-31 August 2016 and were analyzed by means of percentage, mean, standard deviation and t-test.

The results of this research were showed that most of the samples were female with age between 50-59 years old and range of income between 5001-10000 baht per month. In illness group, most of them were employee while in normal group, most of them were agriculturist. The health status of illness group and normal group were found that 66.7% of illness group had the excess than normal level body mass index, 53.8% of normal group had the normal level body mass index meanwhile waist circumference of major fraction of illness group was excess than normal level (44.4%) while waist circumference of major fraction of normal group was normal level (47.5%). In the aspect of knowledge about food consumption and exercise, it was found that the illness group had knowledge of food consumption at good level (mean 7.61) and knowledge about exercise at moderate level (mean 6.52). The normal group had knowledge of food consumption at good level (mean 7.57) and knowledge about exercise at moderate level (mean 6.80). As for health behavior in food consumption and exercise behavior, it was found that the illness group had mean food consumption behavior score at 20.03 while the normal group had mean score at 19.80. The illness group had mean exercise behavior score at 9.60 while the normal group had mean exercise behavior score at 10.40.

The results of comparison study revealed that knowledge about food consumption, knowledge about exercise and food consumption behavior are similar between two groups and showed no statistical significant results. Only exercise behavior was found statistically significant different between 2 groups ($p < 0.05$). These results lead to the suggestions that knowledge of public health volunteers ought to be enhance and also strengthen health behavior modification to fulfill health volunteers' confidence. The prominent health literacy that ought to be emphasize such as risk behavior and negative consequences. And strengthen the public health volunteers to be role model for sake of ideal health care provide to the target population.

Key words: Body mass index, Waist circumference, Health behavior, Hypertension, Public health volunteers

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพ มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาการเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ ภาวะอ้วนลงพุง โดยเฉพาะการอ้วนที่บริเวณพุง เนื่องจากเซลล์ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ จากเซลล์ไขมัน ออกสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น และเป็นผลให้เกิดโรคเรื้อรังดังกล่าว จากนโยบายลดเสี่ยงลดโรค ของกระทรวงสาธารณสุข มีจุดมุ่งหมายหลักคือ การลดปัญหาและความเสี่ยงด้านสุขภาพ ต่อการเกิดโรคเรื้อรังในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยใช้มาตรการและกลวิธีเชิงรุกในการบูรณาการ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและการดูแลรักษาพยาบาล

จากข้อมูล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559⁽¹⁾ พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 87.43 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย และประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยง และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 65.12 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย ตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอก

ถึงปัญหาสุขภาพ คือ ค่าดัชนีมวลกาย และภาวะรอบเอว เกินเกณฑ์ปกติ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่รุนแรง ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวนี้ พบว่าทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ต่อรายหัวประชากรเพิ่มขึ้นทุกปี ในด้านยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และปัจจัยสำคัญอีกด้าน คือ การได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงล่าช้า ทำให้ไม่ได้รับการรักษา ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรค และข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคมากขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุข คือผู้ที่ได้รับเลือกจากชุมชน มีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ หากอาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมและนำไปสู่กลุ่มอาการอ้วนลงพุง จะไม่สามารถทำหน้าที่หรือเป็นแบบอย่างด้านการดูแลสุขภาพได้ การส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง จึงเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา แต่จากการสำรวจข้อมูลด้วยการคัดกรองภาวะสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสนาให้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอเสนาให้ ร้อยละ 72.44 มีค่าดัชนีมวลกาย และภาวะรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติ ซึ่งแสดงให้เห็น

ถึงปัญหาสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอเสাই ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ได้เล็งเห็นความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ที่สนับสนุนและช่วยงานบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการเป็นแบบอย่างที่ดี และต้องดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่อยู่ในชุมชน ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค และการออกกำลังกายในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเสাই จังหวัดสระบุรี เพื่อค้นหาข้อเท็จจริงของปัญหาทำความเข้าใจและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมและทันเวลา ซึ่งหากอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา กลุ่มเสี่ยงก็จะมีโอกาสพัฒนาไปเป็นผู้ป่วย และนำมาสู่สาเหตุของการป่วย พิการ หรือเสียชีวิต ซึ่งจะเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในอนาคตต่อไป ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ และนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

ศึกษาเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและ พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเสাইทั้งหมด ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 178 คน และไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 465 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มป่วย) จำนวน 63 คนจาก 178 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มปกติ) จำนวน 80 คนจาก 465 คน เข้าร่วมการศึกษาโดยความสมัครใจ ระยะเวลาเก็บข้อมูล 1 - 31 สิงหาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกข้อมูล ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กับไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้การทดสอบ t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเสนาให้ จำนวนทั้งสิ้น 143 คน เป็นกลุ่มปกติ 80 คน กลุ่มป่วย 63 คน จากการวิจัย พบว่า กลุ่มปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 46.25 รองลงมา กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 28.75 มีอาชีพเกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่ ทำสวน)

