



โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
Queen Savang Vadhana Memorial Hospital



เล่มรวมผลงาน

งานประชุมวิชาการระดับชาติ

วิชาการแพทย์บูรพา ครั้งที่ 3



วันที่ 1 - 2 กันยายน พ.ศ.2559

**ณ อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**

คำนำ

การเคลื่อนผ่านทุก ๆ อย่างก้าว ในชีวิตประจำวันหรือการทำงาน ล้วนมีการเปลี่ยนแปลง สิ่งสำคัญไม่เพียงแต่ความพยายามให้การขยับเท่าทันต่อกาลเท่านั้น แต่ยังต้องเรียนรู้ในทุก ๆ อย่างก้าวนั้น แบบมีสติ เพื่อให้พร้อมรับกับสรรพสิ่งที่ผ่านเข้ามา บางที่ต้องผ่อนปรนความเหน็ดเหนื่อย หรือ ลดความตึงเครียดต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น หรือ แม้กระทั่งปลุกกระตุ้นพลังที่ทำทลายให้ก้าวผ่านไปได้ แบบมั่นคงและยั่งยืน

การเรียนรู้ เริ่มจากบุคคลมีประสบการณ์บางสิ่งผ่านช่องทางการรับรู้ ของระบบประสาทสัมผัสทั้ง ๕ ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส แล้วสมองได้กลั่นกรองแปลความหมายของการรับรู้ นั้น ทำให้รู้จัก เข้าใจ จดจำ ยอมรับ และนำไปใช้ประโยชน์ จนชำนาญเกิดทักษะ ที่บุคคลอื่นมองเห็นผลลัพธ์แบบรูปธรรม ผ่านพฤติกรรมการแสดงออก ย่อมต้องใช้เวลา และความเชี่ยวชาญจะยิ่งเพิ่มพูน หากองค์กรเปิดโอกาสให้บุคคลขยายกรอบการมองโลก (World Map) ของเขา ได้ขยายการรับรู้กว้างออกไปแบบไม่มีที่สิ้นสุด สิ่งที่จะทำให้เกิดตรัสรู้ไว้ในจิตได้สำนึก จนแม้เมื่อวันหนึ่งที่บุคคลคิดว่าอาจลืมเลือนไป แต่เมื่ออยู่ในภาวะการณ์ที่จำเป็นต้องใช้ศักยภาพนั้น จะสามารถดึงพลังที่ซ่อนไว้นั้นกลับมาใช้ได้แบบอัตโนมัติ เพราะสิ่งเหล่านั้นได้ฝังลึกในตัวตนของคนในองค์กร ไม่ว่าจะอยู่ ณ ตำแหน่งแห่งหนใด การได้เรียนรู้แบบไร้ขีดจำกัด โดยเฉพาะสังคมในปัจจุบัน ที่ก้าวข้าม ระยะเวลา ศาสนา เชื้อชาติ หรือ ภาษา การเรียนรู้ที่ยั่งยืน คือการที่นำองค์ความรู้เหล่านั้นมาต่อยอด หรือ พัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องได้เหมาะสมตลอดเวลา จึงจะถือว่าเป็นการเรียนรู้และพัฒนาที่แท้จริง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้เล็งเห็นความสำคัญในประเด็นเหล่านี้ จึงได้กำหนดจัดประชุมวิชาการ “วิชาการแพทย์บูรพา” ครั้งที่ ๓ ประจำปี ๒๕๕๙ ภายใต้แนวคิด “การเรียนรู้สู่ความเปลี่ยนแปลง ในสังคมไร้พรมแดน” ขึ้น และรวบรวมผลงานต่าง ๆ ให้ทุกคนได้เรียนรู้ ที่จะนำไปสู่การสร้างแรงบันดาลใจ ให้เกิดพลังในการทำงานได้อย่างเข้มแข็ง และถ่ายทอดสู่คนอื่น ๆ ให้ได้ทบทวนบริบทของตนเองที่อาจหลงลืมไป ได้ย้อนกลับมารำลึกตนเอง ตามการปฏิบัติที่ดำเนินอยู่ ณ ปัจจุบัน จนเป็นวัฒนธรรมองค์กร ดังจุดมุ่งหมายที่ตั้งใจไว้ อย่างมีชีวิต มีคุณค่า มีความหมาย ยกระดับสถาบันที่พร้อมก้าวไปสู่ คณะแพทยศาสตร์ ที่มีมาตรฐานระดับสากลต่อไป

คณะกรรมการประชุมวิชาการระดับชาติ “วิชาการแพทย์บูรพา” ครั้งที่ ๓

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กันยายน ๒๕๕๙

รวมเล่มผลงานการประชุมวิชาการระดับชาติ วิชาการแพทย์บูรพา ครั้งที่ ๓ ปี ๒๕๕๙

MedBN

2559 – 11 – 02

ผู้แต่ง

พวกเรา ชาวแพทย์บูรพา และเครือข่าย

จำนวนพิมพ์

ออนไลน์ (ตามความสนใจ)

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ ปริยาพรรณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ทวีลาภ ตันสวัสดิ์

นายแพทย์ปราการ ทัตติยกุล

ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต

ดร.สรร กลิ่นวิจิต

ดร.พวงทอง อินใจ

กองบรรณาธิการ

นางสาวคณินิจ อุตีมาศ, นายศักดิ์ชาย มุกดาเสถียร

นางสาวสุกัญญา ยิ้มไย, นางสาวสมหญิง บู่แก้ว

นางสาวกมลวรรณ พาลีก, นางสาวชิราภรณ์ ทิพย์รักษ์

นางสาวสาวิตรี แก้วมณี, นางสาวจุฑารัตน์ สุขพละ

นางสาวพุทธรมาศ กรรณรงค์, นางสาวจุฑามาศ เขียวอร่าม

นายชัชวาลย์ เกิดปรำงค์

จัดพิมพ์โดย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ออกแบบ

คณะอนุกรรมการจัดทำรายงานสืบเนื่องจากการประชุมแบบอิเล็กทรอนิกส์

สร้างกำลังใจ

ทีมคณะกรรมการตัดสินผลงานประกอบด้วย

รศ.พญ.สมจิต พฤกษ์รัตนานนท์

ผศ.นพ.ทวีลาภ ตันสวัสดิ์

ดร.นพ.เกษม ไข่มุกด์

ผศ.ดร.สุกัญญา เจริญวัฒนะ

ดร.วัลลภ ใจดี

ดร.วรานูรินทร์ ยีสารคุณ

สารบัญ

	เนื้อหา	หน้า
กลุ่มที่ 1	การนำเสนอผลงานแบบโปสเตอร์ (Poster Presentation) ประเภทผลงานวิจัย	1
1	ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบประยุกต์ร่างมาตรฐานต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับความดันโลหิต และไขมันในเลือด ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดจันทบุรี	2
2	ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการกำกับตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดจันทบุรี	4
3	ประสิทธิภาพการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยใช้เครื่องเอ็กซเรย์ คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง	6
4	ผลของการฝึกผ่อนคลายใจออกช้าโดยการเป่ากังหันลมต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง	8
5	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีดและภาวะชักจากไขในผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา	10
6	การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและของร่างกาย และการทำงานของประสาท ชิมพาเทติกของหัวใจในผู้ใหญ่ตอนต้นน้ำหนักตัวปกติและน้ำหนักตัวเกิน	12
7	ภาวะภูมิไวต่อสารก่อภูมิแพ้ในผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา	14
8	การศึกษานำร่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่น้ำหนักเกินและอ้วนในเขต มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางโภชนาบำบัดสำหรับผู้ที่ น้ำหนักเกินและอ้วน	16
9	การใช้กระบวนการกลุ่มและการสะท้อนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมและการคิด วิเคราะห์การเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนของนิสิตแพทย์ปีที่ 1	18
กลุ่มที่ 2	การนำเสนอผลงานแบบโปสเตอร์ (Poster Presentation) ผลงานประเภทรายงานผู้ป่วย/กรณีศึกษา/R2R	24
1	ตู้สารระยา (Drugs.info.box)	25
2	Relapsing polychondritis with aortitis	32
3	Intra-abdominal abscess caused by perforated jejunal diverticulitis: A Case Report	36
4	โครงการเครือข่ายเข้มแข็ง แรงงานสุขภาพดี	42
5	อันตรกิริยาต่อกันของยาที่ทำให้ระดับยา Warfarin เพิ่มขึ้น	46
6	รูปแบบของการสั่งยาเตรียมพิเศษเฉพาะรายในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	53
กลุ่มที่ 3	การนำเสนอผลงานแบบบรรยาย (Oral Presentation) ผลงานประเภทวิจัย	57
1	คุณภาพใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาของงานรังสีวิทยาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา	58

สารบัญ (ต่อ)

2	ผลของการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเปรียบเทียบระหว่างการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal และ การฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่า (ผลการศึกษาวิจัยเบื้องต้น)	65
3	ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวัง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน	76
กลุ่มที่ 4	การนำเสนอผลงานแบบบรรยาย (Oral Presentation)	78
	ผลงานประเภทโครงการนิสิตนักศึกษา	
1	เพื่อนซี้....ที่ช่วยเตือน: Reminder	79
2	โครงการพัฒนาอุปกรณ์การฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	88
3	โครงการ “ยุ่งร้าย ตายชะ !!”	93
4	การศึกษาและพัฒนาชุมชนหาดวอนนภา เทศบาลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี	100
5	นิสิตเป๊ะด้วยเทรนเนอร์ด้านกีฬา	110
กลุ่มที่ 5	การนำเสนอผลงานแบบบรรยาย (Oral Presentation)	117
	ผลงานประเภทโครงงานวิจัยนิสิตนักศึกษา	
1	การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะให้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาอยู่ในเขตชุมชนเขาสามมุขโดยใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการ	118
2	แนวทางการจัดกิจกรรมออกกำลังกายตามพฤติกรรมของกลุ่มวัยกลางคน ชุมชนมุขแสนเจริญ 2	123
3	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีประกันสุขภาพของแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติในสถานประกอบการของพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี : โครงการนำร่อง	175
4	ปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของผู้ประกอบอาชีพแกะหอยนางรมในชุมชนเขาสามมุข	183
5	สถานะสุขภาพและกิจกรรมการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี : การศึกษาเบื้องต้น	191

การนำเสนอผลงานแบบโปสเตอร์ (Poster Presentation)
ประเภทผลงานวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบประยุกต์ร่างมาตรฐานต่อพฤติกรรม
การออกกำลังกาย ระดับความดันโลหิต และไขมันในเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
จังหวัดจันทบุรี

EFFECTIVENESS OF THAI TRADITIONAL DANCE ON EXERCISE BEHAVIOR, LEVEL OF
BLOOD PRESSURE AND CHOLESTEROL AMONG OLDER ADULTS WITH
HYPERTENSION, CHANTHABURI PROVINCE

ปัทิตา จำนงค์ผล, กาญจนา พิบูลย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Patita Chamnongphol, Kanchana Piboon Faculty of Public Health of Burapha University

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบประยุกต์ร่างมาตรฐานต่อ
พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับความดันโลหิต และไขมันในเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจังหวัด
จันทบุรี จำนวน 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วย โปรแกรมการออกกำลังกายแบบประยุกต์ร่างมาตรฐาน และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
สถิติพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง 10 สัปดาห์ และ 16 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.727, p < 0.001$)
($t = 14.585, p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันดันไดแอสโตลิก หลังการทดลอง
10 สัปดาห์ และ 16 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.260, p < 0.001$)
($t = -4.631, p < 0.001$) และ ($t = -6.103, p < 0.001$) ($t = -6.374, p < 0.001$) สำหรับค่าเฉลี่ยไขมัน
ไตรกลีเซอไรด์ และไขมัน LDL ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 16 สัปดาห์พบว่า ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.752, p < 0.001$) ($t = -2.455, p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยไขมัน HDL ของกลุ่มทดลอง
หลังการทดลอง 16 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.931, p < 0.001$)

จากผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบประยุกต์ร่างมาตรฐาน
สามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ลดระดับความดันโลหิต และลดระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพทั้งในสถานบริการและชุมชน สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การออกกำลังกายแบบประยุกต์ร่างมาตรฐาน, พฤติกรรมออกกำลังกาย, ระดับความดันโลหิต,
ไขมันในเลือด, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The quasi- experimental research was aimed to study the effects of Thai traditional dance on exercise behavior, level of blood pressure and cholesterol among older adults with hypertension, Chanthaburi province. Seventy older adults with hypertension participated in this study, were equally randomized-divided into either a treatment group or a control one. Thirty - five older adults were in each group. Research tool consisted of two parts: Thai traditional dance on exercise program and questionnaires. Data were analyzed by using descriptive statistics, paired samples t-test, independent samples t-test and repeated measure anova.

The results showed that after 10 weeks and 16 weeks in the experimental group, the average score of exercise behaviors was higher than the control group, respectively ($t = 14.727, p < 0.001$) ($t = 14.585, p < 0.001$), the average score of systolic and diastolic blood pressure were lower than the control group, respectively ($t = -4.260, p < 0.001$) ($t = -4.631, p < 0.001$) and ($t = -6.103, p < 0.001$) ($t = -6.374, p < 0.001$). For the average score of triglycerides and LDL cholesterol after 16 weeks in the experimental group were lower than the control group, respectively ($t = -3.752, p < 0.001$) ($t = -2.455, p < 0.001$), and the average score of HDL cholesterol was higher than the control group ($t = 2.931, p < 0.001$).

In conclusion, the effect of Thai traditional dance exercise program could improve exercise behaviors and could reduce blood pressure and cholesterol level. Therefore, health care providers both in the hospital and the community can apply this program to promote health in other hypertension patient group.

Key word: Thai traditional dance on exercise, Exercise behavior, Blood pressure, Cholesterol, Older adults with hypertension

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดจันทบุรี

ธนวรรณ โพธิ์ภักดิ์ ส.ม., กาญจนา พิบูลย์ Ph.D.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการกำกับตนเอง แบบสัมภาษณ์ และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง 11 สัปดาห์ และ 16 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.078, p < 0.001$)

($t = 8.246, p < 0.001$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่า หลังการทดลอง 11 สัปดาห์และ 16 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.013, p < 0.001$) ($t = 4.847, p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลอง 11 สัปดาห์ และ 16 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.646, p < 0.001$) ($t = -13.431, p < 0.001$)

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการกำกับตนเองนั้น สามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายและลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพทั้งในสถานบริการและในชุมชนสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Effectiveness of Self-Care and Self-Regulation Program on Self-Care Behaviors and Blood Sugar Level among Older Adults with Type 2 Diabetes, Chanthaburi Province

Thanawan Pothipak M.Ph., Kanchana Piboon Ph.D.
Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

This quasi-experimental research was aimed to study the effects of self-care and self-regulation program on self-care behaviors and blood sugar level among older adults with type 2 diabetes. Sixty older adults with type 2 diabetes participated in this study, were equally randomized-divided into either a treatment group or a control group. Thirty older adults were in each group. Research tool consisted of three parts: self-care and self-regulation program, questionnaires and blood glucose examination. The data were analyzed by using descriptive statistics, independent samples t-test and repeated measure anova.

The results showed that after 11 weeks and 16 weeks in the experimental group, the average score of eating behavior was higher than the average score of the control group, respectively ($t = 7.078, p < 0.001$) ($t = 8.246, p < 0.001$), the average score of exercise behavior was higher than the average score of the control group, respectively ($t = 4.013, p < 0.001$) ($t = 4.847, p < 0.001$), and the average score of blood sugar level was lower than the average score of blood sugar level of the control group, respectively ($t = -13.646, p < 0.001$) ($t = -131.43, p < 0.001$).

In conclusion, the effect of self-care and self-regulation program could improve eating behaviors, and exercise behaviors, and could reduce blood sugar level. Therefore, health care providers both in the hospital and the community can apply this program to promote health in other diabetes patient group.

Keyword: Self-care and Self-regulation program, Self-care behaviors, Blood sugar level, Older adults with type 2 diabetes

ประสิทธิภาพการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง

Screening CT Colonography: Effectiveness of Patient Preparation

น.ส. วีรวัลย์ แสนสวัสดิ์¹, พ.ญ. ศรสุภาลิ้มเจริญ²

¹นักรังสีการแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา, ²รังสีแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Corresponding author: sornsupha@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (CT colonography, CTC) ก่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนอาจมีผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจได้ การศึกษานี้จึงได้สำรวจความเข้าใจและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเตรียมตัวก่อนตรวจ ความรู้ลักษณะตรวจและความคิดเห็นหลังการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

วิธีการ: ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากแบบสอบถามผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการตรวจ CTC ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2556 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2559

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 128 คน อายุเฉลี่ย 58.8 ปีโดยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 80 คน (62.5%) ผู้ป่วยทั้งหมด (100%) ได้รับคำแนะนำก่อนตรวจและเข้าใจการเตรียมตัวก่อนตรวจชัดเจนดีพอสมควรถึงดีมาก ระหว่างทำการตรวจมีความรู้สึกอึดอัดขณะที่ถูกบีบลมเข้าในลำไส้ใหญ่เล็กน้อยถึงอึดอัดพอสมควร 91.39% สอบถามหลังจากตรวจเสร็จแล้วว่าถ้าผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจนี้อีก 67.96% ยอมตรวจแน่นอน ผลการประเมินจากรังสีแพทย์พบว่ามีอุจจาระหรือของเหลวตกค้างจนเป็นปัญหาค้างการดูรอยโรคในลำไส้ใหญ่ (non-assessable colonic segment) เพียง 6.25%

สรุป: การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ชัดเจนช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนตรวจเป็นอย่างดี ไม่มีปัญหาขณะทำการตรวจ มีผลในการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัย และผู้ป่วยไม่ปฏิเสธในการตรวจครั้งต่อไป

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์, การเตรียมลำไส้มะเร็งลำไส้ใหญ่, ความยอมรับของผู้ป่วย

Abstract

Objective: Patient preparation for CT colonography (CTC) is quite complex. This may result in patient denial. We investigated patients' understanding for bowel preparation, discomfort during examination, and acceptance.

Design: We reviewed questionnaires from all patients who underwent CTC at Burapha University hospital from 1st July 2013 to 30th June 2016

Results: There were 128 patients, mean age 58.8 years. Eighty patients (62.5%) were female. All of patients were given instructions clearly to very clearly. Of the 128 patients, 91.39% felt mild to moderate discomfort during the examinations and 67.96% accepted next examinations.

There were 6.25% non-assessable colonic segments in this study.

Conclusions: Giving clear instructions for patient preparation for CTC results in a good patient co-operation, well acceptance and a high quality of imaging.

Key words: Screening CT colonography, Bowel preparation, Colorectal cancer, Patient acceptance

ผลของการฝึกผ่อนลมหายใจออกช้าโดยการเป่ากังหันลมต่อความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Effect of slow breath training program on the blood pressure in Hypertensive patient, Randomized control trials

เสกสรร ไช้เจริญ (พ.บ.)¹, มยุรี พิทักษ์ศิลป์ (พ.บ.)², วัลลภ ใจดี (ปร.ด.)³

¹โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

²คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการฝึกผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ผ่านการเป่ากังหันลม ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 56 คน สุ่มอย่างง่ายแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการฝึกผ่อนลมหายใจออกช้าๆ โดยการเป่ากังหันลมร่วมกับการรักษาแบบปกติ วัดผลการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตที่ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองโดยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบลดลง -7.5 มม.ปรอท (95%CI, -11.5 ถึง -3.4) ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายลดลง -4.4 มม.ปรอท (95%CI, -7.1 ถึง -1.6) และความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลง -5.4 มม.ปรอท (95%CI, -8.1 ถึง -2.7) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบเพิ่มขึ้นจากเดิม 5.5 มม.ปรอท (95%CI, -0.95 ถึง 10.1) ส่วนความดันโลหิตขณะหัวใจคลายและความดันเลือดแดงเฉลี่ยก่อนและหลังแตกต่างกันไม่ชัดเจน ผลการเปรียบเทียบความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบและความดันเลือดแดงเฉลี่ยมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่าง 13 มม.ปรอท 95%CI, 6.94 ถึง 19.05 และ 6.3 มม.ปรอท 95%CI, 2.47 ถึง 10.03 ตามลำดับ; $P < 0.01$) ส่วนความดันโลหิตขณะหัวใจคลายไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่าการฝึกผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ ผ่านการเป่ากังหันลม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีผลช่วยในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This research aimed to assess the effect of slow breath training program on the blood pressure (BP) in hypertensive patient. A randomized controlled trial was study between December 2015 and February 2016 in Bangwau Health Promoting Hospitals, Bangpakong District,

Chacheongsao Province. 56 hypertensive patients were randomly allocated to the intervention group (n=26) of slow breath training program and usual medical care or to a control group (n=30) of only usual medical care. The primary analysis was comparing BP change from baseline to final visit both groups at 8 weeks' follow-up. The result revealed that intervention group was improvements in systolic BP (SBP) -7.5 mmHg (95% confidence interval(CI), -11.5 to -3.4 mmHg), diastolic BP (DBP) -4.4 mmHg (95% CI, -7.1 to -1.6 mmHg), and mean arterial pressure (MAP) -5.4 mmHg (95% CI, -8.1 to -2.7mmHg). The control group showed increase in SBP 5.5 mmHg (95% CI,-0.95 to 10.1 mmHg) but DBP and MAP was not significant BP change from baseline. The comparing between intervention and control group showed SBP change (-7.5 mmHg Vs 5.5 mmHg, respectively; difference 13 mmHg 95% CI, 6.94 to 19.05; $P<0.01$) and MAP change (-5.4 mmHg Vs 0.9 mmHg, respectively; difference 6.3 mmHg 95% CI, 2.47 to 10.03; $P<0.01$), unfortunately DBP was not significant difference. In conclusion, over an 8-weeks treatment period, slow breath training program is effective in reducing blood pressure in hypertensive patients.

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีดและภาวะชักจากไข้ในผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

จักรพันธ์ ศิริบริรักษ์ และ ทวีลาภ ตันสวัสดิ์

สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะชักจากไข้ในเด็กเป็นภาวะที่พบบ่อย ยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดแน่ชัด หลายการศึกษาพบว่าภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กมีความสัมพันธ์กับภาวะชักจากไข้ แต่การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประชากรภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ ยังไม่พบการศึกษาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีดและภาวะชักจากไข้ในผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยชักจากไข้ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

วิธีการวิจัย: เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาทั้งหมด 360 คน ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 6 ปีโดยแบ่งผู้ป่วยที่จะศึกษาเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้ 140 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีไข้สาเหตุจากการติดเชื้อทั่วไปโดยที่ไม่มีอาการชัก 220 คน

ผลการวิจัย: กลุ่มที่มีภาวะชักจากไข้จะมีอุณหภูมิสูงสุดระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่มีไข้โดยที่ไม่มีภาวะชัก ($p < 0.01$) กลุ่มที่มีภาวะชักจากไข้จะพบสาเหตุของไข้จากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารน้อยกว่ากลุ่มที่มีไข้โดยที่ไม่มีภาวะชัก ($p < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีดกับภาวะชักจากไข้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในการวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบว่ากลุ่มที่มีภาวะชักจากไข้มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กน้อยกว่ากลุ่มที่มีไข้โดยที่ไม่มีภาวะชัก (2.8% กับ 20.9% ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ซีดจากสาเหตุอื่นพบว่าเป็นกลุ่มที่มีภาวะชักจากไข้มากกว่ากลุ่มที่มีไข้โดยที่ไม่มีภาวะชัก (97.2% และ 79.1% ตามลำดับ) ($p = 0.018$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของภาวะชักจากไข้ทั้งแบบธรรมดาและแบบซับซ้อนกับภาวะซีดไม่พบว่ามีสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ภาวะซีดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะชักจากไข้และไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะของภาวะชักจากไข่นอกจากนี้พบว่ากลุ่มที่มีภาวะชักจากไข้มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซีดจากขาดธาตุเหล็กน้อยกว่ากลุ่มที่มีไข้โดยที่ไม่มีภาวะชัก

คำสำคัญ: ภาวะชักจากไข้, ไข้ชัก, ภาวะซีดจากขาดธาตุเหล็ก, ภาวะซีด

Abstract

Association between anemia and febrile seizures in pediatric patients of Burapha University Hospital

Jukrapun Siriboriruk, Taweelarp Tansavatdi

Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Burapha University

Background: Febrile seizures are common problem in children. The true etiology is unknown. Several studies found the association between iron deficiency anemia and febrile seizures, but almost all studies were done in Middle East country. The study in South East Asian country was not found.

Objective: To study the association between anemia and febrile seizures, clinical characteristics of patients with febrile seizures at Burapha University Hospital.

Methods: Data was retrospective reviewed from medical records of 360 children admitted in Burapha University Hospital. The 360 children aged 6 months to 6 years were divided in two group, 140 children in febrile seizures group and 220 children in fever without seizure group.

Result: Children in febrile seizures group had higher maximum temperature while admission than febrile without seizure group ($p < 0.01$). The causes of fever in febrile seizures group associated with GI tract infections less than fever without seizure group ($p < 0.01$). There was no association between anemia and febrile seizures. In subgroup analysis, we found that patients with febrile seizures had less iron deficiency anemia than patients with fever without seizure (2.8% VS 20.9%). When compared with patients who had anemia from other causes, febrile seizures group had more prevalence of anemia than fever without seizure group (97.2% VS 79.1%) ($p = 0.018$). There was no association between type of febrile seizures and anemia.