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.0 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.5

กลุ่มป่วย ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.0 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 65.1 รองลงมา กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.7 อาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.6 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มปกติ (N=80)		กลุ่มป่วย (N=63)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	20	25.0	17	27.0
- หญิง	60	75.0	46	73.0
อายุ				
30 - 39 ปี	6	7.5	0	0.0
40 - 49 ปี	23	28.75	2	3.2
50 - 59 ปี	37	46.25	41	65.1
60 ปีขึ้นไป	14	17.50	20	31.7
อาชีพ				
ไม่มีอาชีพ/แม่บ้าน	16	20.0	14	22.2
พนักงานโรงงาน/เอกชน	16	20.0	16	25.4
ค้าขาย	4	5.0	2	3.2
เกษตรกรรม(ทำนา ทำไร่ ทำสวน)	24	30.0	13	20.6
รับจ้าง	19	23.7	18	28.6
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	1.3	0	0.0
รายได้				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	21	26.2	16	25.4
5,001 - 10,000 บาท	50	62.5	40	63.5
มากกว่า 10,001 บาทขึ้นไป	9	11.3	7	11.1

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเสนาห์ ในเรื่อง ความรู้ด้านอาหารของกลุ่มปกติ พบว่า กลุ่มปกติ มีคะแนนความรู้ ด้านอาหาร ต่ำสุด (Min) = 3.00, สูงสุด (Max) = 9.00, และค่าเฉลี่ย (\bar{X}) = 7.61, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 1.21 เมื่อจำแนกคะแนนรวม เป็นระดับ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มปกติ ส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านอาหารอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 67.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 7.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้ด้านอาหารของกลุ่มปกติ จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (N=80)	ร้อยละ
ระดับดี	54	67.5
ระดับปานกลาง	20	25.0
ระดับต่ำ	6	7.5

\bar{X} = 7.61, Max = 9.00, Min = 3.00, S.D. = 1.21

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเสนาห์ ในเรื่อง ความรู้ด้านการออกกำลังกายของกลุ่มปกติ พบว่า กลุ่มปกติ มีคะแนนความรู้ ด้านการออกกำลังกาย ต่ำสุด (Min) = 1.00, สูงสุด (Max) = 9.00, ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) = 6.80, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 1.43 เมื่อจำแนกคะแนนรวม เป็นระดับ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มปกติ ส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.8 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 17.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความรู้ด้านการออกกำลังกายของกลุ่มปกติ จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (N=80)	ร้อยละ
ระดับดี	14	17.5
ระดับปานกลาง	55	68.8
ระดับต่ำ	11	13.8

\bar{X} = 6.80, Max = 9.00, Min = 1.00, S.D. = 1.43

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเสนาห์ ในเรื่อง ความรู้ด้านอาหารของกลุ่มป่วย พบว่า กลุ่มป่วย มีคะแนนความรู้ ด้านอาหาร ต่ำสุด (Min) = 3.00, สูงสุด (Max) = 9.00, ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) = 7.57, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 1.28 เมื่อจำแนกคะแนนรวม เป็นระดับ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านอาหารอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 7.9 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละความรู้ด้านอาหารของกลุ่มป่วย จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (N=63)	ร้อยละ
ระดับดี	41	65.1
ระดับปานกลาง	17	27.0
ระดับต่ำ	5	7.9

\bar{X} = 7.57, Max = 9.00, Min = 3.00, S.D. = 1.28

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเสนาให้ ในเรื่อง ความรู้ด้านการออกกำลังกายของกลุ่มป่วย พบว่า กลุ่มป่วย มีคะแนนความรู้ ด้านการออกกำลังกาย ต่ำสุด (Min) = 2.00, สูงสุด (Max) = 9.00, และค่าเฉลี่ย (\bar{X}) = 6.52, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 1.55 เมื่อจำแนกคะแนนรวม เป็นระดับ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.8 และระดับดี ร้อยละ 12.7 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละความรู้ด้านการออกกำลังกายของกลุ่มป่วย จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (N=63)	ร้อยละ
ระดับดี	8	12.7
ระดับปานกลาง	40	63.5
ระดับต่ำ	15	23.8

\bar{X} = 6.52, Max = 9.00, Min = 2.00, S.D. = 1.55

จากการศึกษา ในเรื่องการประเมินค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว จำแนกตามเกณฑ์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มปกติส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-23.4) คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมา คือ ค่าดัชนีมวลกายเกินค่าปกติ (23.5-28.4) คิดเป็นร้อยละ 37.5 ส่วนกลุ่มป่วย พบว่า มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่าปกติ (23.5-28.4) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-23.4) คิดเป็นร้อยละ 27.0 และ อ้วนระยะที่ 1 (28.5-34.4) คิดเป็นร้อยละ 6.3

กลุ่มปกติ พบว่า มีรอบเอวปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมา คือ รอบเอวเกินค่าปกติ 1-10 ซม. คิดเป็นร้อยละ 37.5 และรอบเอวเกินค่าปกติมากกว่า 10 ซม. คิดเป็นร้อยละ 15.0 ตามลำดับ กลุ่มป่วย พบว่า มีรอบเอวเกินค่าปกติ 1-10 ซม. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมา คือ มีรอบเอวปกติ คิดเป็นร้อยละ 28.6 และรอบเอวเกินค่าปกติมากกว่า 10 ซม. คิดเป็นร้อยละ 27.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติและอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วย ที่ได้รับการประเมินค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว จำแนกตามเกณฑ์

ตัวแปร	กลุ่มปกติ		กลุ่มป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เส้นรอบเอว				
- ปกติ	38	47.5	18	28.6
- เกินค่าปกติ 1-10 ซม.	30	37.5	28	44.4
- เกินค่าปกติมากกว่า 10 ซม.	12	15.0	17	27.0
ดัชนีมวลกาย				
- ต่ำกว่าเกณฑ์ (≤ 18.4)	4	5.0	0	0.0
- ปกติ (18.5 - 23.4)	43	53.8	17	27.0
- เกินค่าปกติ (23.5 - 28.4)	30	37.5	42	66.7
- อ้วนระยะที่ 1 (23.5 - 28.4)	3	3.8	4	6.3
- อ้วนมาก (≥ 35.0)	0	0.0	0	0.0

การวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรเพื่อทดสอบสมมติฐาน

จากการศึกษา การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหาร ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 7.61 ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 7.57 และผลการทดสอบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วย

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D.	t-value	df	p-value
อสม.กลุ่มปกติ	80	7.61	1.21	0.197	141	0.844
อสม.กลุ่มป่วย	63	7.57	1.28			

จากการศึกษา การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องออกกำลังกาย ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 6.80 อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 6.52 และผลการทดสอบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการออกกำลังกายระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วย

ตัวแปร	N	\bar{X}	S.D.	t-value	df	p-value
อสม.กลุ่มปกติ	80	6.80	1.43	1.105	141	0.271
อสม.กลุ่มป่วย	63	6.52	1.55			

จากการศึกษา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเรื่องอาหาร ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยเท่ากับ 19.86 อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วยมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย เท่ากับ 20.03 และผลการทดสอบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเรื่องอาหารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วย

ตัวแปร	N	\bar{X}	S.D.	t-value	df	p-value
อสม.กลุ่มปกติ	80	19.86	3.93	-0.251	141	0.803
อสม.กลุ่มป่วย	63	20.03	4.12			

จากการศึกษา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเรื่องออกกำลังกายระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยเท่ากับ 10.40 อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วยมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย เท่ากับ 9.60 และผลการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเรื่องออกกำลังกายระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วย

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D.	t-value	df	p-value
อสม.กลุ่มปกติ	80	10.40	2.44	2.120	141	0.028
อสม.กลุ่มป่วย	63	9.60	1.67			

วิจารณ์

จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ ระหว่าง 50-59 ปี อาชีพที่พบมากที่สุด ได้แก่ เกษตรกรรมและรับจ้าง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ด้านอาหารอยู่ในระดับดี ความรู้ในด้านการออกกำลังกายพบว่าทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มปกติส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ แต่กลุ่มป่วยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกินค่าปกติ ส่วนเส้นรอบเอวกลุ่มปกติพบอยู่ในระดับปกติ มากที่สุด ขณะที่กลุ่มป่วยพบอยู่ในระดับเกินค่าปกติ 1-10 ซม. มากที่สุด

ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบประเด็นที่น่าสนใจว่า กลุ่มปกติส่วนใหญ่จะมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติและมีผู้ที่มีเส้นรอบเอวอยู่ในระดับปกติจำนวนมาก แต่กลุ่มป่วยส่วนใหญ่จะมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกินค่าปกติและมีผู้ที่มีเส้นรอบเอวเกินค่าปกติ 1-10 ซม. จำนวนมาก ทั้งนี้ น่าจะมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการขาดการออกกำลังกาย สอดคล้องกับผลการศึกษา⁽²⁾ ที่พบว่า การออกกำลังกาย เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยป้องกันโรคไม่ติดต่อ ส่วนการเปรียบเทียบด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรู้เรื่องอาหาร ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วยไม่มีความ