Conclusion: There was no association between anemia and febrile seizure (including type of febrile seizures). Furthermore, patients with febrile seizures tend to have iron deficiency anemia less than patients with fever without seizure.

Key words: Febrile seizures, febrile convulsions, Iron deficiency anemia, Anemia

การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและของร่างกาย และการทำงานของประสาทซิมพาเทติกของหัวใจในผู้ใหญ่ตอนต้นน้ำหนักตัวปกติและน้ำหนักตัวเกิน

ดร.ปิยะพงษ์ ประเสริฐศรี¹ และรศ.ดร.นฤมล ลีลาวัฒน์^{2,3}

¹คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³กลุ่มวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

บทนำและวัตถุประสงค์: การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen uptake: MVO_2) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย (maximal oxygen uptake: VO_{2max}) ขณะออกกำลังกาย ปริมาณการใช้ออกซิเจนทั้งของกล้ามเนื้อหัวใจและของร่างกายต่างเพิ่มขึ้น การตอบสนองเช่นนี้อาจลดลงในผู้ที่มีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ (obstructive coronary disease) ยังผลให้เกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial ischemia) และทำให้ความสามารถในการออกกำลังกาย (exercise capacity) ลดลง ระบบประสาททำงานชดเชยโดยการเพิ่มการทำงานของประสาทซิมพาเทติกที่มายังหัวใจ (cardiac sympathetic activity) มีรายงานว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของน้ำหนักตัวต่อการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและของร่างกาย และการทำงานของประสาทซิมพาเทติกที่ควบคุมหัวใจในผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีน้ำหนักตัวปกติและน้ำหนักตัวเกิน

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 100 คน ประกอบด้วยกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวปกติ (normal weight: NW) จำนวน 80 คน (เพศชาย 22 คน เพศหญิง 58 คน อายุ 19-35 ปี ดัชนีมวลกาย $18.50-24.56 \text{ kg/m}^2$) และกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวเกิน (overweight: OW) จำนวน 20 คน (เพศชาย 4 คน เพศหญิง 16 คน อายุ 19-29 ปี ดัชนีมวลกาย $25.88-29.97 \text{ kg/m}^2$) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต (blood pressure: BP) และอัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate: HR) ขณะพักในท่านั่ง และได้รับการประเมินการใช้ ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและของร่างกาย การทำงานของประสาทซิมพาเทติกของหัวใจ และความสามารถในการออกกำลังกาย ประเมินการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (MVO_2) จากค่า double product (DP) ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัด MVO_2 โดยการนำความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic BP: SBP) มาคูณกับอัตราการเต้นของหัวใจ [$DP (\text{mmHg} \cdot \text{bpm}) = SBP (\text{mmHg}) \times HR (\text{bpm})$] ประเมินการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย (VO_{2max}) จากการนำน้ำหนักตัว เพศ อายุ อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก และระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (6-minute walk test distance: 6MWT distance) มาคำนวณโดยใช้สมการ $\text{estimated } VO_{2max} (\text{ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}) = 70.161 + [0.023 \times 6MWT (\text{m})] - [0.276 \times \text{weight} (\text{kg})] - (6.79 \times \text{sex, where male} = 0, \text{female} = 1) - [0.193 \times \text{resting HR} (\text{bpm})] - [0.191 \times \text{age} (\text{year})]$ ประเมินการทำงานของประสาทซิมพาเทติกของหัวใจโดยการตรวจวัดความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate variability) ซึ่งมีดัชนีชี้วัดคือ low frequency (LF) power และประเมินความสามารถในการออกกำลังกายโดยวัดระยะทางที่เดินได้ในเวลา 6 นาที (6MWT

distance) ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล SPSS statistics ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ independent t-test และทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติ Pearson correlation analysis ระดับนัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดไว้ที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา: เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างน้ำหนักตัวปกติ (NW) และน้ำหนักตัวเกิน (OW) พบว่ากลุ่ม NW และ OW มีระดับ SBP เท่ากับ 105.27 ± 10.83 และ 120.67 ± 9.44 mmHg ตามลำดับ ($p < 0.05$) มีระดับ DBP เท่ากับ 65.63 ± 6.65 และ 71.67 ± 8.74 mmHg ตามลำดับ ($p < 0.05$) มีอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 77.53 ± 13.94 และ 81.61 ± 10.73 bpm ตามลำดับ ($p > 0.05$) มีค่า DP เท่ากับ $8,259.25 \pm 2,215.15$ และ $9,333.53 \pm 1,743.33$ mmHg.bpm ตามลำดับ ($p > 0.05$) มีค่า VO_{2max} เท่ากับ 42.93 ± 3.27 และ 37.32 ± 4.98 ml.kg⁻¹.min⁻¹ ตามลำดับ ($p < 0.05$) มีค่า LF power เท่ากับ 704.99 ± 270.58 และ 771.68 ± 282.08 ms² ตามลำดับ ($p > 0.05$) และมี 6MWT distance เท่ากับ 557.23 ± 51.16 และ 544.20 ± 32.73 meters ตามลำดับ ($p > 0.05$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย Pearson correlation analysis ในกลุ่ม NW พบว่า DP มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ LF power ($r = 0.347$; $p < 0.05$) และ VO_{2max} มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ 6MWT distance ($r = 0.299$; $p < 0.05$) ส่วนในกลุ่ม OW พบว่า DP มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ VO_{2max} ($r = -0.730$; $p < 0.05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีน้ำหนักตัวเกินมีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวสูงกว่า และมีการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกายต่ำกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักตัวปกติ โดยพบแนวโน้มการมีอัตราการเต้นของหัวใจ การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และการทำงานของประสาทซิมพาเธติกของหัวใจสูงกว่าและความสามารถในการออกกำลังกายต่ำกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักตัวปกติ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกายและการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจในกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวเกิน ผลการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการมีน้ำหนักตัวเกินสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้จากการเหนี่ยวนำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และลดการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกายซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งในกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวปกติพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและการทำงานของประสาทซิมพาเธติกของหัวใจ ผลของการมีน้ำหนักตัวเกินต่อตัวแปรเหล่านี้ควรมีการศึกษาต่อในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลการศึกษาข้างต้น รวมทั้งเพื่อช่วยให้พบการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรบางตัวได้ชัดเจนขึ้น อาทิ การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือการทำงานของประสาทซิมพาเธติกของหัวใจ นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคอ้วน (obesity) อาจช่วยให้เห็นผลการศึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้ช่วยให้ทราบผลเสียของการมีน้ำหนักเกินต่อการทำงานของหัวใจในเบื้องต้น ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อหาวิธีการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำสำคัญ: cardiac sympathetic activity, double product, exercise capacity, overweight, oxygen uptake

ภาวะภูมิไวต่อสารก่อภูมิแพ้ในผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ทวีลาภ ตันสวัสดิ์, เบญจรัตน์ ทรพรานนท์ และบังอร สัตยวณิช
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะภูมิไวต่อสารก่อภูมิแพ้ในผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้และได้รับการทดสอบภูมิแพ้โดยวิธีสะกิดผิวหนัง หรือ Skin prick test (SPT) ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการทดสอบภูมิแพ้ที่ผิวหนังโดยวิธี SPT มีจำนวน 91 ราย อายุตั้งแต่ 7 เดือน ถึง 71 ปี โดยเป็นผู้ป่วยเด็ก 49 ราย (53.8%) ผู้ใหญ่ 42 ราย (46.2%) เพศชาย 42 ราย (46.2%) เพศหญิง 49 ราย (53.8%) ได้รับการวินิจฉัยเป็น Allergic rhinitis มากที่สุดคือ 80.2% รองลงมาได้แก่ Urticaria or Angioedema (19.8%), Asthma (17.6%), Food allergy (13.2%), Atopic dermatitis (3.3%), Anaphylaxis (2.2%) ตามลำดับ

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทดสอบภูมิแพ้ที่ผิวหนังโดยวิธี SPT ให้ผลบวกต่อ Aeroallergen นั้นพบว่าให้ผลบวกต่อ Mite Der f มากที่สุด คือ 74% รองลงมาได้แก่ Mite Der p (68%), American cockroach (38%), Bermuda grass (30%), Acacia (24%), German cockroach (22%), Cat dander (18%), Careless weed (18%), Cladosporium (14%), Alternaria (14%), Aspergillus (12%), Dog dander (8%) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทดสอบภูมิแพ้ที่ผิวหนังโดยวิธี SPT ให้ผลบวกต่อ Food allergen นั้นพบว่าให้ผลบวกต่อ Shellfish มากที่สุด คือ 54.6% รองลงมาได้แก่ Fish mixed (36.4%), Shrimp (18.2%), Cow milk (18.2%), Soy bean (18.2%), White egg (18.2%), Egg yolk (9%) ตามลำดับ

จากผลการวิจัยนี้พบว่า Aeroallergen ที่ผู้ป่วยมีภูมิไวบ่งชี้มากที่สุดคือไรฝุ่น รองลงมาได้แก่ แมลงสาบ เกสรดอกไม้ รังแคสัตว์เลี้ยงและเชื้อรา ซึ่งคล้ายกับผลงานวิจัยอื่นในอดีต ส่วน Food allergen ที่ผู้ป่วยมีภูมิไวบ่งชี้มากที่สุดคือ อาหารทะเล รองลงมาได้แก่ นมวัว ถั่วเหลืองและไข่ ซึ่งแตกต่างจากผลงานวิจัยอื่นในอดีต เนื่องจากอาหารที่นิยมบริโภคในแต่ละพื้นที่หรือชุมชนมีความแตกต่างกันทำให้ความเสี่ยงที่จะมีภูมิไวต่ออาหารที่นิยมบริโภคบ่งชี้ความแตกต่างกันไปด้วย ผลจากการศึกษาวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกันโรคและรักษาผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : สารก่อภูมิแพ้, ภาวะภูมิไวต่อสารก่อภูมิแพ้, การทดสอบภูมิแพ้โดยวิธีสะกิดผิวหนัง

Allergen sensitization of allergic patients treated at Burapha university hospital

Taweelarp Tansavatdi, Benjarut Dardaranonda and Bangorn Sattayawanich

Faculty of medicine, Burapha university

Abstract

This research aims to study allergen sensitization of allergic patients treated at Burapha university hospital. Data was collected from medical records of patients who had been treated in allergy clinic and tested by skin prick test (SPT) from August 2552 to July 2559. Data was analysed as descriptive statistics.

The study found that patients who received treatment at the allergy clinic of Burapha university hospital and tested by SPT with a total of 91 patients ranging in age from 7 months to 71 years, 49 pediatric patients (53.8%), 42 adult patients (46.2%), 42 patients male (46.2%) 49 patients female (53.8%). Mostly were diagnosed as Allergic rhinitis 80.2%, followed by Urticaria or Angioedema (19.8%), Asthma (17.6%), Food allergy (13.2%), Atopic dermatitis (3.3%) and Anaphylaxis (2.2%) respectively.

In the group of patients with SPT positive for aeroallergen were mostly positive for Mite Der f 74%, followed by Mite Der p (68%), American cockroach (38%), Bermuda grass (30%), Acacia (24%), German cockroach (22%), Cat dander (18%), Careless weed (18%), Cladosporium (14%), Alternaria (14%), Aspergillus (12%) and Dog dander (8%) respectively, among patients with SPT positive for food allergen were mostly positive for Shellfish 54.6%, followed by Fish mixed (36.4%), Shrimp (18.2%), Cow milk (18.2%), Soy bean (18.2%), White egg (18.2%) and Egg yolk (9%) respectively.

The results of this study found that patients with aeroallergen sensitization most frequently sensitized to house dust mites and followed by cockroaches, pollen, pet dander, fungi respectively that similar to other researches in the past. Patients with food sensitization most frequently sensitized to seafood and followed by milk, soy and eggs that different to other researches in the past. Because of food consumption in each area or community is different, risk to have sensitization to food that have high consumption are different too. Results from this study can be used as data for allergic disease prevention and treatment plan for the patients.

Keywords : Allergen, allergen sensitization, allergen skin prick test

การศึกษานำร่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่น้ำหนักเกินและอ้วนในเขตมหาวิทยาลัย บูรพา เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางโภชนาการสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน

อ.อุไรภรณ์ บุรณสุขสกุล อ.ดร.ปิยะพงษ์ ประเสริฐศรี อ.อลงกต สิงห์โต อ.นริศ เรืองศรี
อ.ดร.กฤษฏาณชลี กาญจนศรี น.ส.วารุณี ศรีบุตร น.ส.วิภาวดี ธรรมวงศ์ และ น.ส.ลลิตา คำแก้ว
คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

บทนำและวัตถุประสงค์: การมีน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases) เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคเมตาบอลิกชนิดต่างๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งปากมดลูก มะเร็งไต และมะเร็งถุงน้ำดี นอกจากนี้พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมแล้วการมีน้ำหนักเกินและอ้วนมีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่บริโภค (Intake calories) และพลังงานที่ใช้ (Outtake calories) การศึกษาในเด็กที่น้ำหนักเกิน อายุ 2-20 ปี จำนวน 109 คน ของ Henes ST และคณะ ในปี 2009 โดยการให้คำปรึกษาทางโภชนาการบำบัด (Medical nutrition therapy: MNT) ร่วมกับเอกสารประกอบการบรรยาย หรือ KIDPOWER พบว่าการให้ MNT อย่างน้อย 3 ครั้ง ทำให้การบริโภคอาหารและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น และทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ต่อมาในปี 2013 Bradley DW และคณะ ได้ทำการศึกษาในผู้ใหญ่ที่น้ำหนักเกินและอ้วนจำนวน 1,395 คน โดยแบ่งกลุ่มการทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดน้ำหนักร่วมกับได้รับ MNT และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดน้ำหนักเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ MNT ร่วมด้วยมีน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ MNT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาทางโภชนาการบำบัดมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ที่น้ำหนักเกินและอ้วน สำหรับประเทศไทยรูปแบบการให้คำปรึกษาทางโภชนาการบำบัดยังมีไม่มากนัก โดยเฉพาะรูปแบบที่มีความจำเพาะกับประชากรในแต่ละช่วงอายุ การศึกษครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานำร่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่น้ำหนักเกินและอ้วนในเขตมหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตบางแสน เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางโภชนาการที่เหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่น้ำหนักเกินและอ้วน

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 32 คน ประกอบด้วยผู้ที่มีน้ำหนักปกติและน้ำหนักเกิน อายุระหว่าง 18-30 ปี และอาศัยอยู่ในเขตมหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตบางแสน จ.ชลบุรี แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการสำรวจและรวบรวมข้อมูลของผู้ที่น้ำหนักเกินและอ้วน คณะผู้วิจัยสร้างแบบสำรวจการบริโภคอาหาร ประกอบด้วยแบบสำรวจสัดส่วนร่างกาย และแบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24-Hour Dietary Recall) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ออกมาศึกษาในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางโภชนาการ โดยมีรายละเอียดในระยะนี้คือ การให้คำปรึกษารายบุคคลในกลุ่มน้ำหนักเกินและอ้วน การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการให้คำปรึกษา ซึ่งประกอบไปด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลสัดส่วนของร่างกาย แบบสัมภาษณ์ความถี่ในการบริโภคอาหาร (Food frequency questionnaires: FFQ) แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง และสมุดติดตามการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์โดยใช้รูปแบบพรรณนาโวหาร ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาระยะที่ 1 การสำรวจและรวบรวมข้อมูลของผู้ที่น้ำหนักเกินและอ้วน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่าผู้มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ (ดัชนีมวลกายมากกว่า 23 kg/m^2) ร้อยละ 37.5 โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/m^2) คือร้อยละ 34.4 เมื่อพิจารณาด้านเพศ พบว่าเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติร้อยละ 21.9 ส่วนเพศชายมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติร้อยละ 6.3 ข้อมูลการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมงแสดงให้เห็นว่ากลุ่มน้ำหนักเกินบริโภคอาหารรวมสูงกว่ากลุ่มน้ำหนักปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.02$) และพบว่ากลุ่มน้ำหนักเกินบริโภคร้อยละของไขมันสูงกว่า (กลุ่มน้ำหนักเกินร้อยละ 35.7 และกลุ่มน้ำหนักปกติร้อยละ 32.6) และบริโภคร้อยละของโปรตีนต่ำกว่ากลุ่มน้ำหนักปกติ (กลุ่มน้ำหนักเกินร้อยละ 14.1 และกลุ่มน้ำหนักปกติร้อยละ 16.2) ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน โดยมีขั้นตอน (ADIME) คือ 1) Nutrition assessment (A) คือการประเมินโภชนาการ โดยประเมินจากองค์ประกอบของร่างกาย (anthropometry) การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง และความถี่ในการบริโภคอาหาร 2) Nutrition diagnosis (D) คือการวินิจฉัยภาวะโภชนาการ โดยนำข้อมูลจาก nutrition assessment มาวินิจฉัย 3) Nutrition intervention (I) คือการวางแผนและการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาความต้องการพลังงาน 4) Nutrition monitoring and evaluation (ME) คือการประเมินประสิทธิผลของการให้คำปรึกษารีก่อนหน้าและปรับปรุงให้ดีขึ้นในครั้งต่อไป

จากข้อมูลผู้วิจัยสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษาทางโภชนาการบำบัดรายบุคคลในกลุ่มน้ำหนักเกินและอ้วนโดยตั้งชื่อว่า Protocol MNT for Thai obese youth ซึ่งมีแนวคิดและวิธีการคือ 1) คำนวณพลังงานที่อาสาสมัครต้องการต่อวัน (TDEE) สำหรับการลดน้ำหนัก โดยคำนวณจากการคิดพลังงานความต้องการพื้นฐาน (BMR) และความหนักเบาของกิจกรรมทางกาย (AF) มาเป็นพื้นฐานในการคิด 2) ตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักคือ 0.5 กิโลกรัม/สัปดาห์ หรือลดแคลอรีให้ได้ 3,500 กิโลแคลอรี/สัปดาห์ หรือ 500 กิโลแคลอรี/วัน เพื่อไม่ให้เกิดพลังงานในการบริโภคเร็วเกินไป และให้เหมาะสมต่อการปรับพฤติกรรมบริโภคในระยะยาว 3) ให้ความรู้ (education) แก่ผู้ที่มารับการปรึกษา โดยเน้นเนื้อหา 7 ด้านคือ การควบคุมเรื่องอาหาร การหลีกเลี่ยงการได้รับสารอาหารเกิน การใช้หลักการอาหารแลกเปลี่ยน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายที่เหมาะสม การชี้ให้เห็นข้อดีของการมีสุขภาพดี และการชี้ให้เห็นข้อเสียของการมีน้ำหนักเกินและอ้วน

สรุปและข้อเสนอแนะ: การศึกษานำร่องครั้งนี้ช่วยให้ทราบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนในเขตมหาวิทยาลัยบูรพา นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางโภชนาการบำบัดสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน โดยเน้นเนื้อหา 7 ด้านคือ การควบคุมเรื่องอาหาร การหลีกเลี่ยงการได้รับสารอาหารเกิน การใช้หลักการอาหารแลกเปลี่ยน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายที่เหมาะสม การชี้ให้เห็นถึงข้อดีของการมีสุขภาพที่ดี และการชี้ให้เห็นถึงผลเสียของการมีน้ำหนักเกินและอ้วน ทั้งนี้รูปแบบการให้คำปรึกษาทางโภชนาการบำบัดควรคำนึงถึงบริบทนิสัยของบุคคล รวมถึงความแตกต่างของพื้นที่ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รูปแบบการให้คำปรึกษาทางโภชนาการบำบัดที่ถูกพัฒนาขึ้นนี้ควรถูกนำไปทดสอบและปรับปรุงต่อไปในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน

คำสำคัญ: คู่มือการให้คำปรึกษา, การประเมินภาวะโภชนาการ, น้ำหนักเกินและอ้วน

การใช้กระบวนการกลุ่มและการสะท้อนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมและการคิด วิเคราะห์การเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนของนิสิตแพทย์ปีที่ 1

แพทย์หญิงสมจิต พุกษะรัตนนท์ มยุรี พิทักษ์ศิลป์ และพิสิษฐ์ พิริยาพรณ

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน อาชีวเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

บทนำ

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ (learning) ที่เสริมการบรรยายมีความสำคัญ เนื่องจากการเรียนรู้เป็นกระบวนการซับซ้อนทางสมอง เช่น การคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณและสามารถแก้ปัญหาได้ (Devik, 2014) เครื่องมือหรือวิธีที่เสริมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้จะสามารถทำให้นิสิตแพทย์เข้าใจโดยมีความรู้ เจตคติและทักษะ ที่สามารถให้การดูแลสุขภาพของประชาชนและชุมชนแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพในอนาคต การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งประกอบด้วยหลักการหลายอย่างรวมกัน ได้แก่ การทำงานเป็นทีม (teamwork) คุณภาพและความปลอดภัย (quality / safety) การดูแลแบบองค์รวม (whole person orientation) การใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based) และการเขียนเรียงความสะท้อนการเรียนรู้ประสบการณ์ (reflection essay) พบว่าการเล่นบ้านและการทำงานเป็นทีมทำให้เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และเชื่อมโยงสัมพันธ์ภาพกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการสะท้อนการเรียนรู้ประสบการณ์ส่วนใหญ่มักนำไปใช้กับ นิสิตแพทย์ชั้นคลินิก การศึกษาหลังปริญญา และการศึกษาต่อเนื่อง มากกว่าใช้ในนิสิตแพทย์ชั้นพรีคลินิก (preclinical) (Sandars J. AMEE Guide. (2009) ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการ ทราบว่าการใช้กระบวนการกลุ่มและการสะท้อนการเรียนรู้ประสบการณ์มีส่วนทำให้นิสิตชั้นพรีคลินิกมีส่วนร่วม และแสดงความคิดวิเคราะห์อย่างไรบ้าง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจและการคิดวิเคราะห์ ผ่านการสะท้อนคิดการเรียนรู้ ประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกปฏิบัติภาคสนาม และการนำเสนอรายงานในชั้นเรียน ในการเรียนการสอนวิชา เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัวของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือนิสิตแพทย์ปีที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ.2555 ขณะ เรียนรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 45 คน ระหว่างตุลาคม 2555 – กันยายน 2556 หลังจากเรียนภาคทฤษฎีในชั้นเรียนแล้ว กิจกรรมที่นิสิตต้องทำ ได้แก่ ลงชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง และรายงาน การเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง แบ่งนิสิตเป็น 8 กลุ่ม ตามคะแนนเกรดเฉลี่ยปีการศึกษาสุดท้ายในชั้นมัธยมศึกษาตอนเข้า มหาวิทยาลัย และแบ่งเพศชายและเพศหญิงให้มีจำนวนเท่าๆกัน ได้กลุ่มย่อยละ 5-6 คน ดูแลบุคคลในชุมชนกลุ่ม ละ 2 คน ของชุมชนไก่อ่าง และชุมชนมาบะยม เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ก่อนลงชุมชน

อาจารย์มอบหมายให้นิสิตประชุมกันในกลุ่มย่อย แบ่งหน้าที่รับผิดชอบและกำหนดวัตถุประสงค์ก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง แล้วบันทึกลงในใบงานหรือแบบทบทวนบทเรียนก่อนการลงชุมชน (BAR-Before Action Review) จำนวน 3 ครั้ง และก่อนรายงานผลการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง และมอบใบงานการสะท้อนคิดทันทีหลังการเยี่ยมบ้านลงในแบบทบทวนบทเรียน (AAR-After Action Review) และหลังการนำเสนอรายงานผลการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยนำผลการสะท้อนคิดก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านบุคคลในชุมชน 3 ครั้ง มาศึกษาวิเคราะห์โดยแบ่งระดับการสะท้อนคิดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 - การสะท้อนคิดที่ยังไม่เป็นระเบียบ ระดับที่ 2 - การสะท้อนคิดเฉพาะสิ่งที่เห็น ระดับที่ 3 - การสะท้อนคิดโดยแสดงผลกระทบด้านอารมณ์และการเข้าใจอย่างลึกซึ้งและมีการอธิบายถึงความเชื่อและคุณค่าของตนเอง ระดับที่ 4 - มีการอธิบายถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ ซึ่งมีผลกระทบเชิงอารมณ์ต่อตนเองและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับการสะท้อนความคิดที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ความถี่และร้อยละ ส่วนที่ 2 ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลการสะท้อนความคิดจากประสบการณ์เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยแยกข้อมูลจาก 8 กลุ่ม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาเรียบเรียงและวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตาม Manen 2002, Streubert & Carpenter 2003 อ้างใน ดร.อนงค์ วิเศษสุวรรณ 2550 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล
- 2) การแยกประเด็นข้อมูล
- 3) กำหนดหมวดหมู่ของข้อมูลโดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ
- 4) เขียนข้อสรุปโดยยกตัวอย่างประกอบ

ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ลักษณะประชากรเป็นนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1 ทั้งหมด จำนวน 45 คน เพศหญิงจำนวน 27 คน (ร้อยละ 60) เพศชาย 18 คน (ร้อยละ 40) อายุระหว่าง 19-21 ปี ประกอบด้วย อายุ 19 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 40) อายุ 20 ปี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 51.1) อายุ 21 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 8.9)

2. การศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยแยกประเด็นดังนี้

2.1 แก่นสาระหลัก

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของแก่นสาระหลักตามหลักสูตรและตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