แตกต่างกันในทางสถิติ สาเหตุน่าจะเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่จะได้รับการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้มีความรู้ด้านอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน แต่ผลการเปรียบเทียบด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มปกติกับอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มป่วย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) น่าจะมีสาเหตุมาจากภาวะสุขภาพในเรื่องของการเจ็บป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขทำให้ขาดการออกกำลังกายซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของพยาบาล⁽³⁾ ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ ข้อเสนอแนะในการวิจัยนี้ คือ ควรมีการพัฒนาความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขให้มากเพื่อสร้างความเชื่อมั่น และควรเน้นให้รู้ถึงอันตรายจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และผลกระทบต่อสุขภาพกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ และภาพลักษณ์การเป็นผู้นำด้านสุขภาพแก่ประชาชน
2. ควรเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขทราบถึงอันตรายจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อที่จะได้ให้ความรู้และดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ
3. ควรพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์ และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมที่จะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประสบผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด; 2560.
2. ชลลดา พิฑูรย์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของพยาบาลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2548.
3. วิภา ไชยณรงค์ และคณะ. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. เพื่อนสุขภาพ; 2540.

ผลการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

The outcomes of pregnant patients undergoing cesarean section with spinal anesthesia at Kokha Hospital, Lampang Province

กัญชณา วิเศษการ

โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

Kunchana Wiseskarn

Kokha Hospital, Lampang

บทคัดย่อ

จากสถิติการผ่าตัดใหญ่ในโรงพยาบาลเกาะคาแต่ละปีพบว่ามีการผ่าตัดคลอดอยู่ในสามอันดับแรก และอาการปวดแผลภายหลังการผ่าตัดคลอดพบได้บ่อย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการระงับปวดภายใน 24 ชั่วโมงแรกภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการให้ยา morphine เข้าทางช่องไขสันหลัง ทำการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด ของโรงพยาบาลเกาะคา ที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาร่วมกับ morphine เข้าทางช่องไขสันหลัง ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย, ข้อมูลขณะผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งขณะผ่าตัด ในห้องพักฟื้น และในหอผู้ป่วย และผลการระงับปวดใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งผลการศึกษาพบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้มี 231 ราย มีอายุเฉลี่ย 27.89 ± 6.14 ปี ส่วนใหญ่จัดอยู่ใน ASA physical status 2 และเป็นการผ่าตัดแบบนัดมาผ่าตัด ขั้นตอนในการทำนั้น ใช้ยาชา 0.5% heavy Marcaine เฉลี่ย 2.18 ± 0.07 มิลลิลิตร ร่วมกับ morphine 0.2 มิลลิกรัม เข้าทางช่องไขสันหลัง หลังจากนั้นจึงวัดระดับการชาเฉลี่ยอยู่ที่ $T4 \pm 0.71$ ระยะเวลาในการให้ยาระงับความรู้สึกเฉลี่ย 78.26 ± 15.01 นาที ภาวะโลหิตต่ำ เกิดระหว่างผ่าตัดร้อยละ 63.64 เกิดในห้องพักฟื้นร้อยละ 0.87 ไม่เกิดเลยที่หอผู้ป่วย ภาวะหนาวสั่น เกิดระหว่างผ่าตัดร้อยละ 22.51 เกิดในห้องพักฟื้นร้อยละ 18.61 ไม่เกิดเลยที่หอผู้ป่วย ภาวะคลื่นไส้อาเจียน เกิดระหว่างผ่าตัดร้อยละ 8.23 เกิดในห้องพักฟื้นร้อยละ 5.63 ไม่เกิดเลยที่หอผู้ป่วย อาการคัน เกิดในห้องพักฟื้นร้อยละ 1.30 เกิดที่หอผู้ป่วยร้อยละ 3.46 ภาวะหัวใจเต้นช้า เกิดระหว่างผ่าตัดร้อยละ 4.33 และพบอาการปวดแผลภายหลังผ่าตัด ต้องได้ยาแก้ปวดในห้องพักฟื้นร้อยละ 2.16 ที่หอผู้ป่วยร้อยละ 14.72 จะเห็นได้ว่าการระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาร่วมกับ morphine เข้าทางช่องไขสันหลัง ควบคุมการปวดแผลหลังผ่าตัดได้ค่อนข้างดีและปลอดภัย ถึงแม้จะพบภาวะความดันเลือดต่ำได้บ่อย ทั้งนี้ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมและวางแนวทางแก้ไขต่อไป