	แก่นสาระหลักตามหลักสูตร	แก่นสาระหลักตามประสบการณ์
1	ความหมายของสุขภาพอนามัย	ความหมายของสุขภาพอนามัย
2	การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ	การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ
3	สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ	สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ
4	การทำงานเป็นทีม	การทำงานเป็นทีม
5	สิทธิผู้ป่วย	สิทธิผู้ป่วย
6	ปฏิบัติได้ถูกต้องตามจริยธรรมวิชาชีพเวชกรรม	ปฏิบัติได้ถูกต้องตามจริยธรรมวิชาชีพเวชกรรม
7	สามารถนำเสนอรายงานการเยี่ยมบ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ	สามารถนำเสนอรายงานการเยี่ยมบ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
8	-	ประสบการณ์ที่ได้รับจากการเล่าเรื่องของบุคคลในชุมชน
9	-	การเก็บรวบรวมข้อมูล
10	-	เทคนิคการนำเสนอด้วย power point

2.2 การให้ความหมายของสุขภาพอนามัยของชุมชนและนิสิต

ผู้ให้ข้อมูลให้นิยามสุขภาพว่าเป็นความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ก่อนเยี่ยมบ้านจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 64.4) เพิ่มขึ้นเป็น 35 ราย (ร้อยละ 77.8) หลังการเยี่ยมบ้าน ไม่ได้ให้นิยามจำนวน 1 ราย

จากบันทึกของผู้ให้ข้อมูลพบว่าบุคคลในชุมชนส่วนใหญ่ให้ความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพเน้นที่ร่างกายอย่างเดียวว่า “การออกกำลังกายทำให้เราสุขภาพแข็งแรง” เกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจว่า “คิดว่าสุขภาพกำหนดโดยเรา คิดอย่างไรก็จะเป็นแบบนั้น” “การมีจิตใจเราแข็งแรงแจ่มใส ไม่มีโรคภัย” “การมีสุขภาพที่ดีแข็งแรงไม่เจ็บป่วย ไม่มีโรค อารมณ์และความรู้สึกก็มีผลต่อสุขภาพ” “เกี่ยวกับอาหารการกิน การออกกำลังกาย ถ้าออกกำลังกายก็จะมีโรคภัยไข้เจ็บ” “คนที่มีความแข็งแรงทางกายและจิตใจที่ยอมรับในสิ่งที่ตนเป็น”

2.3 การสะท้อนความคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านการสื่อสาร สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ การทำงานเป็นทีม และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตารางที่ 2 จำนวนนิสิต และร้อยละ ที่สะท้อนความคิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับ การสื่อสาร สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้จากแบบ บันทึุก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-3

แก่นสาระหลัก	การสื่อสาร		สัมพันธภาพกับผู้ป่วย		การทำงานเป็นทีม		การเก็บรวบรวมข้อมูล	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 41 คน)								
ก่อนเยี่ยมบ้าน	26	63.4	37	90.2	17	41.5	5	12.2
หลังเยี่ยมบ้าน	41	100.0	32	78.0	4	9.8	12	29.3
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 44 คน)								
ก่อนเยี่ยมบ้าน	34	77.3	12	27.3	9	20.5	37	84.1
หลังเยี่ยมบ้าน	36	81.8	11	25.0	19	43.2	39	88.6
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 45 คน)								
ก่อนเยี่ยมบ้าน	29	64.4	18	40.0	11	24.4	43	95.6
หลังเยี่ยมบ้าน	43	95.6	27	60.9	21	46.7	42	93.3

2.4 การสะท้อนความคิดจากประสบการณ์ตามระยะของการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ให้ข้อมูล และร้อยละ ที่แสดงผลการสะท้อนความคิดจากประสบการณ์ตามระยะของการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญจาก การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1-3 และการรายงานการเยี่ยมบ้าน

ระดับที่	ระดับตามคุณลักษณะการสะท้อนความคิด	การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1		การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2		การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3		การรายงานการเยี่ยมบ้าน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	รายงานไม่เป็นระเบียบ	1	2.4	-	-	-	-	-	-
2	รายงานตามสิ่งที่พบเห็น	17	41.5	8	18.2	5	11.1	2	4.9
3	มีการสำรวจผลกระทบด้านอารมณ์	15	36.6	14	31.8	11	24.4	8	19.5
4	การสะท้อนความคิดอย่างมีคุณค่า	8	19.5	22	50.0	29	64.4	31	75.6
Total		41	100	44	100	45	100	41	100

อภิปรายผล

การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ทำให้นิสิตสามารถวางแผน/แบ่งงาน/ร่วมกันทำงานได้ดี มีการ

กำหนดวัตถุประสงค์ก่อนลงเยี่ยมบ้าน สามารถสะท้อนการเรียนรู้จากประสบการณ์ และวางแผนในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป ผลการสะท้อนการเรียนรู้พบว่านิสิตสามารถเพิ่มระดับการสะท้อนการเรียนรู้ประสบการณ์ตามจำนวนครั้งที่มีกิจกรรมเพิ่มขึ้น และสามารถเพิ่มได้ถึงระดับที่ 4 ในการนำเสนอรายงานการเยี่ยมบุคคลในชุมชน

การนำวิธีการสะท้อนความคิดมาใช้ในการเรียนการสอนนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1 ซึ่งเป็นชั้นพรีคลินิก ผลการศึกษาพบว่า การสะท้อนความคิดของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1 มีระดับการสะท้อนความคิดสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการมีประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น จากประสบการณ์ครั้งแรกยังมีนิสิตรายงานแบบไม่เป็นระเบียบ ในครั้งที่สองไม่พบนิสิตรายงานการสะท้อนความคิดแบบไม่เป็นระเบียบ แต่มีระดับของคุณลักษณะการสะท้อนความคิดเป็นการรายงานเฉพาะสิ่งที่พบเห็น รายงานการสำรวจผลกระทบด้านอารมณ์เพิ่มขึ้น ซึ่งมีหลักฐานที่แสดงว่าประสบการณ์มีผลกระทบต่ออารมณ์ และรายงานระดับคุณลักษณะการสะท้อนความคิดโดยแสดงถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้งและมีการอภิปรายถึงความเชื่อและคุณค่าของตนเอง รวมถึงสิ่งเหล่านี้มีผลต่อความขัดแย้งอย่างไร รวมทั้งการรายงานการสะท้อนความคิดอย่างมีคุณค่าซึ่งอยู่ในระดับสูงสุดของการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ คือ มีการอภิปรายว่าได้เรียนรู้อะไรบ้าง สิ่งนั้นมีผลกระทบต่อบุคคลอย่างไรและพวกเขาเปลี่ยนแปลงเขา รู้สึกอย่างไร มีการนำเสนอหลักฐานร่วมด้วย ตามประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นในครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ Chen I และคณะ 2014 ที่รายงานว่า การสะท้อนความคิดโดยการเขียนแบบเล่าเรื่องมีผลต่อการเข้าอกเข้าใจของนิสิต

สรุป

การนำกระบวนการกลุ่มและการสะท้อนความคิดการเรียนรู้ประสบการณ์ ทำให้นิสิตมีส่วนร่วมและการคิดวิเคราะห์การเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนของนิสิตแพทย์ปีที่ 1 เพิ่มขึ้นตามครั้งของประสบการณ์ที่มีกิจกรรมเพิ่มขึ้น ดังนั้นกระบวนการกลุ่มและการสะท้อนความคิดการเรียนรู้ประสบการณ์สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการเรียนการสอนนิสิตแพทย์ในชั้นพรีคลินิกได้

Abstract

Title: The Use of Group Processes and Reflective Learning to Develop Participation and Critical Thinking in Learning and Teaching Family and Community Medicine among the first year medical students

Authors: Associate Professor Somjit Prueksaritanond, M.D.

Mayuree Pitaksin, M.D.

Assistant Professor Pisit Piriyan, M.D.

Institution: Division of Community, Occupational and Family Medicine, Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi

Objective : To explore the learning experiences of the first year medical students who have completed 4 cycles of home visits and one presentation of home visit while studying community and family medicine clerkship.

- Methods:** The descriptive study was employed during October 2013-September 2014. The first year medical students were selected to enroll while studying community and family medicine clerkship. There were 45 medical students which were divided into 8 groups. Each group took care of 2 persons from the communities. The theories were taught in the classroom, followed by 4 home visits and final presentation. The students wrote before and after action experiences reviews every home visits and final presentation. The reflection was categorized into 4 levels: level 1 – diffuse reporting, level 2 – objective reporting, level 3 – emotional reporting and level 4 – committed reporting.
- Results:** The key informant reflected an ability to apply theory and techniques of group process and reflective learning. The quality of reflective learning was increased from the lower level to the higher level as the time of home visit was increased. The awareness of communication skills was more after home visit than before home visit. They also learnt from the experience of the persons.
- Conclusion:** Group process and reflective learning provide critical thinking for key informant. This theory can be applied for the preclinical medical students.

การนำเสนอผลงานแบบโปสเตอร์ (Poster Presentation)

ประเภทผลงานรายงานผู้ป่วย/กรณีศึกษา/R2R

ตู้สารระยา

Drugs.info.Box

ภญ.กนกวรรณ คำลือหาญ, ภก.ณัฐวัฒน์ ศรีณยพฤทธิ และทีมงานฝ่ายสนับสนุนเภสัชกรรม

บทนำและวัตถุประสงค์

ปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เภสัชกรมีเวลาค่อนข้างจำกัดในการให้คำแนะนำเรื่องยาแก่ผู้รับบริการ และฉลากยามีพื้นที่จำกัดในการลงรายละเอียดข้อมูลยา อาจทำให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลยาไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจ และความปลอดภัยในการใช้ยาได้ อีกทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาได้เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital; RDU Hospital) ซึ่งได้กำหนดกลยุทธ์สำคัญ 6 ประการ ที่มีอักษรย่อว่า PLEASE เป็นแนวทางผลักดันให้เกิดการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทีมผู้พัฒนาจึงได้นำกลยุทธ์สำคัญที่ 2 และ 4 คือการพัฒนาฉลากยาและข้อมูลยาสู่ประชาชน (L, Labeling and Leaflet for patient information) และการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ (A, Awareness for RDU Principles among Health personal and patients) มาปรับใช้ร่วมกับโทรศัพท์เคลื่อนที่แบบสมาร์ตโฟน (smartphone) และสื่อสังคม (social media) หรือเครือข่ายสังคม (social network) ซึ่งเป็นช่องทางหาความรู้ที่สะดวก รวดเร็วและแพร่หลาย มาพัฒนานวัตกรรม “รอบรู้เรื่องยา จาก QR code” โดยการสร้างฐานข้อมูลยาทางอินเทอร์เน็ต (Internet) ให้มีข้อมูลและคำแนะนำเรื่องยาที่ครบถ้วนตามความเหมาะสม และเชื่อมโยงกับเทคโนโลยีคิวอาร์โค้ด (QR code) มาเป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ข้อมูล ผ่านฉลากยาที่ติดกับซองยาของผู้รับบริการ โดยนำร่องในยาเม็ดกลุ่มยาเสี่ยงสูง (High Alert Drugs; HADs) ของโรงพยาบาล และยา 13 รายการตาม RDU Hospital กำหนด

หลังจากได้นำระบบ QR Code มาพัฒนาเป็นนวัตกรรม “รอบรู้เรื่องยา จาก QR code” โดยมีการเชื่อม QR Code กับฉลากยา ให้ผู้รับบริการลองใช้งานจริง ผ่านแอปพลิเคชัน (application) หรือ โปรแกรมประยุกต์ QR code reader และประเมินความพึงพอใจ พบว่าผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 65 ไม่เคยค้นคว้าข้อมูลยาด้วยตนเอง เมื่อทดลองค้นคว้าด้วยตัวเองผ่านเทคโนโลยีคิวอาร์โค้ดส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากถึงมากที่สุด เนื่องจากมีความสะดวก ทำให้ได้ทราบรายละเอียดเรื่องยามากขึ้น แต่การทดลองใช้ยังมีข้อจำกัดในกรณีผู้รับบริการที่ไม่มี smartphone จะไม่สามารถใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมได้ ทีมผู้พัฒนาจึงจัดทำ ตู้สารระยา (Drugs.info.Box) เป็นอุปกรณ์เสริมติดตั้งไว้ที่หน้าห้องยา เพื่อให้บริการสำหรับผู้รับบริการที่ไม่มี smartphone

การพัฒนาตู้สารระยา (Drugs.info.Box) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ผู้รับบริการได้รับข้อมูลยา (Drug informations) ครบถ้วน สะดวก ปลอดภัย สามารถตรวจสอบความถูกต้องของยาที่ได้รับด้วยตนเอง โดยนอกจากการค้นคว้าผ่านแอปพลิเคชัน (application) QR code reader ด้วย smartphone แล้วยังสามารถค้นคว้าผ่านตู้สารระยาได้หากไม่มี smartphone
2. ตอบสนองตัวชี้วัดหลักของโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital; RDU Hospital) ในประเด็น ฉลากยาและข้อมูลสู่ประชาชน (Labeling and leaflet) และ การตระหนักรู้ของผู้รับบริการและประชาชน (Awareness)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา (research design)

การวิจัยโดยการสังเกตเชิงพรรณนา Observational Descriptive Studies

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้รับบริการที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้รับยาในกลุ่มนำร่อง จากการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

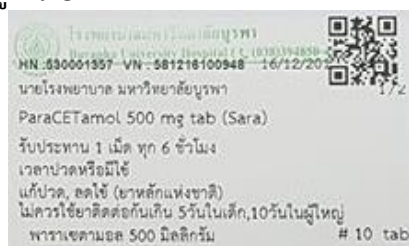
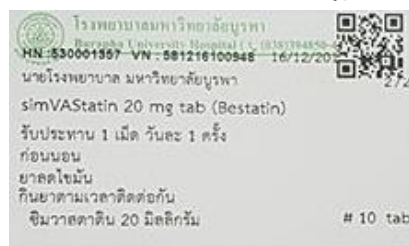
วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจในการใช้งานตู้สารยา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) อธิบายข้อมูลที่รวบรวมโดยเสนอเป็นตารางแจกแจงความถี่ (Frequency) อัตราร้อยละ (Percentage) และอธิบายเชิงพรรณนาประกอบ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. พัฒนารฐานข้อมูลยาบนเว็บไซต์ โดยมีหัวข้อคือ ชื่อสามัญทางยา ชื่อการค้า ความแรง รูปแบบยา ข้อบ่งใช้ รูปภาพยา วิธีใช้ยา ข้อควรปฏิบัติระหว่างใช้ยา และการเก็บรักษา นำร่องในยากลุ่มเสี่ยงสูง (High Alert Drugs; HADs) และยา 13 รายการที่โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) กำหนด
2. นำตัวชี้แหล่งในอินเทอร์เน็ต หรือ ยูอาร์แอล (URL) รฐานข้อมูลยาแต่ละชนิด สร้างเป็นคิวอาร์โค้ด (QR code)
3. เชื่อมคิวอาร์โค้ด (QR code) กับฐานข้อมูลยา และปรับปรุงฉลากยาให้มีพื้นที่แสดงคิวอาร์โค้ด (QR code)
4. สร้างตู้สารยา ลง application QR code reader ในระบบคอมพิวเตอร์แสดงผลของตู้สารยา และเชื่อมโยงระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตภายในโรงพยาบาล
5. ประเมินความพึงพอใจและข้อคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบและสรุปผล



ภาพตัวอย่างตู้สารยา



ตัวอย่างฉลากยาที่มี QR code

PARACETAMOL 500 mg (SARA®)

ชื่อย่อ: Paracetamol (พาราเซตามอล)

ชื่อการค้า: Sara® (ซาร่า)

ความแรง: 500 มิลลิกรัม **รูปแบบยา:** Tablet (ยาเม็ด)

ใช้สำหรับ: บรรเทาปวด ลดไข้ กินเมื่อมีอาการ

ยานี้คืออะไร

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
ปรับปรุงครั้งสุดท้ายเมื่อ มิถุนายน 2559



วิธีใช้ยา

- โดยทั่วไปกินทุกๆ 4-6 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวด หรือใช้ยานี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยา

- สำหรับผู้ใหญ่ ไม่กินยานี้มากกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อครั้ง และไม่มากกว่า 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน ไม่กินติดต่อกันเกิน 5-10 วัน สำหรับเด็ก ควรกินตามที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำ ไม่กินติดต่อกันเกิน 5 วัน

ข้อควรปฏิบัติระหว่างใช้ยา

- ควรแจ้งแพทย์หรือเภสัชกร หากมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากๆ หรือบ่อยๆ เป็นโรคพิษสุรา (alcoholism) การมีหรือเคยมีประวัติความผิดปกติของตับหรือเป็นโรคตับ

- แจ้งแพทย์หรือเภสัชกร หากแพ้ยา หรือมีอาการตาหรือผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีเหลืองอย่างผิดปกติ

ควรเก็บยานี้อย่างไร

เก็บในที่แห้ง อย่าให้โดนแสงโดยตรง ควรเก็บที่อุณหภูมิไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส

SIMVASTATIN 20 mg (BESTATIN®)

ชื่อย่อ: Simvastatin (ซิมวาสเตติน)

ชื่อการค้า: Bestatin® (บีสเตติน)

ความแรง: 20 มิลลิกรัม **รูปแบบยา:** Tablets (ยาเม็ด)

ใช้สำหรับ: รักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

ยานี้คืออะไร

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
ปรับปรุงครั้งสุดท้ายเมื่อ มิถุนายน 2559



วิธีใช้ยา

- กรณีกินยารวันละครั้ง ควรกินตอนเย็นหรือก่อนนอน ในขนาดยาตามแพทย์สั่ง ห้ามหยุดยาเอง

- กรณีลืมกินยา ให้กินทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าใกล้เวลากินมื้อต่อไป ให้กินยามื้อต่อไปเลย ไม่ต้องเพิ่มขนาด

ข้อควรปฏิบัติระหว่างใช้ยา

- หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างที่รับประทานยานี้ และควรแจ้งแพทย์หรือเภสัชกร หากมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากๆ หรือบ่อยๆ เป็นโรคพิษสุรา (alcoholism) การมีหรือเคยมีประวัติความผิดปกติของตับหรือเป็นโรคตับ

- หากมีอาการปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นตะคริว ตัวหรือตาเหลือง ปวดบริเวณท้องด้านขวาส่วนบน คลื่นไส้ เหนื่อยเพลียผิดปกติ ควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบ

ควรเก็บยานี้อย่างไร

เก็บในที่แห้ง อย่าให้โดนแสงโดยตรง ควรเก็บที่อุณหภูมิไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส

ตัวอย่างแสดงข้อมูลที่แสดงบน website

ผลการศึกษา

จากการประเมินความพึงพอใจ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ประเมิน (ตารางที่ 1) จากตัวอย่าง 28 คน ที่ทดลองใช้ตู้สาธารณะส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.71 มีช่วงอายุอยู่ในช่วง 20-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าคิดเป็นร้อยละ 64.29 อาชีพพนักงานหรือบุคลากรมหาวิทยาลัย ร้อยละ 42.86 ทุกคนเคยมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เคยค้นคว้าด้วยตนเองโดยแหล่งข้อมูลหลักเป็นอินเทอร์เน็ต แต่ผู้ที่ไม่เคยค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเอง โดยรับคำแนะนำจากแพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้นก็มีปริมาณมากเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 46.43 และ 42.86 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สามารถจดจำรายการยาของตนเองและมีความรู้ความเข้าใจดี และส่วนที่จดจำรายการได้และมีความรู้ความเข้าใจบางรายการก็มีปริมาณใกล้เคียงคิดเป็นร้อยละ 39.29 และ 38.71 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจ (ตารางที่ 2) พบว่า ส่วนใหญ่พึงพอใจในระดับมากในทุกประเด็น รวมทั้งภาพรวมความพึงพอใจในระบบ QR Code และตู้สาธารณะ คิดเป็นร้อยละ 75 และหลังทดลองใช้ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ามีประโยชน์ หากมีระบบนี้ก็จะใช้แน่นอนและอาจจะใช้ เป็นร้อยละ 39.29 และ 35.71 ตามลำดับ

สำหรับ ข้อเสนอแนะที่ได้รับ หลายท่านให้ความคิดเห็นว่า ตู้สาธารณะหรือระบบ QR code ที่หลากหลาย มีความสะดวกในการใช้งาน ทำให้ได้ค้นคว้าด้วยตัวเอง และมีข้อคิดเห็นเพื่อใช้ในการพัฒนาปรับปรุง ดังนี้

- ควรมีป้ายแนะนำอุปกรณ์และอธิบายวิธีการใช้เครื่องติดไว้ที่เครื่อง
- scan ไม่ได้ สาเหตุจากการพิมพ์สติ๊กเกอร์ฉลากยา แล้ว QR Code อยู่ติดขอบฉลากจนขาดหายบางส่วน
- ไม่ได้รับความสนใจในผู้รับบริการที่ไม่ถนัดเรื่องเทคโนโลยี
- มีข้อจำกัดในการใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ชำนาญการใช้เครื่องมือ กลัวทำเครื่องเสีย อาจต้องมีเจ้าหน้าที่คอยอธิบาย
- อยากให้มีการส่งข้อมูลยาเข้า email เพื่อเก็บข้อมูลยาไว้อ่านเพิ่มเติม

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผู้เข้าร่วมการประเมิน

หัวข้อ	รายละเอียด	จำนวนคน (ร้อยละ) N= 28
เพศ	ชาย	4 (14.29)
	หญิง	24 (85.71)
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	0 (-)
	20-30 ปี	10 (35.71)
	30-50 ปี	11 (39.29)
	51 ปีขึ้นไป	7 (25.00)
การศึกษา	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	3 (10.71)
	มัธยมศึกษา	7 (25.00)
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	18 (64.29)
	สูงกว่าปริญญาตรี	0 (-)
อาชีพ	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (10.71)
	พนักงาน/บุคลากรมหาวิทยาลัย	12 (42.86)
	รับจ้างทั่วไป	4 (14.29)
	นักเรียน/นักศึกษา	6 (21.43)

หัวข้อ	รายละเอียด	จำนวนคน (ร้อยละ) N= 28
	อื่นๆ คือ พ่อบ้าน แม่บ้าน	3 (10.71)
เคยมารับบริการหรือไม่	ไม่เคย	0 (-)
	เคย น้อยกว่า 3-4 ครั้งต่อปี	13 (46.43)
	เคย มากกว่า 4 ครั้งต่อปี	15 (53.57)
เคยค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเองหรือไม่	ไม่เคย รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้น	12 (42.86)
	เคย หนังสือ/เอกสารวิชาการ	5 (17.86)
	เคย บุคลากร/ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ	4 (14.29)
	เคย Internet	13 (46.43)
	เคย คนรู้จัก/เพื่อน	2 (7.14)
จดจำรายการยาและมีความรู้ความเข้าใจ	จดจำและมีความรู้ความเข้าใจดี	11 (39.29)
	จดจำและมีความรู้ความเข้าใจบางรายการ	10 (35.71)
	จดจำรายการได้แต่ขาดความรู้ความเข้าใจ	6 (21.43)
	ไม่สามารถจดจำได้ ขาดความรู้ความเข้าใจ	1 (3.57)

ตารางที่ 2 การประเมินความพึงพอใจ

ที่	รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ จำนวนคน (ร้อยละ), N= 26				
		มากที่สุด(5)	มาก(4)	ปานกลาง(3)	น้อย(2)	น้อยที่สุด(1)
1	เนื้อหาครบถ้วนในประเด็นที่ผู้ใช้อยากรทราบ	6 (21.43)	14 (50.00)	7 (25.00)	1 (3.57)	-
2	เนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจได้ง่าย	4 (14.29)	17 (60.71)	7 (25.00)	-	-
3	ตัวอักษร ชัดเจน อ่านง่าย รูปภาพ องค์ประกอบศิลป์ สวยงามเหมาะสม	4 (14.29)	16 (57.14)	8 (28.57)	-	-
4	รูปลักษณะของเครื่องสาระยา สวยงาม นำใช้งาน ใช้งานได้ง่าย	6 (21.43)	17 (60.71)	5 (17.86)	-	-
5	สะดวกในการค้นคว้าข้อมูลยาและมีความน่าเชื่อถือ	3 (10.71)	21 (75.00)	4 (14.29)	-	-
6	ใช้งานได้จริง	5 (17.86)	17 (60.71)	5 (17.86)	1 (3.57)	-
7	ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้งาน	5 (17.86)	19 (67.86)	4 (14.29)	-	-
8	ภาพรวมความพึงพอใจในระบบ QR Code และตู้สาระยา	4 (14.29)	21 (75.00)	3 (10.71)	-	-
ระบบนี้มีประโยชน์ต่อท่าน		มี			23 (82.14)	
		อาจจะ			5 (17.86)	
		ไม่มี			0 (-)	
ท่านจะค้นคว้าผ่านระบบนี้หรือไม่		ใช่แน่นอน			16 (57.14)	
		อาจจะใช้			12 (42.86)	
		ไม่ใช้ระบบนี้			0 (-)	

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการประเมินความพึงพอใจการใช้งาน ตู้สาระยา พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ มีความพอใจในภาพรวมระดับมาก เนื่องจากมีความสะดวก ทำให้ได้ทราบรายละเอียดเรื่องยามากขึ้น และหากต้องการทราบข้อมูลยา ก็จะเลือกค้นคว้าผ่านระบบนี้ ในส่วนของตัวระบบ มีเนื้อหาครบถ้วน กระชับ องค์ประกอบศิลป์สวยงาม

เหมาะสม อ่านเข้าใจได้ง่าย และระบบนี้มีประโยชน์มากและนำไปใช้ได้จริง แต่ยังมีข้อจำกัดในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่ไม่ชำนาญในการใช้เทคโนโลยี ที่ยังมีความกังวลว่าจะใช้เครื่องมือไม่ถูกวิธี ทำให้เกิดความเสียหาย และปัญหาในการ Scan QR code ที่เกิดจากการพิมพ์ฉลากยาได้ไม่สมบูรณ์ ซึ่งทางทีมพัฒนาจะนำไปปรับปรุงต่อไป โดยพัฒนาข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับผู้รับบริการที่มีปัญหาการอ่าน เช่น เพิ่มข้อความเสียง หรือวิดีโอสอนการใช้ยาเทคนิคพิเศษต่างๆ และในอนาคตอาจนำมาประยุกต์ใช้เป็นอีกช่องทางในการดักจับความคลาดเคลื่อนทางยา (Dispensing errors) เชิงรุก เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้

คำสำคัญ: ฉลากยา, ข้อมูลยา, คิวอาร์โค้ด, QR code

Relapsing polychondritis with aortitis

Kongpromsuk S., Limcharoen S and Buranabureedeej P.

Abstract

Relapsing polychondritis is rare and cardiovascular involvement was reported only about 25% of cases. Aortitis is one of the common cardiovascular involvement in RP and has many differential diagnosis including infectious and inflammatory disease. We described a case of incidental finding of aortitis that leads to diagnosis of RP.

Introduction

Relapsing polychondritis (RP) is a rare connective tissue disease which is characterized by inflammation of the cartilage and other connective tissue structures. It usually presents at the age of 40-50 year. However, it may occur in children and elderly. Both sexes are affected equally. Clinical manifestation of RP vary and there is no specific test for the diagnosis of RP. Cardiovascular involvement in RP, although rare, has been reported about 25% of the cases¹, including aortitis, aneurysmal formation and aortic dissection. Here we present a rare presentation of RP which is aortitis.

Case presentation

A 61-year-old woman presented at our Outpatient Department with redness of both eyes, pain and decreased vision without abnormal discharge for two weeks. She was diagnosed with uveitis and was treated with prednisolone eye. Her clinical was improved after treatment. Five months later she developed vertigo and tinnitus and was treated with dimenhydrinate. Her audiogram revealed bilateral sensorineural hearing loss. She was found anemia during her annual check-up and iron deficiency anemia (IDA) of gastrointestinal loss was suspected. Esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy were performed and found no evidence of stomach or colon bleeding. CT abdomen was requested to rule out small bowel lesion which revealed circumferential periaortic thickening, representing aortitis.



Figure 1A&B. Late arterial and portovenous phase CT scan reveals circumferential periaortic soft tissue thickening and enhancement 1C. Sagittal image shows extension of the lesion from the

level of thoracoabdominal aorta down to celiac trunk and from renal vessel level to bifurcations.

The additional physical examination revealed pain and redness of both ears with sparing of the earlobes, implying bilateral auricular chondritis. Laboratory examination results show Hct 30% Hb 8.9g/dl WBC 7,880 cells/mm³ PMN 70% L24% Platelet 293,000 cells/mm³ Hypochromia1+ Microcyte1+ MCV 75 fL MCH 22.9 pg MCHC 30.5 g/dl RDW 16% ESR 130 mm/hr , Syphilis(AntiTP) non-reactive, Serum iron 22 microgram/dL, TIBC 242 microgram/dL, Transferrin saturation 9%, ferritin 341.13ng/ml, Reticulocyte 0.6% and normal Hb typing. RP was diagnosed. IDA found out to be from hook worm infection.



Figure 2 Auricular chondritis: Redness of both ears with sparing of the earlobes are noted. No saddle nose is seen.

She was treated with prednisolone and oral cyclophosphamide for two months. Her follow up physical examination revealed improvement of the symptoms including decreased degree of redness of the auricle and no uveitis. Follow up CTA whole aorta was performed four months after treatment and revealed apparently decreased degree thickening of the periaortic tissue. There was no tracheal or bronchial abnormality.



Figure 3A,B C. Angiographics and delayed phase CT scan and MPR image reveal apparently decreased degree of thickening of the periaortic tissue.

Discussion

There is no specific test or symptom for the diagnosis of RP. McAdam's criteria² has been established since 1976, which is the original criteria for the diagnosis of RP. Following by Damiani

and Levine³ who modified the McAdam 's criteria by adding histologic result and treatment responsiveness. Nowadays, diagnosis of RP is mostly based on Michet et al⁴ (table 1.). In our case, the patient had symptoms of bilateral auricular chondritis , ocular inflammation and bilateral sensorineural hearing loss with response to the corticosteroid treatment. So, the diagnosis of RP can be made based on any criteria.

In addition to aforementioned clinical features, our patient had aortitis, confirmed by the CT scan. Generally, aortitis could be from either infectious or non-infectious cause. The non-infectious cause of aortitis including giant cell arteritis , Takayasu arteritis, ankylosing spondylitis, Cogan syndrome, relapsing polychondritis and other rare disease⁵. Initially, our patient was not recognized as RP and received symptomatic treatment. Aortitis was incidentally depicted on CT scan and RP was one of the differential diagnoses. Then the patient was carefully examined and laboratory tests for this disease was done. Aortitis maybe asymptomatic but could be fatal. Rupture of the aortic aneurysm may occurred. Aortic aneurysm and aortic valve regurgitation are mentioned in most of the reported cases^{6,7}. There was no aortic aneurysm or aortic valve regurgitation in our case because aortitis was found incidentally and it was in early phase of the disease.

In conclusion, although RP is a rare disease. Awareness of this entity when the patient presents with aortitis, could lead to early diagnosis and treatment.

Table 1. Criteria for diagnosis of relapsing polychondritis.

McAdam's criteria
1. Bilateral auricular chondritis 2. Non erosive, seronegative inflammatory polyarthritis 3. Nasal chondritis 4. Ocular inflammation 5. Respiratory tract chondritis 6. Cochlear or vestibular dysfunction
Damiani and Levine
1. Three McAdam et al criteria 2. One McAdam et al criterion plus positive histology results 3. Two McAdam et al criteria plus therapeutic response to corticosteroid or dapsone therapy.

Michet et al.

1. Proven inflammation in two of three of the auricular, nasal, or laryngotracheal cartilages
2. Proven inflammation in one of three of the auricular, nasal, or laryngotracheal cartilages plus two other signs including ocular inflammation, vestibular dysfunction, seronegative inflammatory arthritis, and hearing loss, which one of these two conditions are necessary for diagnosis.

Reference:

1. Cabero Moyano J, Andreu Magarolas M, Castañer González E, Gallardo Cistaré X, Belmonte Castan E. Patología aórtica no urgente: diagnóstico clínico-radiológico de la aortitis. *Radiología*. 2013;55:469–482.
2. McAdam LP, O'Hanlan MA, Pearson RCM. Relapsing polychondritis: prospective study of 23 patients and a review of the literature. *Medicine*. 1976;55(3):193–215
3. Damiani JM, Levine HL. Relapsing polychondritis. Report of ten cases. *The Laryngoscope*. 1979;89(6):929–946
4. C. J. Michet Jr., C. H. McKenna, H. S. Luthra, and W. M. O'Fallon, "Relapsing polychondritis: survival and predictive role of early disease manifestations," *Annals of Internal Medicine* 1986, vol. 104, no. 1, pp. 74–78
5. Restrepo CR, Ocazonez D, Suri R, Vargas D. Aortitis: Imaging Spectrum of the Infectious and Inflammatory Conditions of the Aorta. *Radiographics* 2011; 31:435–451
6. A-G A Selim, L G Fulford, R H Mohiaddin, M N Sheppard. Active aortitis in relapsing polychondritis. *J Clin Pathol* 2001;54:890–892
7. Del Rosso A, Petix NR, Pratesi M, Bini A. Cardiovascular involvement in relapsing polychondritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1997;26:840–844

Intra-abdominal abscess caused by perforated jejunal diverticulitis:

A Case Report

พ.ญ.ชมชร ศุภรักษ์จินดา¹, พ.ญ. ศรสุภา ลิ้มเจริญ², พ.ญ. วรัชญา สวัสดิ์มงคล

¹แพทย์ใช้ทุน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

E-mail: chomsorn.s@gmail.com

²ประธานสาขารังสีวิทยาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail: sornsupha@hotmail.com

³ประธานสาขารังสีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

E-mail: warachaya@hotmail.com

Abstract

Jejunal diverticulitis with complication is a rare entity. Diagnosis is usually made intra-operatively. A case of 46-year-old female with acute upper abdomen is presented. Computed tomography demonstrated jejunal perforation with abscess formation. Operative findings revealed perforated jejunal diverticulitis complicated by abscess formation. Though jejunal diverticulitis is rare but should be included in the differential diagnosis of jejunal perforation.

Keywords : Jejunal diverticulitis, Perforation, Acute abdomen,

Introduction

Jejunal diverticulosis is a rare condition. It is the acquired type of diverticulosis similar to the more common colonic diverticulosis. Most cases are asymptomatic. However, its consequences can be fatal in complicated case. Diverticulitis is the most common form of complications of diverticulosis^[1]. Computed tomography (CT) is an imaging tool for radiographic investigation^[2]. Treatment based on the Hinchey's system^[3] as of colonic diverticulitis was generally practiced.

Case report

A 46-year-old female with diabetes mellitus underlying and two-year history of intermittent dyspepsia came to our emergency department after 15 hours of severe acute epigastrium pain. Physical examination revealed acute upper abdominal peritonitis with fever

and early signs of sepsis. She was admitted to the general surgery department for further investigation and fluid resuscitation.

Acute abdomen series showed a disproportionately dilated small bowel loop in the mid abdomen along with mild dilated large bowel. No free air was noted. Complete blood count showed $8,990/\text{mm}^3$ leukocytosis with neutrophils predominated (81%). Other parameters of the blood count, liver function tests and urinary analysis appeared unremarkable. Emergency CT of the whole abdomen demonstrated dilated proximal jejunal loop with edematous wall. A thin enhanced jejunal wall defect at mesenteric site was observed with adjacent a gas and fluid-containing collection, indicating perforation with abscess formation.

The patient underwent emergent laparotomy. Intraoperative finding was a single 8 cm diverticulum-like, fibrin coated mass on the mesenteric site of proximal jejunum with rupture and pus spillage about 20 ml. Jejunectomy of the affected segment was performed with side-to-side anastomosis. The pathologist later confirmed the tissue diagnosis of acute jejunal diverticulitis with hemorrhagic necrosis causing a perforation. The rest of the hospitalization showed no immediate complication. On post-operative day 4 the patient regained appetite. Intravenous ceftriaxone and metronidazole were given for one week and she was discharged with oral ciprofloxacin for the other one week. The patient was doing well when follow up at one week and one month after discharge.

Discussion

Jejunal diverticulosis is a rare condition affecting about 1-5% in population.^[4] It occurs mostly after the fourth decades of life. In contrast to the familiar colonic diverticulosis, it is more common in the Asian^[5]. Jejunal diverticulosis is a disease of acquired, false type diverticulum formed in the intestinal wall. Its etiology is still poorly understood but most accepted theory is the increase in intraluminal pressure together with the loss of tensile strength in certain part of the intestine causing protrusion of the mucosa outward to form a diverticulum^[6]. Weak points are often at the mesenteric site where the blood vessels enter.

Minority of people with jejunal diverticula are symptomatic. These symptomatic cases were shown in case reports including; inflammation causing diverticulitis^[7], bleeding^[8-9], obstructive symptoms^[10-11], perforation^[12-14] and volvulus^[15]

Plain abdominal radiographs are often non-diagnostic. CT scan is helpful for the detection of complication^[13,16]. Kubotal et al.^[12] suggested that the extra-luminal air in an arrowhead-like shape surrounded by inflammatory tissue was a helpful sign to distinguish from

other small bowel perforation. Laparoscopic approach is in trial in some center for the diagnosis^[1,17]

Treatment of the colonic diverticulitis are based on Hinchey staging system^[2]. Although the guideline of jejunal diverticulitis management itself has not been developed due to its rarity, the Hinchey's system is widely applied as well to small bowel diverticulosis assessment. Non-complicated and early stage of complicated diverticulitis are treated with antibiotics. In case of large abscess formation >2cm, CT-guided percutaneous drainage may have a role. Failure to medical treatment and/or peritonitis were the indications for surgery. Standard operation is open segmental resection with primary or secondary anastomosis. Diverticulectomy alone has a high risk for anastomosis leakage, thus not recommended^[18]. Interestingly Beling et al.^[9] could demonstrate active bleeding in a jejunal diverticulum using contrast-enhanced ultrasound.

In conclusion, Complicated jejunal diverticulitis is an uncommon disease. It should be considered in the differential diagnosis when CT showed small bowel perforation with abscess formation and more common diagnoses have been excluded.

Conflict of interests : The authors have no conflict of interests to disclose.

References

1. Townsend Jr. CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Small intestine. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 19th ed; 2012. 1309-14.
2. Sutton D. The small bowel and Peritoneal cavity. Radiology and Imaging. 7th ed; 2003. 644-46.
3. Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE. Colon, Rectum and Anus. Schwartz's Principle of Surgery. 10th ed; 2015. 1201-03.
4. Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE. Small intestine. Schwartz's Principle of Surgery. 10th ed; 2015. 1165-67.
5. Townsend Jr. CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Small intestine. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 19th ed; 2012. 1227-32.
6. Kassir R, Boueil-Bourlier A, Baccot S, Abboud K, Dubois J, Petcu CA, et al. Jejuno-ileal diverticulitis: etiopathogenicity, diagnosis and management. Int Surg Case Rep. 2015; 10: 151-3.
7. Cantao CA, Feitosa MR, Godinho M, Scarpelini S, Feres O, Ribeiro da Rocha JJ. Jejunal diverticulitis as a cause of acute abdomen. J Coloproctal. 2016; 36: 50-2.

8. Papa V, Pacelli F, Gasbarrini G, Doglietto GB. Solitary jejunal diverticulum. *Am J Surg.* 2002; 184:179-80.
9. Beling A, Higginson AP, Mercer SJ, Cowlishaw D. Demonstration of active bleeding in a jejunal diverticulum using contrast-enhanced ultrasound. *Clin Radiol.* 2013; 68: 100-3.
10. Lough E, Richmond B, Maxwell D, Hayes JD. Obstructing phytobezoars arising from proximal jejunal diverticulum. *Am J Surg.* 2008; 195: 106-7.
11. Monchal T, HOrnez E, Bourgoignie S, Sbardella F, Baudoin Y, Butin C, et al. Enterolith ileus due to jejunal diverticulosis. *Am J Surg.* 2010; 199: e45-7.
12. Kubota T. Perforated jejunal diverticulitis. *Am J Surg.* 2007; 193: 486-7.
13. Ojili V, Parizi M, Gunabushanam G. Timely diagnosis of perforated jejunal diverticulitis by computed tomography. *J Emerg Med.* 2013; 44: 614-6.
14. Aganovic L, Lee YK, Chu PK, Cassidy FH. Recurrent non-surgical pneumoperitoneum due to jejunal diverticulosis. *J Emerg Med.* 2012; 43: e175-9.
15. Igwe PO, Ray-Offor E, Allison AB, Alufohai EF. Volvulus complicating jejunal diverticulosis: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2015; 9: 61-64.
16. Hyland R, Chalmers A. CT features of jejunal pathology. *Clin Radiol.* 2007; 62: 1154-62.
17. Husher C, Mingoli A, Mereu A, Sgarzini G. Single-access laparoscopic "lavage" for purulent diverticulitis in a 96-year-old patient: how to reduce surgical trauma and standardize surgical technique. *Surg Innov.* 2012; 20: 109-12.
18. Johnson KN, Fankhauser GT, Chapital AB, Merritt MV, Johnson DJ. Emergency management of complicated jejunal diverticulosis. *Am J Surg.* 2014; 80: 600-3.



Fig. 1. Plain abdominal radiographs (supine and upright) showed fixed and dilated small bowel loop at mid abdomen.

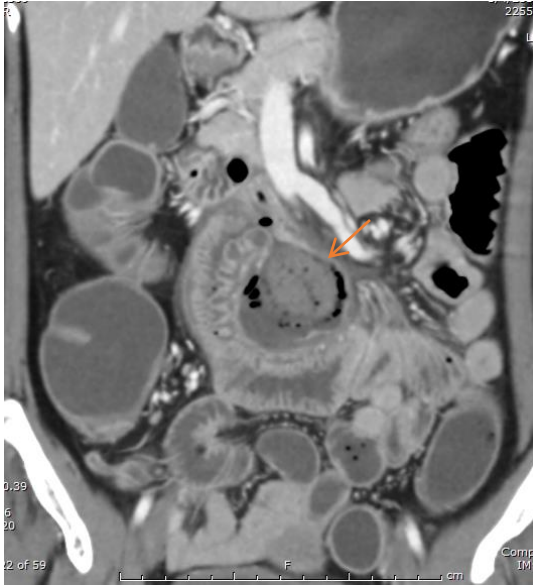


Fig 2. Contrast enhanced abdominal CT scan with coronal reconstruction revealed a gas and fluid-containing collection adjacent to the mesenteric site of jejunal loop with a thin enhanced defect of the contiguous jejunal wall (arrow), indicating jejunal perforation with abscess formation.

ประสิทธิผลของโครงการนาร่อง “เครือข่ายเข้มแข็ง แรงงานสุขภาพดี”

ดร.พชญา ใจดี¹, นางมณฑิรา จรรยาภรณ์พงษ์², นพ.จักรพันธ์ ศิริบริรักษ์³, พญ.อลิสรา วงศ์สุทธิเลิศ³
และ น.ส.ฉวีวรรณ ธงเจริญ²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เทศบาลเมืองแสนสุข

³คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทนำและวัตถุประสงค์ :

โครงการ “เครือข่ายเข้มแข็ง แรงงานสุขภาพดี” ของเทศบาลเมืองแสนสุข เป็นโครงการบูรณาการความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยบูรพาและผู้ประกอบการที่ทำงานอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข เป้าหมายหลักของโครงการคือ พัฒนาสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของแรงงาน เพื่อตอบรับกับพันธกิจของเทศบาลเมืองแสนสุข ที่ต้องการให้แรงงานมีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลให้สังคมเข้มแข็งและเป็นการส่งเสริมอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยวของพื้นที่ โครงการนี้เป็นโครงการต่อยอดจากโครงการอบรมความรู้ให้แรงงาน “แรงงานสุขภาพดี เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มผลงาน เพิ่มกำไร” ที่ได้ดำเนินการในปีที่ผ่านมา โดยโครงการในปีนี้ได้นำหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) และหลักการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) ผ่านการสร้างเครือข่ายแรงงานสุขภาพดีที่มีอาสาสมัครแรงงานเป็นกลไกสำคัญในการให้ข้อมูลสุขภาพ (Information) และให้สุขศึกษา (Education) ให้กับกลุ่มแรงงานทั้งแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในสถานประกอบการเดียวกัน เป้าหมายสูงสุดคือ แรงงานสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ได้ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อวัดประสิทธิผลของโครงการนาร่อง “เครือข่ายเข้มแข็ง แรงงานสุขภาพดี”

วิธีการศึกษา :

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (descriptive study) การศึกษาได้คัดเลือกตัวอย่างผ่านการรับสมัครแรงงานทั้งแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในสถานประกอบการของเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จำนวน 5 แห่งจากจำนวนทั้งสิ้น 50 แห่ง ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2559 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 6 ขั้นตอนดังนี้

1. ประชุมครั้งที่ 1 วางแผนงานและดำเนินการประชาสัมพันธ์เพื่อรับสมัครสถานประกอบการที่สนใจเข้าร่วมโครงการ
2. อบรมครั้งที่ 1 เป็นการสำรวจความต้องการของสถานประกอบการทั้ง 5 แห่ง
3. ประชุมครั้งที่ 2 ผลิตสื่อความรู้ (คู่มือ โปสเตอร์ แผ่นพับ) เพื่อใช้ในการอบรม
4. อบรมครั้งที่ 2 เป็นการอบรมความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมายโดยใช้เนื้อหาและสื่อที่ได้จากการสำรวจ
5. อบรมครั้งที่ 3 เป็นการประเมินผลความรู้ความเข้าใจและข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างโดยการสอบถามบุคลากรและแรงงานที่เข้าร่วมโครงการระหว่างการอภิปราย รวมทั้งสอบถามความพึงพอใจต่อโครงการโดยใช้แบบสอบถามดังรูปที่ 1
6. ประชุมครั้งที่ 3 ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและวางแผนโครงการต่อยอดในปีถัดไป

ข้อมูลที่ได้จากการอภิปรายแสดงผลในรูปแบบข้อความ ส่วนคะแนนความพึงพอใจต่อโครงการแสดงในรูปแบบค่าเฉลี่ยและค่าพิสัย (mean and range)

แบบประเมินความพึงพอใจ โครงการเครือข่ายเข้มแข็ง แรงงานสุขภาพดี งบประมาณปี ๒๕๕๙				
เลือกกาในข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด				
ข้อ	รายการ	ความคิดเห็น		
		ดีมาก	ปานกลาง	น้อย
๑	ความเหมาะสมของระยะเวลาการอบรม			
๒	วิธีการถ่ายทอดของวิทยากร			
๓	สื่อในการอบรม			
๔	สถานที่ในการอบรม			
๕	ความรู้ที่ได้จากการอบรม			
๖	การนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ในชีวิตประจำวัน			
ข้อเสนอแนะ.....				

รูปที่ 1 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโครงการ

ผลการศึกษา : แรงงานที่เข้าร่วมโครงการเพื่อเป็นอาสาสมัครแรงงานในเครือข่ายแรงงานสุขภาพดีมีจำนวนทั้งสิ้น 50 ราย ซึ่งเป็นแรงงานของโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 2 แห่ง และสถานประกอบการประเภทบริการจำนวน 3 แห่งที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของแรงงานที่เข้าร่วมโครงการสูงกว่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 90 และอยู่ในระดับดีมาก นอกจากนั้นอาสาสมัครแรงงานยังเสนอแนะให้จัดโครงการเพิ่มเติมในปีหน้า โดยเสนอความรู้ด้านสุขภาพที่ตนเองสนใจจะให้ทีมงานอบรมในครั้งถัดไป (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพที่เครือข่ายแรงงานสนใจจะให้ทีมงานอบรมในครั้งถัดไป

ชนิดของสถานประกอบการ	ความรู้ด้านสุขภาพที่แรงงานสนใจ
โรงงานอุตสาหกรรม	● ความรู้เรื่องการขึ้นทะเบียนเด็กแรกคลอด สิทธิการรักษา และโอกาสในการศึกษาต่อของบุตรหลานแรงงาน ● ความรู้เรื่องการให้วัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันสำหรับแรงงานและบุตรหลาน ● ความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อ ● ความรู้เรื่องการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น
สถานประกอบการประเภทบริการ	● โปรแกรมออกกำลังกาย

- ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพ
- ความรู้เรื่องโรคภูมิแพ้และข้ออักเสบ
- การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงาน
- ความรู้เรื่องสิทธิประกันสังคม

ผลการอภิปรายปัญหาและอุปสรรคของโครงการพบว่า สื่อในการเผยแพร่ความรู้ยังไม่หลากหลาย นอกจากนั้น ผู้ประกอบการและแรงงานกลุ่มเป้าหมายบางรายเป็นแรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเข้าใจเนื้อหาที่ได้อบรม ทีมงานจึงนำข้อเสนอแนะมาวิเคราะห์และหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขในโครงการปัดไป (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางปรับปรุงแก้ไขในครั้งถัดไป

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางปรับปรุงแก้ไข
สื่อในการเผยแพร่ความรู้ยังไม่หลากหลาย	การพัฒนาสื่อในรูปแบบวิดีโอจะช่วยให้การถ่ายทอดความรู้มีความน่าสนใจและสามารถขยายความรู้ไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีระดับความรู้หนังสือน้อยได้ดียิ่งขึ้น
ผู้ประกอบการและแรงงานกลุ่มเป้าหมาย บางรายเป็นแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมีอุปสรรคในการเข้าถึง	การประชาสัมพันธ์ความรู้ในภาษาของแรงงานข้ามชาติ และการรับสมัครแรงงานข้ามชาติหรือประชาชนในพื้นที่ที่สามารถพูดภาษาไทยและภาษาในกลุ่มประเทศประเทศอาเซียนได้ เพื่อให้เป็นอาสาสมัครต่างชาติ (อสต.) จะช่วยให้การสื่อสารและดูแลแรงงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ผลคะแนนความพึงพอใจของแรงงานที่เข้าร่วมโครงการในแต่ละหัวข้อ โดยกำหนดคะแนนของการประเมินดังนี้ พึงพอใจดีมาก = 3.0 คะแนน พึงพอใจปานกลาง = 2.0 คะแนน และพึงพอใจน้อย = 1.0 คะแนน พบว่า วิธีการถ่ายทอดของวิทยากรได้คะแนนสูงสุด รองลงมาคือ ความเหมาะสมของระยะเวลาการอบรม สื่อในการอบรม และสถานที่ในการอบรม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนความพึงพอใจของแรงงานที่เข้าร่วมโครงการในแต่ละหัวข้อ

หัวข้อ	คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย
1. ความเหมาะสมของระยะเวลาการอบรม	2.7 (2.0-3.0)
2. วิธีการถ่ายทอดของวิทยากร	2.8 (2.0-3.0)
3. สื่อในการอบรม	2.7 (2.0-3.0)
4. สถานที่ในการอบรม	2.7 (2.0-3.0)
5. ความรู้ที่ได้จากการอบรม	2.6 (2.0-3.0)
6. การนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ในชีวิตประจำวัน	2.6 (2.0-3.0)