คำสำคัญ: ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

Abstract

According to the major surgery in Kokha hospital, cesarean section was in the top three and postoperative pain is quite common. The purposes of this research were to study the postoperative pain in 24 hours, complications of spinal anesthesia and side effects of intrathecal morphine. The retrospective descriptive study was conducted between September 2015 and August 2017 in pregnant patients undergoing cesarean section with spinal anesthesia that used local anesthetic drugs and intrathecal morphine at Kokha Hospital. The data composed of patient's data, intraoperative information, complications, and postoperative pain in 24 hours. The result comprised 231 patients with average age of 27.89 ± 6.14 years old. The most of patients were ASA physical status 2 and undergoing elective surgery. The methods were used 0.5% heavy Marcaine about 2.18 ± 0.07 ml and 0.2mg of morphine and the anesthetic level was $T4 \pm 0.71$. The average anesthetic time was 78.26 ± 15.01 minutes. The incidence of hypotension was 63.64% at OR, 0.87% at RR, 0 at ward. The incidence of shivering was 22.51% at OR, 18.61% at RR, 0 at ward. The incidence of nausea & vomiting were 8.23% at OR, 5.63% at RR. The incidence of bradycardia was 4.33% at OR. Medication for postoperative pain was 2.16% at RR and 14.72% at ward. The conclusion is spinal anesthesia that used local anesthetic drugs and intrathecal morphine was good for control postoperative pain in 24 hours and provides safety in pregnant patients undergoing cesarean section at Kokha hospital although the incidence of hypotension was frequently. Therefore, further study about prevent most common complications are needed.

Key words: spinal anesthesia with intrathecal morphine

บทนำ

จากสถิติการผ่าตัดใหญ่ในโรงพยาบาลเกาะคา พบว่าการผ่าตัดคลอดอยู่ในสามอันดับแรก (ปี 2555 120 ราย, ปี 2556 101, ราย ปี 2557 105 ราย) ทั้งนี้เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าอาการปวดแผลภายหลังการผ่าตัดคลอดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ซึ่งถ้าการจัดการลดปวดทำได้ไม่ดี อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย มีความกังวล ใช้เวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน อาจเพิ่มค่ารักษา และไม่พอใจในการรักษาได้ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณา และวางแผนให้ดี

เดิมนั้นโรงพยาบาลเกาะคาไม่มีวิสัญญีแพทย์ประจำ จึงเลือกให้การระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ

แบบทั่วร่างกายโดยวิสัญญีพยาบาลภายใต้การควบคุมของสูติแพทย์ จนกระทั่งปี 2557 มีวิสัญญีแพทย์ประจำในหน่วยงาน การผ่าตัดคลอดจึงใช้วิธีให้การระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน ด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง เพื่อลดผลของยาที่ผ่านจากมารดาสู่ทารก หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจยาก การสำลักอาหาร และน้ำย่อยเข้าปอด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในมารดาที่มารับการผ่าตัดคลอด ทั้งนี้การพิจารณาเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับความเร่งด่วนของการผ่าตัด สภาพมารดาและทารก รวมทั้งความต้องการของมารดาด้วย

การระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าทางช่องไขสันหลัง (spinal anesthesia with intrathecal morphine) เพื่อผ่าตัดคลอดเป็นวิธีที่นิยมในปัจจุบัน เนื่องจากมีความปลอดภัยและทำได้ไม่ยาก นอกจากนี้ยังสามารถระงับอาการปวดแผลหลังผ่าตัดได้ดี ทำให้ความต้องการยาแก้ปวดอื่นๆ หลังผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกได้เร็ว และเป็นการสร้างสายสัมพันธ์อันดีระหว่างมารดาและทารกต่ออย่างไรก็ตาม การทำหัตถการต่างๆ ย่อมมีผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งนั้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าทางช่องไขสันหลัง อาจแยกเป็นผลจากยาชาได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจเต้นช้า ภาวะที่ระดับการชาสูงกว่าเส้นประสาททอคู่ที่ 4 (high spinal/total block) อาการปวดหลัง อาการปวดศีรษะหลังฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (postdural puncture headache หรือ PDPH) และภาวะหนาวสั่น ส่วนผลจากมอร์ฟีน ได้แก่ ภาวะกดการหายใจ ภาวะคลื่นไส้อาเจียน และอาการคันที่ผ่านมายังไม่เคยมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเกาะคาผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เพื่อจะได้ใช้ประกอบการพิจารณากำหนดเป็น แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางวิสัญญีวิทยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการระงับปวดภายใน 24 ชั่วโมงแรก ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการให้ยาชา มอร์ฟีนเข้าทางช่องไขสันหลัง

วัสดุและวิธีการศึกษา

ทำการศึกษาแบบเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วย ใบเยี่ยมก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ใบบันทึกระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกและแบบบันทึกการดูแลในห้องพักฟื้นและในหอผู้ป่วย ในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลเกาะคา ที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าทางช่องไขสันหลัง ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลา 24 เดือน โดยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ, การจำแนกสภาพผู้ป่วยตามสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (American Society of Anesthesiologists physical status : ASA physical status), โรคประจำตัวและปัญหาก่อนการผ่าตัด, ประเภทการผ่าตัด (ไม่ฉุกเฉินหรือฉุกเฉิน), ข้อมูลขณะผ่าตัดที่ทำการศึกษา ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร ปริมาณยาชา ระดับการชา ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ ปริมาณเลือดที่เสียไป ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งขณะผ่าตัด ในห้องพักฟื้นและในหอผู้ป่วย และผลการระงับปวดใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น อายุ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ รายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการคัน รายงานผลเป็นร้อยละ