สรุปและข้อเสนอแนะ :

ผลการศึกษาพบว่า การนำหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนมาประยุกต์ใช้เพื่ออบรมในครั้งนี้ได้ประสิทธิผลอยู่ในระดับดีมาก หัวใจสำคัญของความสำเร็จประกอบด้วย การสำรวจความต้องการของแรงงานและการผลิตสื่อความรู้ที่ตอบโจทย์ของกลุ่มเป้าหมาย

จากผลคะแนนความพึงพอใจของแรงงานที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าวพบว่า วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ดี ระยะเวลาของการอบรมเหมาะสม และการอบรมที่สถานประกอบการเอื้อโอกาสให้แรงงานสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวก แต่ในเรื่องของสื่อในการอบรมควรต้องปรับปรุงให้มีความหลากหลาย เช่น วีดีโอ คลิปภาพ คลิปเสียงเพื่อถ่ายทอดผ่านเสียงตามสายของสถานประกอบการ เป็นต้น นอกจากนี้ การแปลความรู้ให้เป็นหลายภาษาจะช่วยให้แรงงานบางส่วนที่เป็นแรงงานข้ามชาติมีความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ ประสิทธิภาพ, แรงงาน, เครือข่าย, ส่งเสริมสุขภาพ

อันตรกิริยาต่อกันของยาที่ทำให้ระดับยาWarfarinเพิ่มขึ้น Drug-Drug Interaction Induced Warfarin Overdose

ภญ. วรณา อินทนต์ , ภญ. จันทิมา จินตทวีพันธุ์
แผนกเภสัชกรรมโรงพยาบาลมหาวิทาลัยบูรพา

บทคัดย่อ:

วาร์ฟาริน (Warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่มักเกิดปัญหาอันตรกิริยากับยาอื่นได้หลายชนิด รวมทั้งมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อระดับยาและประสิทธิภาพการรักษาด้วยวาร์ฟาริน เช่น อายุ โรคร่วม อาหารและภาวะโภชนาการ การทำงานของตับและไต สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น ในการประเมินประสิทธิภาพของวาร์ฟาริน จะติดตามจากค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายและระยะเวลาของการรักษาด้วยวาร์ฟาริน การควบคุมให้ INR อยู่ในช่วง Therapeutic range มีความสำคัญมากต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวาร์ฟาริน การศึกษาทางคลินิกพบ INR สูงกว่าTherapeutic range เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ในขณะที่INR ต่ำกว่า Therapeutic range นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของThromboembolism โดยทั่วไปช่วงเป้าหมาย INR ของผู้ป่วยที่ได้รับวาร์ฟาริน คือ 2.0-3.0 ในบางกรณีช่วงเป้าหมายอาจเพิ่มขึ้นเป็น 2.5-3.5 ได้ เช่น ผู้ป่วย Mitral valve replacement หรือผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจแบบ single leaflet เป็นต้น¹ ทุกครั้งที่เภสัชกรพบผู้ป่วยที่ได้รับวาร์ฟารินจึงควรพิจารณาเลือกเป้าหมาย INR จากข้อบ่งใช้ของวาร์ฟารินในผู้ป่วยรายนั้นๆ

รายงานนี้เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกันและเหนี่ยวนำให้ระดับยาวาร์ฟารินสูงขึ้นจนทำให้ค่า INR เพิ่มสูงกว่าเป้าหมาย โดยเกิดขึ้นหลังได้รับยา Levofloxacin เพื่อรักษาอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร่วมกับได้รับยาวาร์ฟารินเพื่อรักษาโรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) โดยอันตรกิริยาต่อกันระหว่าง Warfarinและ Levofloxacin นี้ มีหลักฐานสนับสนุนที่แน่ชัด และมีความรุนแรงระดับมาก (major)⁶

คำสำคัญ: Warfarin, Levofloxacin, อันตรกิริยาต่อกันของยา, Drug interaction

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายต่างชาติดูอายุ 78 ปี น้ำหนัก 78 กิโลกรัม เมื่อ 13/6/59 อาการสำคัญมาด้วยอาการเลือดออกจากอวัยวะเพศไม่พบจุดจ้ำเลือดใต้ผิวหนัง

เมื่อทำการตรวจ INR และ PT พบว่า INR >48.71 และ PT > 600 ร่วมกับมีอาการเลือดออกทางอวัยวะเพศ ปัสสาวะขัดปนเลือด แพทย์จึงให้นอนโรงพยาบาลเมื่อทำการ Repeat เข้าในอีก 8 ชั่วโมง พบว่า INR =2.05 และ PT = 25.3

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต:

3 วัน PTA (10/6/59) มีเลือดออกทางอวัยวะเพศปนกับปัสสาวะ ประมาณ 20 ซีซี พบหลังเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้ง

7 วัน PTA(6/6/59)มาพบแพทย์เฉพาะทางด้านทางเดินปัสสาวะในคลินิกผู้ป่วยนอก เพื่อรักษาอาการปัสสาวะกระปรีกระปรอย(ผู้ป่วยมีประวัติโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก) มีไข้สูงร่วมกับหนาวสั่น แพทย์พิจารณายา Levofloxacin (500 mg) รับประทาน 1 เม็ด วันละครั้ง หลังอาหารเข้าจำนวน 10 เม็ด และ Paracetamol (500 mg)

รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลามีอาการไข้หรือปวดศีรษะทุก 6 ชั่วโมง

15 วัน PTA(25/5/59) มาพบแพทย์ตามนัดโรคลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด ร่วมกับติดตามผล INR, PT พบว่า INR = 3.42 และ PT 43.3วินาทีแพทย์จึงพิจารณาปรับลดขนาดยาจาก Warfarin (3) 1x1 hsวัน เสาร์ อาทิตย์ (15 mg/wks) เป็น Warfarin (3) 1x1 hsวัน ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ (12 mg/wks)

1 เดือน PTA (11/5/59) มาพบแพทย์ตามนัดโรคลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด ร่วมกับติดตามผล INR, PT พบว่า INR = 7.79 และ PT 97.7 วินาทีแพทย์จึงพิจารณาปรับลดขนาดยาจาก Warfarin (3) 1x1 hsทุกวัน (21 mg/wks) เป็น Warfarin (3) 1x1 hsวัน เสาร์ อาทิตย์ (15 mg/wks)

2 เดือน PTA (1/4/59) เริ่ม On Warfarin (3 mg) 1x1 hsขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด

โรคประจำตัว:โรคมะเร็งต่อมลูกหมากได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครบแล้ว ปฏิเสธโรคประจำตัว

SH: ปฏิเสธการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์

ภรรยาของผู้ป่วยเป็นคนจัดยาให้ทุกมื้อ ไม่ขาด ไม่ลืม

ADR: ปฏิเสธการแพ้ยา

ประเมินปัจจัยที่อาจมีผลต่อขนาดยาวาร์ฟารินและค่า INR: ผู้ป่วยมีไข้ร่วมกับติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ(1 สัปดาห์ PTA) ไม่มีท้องเสีย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีภาวะเบื่ออาหาร ปฏิเสธการรับประทานยาชุด ยาหม้อ และอาหารเสริม ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และพบ Drug interaction ระหว่าง Warfarin กับ Levofloxacin

สัญญาณชีพแรกรับ(13/6/59) : อุณหภูมิร่างกาย 36.5 °C อัตราการเต้นของหัวใจ 28/นาที ความดันโลหิต 95/67 mmHg

ตรวจร่างกาย: พบภาวะเลือดออกที่อวัยวะเพศ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ: INR>48.71 และ PT>600 วินาที(ค่าเมื่อ 25/5/59คือ INR 3.42 และ PT 43.3วินาที การวินิจฉัย: Warfarin overdose

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยาวาร์ฟาริน

Warfarin เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน โดยกลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งวงจรการเปลี่ยนแปลง Vitamin K epoxide ไปเป็น active vitamin K โดยตับ (hepatic cyclic interconversion of vitamin K epoxide to active vitamin K) มีผลยับยั้งการทำงานของ vitamin K epoxide reductase และ vitamin K reductase ซึ่งเอนไซม์ทั้งสองจำเป็นต่อกระบวนการรีดิวซ์ vitamin K epoxide เป็น vitamin K₁ และจาก Vitamin K₁ เป็น vitamin K hydroquinone (vitamin KH₂) ซึ่ง vitamin KH₂เป็น cofactor ที่สำคัญในกระบวนการ carboxylation ของ glutamate residue ของ vitamin K-dependent protein ซึ่งรวมถึง clotting factor enzyme เช่น Factor II, VII, IX และ X

ยารวาร์ฟารินมีประโยชน์ทางคลินิกและมีการใช้อย่างแพร่หลายในหลายข้อบ่งใช้เช่น การป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในร่างกาย การรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และการรักษาภาวะลิ่มเลือดในปอด เป็นต้น เนื่องจากเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบจึงจัดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงแต่ก็มีความเสี่ยงสูงเช่นกัน ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ของยาจนเห็นผลในการรักษา (onset) สามารถทำนายได้ ขนาดของยาที่ออกฤทธิ์ให้ผลการรักษาผู้ป่วยในแต่ละคนจะแตกต่างกันในผู้ป่วยคนเดียวกับการได้ขนาดยาเท่ากันก็ยังให้ผลการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอเนื่องจากมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อยารวาร์ฟารินแตกต่างกัน เช่น อาหารที่มีวิตามินเคปริมาณสูง การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (noncompliance) การใช้ยาอื่นร่วมที่มีผลต่อยารวาร์ฟาริน หรือสภาวะที่ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคตับ ภาวะการขาดสารอาหาร และภาวะไข้ เป็นต้น ปัจจัยที่มีความสำคัญมากต่อการตอบสนองต่อยารวาร์ฟาริน คือ เกล็ดขพันธุศาสตร์เฉพาะหรือยีนที่ควบคุมการทำงานของเอนไซม์ CYP2C9 ที่ทำหน้าที่ขจัดยารวาร์ฟาริน และยีนที่เป็นตำแหน่งออกฤทธิ์(receptor) ของยารวาร์ฟาริน คือ Vitamin K2,3-epoxide reductase complex subunit 1 (VKORC1) ในประชากรไทยอัตราการเกิด CYP2C9 polymorphism มีเพียงร้อยละ 3 แสดงถึง CYP2C9 polymorphism มีผลกระทบต่อในการใช้ยารวาร์ฟารินไม่มากนัก

ในการติดตามผลของยารวาร์ฟารินเพื่อการควบคุมขนาดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยนั้น การรายงานผลเป็นค่า INR (International Normalized Ratio) ระดับการต้านการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสมนั้นแตกต่างกันไปตามข้อบ่งใช้ซึ่งค่า therapeutic INR นี้ควรอยู่ในระดับ 2.5 ± 0.5 ยกเว้นกรณี mechanical prosthetic valves ที่มีความเสี่ยงสูงกว่าโดย therapeutic INR จะเท่ากับ 3.0 ± 0.5 หากสามารถควบคุมระดับ INR ได้ตามเกณฑ์ดังกล่าวก็จะลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การเกิดเลือดออก โดยเฉพาะในสมอง ดังนั้นก่อนการใช้ยาต้องพิจารณาให้รอบคอบยารวาร์ฟารินจะให้ประสิทธิผลในการรักษาเต็มที่หลังจากผู้ป่วยได้รับยาไปแล้วประมาณ 1 เดือนการติดตามผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อยารวาร์ฟารินในเบื้องต้นควรมีการตรวจค่า INR หลังให้ยาครั้งแรก 48 ชั่วโมงซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ไวต่อการตอบสนองต่อยา และตอบสนองต่อยาในระดับรุนแรง ดังนั้นหลังจากเริ่มได้รับยาหรือหลังจากปรับขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิม อาจต้องใช้เวลารั้ง 7-10 วัน ก่อนที่ผลของยาจะออกฤทธิ์ได้อย่างเต็มที่ และเข้าสู่สภาวะ steady state ในการกำหนดขนาดยาที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละคนจะประเมินจากการติดตามผลค่า INR ควรทำด้วยความรอบคอบ อย่างไรก็ตามในระยะเริ่มต้นของการปรับขนาดยารวาร์ฟารินและการปรับขนาดยาอย่างต่อเนื่องนั้นมีแนวทางในการปรับยาดังนี้การเพิ่มหรือลดขนาดยารวาร์ฟารินเพื่อให้ได้ค่า INR ตามเป้าหมายไม่ควรเกินร้อยละ 5-20 ของขนาดยารวมในหนึ่งสัปดาห์(ยกเว้นในช่วงเริ่มต้นของการรักษา) และนอกจากประเมินค่า INR แล้วควรทำการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อค่า INR ก่อน พิจารณาปรับเปลี่ยนขนาดยาทุกครั้ง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ภาวะร่างกาย ความสามารถในการใช้ยาตามแพทย์สั่งปฏิกริยาระหว่างยากับยาและยากับอาหารการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระยะเริ่มต้นของการรักษาด้วยยารวาร์ฟารินในช่วง 3 เดือนแรกมีความสำคัญมาก ควรเน้นการนัดติดตามผล INR จนถึงระยะเวลาที่ยารวาร์ฟารินออกฤทธิ์ได้เต็มที่จึงพิจารณาขนาดยาที่คงที่หรือเหมาะสมในระยะยาวโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของยาเพื่อประโยชน์และความปลอดภัยต่อผู้ป่วย¹

จากการศึกษาของคุชณี เกษเมธีการุณและนฤมล เจริญศิริพรกุล² พบว่าเกิดปัญหาจากการใช้ยาร้อยละ 69.8 โดยพบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 39.5 รองลงมาเป็นการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาร้อยละ 29.8 และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 24.9 นอกจากนี้ การศึกษาดังกล่าวยังพบว่า การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการติดตามปัญหาจากการใช้ยา Warfarin ในคลินิกยาต้านการแข็งตัวของ

เลือด สามารถช่วยเพิ่มความรู้และลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา Warfarin ได้ และจากการศึกษาของศิริพร วิทย์จรรยาพงศ์และคณะ² พบความชุกของภาวะ intracranial hemorrhage ร้อยละ 0.59 และความชุกของภาวะเลือดออกผิดปกติในอวัยวะที่สำคัญ (major organ bleeding) จาก Warfarin overdose ได้สูงถึงร้อยละ 1.9 โดยร้อยละ 48.9 ของผู้ป่วยที่เกิดภาวะ major organ bleeding นั้น เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น การดูแลรักษาและสั่งใช้ยาของแพทย์ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับยาที่เพิ่มฤทธิ์ของ Warfarin และบางรายเกิดจากการทำงานของตับผิดปกติ และจากการศึกษาสุณี เลิศสินอุดมและคณะ⁴พบว่า มีการใช้ยาที่มีแนวโน้มเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (potential drug interaction) กับ Warfarin 66 ราย (ร้อยละ 77.7) และเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (actual drug interaction) กับ Warfarin 23 รายจากผู้ป่วยทั้งหมดที่ใช้ยา Warfarin (ร้อยละ 27.1) การปฏิบัติเมื่อมีการใช้ยาที่มีแนวโน้มเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับ Warfarin ไม่เป็นไปตามแนวทางการใช้ยา 22 ราย (ร้อยละ 33.3) พบว่ายาปฏิชีวนะเป็นกลุ่มยาที่มีแนวโน้มเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับ Warfarin และเป็นยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับ Warfarin มากที่สุด จะเห็นว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาดังกล่าวอาจเป็นผลจากตัวยาเองที่มีเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ที่ซับซ้อน รวมทั้งปัจจัยจากโรคและผู้ป่วยเอง ที่สำคัญอาจเป็นผลจากกระบวนการการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปัจจัยสองข้อแรก เป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ยาก ดังนั้น การทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดีและเหมาะสมขึ้น จึงเป็นทางออกสำหรับการแก้ปัญหาจากการใช้ยา Warfarin เพื่อเป็นการสร้างแนวทางการใช้ยา Warfarin ที่เหมาะสมปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และลดปัญหาจากการใช้ยาดังกล่าวต่อไปในอนาคต

อภิปรายปัญหา

ปัจจัยสำคัญของ Warfarin overdose ในผู้ป่วยรายนี้ที่ส่งผลทำให้ค่า INR สูงกว่าเป้าหมาย (INR >48.71) คือ Drug-Drug interaction ระหว่าง Warfarin กับ Levofloxacin⁶ การได้ยา 2 ชนิดร่วมกัน มีผลทำให้ฤทธิ์ของ Warfarin เพิ่มขึ้น โดยมีหลักฐานสนับสนุนการเกิดที่อาจจะใช่ (Probable) และระดับความรุนแรงของการเกิดเป็นระดับมาก (Major) ซึ่งหมายถึงผลของอันตรกิริยาที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต หรือเป็นสาเหตุของความเสียหายอย่างถาวร) ซึ่งต้องใช้เวลาเป็นวัน หรือสัปดาห์กว่าจะเห็นผลของการเกิดอันตรกิริยา (Onset delayed) มีกลไกของการเกิดอันตรกิริยา คือ Levofloxacin หรือยาในกลุ่ม Fluoroquinolone เป็น strong inhibitor ต่อ CYP1A2 และ weak inhibitor ต่อ CYP3A4 ซึ่งมีผลลดการเปลี่ยนแปลงยารวาร์ฟารินทำให้ระดับยารวาร์ฟารินในเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้ค่า PT และ INR ยาวนานขึ้น ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาทั้ง 2 ชนิดร่วมกัน ถ้าจำเป็นต้องใช้ร่วมกันควรมีการติดตาม INR อย่างใกล้ชิด หรืออาจจะต้องปรับลดขนาด Warfarin ลงหากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้ยาทั้ง 2 ชนิดมาตั้งแต่วันที่ 6/6/59 จนถึง 13/6/59 เป็นเวลา 7 วันโดยไม่ได้มีการเจาะวัด INR ระหว่างช่วงดังกล่าว อีกทั้งผู้ป่วยยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อระดับยา คือ สูงอายุ ร่วมกับมีไข้จากการติดเชื้อที่ท่อทางเดินปัสสาวะ ส่งผลเพิ่มการทำลาย clotting factor ทำให้เพิ่มค่า INR และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก

แนวทางการจัดการเมื่อ INR อยู่นอกช่วงเป้าหมาย

จากแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พ.ศ. 2553¹ ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติกรณี INR อยู่นอกช่วงเป้าหมาย โดยแนะนำให้หาสาเหตุก่อนที่จะมีการปรับเปลี่ยนการรักษา ซึ่งมีเป้าหมายของการจัดการ คือลดระดับ INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย และป้องกันไม่ให้เกิดการเพิ่มขึ้นของ INR จนสูงกว่าช่วงเป้าหมายมาก (supratherapeutic INR) หรือการเกิดภาวะเลือดออกจาก Warfarin overdose ในผู้ป่วยรายนี้ สาเหตุการเพิ่มขึ้นของ INR จนสูงกว่าช่วงเป้าหมายมาก เนื่องจาก Drug-Drug interaction ระหว่าง Warfarin กับ Levofloxacin นอกจากนี้ยังมีใช้จากการติดเชื้อที่ท่อทางเดินปัสสาวะ ส่งผลเพิ่มการทำลาย clotting factor ทำให้เพิ่มค่า INR และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก สำหรับแนวทางการจัดการภาวะ INR สูงกว่าช่วงเป้าหมายแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แนวทางการปรับขนาดยาเพื่อให้ได้ INR เป้าหมาย 2.0 – 3.0

< 1.5	▲ 10-20%
1.5-1.9	▲ 5-10%
2.0-3.0	Continue same does
3.1-3.9	▼ 5-10%
4.0-4.9	Hold for 1 day then ▼10%
5.0-8.9 no bleeding	Omit 1-2 doses, Vit K ₁ 1 mg orally
≥ 9.0 no bleeding	Vit K ₁ 5-10 mg orally
Major bleeding with any INR	Vit K ₁ 10 mg iv plus FFP Repeat Vit K ₁ every 12 hours if needed

ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกรุนแรง และมีค่า INR สูงกว่าช่วงรักษาให้แก้ไขโดยใช้ vitamin K₁ 10 มก. ให้ทางหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ จะให้ผลในการลดค่า INR ใน 8-12 ชั่วโมง และผลยังคงอยู่หลายวันเช่นเดียวกัน¹⁰ การบริหารโดยการฉีดทางหลอดเลือดดำ จะแนะนำให้ใช้กรณี serious or life threatening bleeding หรือใช้กรณีให้โดยการรับประทานไม่ได้หรือไม่ได้ผล เนื่องจากการบริหารยาโดยวิธีฉีดมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยเฉพาะ anaphylaxis ได้มาก¹

ให้ fresh frozen plasma หรือ prothrombin complex concentrate หรือ recombinant factor VIIa ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงและความเร่งด่วนของสถานการณ์¹ และติดตามค่า INR อย่างใกล้ชิด โดยค่า INR จะลดลงมาอยู่ในช่วงเป้าหมายใน 24 – 48 ชั่วโมง แต่หาก INR ยังสูงอยู่ อาจพิจารณาให้ vitamin K₁ ซ้ำได้ทุก 12 ชั่วโมง (คุณภาพของหลักฐานระดับ 3) เมื่อ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายแล้ว จึงเริ่มให้ยา Warfarin กลับเข้าไปใหม่¹ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้รับการจัดการภาวะ Warfarin overdose หรือ INR สูงกว่าค่าเป้าหมายและมีอาการเลือดออกที่อวัยวะร่วมด้วย จากการรักษาของแพทย์ดังนี้

- ให้ vitamin K₁ (10 mg/1 ml) 1 ampule โดยวิธีการฉีดทางเส้นเลือดดำ
- Fresh frozen plasma (FFP) 1000 ml intravenous drip in 1 hr
- Levofloxacin (500 mg) รับประทานครั้งละ ครั้งเม็ด ทุก 48 ชั่วโมง (เนื่องจากผู้ป่วย มี BUN = 79.1 mg/dl)

เมื่อพิจารณาสาเหตุของการเกิด Warfarin Overdose ของผู้ป่วยรายนี้คือ Drug-Drug interaction ระหว่าง Warfarin และ Levofloxacin ซึ่งแพทย์ยืนยันพิจารณาให้ Levofloxacin (500 mg) รับประทานครั้งละ ครั้งเม็ด ทุก 48 ชั่วโมง ถือว่าไม่เหมาะสม เนื่องจากการจัดการอันตรกิริยาควรหยุด Levofloxacin และ Warfarin ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลเพิ่มค่า INR ที่สูงกว่าช่วงเป้าหมายและเกิดภาวะเลือดออก จัดเป็น DRPs ชนิด Drug-Drug interaction

เมื่อพิจารณาขนาดของ vitamin K1 injection 1 amp ที่ได้รับในผู้ป่วยรายนี้ พบว่าข้อบ่งใช้เหมาะสม และขนาดยาที่ได้รับเหมาะสม นอกจากนี้พบว่า INR= 2.05 หลังให้ Vitamin K1 injection แล้ว 8 ชม. จึงได้ให้ vitamin K1 injection 1 amp ในอีก 18 ชั่วโมง (14/6/59) ดังนั้นการให้ vitamin K1 ในผู้ป่วยรายนี้จึงถือว่าเหมาะสม และจากการที่ผู้ป่วยได้รับ FFP ซึ่งมี coagulation factor II, VII, X เป็นองค์ประกอบ จากแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน ของสมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พ.ศ. 2553¹ พบว่าจะให้ FFP กรณีมีภาวะเลือดออกรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีอาการเลือดออกที่อวัยวะเพศ การได้รับ FFP จึงถือว่าเหมาะสมตรงตามแนวทางการรักษา เพื่อรักษาภาวะเลือดออกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพราะการให้ FFP จะลด INR ได้ทันทีและให้ผลต่อเนื่อง 12 – 24 ชั่วโมง⁸ จึงพิจารณาให้ FFP อีก 2 unit free flow ต่อ เมื่อวัดค่า PT และ INR ในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล พบว่าลดลงมา (PT 20.7 วินาที และ INR 1.66)

เมื่อค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย แนะนำแผนการรักษาเริ่มให้ Warfarin เข้าไปใหม่โดยเริ่มให้ในขนาดเดิม แต่ปรับเปลี่ยนวิธีบริหารยาจากเดิม คือ Warfarin (3) 1x1 HS เว้นศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ เป็น Warfarin (3) 1x1 HS ในวันอังคาร พฤหัสบดี และเสาร์ (9 มก./สัปดาห์) และติดตาม INR และ PT ในวันที่ 3 หลังเริ่มยารอบใหม่

อย่างไรก็ตาม ช่วงที่มีการปรับขนาดยา ควรมีการติดตามค่า INR อย่างใกล้ชิด เนื่องจาก vitamin K มี half life นานประมาณ 26 - 193 ชั่วโมง (1 - 8 วัน) และการกำจัดออกจากร่างกายจะใช้เวลาประมาณ 1 เดือน (3 - 5 half life) ส่งผลให้ค่า INR มีการเปลี่ยนแปลง โดยหลังจาก vitamin K ถูกกำจัดหมดจากร่างกาย ค่า INR อาจเพิ่มขึ้นจนอยู่นอกช่วงเป้าหมายได้โดยเฉพาะผู้ป่วยรายนี้ซึ่งมี hemodynamic ไม่คงที่ ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตตัวเอง เกี่ยวกับความผิดปกติของภาวะเลือดออก และรีบมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอวันนัดสรุป

ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะ Warfarin overdose จากการได้รับยา 2 ชนิดที่มีอันตรกิริยาต่อกัน มีผลทำให้ค่า INR > 9 โดยมีอาการแสดงของภาวะเลือดออก การจัดการตามแนวทางคือให้หยุด Warfarin และ Levofloxacin พร้อมกับให้ vitamin K₁ ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ในขนาด 10 มก. และให้ FFP ร่วมด้วย เนื่องจากหวังผลการลด INR ทันที เพื่อป้องกันภาวะเลือดออก และค่า INR จะลดลงมาอยู่ในช่วงเป้าหมายใน 24 - 48 ชั่วโมง เมื่อค่า INR ลดลงอยู่ในช่วงเป้าหมายจึงเริ่มให้ Warfarin เข้าไปใหม่ โดยให้ในขนาดต่ำกว่าก่อนแล้วค่อยปรับขนาดยาตามค่า INR โดยควรติดตามค่า INR อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ เกสัชกรควรมีบทบาทในการช่วยตรวจสอบปัญหาด้านยา รวมทั้งอันตรกิริยาต่อกันของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น และควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เพื่อลดปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับยา Warfarin รวมทั้งแนะนำวิธีการสังเกตตัวเองเมื่อเกิดความผิดปกติของภาวะเลือดออก หากพบความผิดปกติใด ๆ ผู้ป่วยสามารถกลับมาพบแพทย์ก่อนนัดได้

จากปัญหาที่พบในผู้ป่วยรายนี้

1. พบความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น ผู้ป่วยได้ยาที่เกิดปฏิกิริยากันระหว่างยารวาร์ฟารินกับยาอื่น ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ การแก้ไขเบื้องต้น: ได้มีการบันทึกคู่ปฏิกิริยาระหว่างยารวาร์ฟาริน กับยาอื่น ในโปรแกรม HOS XP พร้อมมีกล่องข้อความ (POP-UP) เตือนเมื่อมีการสั่งใช้คู่ปฏิกิริยาระหว่างยารวาร์ฟารินกับยาอื่น

2. การสื่อสารในระหว่างหน่วยงานไม่ชัดเจน เช่น ไม่มีสัญลักษณ์สื่อให้บุคลากรทราบว่าผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟาริน การแก้ไขเบื้องต้น: ได้มีการบันทึก “ผู้ป่วย On warfarin” ลงในช่องแพทย์ ในโปรแกรม HOS XP พร้อมมีกล่องข้อความ (POP-UP) เตือน เพื่อให้แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ติดตามผู้ป่วยว่ามียาที่เกิดปฏิกิริยากันระหว่างยารวาร์ฟารินกับยาอื่นหรือไม่ การบริหารยาในรูปแบบ IM หรือไม่ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ในแต่ละครั้ง

References

1. Silaruks S, Kanjanavanit R, Phrommintikul A, et al. Guidelines on oral anticoagulation with Warfarin. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King, 2010.
2. ดุษณี เกษเมธีการุณ, นฤมล เจริญศิริพรกุล. ปัญหาจากการใช้ยา Warfarin: แนวทางการจัดตั้งคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือด. ศรีนครินทร์เวชสาร 2545; 17: 281-8.
3. ศิริพร วิทจักรยาพงศ์, เบญจมาศ เลปวิทย์, ผันสุ ชุมวรฐายี, สมศักดิ์ เทียมเก่า, สุทธิพันธ์ จิตพิมล มาศ. Intracranial hemorrhage caused by Warfarin in Srinagarind Hospital. อายุรศาสตร์อีสาน 2546; 2: 32-43.
4. สุนี เลิศสินอุดม, ผันสุ ชุมวรฐายี, อารณีย์ ไชยคำ. การทบทวนการใช้ยา Warfarin ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2553; 25(1).
5. Wella BG, Dipiro JT, Schinghammer TL, Dipiro CV. Pharmacotherapy handbook. 8th ed. USA. McGrawHill, 2012.
6. Tatro DS. Drug interaction facts. USA. Wolters Kluwer Health, 2013; p.181
7. Ansell J, Hirsh J, Hylek E, Jacobson A, Crowther M, Palareti G. The pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guideline (8th edition). *Chest* 2008;133:160-198.
8. McEvoy GK (editor). AHFS drug information. Bethesda. American Society of Health System Pharmacist, 1998: p.3558.

รูปแบบของการสั่งยาเตรียมพิเศษเฉพาะรายในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

เภสัชกรหญิงชนิดาภา เรืองธรรมา และเภสัชกรหญิงทิพวรรณ วงเวียน
ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

บทนำและวัตถุประสงค์

การผลิตยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย (extemporaneous preparation) เป็นงานบริการทางเภสัชกรรม โรงพยาบาลอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในโรงพยาบาล การเตรียมยาให้อยู่ในรูปแบบและความแรงที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยพิเศษเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ตามปกติ หรือในโรคหรือความผิดปกติบางอย่างที่ต้องการความจำเพาะของยา แต่มีข้อจำกัดในด้านต่างๆ เช่น รูปแบบยาหรือความแรงที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับแต่ไม่สามารถหาได้ในโรงพยาบาล หรือไม่มีการนำเข้าในประเทศไทย เนื่องจากมีปริมาณการใช้ไม่มาก ไม่คุ้มค่าในการนำเข้า ทั้งนี้ยาเตรียมพิเศษเฉพาะรายที่เภสัชกรจำเป็นต้องเตรียมบ่อยที่สุด คือ ยาเตรียมพิเศษเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วยเด็ก อาจเตรียมในรูปแบบยาน้ำแขวนตะกอน ยาน้ำเชื่อม หรือยาผง ขึ้นอยู่กับผลิตภัณฑ์ของยาที่มีจำหน่ายในโรงพยาบาล โรคและสถานะของผู้ป่วย เป็นต้น

หน่วยผลิตยา ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาได้เริ่มดำเนินการเตรียมยาพิเศษเฉพาะรายแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 มีการพัฒนาปรับปรุงสูตรตำรับยาใหม่ๆ สำหรับการเตรียมยาพิเศษเฉพาะราย เพื่อเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมและครบถ้วนตามแผนการรักษา พบว่าในระยะหลังมีแนวโน้มการสั่งยาเตรียมพิเศษเฉพาะรายเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก การศึกษาค้นคว้าจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและความถี่ของการสั่งยาเตรียมพิเศษเฉพาะรายในปี พ.ศ. 2558 สำหรับเป็นข้อมูลวางแผนการเตรียมยาพิเศษเฉพาะรายในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากโปรแกรมการจ่ายยาของหน่วยบริการจ่ายยา และแบบบันทึกการผลิตยาเตรียมพิเศษเฉพาะรายของหน่วยผลิตยา ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในระหว่างวันที่ 1 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558

ประชากรที่ศึกษา คือ ยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย ทุกรายการที่ผลิตโดยหน่วยผลิตยา ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย ทุกรายการที่ผลิตโดยหน่วยผลิตยา ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในระหว่างวันที่ 1 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

ในปี พ.ศ. 2558 หน่วยผลิตยา ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ได้เตรียมยาพิเศษเฉพาะรายตามคำสั่งแพทย์ 40 รายการ จำนวน 2,698 ครั้ง โดยแบ่งตามรูปแบบยา (dosage form) เป็น 4 รูปแบบ ดังต่อไปนี้ ยาน้ำแขวนตะกอน 27 รายการ (ร้อยละ 67.5) จำนวน 2,073 ครั้ง (ร้อยละ 76.8) ยาน้ำเชื่อม 2 รายการ (ร้อยละ 5.0) จำนวน 338 ครั้ง (ร้อยละ 12.5) ยาหยอดตา 7 รายการ (ร้อยละ 17.5) จำนวน 245 ครั้ง (ร้อยละ 9.1) และยาผง 4 รายการ (ร้อยละ 10.0) จำนวน 42 ครั้ง (ร้อยละ 1.6) ดังตารางที่ 1

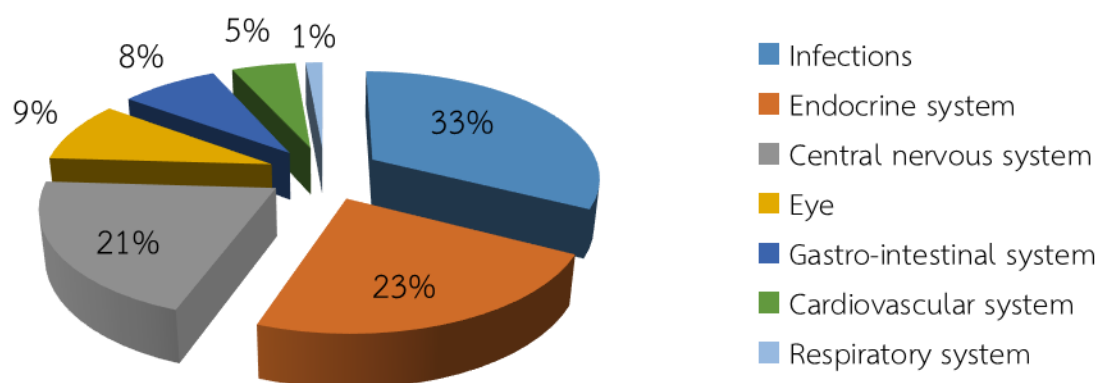
พบว่ากลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีการสั่งเตรียมยาพิเศษเฉพาะรายมากที่สุด คือ ยากลุ่ม Infection 878 ครั้ง (ร้อยละ 32.5) รองลงมา คือ ยากลุ่ม endocrine system และ central nervous system จำนวน 618 ครั้ง (ร้อยละ 22.9) และ 553 ครั้ง (ร้อยละ 20.5) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 และภาพที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการสั่งยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย

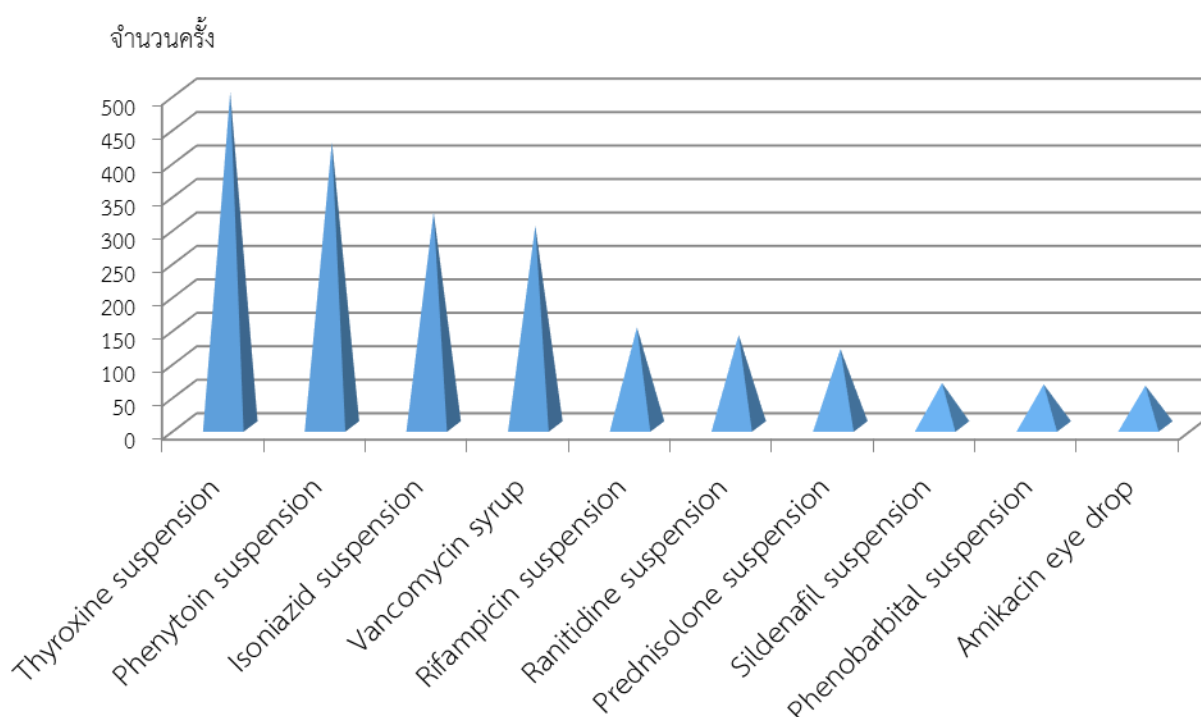
ข้อมูล	รายการ (ร้อยละ)	ครั้ง (ร้อยละ)
ยาน้ำแขวนตะกอน	27 (67.5)	2,073 (76.8)
ยาน้ำเชื่อม	2 (5.0)	338 (12.5)
ยาหยอดตา	7 (17.5)	245 (9.1)
ยาผง	4 (10.0)	42 (1.6)
รวม	40 (100.0)	2,698 (100.0)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการสั่งยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย จำแนกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

กลุ่มยา	รายการ (ร้อยละ)	ครั้ง (ร้อยละ)
Infections	10 (25.0)	878 (32.5)
Endocrine system	3 (7.5)	618 (22.9)
Central nervous system	6 (15.0)	553 (20.5)
Eye	8 (20.0)	246 (9.1)
Gastro-intestinal system	5 (12.5)	220 (8.2)
Cardiovascular system	7 (17.5)	145 (5.4)
Respiratory system	1 (2.5)	38 (1.4)



ภาพที่ 1 ภาพแสดงร้อยละการสั่งยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย จำแนกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ



ภาพที่ 2 ภาพแสดงรายการยา 10 อันดับแรกที่มีการสั่งเตรียมยาพิเศษเฉพาะรายมากที่สุด

รายการยาที่แพทย์สั่งเตรียมยาพิเศษเฉพาะรายให้แก่ผู้ป่วยมากที่สุด คือ ยา Thyroxine suspension จำนวน 500 ครั้ง (ร้อยละ 18.5) รองลงมา คือ ยา Phenytoin suspension จำนวน 425 ครั้ง (ร้อยละ 15.8) และยา Isoniazid suspension จำนวน 320 ครั้ง (ร้อยละ 11.9) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 และภาพที่ 2

ตารางที่ 3 รายการยา 10 อันดับแรกที่มีการสั่งเตรียมยาพิเศษเฉพาะราย

รายการยา	กลุ่มยา	ครั้ง (ร้อยละ)
Thyroxine suspension	Endocrine system	500 (18.5)
Phenytoin suspension	Central nervous system	425 (15.8)
Isoniazid suspension	Infections	320 (11.9)
Vancomycin syrup	Infections	300 (11.1)
Rifampicin suspension	Infections	148 (5.5)
Ranitidine suspension	Gastro-intestinal system	137 (5.1)
Prednisolone suspension	Endocrine system	116 (4.3)
Sildenafil suspension	Cardiovascular system	65 (2.4)
Phenobarbital suspension	Central nervous system	63 (2.3)
Amikacin eye drop	Eye	61 (2.3)

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้พบว่า ยาน้ำแขวนตะกอนเป็นรูปแบบยาที่แพทย์สั่งมากที่สุด ข้อมูลที่ได้จึงเป็นประโยชน์ในการวางแผนการเตรียมยาพิเศษเฉพาะรายตามคำสั่งแพทย์ของฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยเฉพาะรายการยาที่มีการสั่งยามากที่สุด 10 อันดับแรก ซึ่งอาจลดขั้นตอนและระยะเวลาในการเตรียมน้ำแขวนตะกอน โดยการจัดเตรียมน้ำกระสายยาที่เป็นตัวช่วยกระจายผงยาไว้ก่อนตามสูตรตำรับของยาแต่ละรายการ โดยคำนึงถึงคุณภาพของยาตามมาตรฐานทางเภสัชกรรม เพื่อให้สามารถเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วยได้ทันเวลา โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยรอรับยานาน

ข้อเสนอแนะ การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากศึกษาการสั่งยาในเชิงปริมาณตามสูตรตำรับยาใหม่ที่หน่วยผลิตยา ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์กำหนดขึ้นใหม่ ควรมีการศึกษาคุณภาพความคงตัวของยาแต่ละรายการ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพยาที่ผลิตขึ้นภายในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ ยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย, การสั่งยา, การเตรียมยา

การนำเสนอผลงานแบบบรรยาย (Oral Presentation)
ประเภทผลงานวิจัย

คุณภาพใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาของงานรังสีวิทยาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

Quality of Radiology Request forms of Division of Radiology and Nuclear Medicine, Burapha University Hospital

น.ส. เกษราภรณ์ ขาววิเศษ¹, พ.ญ. ศรสุภาลิ้มเจริญ²

¹นักรังสีการแพทย์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา, ²รังสีแพทย์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

Corresponding author: sornsupha@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: คุณภาพใบส่งตรวจทางรังสีวิทยามีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาที่ดีควรมีข้อมูลสำคัญที่จำเป็นครบถ้วน การศึกษานี้จึงได้สำรวจคุณภาพใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

วิธีการ: ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากกลุ่มตัวอย่างใบส่งตรวจทางรังสีวิทยา ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2558 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2559

ผลการศึกษา: มีใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาเป็นจำนวน 20,974 ใบ โดยแบ่งเป็น เอกซเรย์ทั่วไปจำนวน 18,156 ใบ (86.5%) อัลตราซาวด์จำนวน 1,347 ใบ (6.4%) เอกซเรย์เต้านมจำนวน 389 ใบ (1.9%) และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จำนวน 1,082 ใบ (5.2%) มีการระบุผู้ป่วย (ชื่อ-สกุล และ เลขโรงพยาบาล) ครบ 100% ในทุกชนิด การตรวจ ใบคำสั่งอัลตราซาวด์มีความสมบูรณ์ของข้อมูลคนไข้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95.17 รองลงมาคือใบคำสั่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ร้อยละ 93.76 ใบคำสั่งเอกซเรย์เต้านม 88.83 และลำดับสุดท้ายคือ ใบคำสั่งเอกซเรย์ทั่วไปร้อยละ 72.86 ซึ่งขาด 2 ข้อมูลที่สำคัญคือเหตุผลในการส่งตรวจมีการให้ข้อมูล 36.57% และข้อมูลทางคลินิกมีการให้ข้อมูล 22.25%

สรุป: คุณภาพใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาส่วนใหญ่ค่อนข้างสมบูรณ์การขาดข้อมูลที่จำเป็นในใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาพบมากที่สุดใบในใบส่งตรวจเอกซเรย์ทั่วไปซึ่งเป็นการตรวจในสัดส่วนที่มากที่สุดของการให้บริการทางรังสีวิทยา

คำสำคัญ: ใบส่งตรวจ รังสีวิทยา ความสมบูรณ์ คุณภาพ

Abstract

Objective: Quality of radiology request forms impact on the quality of patient care. Completion of the radiology request forms is required for standard. This study was designed to investigate the adequacy of completion of radiology request forms of Burapha University hospital.

Design: We reviewed radiology request forms from Out patient departments of Burapha University hospital from 1st December 2015 to 31st May 2016

Results: There were 20,974 request forms. Of these, 18,156 (86.5%) were form general x-ray, 1,347 (6.4%) were from ultrasound, 389 (1.9%) were from mammography and 1,082 (5.2%) were from computed tomography (CT). All the request had names and hospital numbers. The most completing request forms were ultrasound (95.17%). The second were CT (93.76%). The third were mammography (88.83%) while the least were general x-ray (72.86%). The reason of requesting and clinical information were completely filled in only 36.75% and 22.25% respectively of general x-ray request.

Conclusions: Radiology request forms of Burapha University hospital were almost complete. The most incompletely filled forms were from general x-ray that was the most part of radiology services of Burapha University hospital.

Key words: Radiology, Request form, Quality, Completion

บทนำ

ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยา (Radiology request form) ใช้เพื่อเป็นการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างแพทย์เจ้าของไข้กับรังสีแพทย์หรือนักรังสีการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยทางรังสี ซึ่งควรประกอบด้วยข้อมูลสำคัญที่จำเป็นดังต่อไปนี้ การระบุตัวผู้ป่วย ข้อมูลทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีหรือการตรวจอื่นๆ ส่วนที่ต้องการจะตรวจ และระบุแพทย์ผู้ส่งตรวจพร้อมข้อมูลการติดต่อ^[1] โดยอาจเป็นการเขียนลงกระดาษหรือเป็นการป้อนข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยานี้ใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในการตรวจทางรังสีวิทยาให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของแพทย์เจ้าของไข้ให้มากที่สุดเพื่อคุณภาพสูงสุดในการดูแลรักษาผู้ป่วย การให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนจะส่งผลกระทบในภาพรวมต่อคนไข้ จากผลการศึกษาอันตรายต่อผู้ป่วยที่ถูกส่งมาตรวจที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จำนวน 843,902 ราย พบว่าเกิดจากความผิดพลาดที่ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยา 0.024%^[2] และยังมีผลอย่างมากต่อนักรังสีการแพทย์และรังสีแพทย์ที่จะตรวจและรายงานผลตรวจได้ถูกต้อง นอกจากนี้การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องอาจช่วยให้รังสีแพทย์แนะนำวิธีการตรวจทางรังสีวิธีอื่นที่ได้ผลดีกว่าและ/หรือคุ้มค่ากว่าที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งตรวจ^[3]

ปัจจุบันโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาใช้ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาแบบเขียนลงกระดาษ โดยมีช่องว่างให้กรอกข้อมูลผู้ป่วยตามลำดับ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและประเมินแบบใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาให้มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยสำหรับส่งตรวจวินิจฉัยทางรังสีครบถ้วนเพียงพอหรือไม่ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบหรือวิธีการในการส่งตรวจทางรังสีวิทยาต่อไป

วิธีการ

เก็บข้อมูลย้อนหลังจากใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2558 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2559 เป็นเวลา 6 เดือน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางยามาเน่ (Taro Yamane) แล้วนำใบส่งตรวจทางรังสีวิทยามาวิเคราะห์ แสดงค่าเป็นค่าความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาทั้งหมด 6 เดือน จากกลุ่มผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา พบว่ามีใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาเป็นจำนวน 20,974 ใบ โดยแบ่งเป็น เอกซเรย์ทั่วไปจำนวน 18,156 ใบ (86.5%) อัลตราซาวด์จำนวน 1,347 ใบ (6.4%) เอกซเรย์เต้านมจำนวน 389 ใบ (1.9%) และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จำนวน 1,082 ใบ (5.2%) จึงทำการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และค่าความคลาดเคลื่อน 5 % ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาจำแนกตามชนิดการตรวจแสดงตามแผนภูมิที่ 1-4 สรุปการวิเคราะห์ข้อมูลในใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาเปรียบเทียบแต่ละชนิดการตรวจแสดงตามแผนภูมิที่ 5

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

การให้บริการทางรังสีวิทยาเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ การตรวจผู้ป่วยผิดคนถือเป็นการเสี่ยงทางคลินิกอย่างน้อยระดับ C^[4] ซึ่งป้องกันได้ด้วยการระบุผู้ป่วยให้ชัดเจน ดังเช่นผลการศึกษาใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการระบุผู้ป่วยครบ 100% ในทุกชนิดการส่งตรวจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Irurhe และคณะ^[5] แต่ถึงแม้ว่ามีการระบุผู้ป่วยครบ ก็ยังมีอุบัติการณ์ส่งผู้ป่วยมาตรวจผิดคนดังเช่นที่พบในการศึกษาของ Mansouri และคณะ^[2] ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาจะมีการให้ข้อมูลอื่นๆที่จำเป็นครบถ้วนเมื่อเป็นการตรวจพิเศษชนิดต่างๆคือ อัลตราซาวด์ เอกซเรย์เต้านม และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของ Triantpoulou และคณะ^[3] ในขณะที่การขาดข้อมูลที่จำเป็นในใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาพบมากที่สุดใบส่งตรวจเอกซเรย์ทั่วไป ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจจะมาจากแพทย์ไม่ได้เป็นผู้เขียนใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาเองเนื่องจากแพทย์มีเวลาน้อย เพราะมีผู้ป่วยรอคอยจำนวนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Lindley-Jones และคณะ^[6] ที่ได้จัดให้มีพยาบาลเป็นผู้เขียนใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อลดระยะการรอคอยของผู้ป่วย โดยที่พยาบาลเหล่านั้นจะต้องมีประสบการณ์ในระดับหนึ่งและได้รับการอบรมมาก่อน ข้อบกพร่องของใบส่งตรวจเอกซเรย์ทั่วไปนี้ควรได้รับการปรับปรุงและพัฒนาต่อไปเนื่องจากการส่งตรวจเอกซเรย์ทั่วไปเป็นการตรวจที่มากที่สุดของการให้บริการทางรังสีวิทยาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาซึ่งไม่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ^[5, 7-8] แต่เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนแล้วการส่งตรวจเอกซเรย์ทั่วไปของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพามีสัดส่วนมากถึง 86.5% ในขณะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไนจีเรียมีสัดส่วนการส่งตรวจเอกซเรย์ทั่วไป อัลตราซาวด์ และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เกือบใกล้เคียงกันคือ 35.7%, 33% และ 31.3% ตามลำดับ^[5]

ปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนในใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาเป็นปัญหาที่พบในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วโลก^[3, 5-8] จนดูเหมือนกับว่าไม่มีใครตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ แต่การบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนในใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาก็เป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีได้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ แต่ละโรงพยาบาลควรใส่ใจ