ผลการศึกษา

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ มี 231 ราย มีอายุเฉลี่ย 27.89 ปี (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่ จัดอยู่ใน ASA physical status 2 และเป็นการผ่าตัดแบบ ไม่ฉุกเฉิน (Elective case) พบว่าปัญหา ก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ โรคเลือด ภาวะอายุครรภ์ก่อนกำหนด และพาหะไวรัสตับอักเสบบี ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ขั้นตอนในการทำงาน ใช้ยาชา 0.5% heavy Marcaine เฉลี่ย 2.18 มิลลิลิตร หรือประมาณ 10.9 มิลลิกรัม ร่วมกับ มอร์ฟีน 0.2 มิลลิกรัม เข้าทางช่องไขสันหลัง หลังจากนั้นจึงวัดระดับการชาเฉลี่ยอยู่เส้นประสาททอกคู่ที่ 4 (T4) ระยะเวลาในการให้ยาระงับความรู้สึกเฉลี่ย 78.26 นาที ปริมาณสารน้ำที่ให้ทั้งหมดแก่ผู้ป่วยเฉลี่ย 1,578.57

มิลลิลิตร และปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเฉลี่ย 622.07 มิลลิลิตร (ตารางที่ 2)

เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 63.64 ในห้องพักฟื้นร้อยละ 0.87 ไม่เกิดเลยที่หอผู้ป่วย ภาวะหนาวสั่น เกิดระหว่างผ่าตัดร้อยละ 22.51 เกิดในห้องพักฟื้นร้อยละ 18.61 ไม่เกิดเลยที่หอผู้ป่วย ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน เกิดระหว่างผ่าตัดร้อยละ 8.23 เกิดในห้องพักฟื้นร้อยละ 5.63 ไม่เกิดเลยที่หอผู้ป่วย อาการคัน เกิดในห้องพักฟื้นร้อยละ 1.30 เกิดที่หอผู้ป่วย ร้อยละ 3.46 และพบภาวะหัวใจเต้นช้า ระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 4.33 ไม่พบอุบัติการณ์ของภาวะที่ระดับการชา สูงกว่า T4 การปวดหลัง อาการปวดศีรษะหลังฉีดยาชา เข้าช่องไขสันหลัง (PDPH) หรือภาวะกตการหายใจ ส่วนอาการปวดแผลภายหลังผ่าตัด ต้องได้ยาแก้ปวด ที่ห้องพักฟื้นร้อยละ 2.16 และที่หอผู้ป่วยร้อยละ 14.72 (ตาราง 3,4)

ตารางที่ 1 อายุ และข้อมูลในช่วงผ่าตัด

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบน (ค่าต่ำสุด/ค่าสูงสุด)
อายุ (ปี)	27.89 ± 6.12 (15/42)
ปริมาณยาชาที่ใช้ (มิลลิลิตร)	2.18 ± 0.07 (1.8/2.4)
ระดับการชา (เส้นประสาททอกคู่ที่)	4 ± 0.71 (3/6)
ระยะเวลาในการให้ยาระงับความรู้สึก (นาที)	78.26 ± 15.01 (52/146)
ปริมาณสารน้ำที่ได้ทั้งหมด (มิลลิลิตร)	1,578.57 ± 242.65 (1,200/3,000)
ปริมาณการเสียเลือด (มิลลิลิตร)	622.07 ± 319.08 (200/2,500)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
1. ASA physical status	
2	169 (73.16)
3	62 (26.84)
2. ประเภทการผ่าตัด	
ไม่ฉุกเฉิน	137 (59.31)
ฉุกเฉิน	94 (40.69)
3. ปัญหาของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	
โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	36 (15.58)
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ	15 (6.49)
โรคเลือด	12 (5.19)
ภาวะอายุครรภ์ก่อนกำหนด	2 (0.87)
พาหะไวรัสตับอักเสบนชนิดบี	2 (0.87)

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (n = 231)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ร้อยละ)		
	ห้องผ่าตัด	ห้องพักรฟื้น	หอผู้ป่วย
ภาวะความดันโลหิตต่ำ	147 (63.64)	2 (0.87)	0 (0)
ภาวะหนาวสั่น	52 (22.51)	43 (18.61)	0 (0)
ภาวะหัวใจเต้นช้า	10 (4.33)	0 (0)	0 (0)
ภาวะที่ระดับการชาสูงกว่า T4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
อาการปวดหลัง	0 (0)	0 (0)	0 (0)
อาการปวดศีรษะหลังฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	0 (0)	0 (0)	0 (0)
อาการปวดภายหลังผ่าตัดที่ต้องให้ยาแก้ปวด ใน 24 ชั่วโมง	0 (0)	5 (2.16)	34 (14.72)