หาแนวทางเพื่อพัฒนาให้ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยามีการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนในที่สุด แนวทางหนึ่งที่อาจช่วยพัฒนาได้คือจัดให้มีระบบตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ เช่นการศึกษาของ Mark และคณะ^[9] ที่ได้จัดทำเครื่องมือตรวจสอบขึ้นและพบว่าการบันทึกข้อมูลในใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาครบถ้วนขึ้นหลังจากถูกตรวจสอบด้วยเครื่องมือนี้ การให้การอบรมแก่ผู้เขียนใบส่งตรวจไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลจากการศึกษาที่ผ่านมาก็พบว่าให้ผลดีโดยไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย^[10]

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือศึกษาเพียงแค่ความสมบูรณ์ตามรายการที่บันทึกโดยมิได้สนใจถึงความถูกต้องของเนื้อหา ศึกษาเฉพาะแต่ใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาจากกลุ่มผู้ป่วยนอก เป็นการศึกษาในสถาบันเดียวอาจไม่สามารถนำไปแสดงถึงโรงพยาบาลอื่นๆ ได้

คุณภาพใบส่งตรวจทางรังสีวิทยาของงานรังสีวิทยาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาส่วนใหญ่ค่อนข้างสมบูรณ์โดยเฉพาะในกรณีที่เป็นการตรวจพิเศษ คือ อัลตราซาวด์ เอกซเรย์เต้านม และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การขาดข้อมูลที่จำเป็นในใบส่งตรวจทางรังสีวิทยามากที่สุดในใบส่งตรวจเอกซเรย์ทั่วไป ซึ่งเป็นการตรวจในสัดส่วนที่มากที่สุดของการให้บริการทางรังสีวิทยาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการทางรังสีวิทยา และกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล

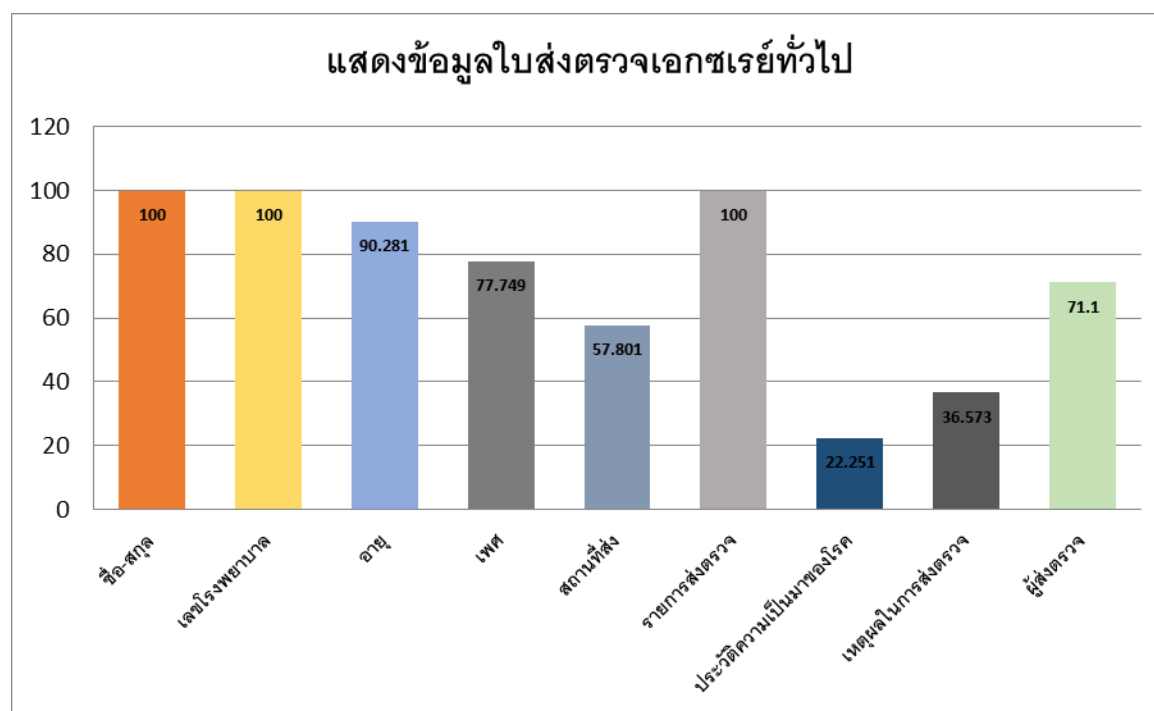
เอกสารอ้างอิง

1. The Royal College of Radiologists, 2007. Making the best use of clinical radiology services: Referral guidelines. Sixth edition. London, pp: 3-9.
2. Mansouri M, Aran S, Shaqdan K, Abujudeh HH. How often are patients harmed when they visit the computed tomography suite? A multi-year experience, in incident reporting, in a large academic medical center. Eur Radiol 2016; 26: 2064-72.
3. Triantopoulou Ch, Tsalafoutas I, Maniatis P, Papavdis D, Raios G, Siafas I, et al. Analysis of radiological examination request forms in conjunction with justification of X-ray exposures. European J Radiol 2005; 53: 306-11.
4. รายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2556
5. Irurhe NK, Sulaymon FA, Olowoyeye OA, Adeyomoye AA. Compliance rate of adequate filling of radiology request forms in a Lagos university teaching hospital. World J Med Sci 2012; 7: 10-2.
6. Lindley-Jones M, Finlayson BJ. Triage nurse requested x ray-the results of a national survey. J Accid Emerg Med 2000; 17: 1085-10.
7. Afolabi OA, Fadare JO, Essien EM. Audit of completion of radiology request form in a Nigerian specialist hospital. Ann Ib Postgrad Med 2012; 10: 48-52.
8. Oswal D, Sapherson D, Rehman A. A study adequacy of completion of radiology request forms. Radiography 2009; 15: 209-13.
9. Mark D, Mullan J, Kane D, McCain S, Rice P. Improving standards in radiology request forms: a scoring tool for clinical audit. Int J Surg 2015; 23: suppl 1: S 44-5.

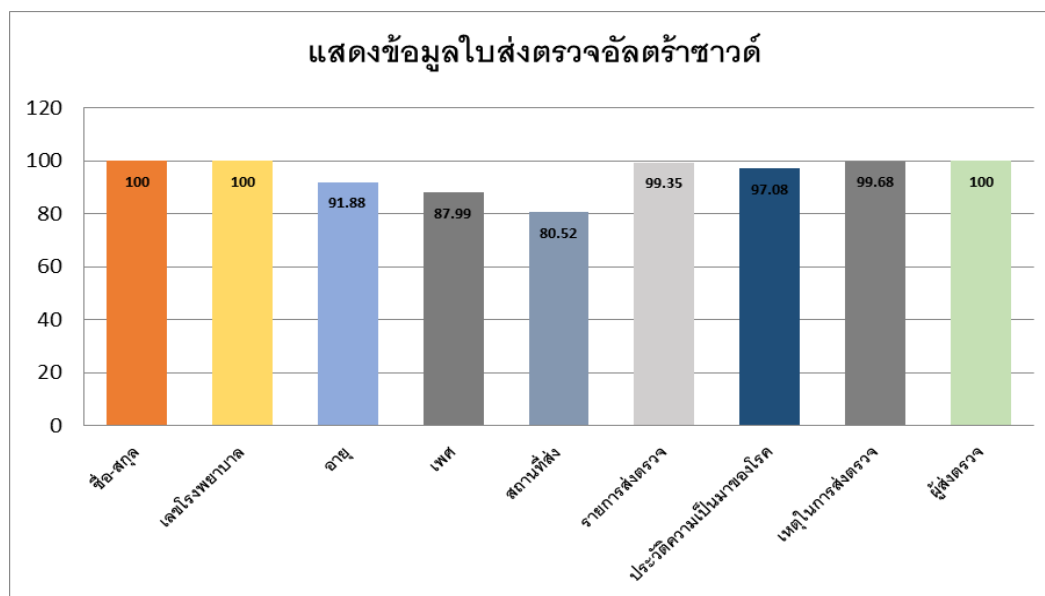
10.Nanapragasam A, Shekkeris A. Radiology request forms: reducing inefficiency and improving patient safety. Clin Radiol 2013; 68: suppl, S7

ตารางที่ 1 แสดงการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และค่าความคลาดเคลื่อน 5 %

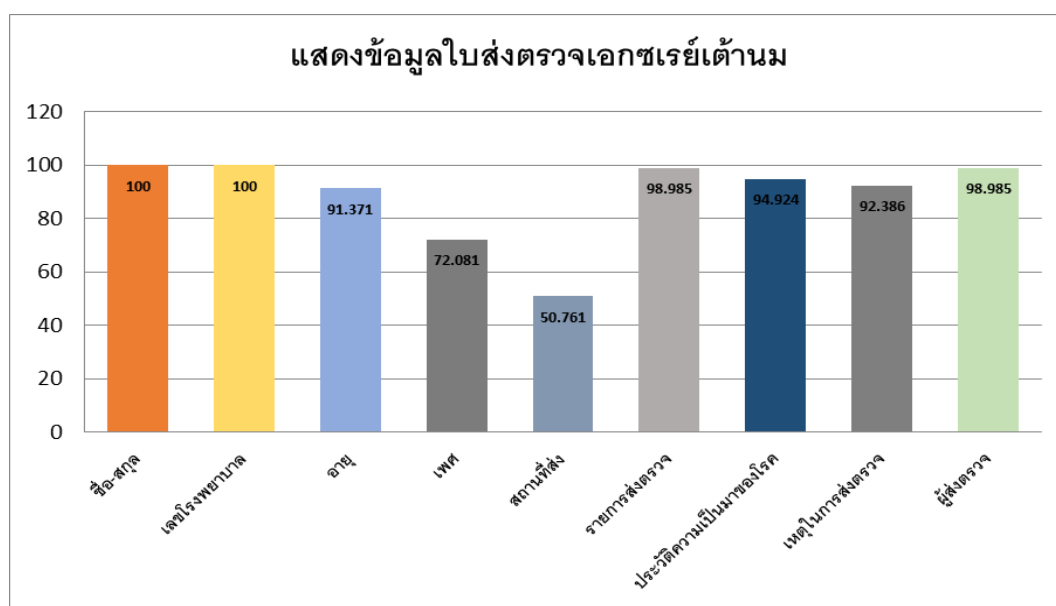
ลำดับ	รายการตรวจ	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1	เอกซเรย์ทั่วไป	18,156	391
2	อัลตราซาวด์	1,347	308
3	แมมโมแกรม	398	197
4	เอกซเรย์คอมพิวเตอร์	1,082	292



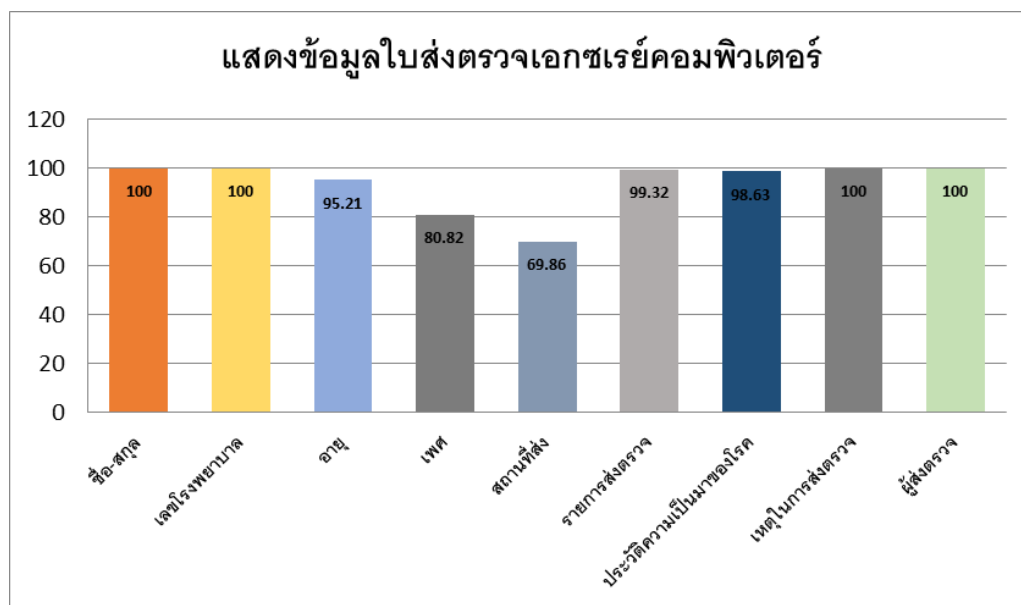
แผนภูมิที่ 1 แสดงให้เห็นว่าแพทย์ผู้ส่งตรวจได้เขียนข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการระบุผู้ป่วย และรายการที่ส่งตรวจคิดเป็น 100 % ส่วน อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ สถานที่ส่งตรวจ มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยลดลงตามลำดับโดยมี 2 ข้อมูลที่จำเป็นมากแต่มีการให้ข้อมูลน้อยมากไม่ถึง 50% คือเหตุผลในการส่งตรวจ และข้อมูลทางคลินิก



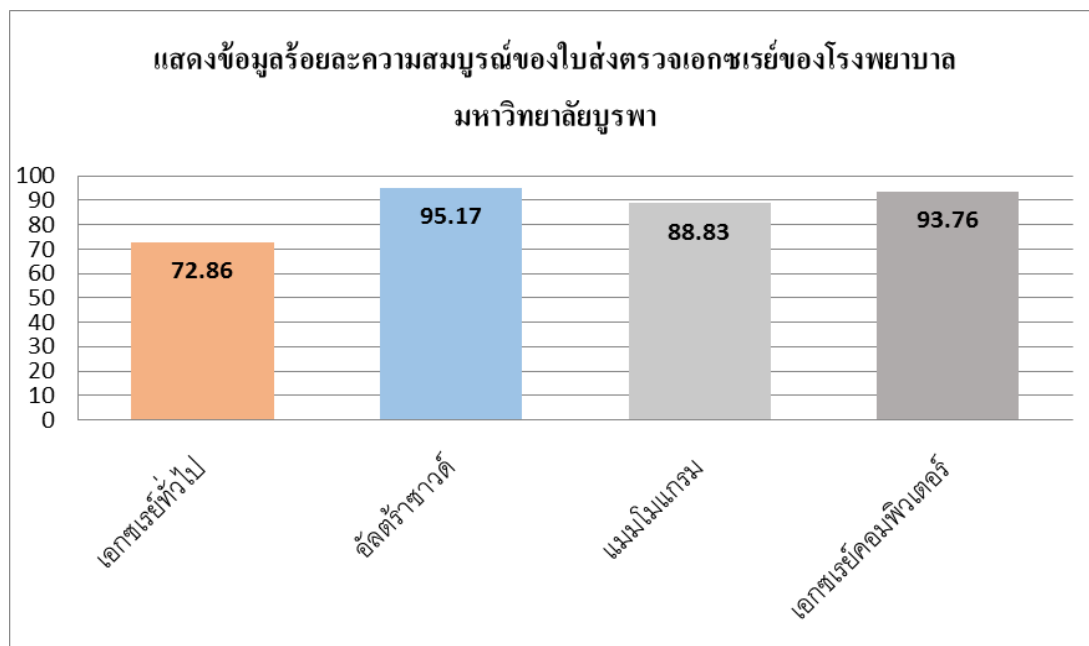
แผนภูมิที่ 2 แสดงให้เห็นว่าแพทย์ผู้ส่งตรวจได้เขียนข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการระบุผู้ป่วย และผู้ส่งตรวจคิดเป็น 100 % ส่วน เหตุผลในการส่งตรวจ รายการส่งตรวจ ข้อมูลทางคลินิก อายุ เพศ และสถานที่ส่งตรวจ มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยลดลงเล็กน้อย โดยไม่มีรายการใดต่ำกว่า 80%



แผนภูมิที่ 3 แสดงให้เห็นว่าแพทย์ผู้ส่งตรวจได้เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการระบุผู้ป่วย 100 % ส่วน รายการส่งตรวจ ผู้ส่งตรวจ ประวัติความเป็นมาของโรค เหตุผลในการส่งตรวจ อายุ เพศ และสถานที่ส่งตรวจ มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยลดลงเล็กน้อย



แผนภูมิที่ 4 แสดงให้เห็นว่าแพทย์ผู้ส่งตรวจได้เขียนข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการระบุผู้ป่วย เหตุผลในการส่งตรวจ ผู้ส่งตรวจ 100 % ส่วน รายการส่งตรวจ ประวัติความเป็นมาของโรค อายุ เพศ สถานที่ส่ง มีการให้ข้อมูลผู้ป่วย ลดลงเล็กน้อยตามลำดับ



แผนภูมิที่ 5 สรุปได้ว่าใบคำสั่งอัลตราซาวด์มีความสมบูรณ์ของข้อมูลคนไข้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95.17 รองลงมาคือใบคำสั่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ร้อยละ 93.76 ใบคำสั่งเอกซเรย์เต้านม 88.83 และลำดับสุดท้ายคือ ใบคำสั่งเอกซเรย์ทั่วไปร้อยละ 72.86

ผลของการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเปรียบเทียบระหว่างการฉีดยา ระงับปวดบริเวณ adductor canal และการฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่า (ผลการศึกษาวิจัยเบื้องต้น)

Postoperative Pain management in Total Knee Arthroplasty : A randomized trial comparing Adductor Canal Block and Periarticular Multimodal Drug Injection. (Preliminary study)

ธนศักดิ์ ยะคำป้อ (พ.บ.)¹ , กฤติน กิตติกรชัยชาญ (พ.บ.)² , วิมานะ ภัคธิธนากุล (พ.บ.)³ ,
อดิเทพ สันติโชติวงศ์ (พ.บ.)⁴ , จิตติรัตน์ ตาปวง (ภ.บ.)⁵ , ประภาวดี แซ่ลิ้ม (ภ.บ.)⁶

¹ อาจารย์ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Dr_aum@yahoo.com

² อาจารย์ สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Krittin4936@gmail.com

³ อาจารย์ สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Vimanap@gmail.com

⁴ แพทย์ใช้ทุน สาขาวิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา S.adithep@gmail.com

⁵ เภสัชกร แผนกเภสัชกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Chittirat.tpng@gmail.com

⁶ เภสัชกร แผนกเภสัชกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Somopharmacy02@gmail.com

บทคัดย่อ

การควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีความสำคัญเนื่องจากสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว, ระยะเวลาการฟื้นตัว และความพึงพอใจของผู้ป่วย ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการระงับปวดที่เป็นมาตรฐานสำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal (adductor canal block) และการฉีดยา ระงับปวดบริเวณข้อเข่า (periarticular multimodal drug injection) เป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น คณะ ผู้ทำการวิจัยได้วางแผนทำการศึกษเปรียบเทียบผลของการควบคุมความเจ็บปวดทั้งสองวิธีโดยการศึกษาใน รูปแบบ prospective, double-blind, randomized controlled trial ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 30 ราย ปัจจุบันได้ดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 46 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal (A) จำนวน 22 รายและ กลุ่มที่ได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่า (I) จำนวน 24 ราย รายงานนี้เป็นผลการศึกษาเบื้องต้นแสดงระดับ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (VAS score) , ปริมาณยา opioid ที่ได้รับ (morphine consumption), ผลข้างเคียง, การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด, ความพึงพอใจของผู้ป่วยและระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาล ทั้งนี้ในอนาคตเมื่อ การศึกษาเสร็จสิ้นสมบูรณ์ผลการศึกษาจะช่วยให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดทั้ง สองวิธี

คำสำคัญ: การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, การฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal , การฉีดยาระงับปวด บริเวณข้อเข่า

ABSTRACT

The postoperative pain control had a significant impact on the outcomes of total knee arthroplasty. Severe postoperative pain is associated with slowing of the rehabilitation process, delaying return to normal functioning and referring in dissatisfaction of patients. Adductor canal block and periarticular multimodal drug injection are widely and commonly used. The purpose of this study is to compare the efficacy in postoperative pain control of adductor canal block to periarticular multimodal drug injection in sixty patients. The prospective, double-blinded, randomized controlled trial has been investigated. At present, forty six patients with osteoarthritic knee undergoing total knee arthroplasty at Burapha University Hospital were recruited this clinical study. The patients were randomized either to receive a periarticular intraoperative injection (n=24) or adductor canal block (n=22). This preliminary study shows the early result of primary outcomes including pain levels (VAS score), the amount of morphine consumption, side effects of each pain management, post-op mobility, patient satisfaction and length of stay. After the study is completed in the future, it will demonstrate the efficacy of both techniques.

KEYWORDS: Total knee arthroplasty, Adductor canal block, Periarticular multimodal drug injection

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย การผ่าตัดข้อเข่าเทียมจะมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่มีข้อเสื่อมในระยะรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่น การควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีความสำคัญเนื่องจากข้อมูลจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดระดับรุนแรงจะมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง การกายภาพบำบัดหลังผ่าตัดทำได้ล่าช้า การฟื้นตัวของผู้ป่วยเป็นไปอย่างยากลำบาก ผู้ป่วยต้องพักฟื้นในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาหลังผ่าตัดสูง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดลดลง¹ ในอดีตการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมักใช้วิธีการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ซึ่งสามารถบริหารยาด้วยวิธีการกิน, ฉีดเข้าเส้นเลือด, กล้ามเนื้อ หรือสามารถบริหารยาในบริเวณเฉพาะที่เช่น intrathecal และ epidural space ซึ่งพบว่าการใช้ยา systemic opioid นั้นแม้จะสามารถลดอาการปวดได้ดีแต่ก็พบผลข้างเคียงของยาค่อนข้างมาก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน คับ ง่วงซึม และกดการหายใจ² ในระยะต่อมาก็ได้มีการพยายามพัฒนาวิธีการควบคุมความเจ็บปวดให้มีประสิทธิภาพและลดผลข้างเคียงจากยา opioid เช่น patient control analgesia (PCA), peripheral nerve block, continuous epidural analgesia และ Periarticular Multimodal Drug Injection เป็นต้น จากการรวบรวมสถิติการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาย้อนหลังเป็นเวลา 5 ปี (2553-2557) พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและจากการติดตามอาการปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดและเกิดผลข้างเคียงจากยาาระงับปวดกลุ่ม opioid ตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับรุนแรง ด้วยเหตุนี้คณะผู้ทำการวิจัยจึงมี

ความสนใจที่จะศึกษาวิธีการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเพื่อหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมในการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการระงับปวดหลังผ่าตัดโดยวิธีการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal (Adductor canal block) เปรียบเทียบกับวิธีการฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่า (Periarticular Multimodal Drug Injection)
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้วิธีการระงับปวดทั้งสองวิธี
3. เพื่อศึกษาสถิติการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (การเคลื่อนไหวของข้อเข่าหลังผ่าตัด, ความสามารถในการเดินหลังผ่าตัด, ระยะเวลาในการในการพักฟื้นในโรงพยาบาล)
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

บูรพา

วิธีการศึกษา (Methods)

เป็นการศึกษาทางคลินิก (Clinical trial) ในรูปแบบ Prospective randomized controlled trials ดังนี้

1. กลุ่มประชากร ทำการกำหนดกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษา โดยทำการศึกษาไปข้างหน้า (prospective study) ในอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย คัดเลือกจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาซึ่งทำการผ่าตัดโดย นพ.รณศักดิ์ ยะคำป้อ (single surgeon) ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พศ. 2559 โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)	เกณฑ์คัดออก Exclusion criteria
Diagnosis of primary OA	Allergy to any drugs used in this study
Age between 55-85 years old	History of cerebrovascular disease
Elective unilateral TKA	Preexisting neuropathy on the operative limb
ASA (american society of anesthesiologists classification) class 1-3	Severe hepatic (child-pugh classification C) or renal insufficiency (creatinine clearance < 30 mL/min)
Good mentality	Cognitive impairment
Patient agreed to participate	

2. คำนวนขนาดตัวอย่าง (Samples / Subjects)

คำนวณกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย (sample size) โดยคำนวณจำนวนประชากรจากการศึกษา นำร่อง (pilot study) ก่อนหน้านี้ กำหนดความแตกต่างของ VAS score ที่นับว่ามีนัยสำคัญทางคลินิกเท่ากับ 20 mm โดยประมาณค่า SD = 26 ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha=0.05$ และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% คำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 2 ค่าเปรียบเทียบ

กันและเป็นอิสระกัน (Two-sided hypothesis test) จะต้องใช้ตัวอย่างในการศึกษาเท่ากับกลุ่มตัวอย่างละ 26 ราย สำหรับความไม่ครบถ้วน (dropout compensate) กลุ่มละ 4 ราย (10%) รวมประชากรกลุ่มตัวอย่างละ 30 ราย รวมทั้งหมด 60 ราย

3. แบ่งกลุ่มประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการสุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (computerized block randomization) แบ่งประชากรอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะทำการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม Adductor canal block (A) และ กลุ่ม Periarticular Multimodal Drug Injection (I)

4. ผู้ป่วยอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการบันทึกประวัติ, ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ, อายุ, ดัชนีมวลกาย, การรักษาที่เคยได้รับ, ยาที่รับประทาน, การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด, ตรวจร่างกายทางคลินิกโดยใช้แบบประเมิน modified WOMAC score (ภาษาไทย)³, ตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการก่อนผ่าตัด (pre-op laboratory evaluation) และเตรียมการระงับปวดก่อนการผ่าตัด (preemptive analgesia) เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม โดยก่อนผ่าตัด 1 ชั่วโมงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับประทานยา Acetaminophen 1 g. (Government Pharmaceutical Organization, GPO, Thailand), Pregabalin 25 mg. (Pfizer, Bangkok, Thailand) และ Celecoxib 200 mg. (Pfizer, Bangkok, Thailand) เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนของการระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธี spinal anesthesia โดยให้ยา 0.5% isobaric bupivacaine 3.4 ml (AstraZeneca, Bangkok, Thailand)

5. ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยศัลยแพทย์คนเดียวกัน (Single surgeon), ทำการผ่าตัดโดยใช้เทคนิควิธีการในการผ่าตัดแบบเดียวกัน และใช้ข้อเทียมชนิดเดียวกัน (Genesis II, PS design, Smith & Nephew, Memphis, TN, USA) เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม

5.1 ระหว่างทำการผ่าตัดช่วงก่อนที่จะใส่ข้อเทียมลงในกระดูกเข่าของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างให้อยู่ในกลุ่ม Periarticular Multimodal Drug Injection (I) จะได้รับการฉีดยาระงับปวด (100 mg bupivacaine (0.5%, 20 mL) (AstraZeneca, Bangkok, Thailand), 0.6 mg 1:1000 epinephrine (The Government Pharmaceutical Organization) (0.6 mL), and 30 mg ketorolac tromethamine (Siu Guan Chemical Industrial, Chai Yi, Taiwan) (1 mL). ผสมกับ normal saline solution ให้ได้ปริมาณเท่ากับ 100 mL ฉีดบริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อเข่า (posterior knee capsule, soft tissue around the medial and lateral collateral ligaments) โดยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ผู้ทำการผ่าตัดเป็นผู้ทำการฉีด

5.2 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างให้อยู่ในกลุ่ม Adductor canal block (A) จะได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal หลังจากทำการผ่าตัดเสร็จสิ้นแล้วโดยวิสัญญีแพทย์ผู้ร่วมทำการวิจัยเป็นผู้ทำการฉีดยาแบบครั้งเดียว (single injection) ใช้เทคนิค ultrasound guide ช่วยกำหนดบริเวณที่จะทำการฉีด โดยใช้ยา (50 mg bupivacaine (0.5%, 20 mL) (AstraZeneca, Bangkok, Thailand), 1% xylocain with adrenaline 1:200.000 ปริมาณ 10 mL. (AstraZeneca, Bangkok, Thailand).