ตารางที่ 4 ผลข้างเคียงจากการให้มอร์ฟีนทางช่องไขสันหลัง (n = 231)

ผลข้างเคียง	จำนวน (ร้อยละ)		
	ห้องผ่าตัด	ห้องพักฟื้น	หอผู้ป่วย
ภาวะคลื่นไส้อาเจียน	19 (8.23)	13 (5.63)	0 (0)
อาการคัน	0 (0)	3 (1.30)	8 (3.46)
ภาวะกดการหายใจ	0 (0)	0 (0)	0 (0)

วิจารณ์

อาการปวดแผลภายหลังผ่าตัด จากการศึกษา พบไม่มากเช่นเดียวกับการศึกษาของ Wong และ Nambiath ซึ่งถือได้ว่าวิธีนี้มีข้อดีในเรื่องการระงับปวดทั้งในช่วงผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ภาวะความดันเลือดต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ร้อยละ 63.64 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา พบภาวะความดันเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังร้อยละ 50-80 โดยสาเหตุของภาวะความดันเลือดต่ำอาจเกิดจากระดับการชาที่สูงถึงเส้นประสาทอกคู่ที่ 4 (T 4) ซึ่งทำให้เกิดการยับยั้งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic) ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงในร่างกาย ส่งผลให้ลดการไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจ ร่วมกับขนาดของมดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้น ไปกดทับหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงใหญ่จึงเกิดภาวะความดันเลือดต่ำอย่างรวดเร็ว โดยสัมพันธ์กับระดับการชาโดยเฉลี่ยอยู่ที่ระดับ T4 แม้ก่อนฉีดยาชา ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับสารน้ำ 500-1,000 มิลลิลิตร เป็นมาตรฐานแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถป้องกันภาวะความดันเลือดต่ำได้ จากการศึกษาของ Chanchayanon และ Jackson พบว่าการให้สารน้ำก่อนฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังไม่สามารถป้องกันภาวะความดันเลือดต่ำได้ ส่วน high block มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันเลือดต่ำ โดยผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัด

ไม่สุขสบาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด high block ได้แก่ ขนาดและความเข้มข้นของยาชา ลักษณะทางสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงในช่วงตั้งครรภ์ เช่น การโป่งพองของหลอดเลือดดำ ทำให้ epidural space และ subarachnoid space แคบลง ความดันในช่องท้องสูงขึ้นที่เกิดจากการขยายตัวของมดลูก การกระจายของยาจึงสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งในการศึกษานี้ไม่เกิดภาวะ high block การเกิดภาวะหนาวสั่น การศึกษานี้พบร้อยละ 22.51 และ 18.61 ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นอุบัติการณ์เมื่อผู้ป่วยมีอาการสั่นของกล้ามเนื้อ หากมีอาการชนลุกหรือรู้สึกหนาวแต่ไม่มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อจะไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษานี้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Saikosum ที่ศึกษาความรุนแรง (severity 0-10) ของภาวะหนาวสั่น พบถึงร้อยละ 70 โดยนับผู้ป่วยที่รู้สึกหนาวไปจนถึงมีอาการสั่นกล้ามเนื้อ สาเหตุของภาวะหนาวสั่นเกิดจากเส้นเลือดส่วนปลายขยายตัวหลังฉีดยาชาเฉพาะส่วน ทำให้ร่างกายสูญเสียความร้อน ประกอบกับอุณหภูมิห้องผ่าตัดที่ปรับต่ำประมาณ 20-25 องศาเซลเซียส ทำให้เกิดภาวะหนาวสั่นได้มากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยนั้นทีมวิสัญญีจะเตรียม สารน้ำที่อุ่นไว้ที่อุณหภูมิ 38-40 องศาเซลเซียส ร่วมกับการใช้ผ้าห่มไฟฟ้า เพื่อป้องกันภาวะหนาวสั่น และมียาที่สามารถให้ทางหลอดเลือดดำ เช่น pethidine เพื่อบรรเทาอาการได้ หากทำวิธีอื่นแล้วยังไม่ได้ผล

ภาวะคลื่นไส้อาเจียน นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายแล้วยังรบกวนการผ่าตัดอีกด้วย สาเหตุของภาวะคลื่นไส้อาเจียนเกิดจากเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง (cerebral hypoperfusion) หรือมีการตอบสนองของระบบประสาท parasympathetic มากขึ้น ทำให้ลำไส้มีการบีบตัวเพิ่มขึ้นและปากหูดคลายตัวและอาจสัมพันธ์กับยามอร์ฟินเข้าทางช่องไขสันหลังที่ผู้ป่วยได้รับจากการศึกษาที่พบอุบัติการณ์คลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 8.23 และ 5.63 ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นตามลำดับ ถือว่าน้อยกว่าการวิจัยอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเป็นจากไม่ได้นับรวมคนไข้ที่มีเพียงอาการพะอืดพะอม หรือคลื่นไส้เพียงอย่างเดียว

ส่วนภาวะหัวใจเต้นช้า (น้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที) พบร้อยละ 4.33 ซึ่งเป็น sinus bradycardia แก้ไขได้โดยให้ Atropine และยาตีบหลอดเลือด

ผลข้างเคียงอื่น ๆ เช่น อาการคัน สัมพันธ์กับการให้ยาแก้ปวดมอร์ฟินทางช่องไขสันหลัง โดยเชื่อว่ายาแก้ปวดมอร์ฟินที่ให้จะไปออกฤทธิ์ต่อ 5-HT receptor (5 hydroxy tryptiline-3 receptor) การศึกษาของ charuluxa-nanan พบอาการคัน ร้อยละ 64 ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการคันตั้งแต่ 20 นาที ถึง 185 นาที หลังฉีดยามอร์ฟินทางช่องไขสันหลัง ซึ่งจากการศึกษาที่พบอาการคัน ร้อยละ 1.30 และ 3.46 ในห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยตามลำดับ การรักษาใช้ยากลุ่ม antihistamine บรรเทาอาการคัน

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้อาจน้อยกว่าความเป็นจริง เช่น ภาวะคลื่นไส้อาเจียน ภาวะหนาวสั่น และอาการคัน เนื่องจากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง หากมีอาการคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน หนาว หรือคันเพียงเล็กน้อย อาจไม่ได้รับการบันทึกข้อมูล ซึ่งหากมีการศึกษาไปข้างหน้าจะสามารถเก็บข้อมูลได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

การศึกษานี้สรุปได้ว่าการเลือกใช้วิธีการฉีดยาชา ร่วมกับมอร์ฟินเข้าทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดเป็นวิธีการที่เหมาะสมเนื่องจากสามารถระงับปวดในช่วงผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ค่อนข้างดี ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถนำไปประกอบการพิจารณากำหนดเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางวิสัญญีวิทยา แต่ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางการดูแลภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Chanchayanon T, Lim A. **Prevention of hypotension during spinal anesthesia for caesarean section : colloid versus crystal-loid as preloading fluids.** Songkla Med J 1999; 17: 7-13.
2. Jackson R, Reid J, Thorburn J. **Volume preloading is not essential to prevent spinal-induced hypotension at caesarean section.** Br J Anaesth 1995; 75: 262-5.
3. Wong JY, Carvalho B, Riley. **Intrathecal morphine 100 and 200 µg for post-caesarean delivery analgesia: a trade-off between analgesic efficacy and side effects.** Int J Obstet Anesth 2013; 22(1): 36-41.
4. Nambiath S, Vijay MH. **Pain control after caesarean birth-What are the options.** Journal of General practice 2014: 164.
5. Taslimi MM, Sayed YE, Carvalho B, Co-hen SE. **Obstetric Surgery.** In : Jaffe RA, Samuels SI, editors. **Anesthesio-logist's Manual of Surgical Procedure.** Philadelphia : Lip- pincott Williams & Wilkins 2004: 659-65.

6. Loetwiryakun W, Chanchayanon T. **Optimum Dose of Intravenous Ephedrine for Prevention of Hypotension During Spinal Anaesthesia for Caesarean Delivery.** ASEAN Journal of Anaesthesiology 2004; 5: 3-9.
7. Burns SM, Cowan CM, Wilkes RG. **Prevention and Management of Hypotension During Spinal Anaesthesia for Elective Caesarean Section : a Survey of practice.** Anaesthesia 2001; 56: 794-8.
8. Ueyama H, He Y, Tanigami H, Mashimo T. **Effects of Crystalloid and Colloid Pre-load on Blood Volume in the Parturient Undergoing Spinal Anesthesia for Elective Cesarean Section.** Anesthesiology 1999; 91: 1571-6.
9. Abouleish EI, Rashid S, Haque S, Giezen-tanner A, Joynton P, Chuang AZ. **Ondan-setron versus placebo for the control of nausea and vomiting during Caesarean section under spinal anaesthesia.** Anaesthesia 1999; 54: 479-82.
10. Saikosum W, Duangkae S, Saratan P. **Epidural Anesthesia for Caesarean Section : An Open Clinical Study Comparison of 0.75 percent Ropivacaine and 0.5 percent Bupivacaine.** Thai J Anesthesiol 2003; 29: 145-50.
11. Karaman S, Kocabas S, Uyar M, Zineircioglu C, Firat V. **Intrathecal morphine:effect on perioperative hemodynamic, postoperative analgesia, and stress response for TAH.** Adv ther. 2006; 23: 293-306.
12. Charuluxananan S, Somboonviboon W, Kyokong O, Nim-charoendee K. **On-dansetron for treatment of intrathecal morphine-induced pruritus after cesarean delivery.** Reg Anesth Pain Med 2000; 25.