รูปภาพที่ 1 ภาพแสดงขั้นตอนการฉีดยาระงับปวด

Periarticular Multimodal Drug Injection ระหว่างทำการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

6. หลังผ่าตัดผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการระงับปวดหลังผ่าตัดผ่านเครื่องควบคุมความเจ็บปวดซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมปริมาณยาแก้ปวด (morphine sulphate) ตามระดับความเจ็บปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง (patient controlled analgesia) และได้รับยาลดปวดชนิดรับประทานเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ผู้ทำการวิจัยร่วมจะทำการบันทึกข้อมูลผลลัพธ์หลัก (Primary outcome) ได้แก่ ระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ Visual analogue scale (VAS)⁴ และปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ (Morphine consumption) ทุก 6 ชั่วโมงตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จสิ้นจนถึง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด รวมไปถึงผลข้างเคียงจากการระงับปวด , การเคลื่อนไหวของข้อเข่าหลังผ่าตัด (knee range of motion), ความสามารถในการเหยียดข้อเข่าจากระดับเตียงและเดินหลังผ่าตัดเป็นระยะทาง 10 เมตร (Time to active straight leg raise , Time to ambulation with walker) ตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล, ปริมาณเลือดที่ออกมาในขวดระบายเลือด, ปริมาณ haemoglobin ในเลือด 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด , บันทึกความพึงพอใจของผู้ป่วยในช่วง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล, ระยะเวลาในการในการพักฟื้นในโรงพยาบาล (Length of stay) จากนั้นนัดผู้ป่วยตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัด (Followed up) ในช่วง 2, 6 และ 12 สัปดาห์หลังผ่าตัด

7. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบปกปิดอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ประเมินผลลัพธ์ (Patients and observers : double blinded) ซึ่งผู้ป่วยอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ประเมินผลลัพธ์จะไม่ทราบวิธีการระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับจนสิ้นสุดการศึกษา

8. เครื่องมือที่ใช้วัดผล

8.1 Modified WOMAC score (ภาษาไทย)³ ประกอบด้วย 3 หมวด 22 ข้อย่อย ได้แก่ หมวดความปวด 5 ข้อย่อย, หมวดข้อฝืด 2 ข้อย่อย, และหมวดความลำบากในการทำกิจกรรม 15 ข้อย่อยแต่ละข้อย่อยมีคะแนน 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการ จนถึงคะแนนเต็ม 10 หมายถึงอาการรุนแรงมากที่สุด

8.2 Visual analogue scale (VAS)⁴ ประเมินโดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงยาว 100 มม. โดยบอกถึงอาการปวด ปลายทางซ้ายสุดแสดงถึงไม่มีอาการปวดและปลายทางขวาสุดแสดงถึงอาการปวดมากที่สุด นำมาวัดระยะเป็นคะแนนตั้งแต่ 0-100

8.3 แบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการกระบังปวดหลังผ่าตัด โดยสร้างแบบสอบถามในรูปแบบ Likert scale ระดับคะแนน 1-5 โดย ระดับ 1 หมายถึงไม่พึงพอใจอย่างมาก, ระดับ 2 หมายถึงพึงพอใจเล็กน้อย, ระดับ 3 หมายถึงพึงพอใจปานกลาง, ระดับ 4 หมายถึงพึงพอใจมาก และระดับ 5 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด

9. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลปริมาณแสดงด้วยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ข้อมูลคุณภาพแสดงด้วยจำนวนและร้อยละ การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม เปรียบเทียบผลลัพธ์หลัก (Primary outcome) คือ ระดับความปวดหลังผ่าตัด โดยใช้ Visual analogue scale (VAS)⁴ และปริมาณยามอร์ฟิน (morphine consumption) ที่ผู้ป่วยได้รับโดยใช้ repeated-ANOVA เปรียบเทียบผลข้างเคียง, การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด, ความพึงพอใจของผู้ป่วยและระยะเวลาในการในการพักฟื้นในโรงพยาบาลโดยใช้ student's t-test คำนวณโดยใช้ program SPSS for windows โดยกำหนดนัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ 0.05 พร้อมด้วย 95% CI

ผลการศึกษาเบื้องต้น (Preliminary study)

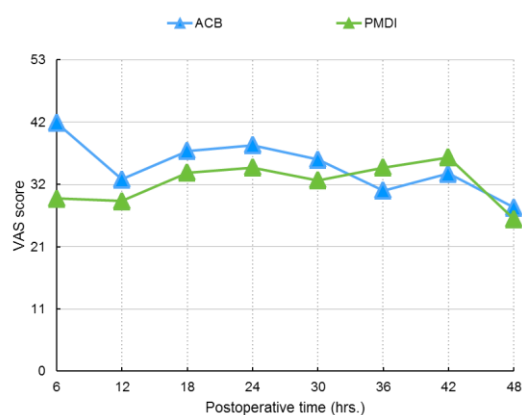
ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาซึ่งทำการผ่าตัดโดย นพ.รณศักดิ์ ยะคำป้อ ตั้งแต่พฤศจิกายน พศ.2558 ถึงสิงหาคม 2559 ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาและยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครจำนวน 46 ราย ทำการสุ่มแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal (A) จำนวน 22 รายและกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่า (I) จำนวน 24 ราย ในระหว่างการศึกษามีผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal ออกจากการศึกษา 1 รายเนื่องจากเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดปอด (pulmonary embolism) หลังผ่าตัด และมีผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่าออกจากการศึกษา 1 รายเนื่องจากสายระบายเลือด (radivac drain) เลื่อนหลุดหลังผ่าตัด ข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้ร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานของผู้ร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่ม

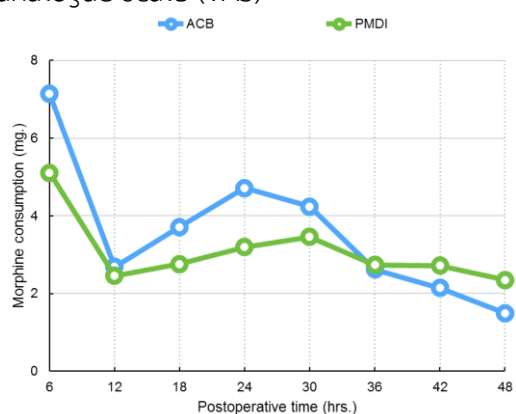
	กลุ่มที่ได้รับการฉีดยา ระงับปวดบริเวณ adductor canal (21 ราย)	กลุ่มที่ได้รับการฉีดยา ระงับปวดบริเวณข้อเข่า (23 ราย)
เพศ ชาย/หญิง	2/20	1/23
อายุเฉลี่ย (SD), ปี	68.1 (8.45)	70.56 (15.88)
BMI (SD), kg/m ²	27.18 (3.31)	26.96 (6.52)
Modified WOMAC score (SD)	57.71 (14.17)	58.21(17.17)

หมายเหตุ SD – ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, BMI – body mass index, ดัชนีมวลกาย, WOMAC - Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritic Index

ผลการศึกษาระดับความปวดหลังผ่าตัด Visual analogue scale (VAS)⁴ พบว่าระดับความปวดในช่วง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มที่ได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal (A) มีระดับความปวดอยู่ในช่วงระหว่าง 27.62 - 41.90 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่า (I) มีระดับความปวดอยู่ในช่วงระหว่าง 25.65 - 36.09 (แผนภูมิที่ 1) ปริมาณยาออร์ฟิน (morphine consumption) ที่ผู้ป่วยได้รับจากเครื่องควบคุมความเจ็บปวดในช่วง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 28.76 ในกลุ่ม (A) และ 24.78 มิลลิกรัมในกลุ่ม (I) (แผนภูมิที่ 2) การเคลื่อนไหวข้อเข่าหลังผ่าตัด, ความสามารถในการยกเหยียดขาข้างที่ทำการผ่าตัดจากระดับเตียง (straight leg raising test), ความสามารถในการเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน (ambulate with walker) ระยะเวลาในการพักฟื้นในโรงพยาบาล (Length of stay) และควมระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย แสดงในตารางที่ 3 อาการข้างเคียงจากการระงับปวดที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ อาการคลื่นไส้, อาเจียน, ท้องผูก, เวียนศีรษะ และการนอนผิดปกติ แสดงผลในตารางที่ 4



แผนภูมิที่ 1 แสดงระดับความปวดหลังผ่าตัด Visual analogue scale (VAS)



แผนภูมิที่ 2 แสดงปริมาณยาออร์ฟิน (morphine consumption) ที่ผู้ป่วยได้รับหลังผ่าตัด

ตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษเปรียบเทียบระหว่างการระงับปวดทั้งสองกลุ่ม

ข้อมูล	กลุ่มที่ได้รับการฉีดยา ระงับปวดบริเวณ adductor canal (21 ราย)	กลุ่มที่ได้รับการฉีดยา ระงับปวดบริเวณข้อเข่า (23 ราย)
ปริมาณยามอร์فين (morphine consumption) เฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	28.76 mg.	24.78 mg.
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถยกเหยียดขาข้างที่ทำการผ่าตัดจากระดับเตียง (straight leg raising test)	วันที่ 1 หลังผ่าตัด = 6 (29%) วันที่ 2 หลังผ่าตัด = 10 (24%) วันที่ 3 หลังผ่าตัด = 5 (48%)	วันที่ 1 หลังผ่าตัด = 8 (35%) วันที่ 2 หลังผ่าตัด = 9 (26%) วันที่ 3 หลังผ่าตัด = 6 (39%)
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน (ambulate with walker)	วันที่ 1 หลังผ่าตัด = 1 (5%) วันที่ 2 หลังผ่าตัด = 16 (76%) วันที่ 3 หลังผ่าตัด = 4 (19%)	วันที่ 1 หลังผ่าตัด = 4 (17%) วันที่ 2 หลังผ่าตัด = 16 (70%) วันที่ 3 หลังผ่าตัด = 3 (13%)
ระยะเวลาเฉลี่ยในการพักฟื้นในโรงพยาบาล (Length of stay)	5.52 วัน	5.43 วัน
ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย (Likert scale 1-5)	พึงพอใจมาก 81% พึงพอใจอย่างมากที่สุด 19%	พึงพอใจมาก 35% พึงพอใจอย่างมากที่สุด 65%

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ปรากฏอาการข้างเคียงจากการระงับปวดทั้งสองกลุ่ม

อาการข้างเคียง	กลุ่มที่ได้รับการฉีดยา ระงับปวดบริเวณ adductor canal (21 ราย)	กลุ่มที่ได้รับการฉีดยา ระงับปวดบริเวณข้อเข่า (23 ราย)
ท้องผูก	6	4
อาการคลื่นไส้	9	6
เวียนศีรษะ	5	3
อาเจียน	8	6
การนอนผิดปกติ	1	1

วิจารณ์และสรุปผล (Discussion and Conclusions)

การผ่าตัดข้อเข่าเทียมต้องการการระงับปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดี สามารถเคลื่อนไหวเหยียดข้อเข่าและเดินลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วซึ่งจะส่งผลต่อสภาวะจิตใจและลดระยะเวลาในการกลับไปประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การฉีดยาระงับปวดบริเวณรอบเส้นประสาทนับเป็นวิธีการในการระงับปวดหลังผ่าตัดที่ได้รับความนิยมวิธีหนึ่ง เนื่องจากลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้ดี เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีเทียบกับการระงับปวดโดยวิธีทำให้ผู้ป่วยควบคุมยาระงับปวดด้วยตัวเอง (patient control analgesia) หรือการให้ยาระงับปวดทางช่องสันหลังพบว่าการฉีดยาระงับปวดบริเวณรอบเส้นประสาทสามารถลดระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้ดีกว่า^{5,6} การฉีดยาระงับปวดบริเวณ

เส้นประสาทฟีเมอร์ล (Femoral nerve block) เป็นการฉีดยาระงับปวดบริเวณรอบเส้นประสาทฟีเมอร์ลเพื่อหวังผลในการควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ผลของการฉีดยาระงับปวดที่เกิดขึ้นมีผลจำเพาะทำให้เกิดอาการชาเฉพาะขาข้างที่ทำการผ่าตัดผู้ป่วยยังสามารถใช้ขาอีกข้างในการช่วยเดินหลังผ่าตัดได้ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำการกายภาพบำบัดหลังผ่าตัดได้เร็ว จากการรวบรวมข้อมูลแบบ meta-analysis พบว่าการฉีดยาระงับปวดบริเวณเส้นประสาทฟีเมอร์ลสามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและลดการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioid ได้ดีกว่าวิธีการให้ผู้ป่วยควบคุมยาระงับปวดด้วยตัวเอง⁷ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในระยะหลังพบรายงานว่าการฉีดยาระงับปวดบริเวณรอบเส้นประสาทฟีเมอร์ลนั้นก่อให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกลุ่มควอดริเซ็ปฟีเมอร์ลิส (Quadriceps femoris muscle)^{8,9} เนื่องจากการฉีดยาระงับปวดบริเวณรอบเส้นประสาทฟีเมอร์ลนอกจากจะระงับกระแสประสาทในการรับรู้ความรู้สึก (sensory branches) แล้วยังมีผลในการระงับกระแสประสาทในการควบคุมกล้ามเนื้อกลุ่มควอดริเซ็ปฟีเมอร์ลิส (motor branches) อีกด้วย มีการศึกษาพบว่าการฉีดยาระงับปวดบริเวณรอบเส้นประสาทฟีเมอร์ลอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการล้มหลังผ่าตัดสูงขึ้น^{10,11} การฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal สามารถระงับกระแสประสาทรับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทชาฟีแนส และสามารถระงับกระแสประสาทจาก medial femoral cutaneous nerve, medial reticular nerve, และ articular branches จาก posterior division of obturator nerve ได้อีกด้วย ในขณะที่มีผลในการระงับกระแสประสาทในการควบคุมกล้ามเนื้อ vastus medialis เพียงเท่านั้นทำให้มีผลต่อการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกลุ่มควอดริเซ็ปฟีเมอร์ลิสน้อย มีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการฉีดยาระงับปวดบริเวณรอบเส้นประสาทฟีเมอร์ลและการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal พบว่าทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อกลุ่มควอดริเซ็ปฟีเมอร์ลิสลดลงร้อยละ 49 และร้อยละ 8 ตามลำดับ⁹ ผลจากการศึกษา systematic review เปรียบเทียบประสิทธิภาพในการลดอาการปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เปรียบเทียบระหว่างการฉีดยาระงับปวดบริเวณรอบเส้นประสาทฟีเมอร์ลและการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal พบว่า Adductor canal block สามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ดีกว่า, มีการทำงานของกล้ามเนื้อของกล้ามเนื้อกลุ่มควอดริเซ็ปฟีเมอร์ลิสที่ดีกว่าและผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (mobilization ability) ได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ¹² การฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่า (Periarticular Multimodal Drug Injection) เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น เป็นการควบคุมอาการเจ็บปวดหลังผ่าตัดโดยการนำเอายาระงับปวดชนิดต่างๆ ที่เชื่อว่าจะออกฤทธิ์ส่งเสริมกัน (synergistic effect) ฉีดเข้าบริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อเข่าข้างที่ได้รับการผ่าตัด มีข้อดีคือในทางทฤษฎีเชื่อว่าผลของการระงับปวดจะจำเพาะต่อบริเวณที่ทำทำการผ่าตัด ลดผลแทรกซ้อนที่ไม่จำเป็นต่อระบบประสาทส่วนกลางหรือเส้นประสาท ส่งผลให้ลดระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว จากการทบทวนวรรณกรรมแบบ meta-analysis พบว่าการฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่าสามารถลดความเจ็บปวด, มีการเคลื่อนไหวของข้อเข่าหลังและลดการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioid หลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ^{13,14} การศึกษานี้ได้เปรียบเทียบผลของการระงับปวดหลังผ่าตัดโดยวิธีการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal กับวิธีการฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่า ผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการระงับปวดด้วยวิธีการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal มีการใช้ปริมาณยา morphine หลังผ่าตัดค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่า (28.76 และ 24.78 มิลลิกรัม)ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลระดับ Visual analogue scale (VAS) ที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าในช่วง 30 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและอุบัติการณ์ของอาการข้างเคียง (คลื่นไส้, อาเจียน, ท้องผูก, เวียนศีรษะ) ที่มากกว่า การทำงานของกล้ามเนื้อของกล้ามเนื้อกลุ่มควอดริเซ็ปฟีเมอร์ลิสในการศึกษานี้ใช้

การทดสอบยกเหยียดขาข้างที่ทำการผ่าตัดจากระดับเตียง (straight leg raising test) และการเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน (ambulate with walker) พบว่าจำนวนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่าสามารถยกเหยียดขาและเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดินมีสัดส่วนที่มากกว่าในวันแรกหลังผ่าตัด นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยขณะที่ทำการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมีสัดส่วนระดับความพึงพอใจต่อการระงับปวดด้วยวิธีฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่าสูงกว่าวิธีการฉีดยาระงับปวดบริเวณ adductor canal ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา meta-analysis เปรียบเทียบการวิธีฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่ากับการฉีดยาระงับปวดบริเวณระยางค์ (Regional blockade or peripheral nerve block)¹⁵ ซึ่งรายงานว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาระงับปวดบริเวณข้อเข่าจะมีระดับความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าและสามารถยกเหยียดขาข้างที่ทำการผ่าตัดจากระดับเตียงได้ดีกว่า

หัวข้อสำคัญ

อย่างไรก็ตามการศึกษาลงของการควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดยังไม่เสร็จสมบูรณ์ รายงานนี้เป็นเพียงผลการศึกษาเบื้องต้นไม่สามารถสรุปผลเปรียบเทียบทางสถิติแสดงความแตกต่างของวิธีการควบคุมความปวดทั้งสองวิธีได้ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Barrington JW, Halaszynski TM, Sinatra RS. Perioperative pain management in hip and knee replacement surgery. Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2014;43(4 Suppl):S1-S16.
2. Sintra RS, Torres J, Bustos AM. Pain management after major orthopaedic surgery: current strategies and new concepts. J Am Acad Orthop Surg. 2002;10:117
3. Kuptniratsaikul V, Rattanachaiyanont M. Validation of a modified Thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) osteoarthritis index for knee osteoarthritis. Clin Rheumatol. 2007;26:1641–1645
4. Svensson I, Sjostrom B, Haljamae H. Assessment of pain experiences after elective surgery. J Pain Symptom Manage. 2000;20:193–201.
5. Hebl JR, Kopp SL, Ali MH, et al. A comprehensive anesthesia protocol that emphasizes peripheral nerve blockade for total knee and total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg Am 2005;87(Suppl 2):63.
6. Allen HW, Liu SS, Ware PD, et al. Peripheral nerve blocks improve analgesia after total knee replacement surgery. Anesth Analg 1998;87(1):93.
7. Paul JE, Arya A, Hurlburt L, Cheng J, Thabane L, Tidy A, et al. Femoral nerve block improves analgesia outcomes after total knee arthroplasty: a meta-analysis of randomized controlled trials. Anesthesiology 2010;113:1144–62.
8. Charous MT, Madison SJ, Suresh PJ, et al. Continuous femoral nerve blocks: varying local anesthetic delivery method to minimize quadriceps motor block while maintaining sensory block. Anesthesiology 2011;115(4):774.

9. Jaeger P, Nielsen ZJ, Henningsen MH, et al. Adductor canal block versus femoral nerve block and quadriceps strength: a randomized, double-blind, placebo- controlled, crossover study in healthy volunteers. *Anesthesiology* 2013;118(2):409.
10. Atkinson HD, Hamid I, Gupte CM, et al. Postoperative fall after the use of the 3-in-1 femoral nerve block for knee surgery: a report of four cases. *J Orthop Surg* 2008;16(3): 381.
11. Ilfeld BM, Duke KB, Donohue MC. The association between lower extremity continuous peripheral nerve blocks and patient falls after knee and hip arthroplasty. *Anesth Analg* 2010;111(6):1552.
12. Li D, Yang Z, Xie X, Zhao J, Kang P. Adductor canal block provides better performance after total knee arthroplasty compared with femoral nerve block: a systematic review and meta-analysis. *Int Orthop*. 2015 Oct 10.
13. Xu CP, Li X, Wang ZZ, Song JQ, Yu B Efficacy and safety of single-dose local infiltration of analgesia in total knee arthroplasty: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Knee*. 2014 Jun;21(3):636-46.
14. Jiang J, Teng Y, Fan Z, Khan MS, Cui Z, Xia Y. The efficacy of periarticular multimodal drug injection for postoperative pain management in total knee or hip arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2013 Dec;28(10):1882-7.
15. Bin H, Tiao L, , Shi-gui Y, Local Infiltration Analgesia Versus Regional Blockade for Postoperative Analgesia in Total Knee Arthroplasty: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, *Pain Physician* 2016; 19:205-214

ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน*

The Effects of Group Cognitive Behavioral Modification Program on Hope and Depression among Community-Dwelling Older Adults

บุศรา สุขสวัสดิ์** พย.ม. Budsara Suksawat,M.N.S.

ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์*** Ph.D. Pornpat Hengudomsub, Ph.D.

ชนัดดา แนบเกษร*** Ph.D. Chanudda Nabkasorn, Ph.D.

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีการศึกษา 2558

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บางทราย อ.เมือง จ.ชลบุรี

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 24 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ แบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินโดยใช้แบบวัดความหวังของ Herth (1992) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1979) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 และ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โปรแกรมนี้ช่วยเพิ่มความหวังและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความหวัง, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุในชุมชน, โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study were to examine the effects of group cognitive behavioral modification program on hope and depression among community-dwelling older adults who had mild to moderate depressive levels. The sample consisted of 24 older adults. They were randomly assigned into experimental and control groups ($n = 12$ in each group). Older adults in the experimental group participated in the group cognitive behavioral modification program, whereas those in the control group received only routine care from the same setting. Instruments included Thai version of Herth Hope Index (Herth, 1992) and Beck's depression scale (Beck, 1979). These scales yielded Cronbach's alpha of .76 and .90. Descriptive statistics using frequency, percentage, means, standard deviation, independent t-test, two-way repeated measure ANOVA.

The results revealed that the mean scores of hope and depression at post-test and 1 month follow-up in the experimental group were significantly different from the control group ($p < .01$). In the experimental group, the mean scores of hope at post-test and 1 month follow-up were higher than the scores at a pretest ($p < .001$). In the experimental group, the mean scores of depression at posttest and 1 month follow-up were lower than at pretest ($p < .001$). The group cognitive behavioral modification program applied in this study effectively enhanced hope and reduced depression among these older adults.

Keyword: Hope, Depression, Community-Dwelling Older Adults, Cognitive Behavioral Modification Program

การนำเสนอผลงานแบบบรรยาย (Oral Presentation)
ประเภทผลงานโครงการนิสิตนักศึกษา

โครงการพัฒนาอุปกรณ์ เพื่อนซี...ที่ช่วยเตือน

สุนันท์ แผลงฤทธิ์* ลลิตา บุญรอด* เลิศลักษณ์ จันทร์บัณฑิตย์* สุธีรัตน์ เอ็มอัม**

ดร.กาญจนา พิบูลย์***

* นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์

**นิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์

***อาจารย์ที่ปรึกษา

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคโควิดเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในประเทศไทย และพบว่าเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคโควิดจะต้องมีการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่องซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ส่งผลให้การรักษาเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เชื้อไวรัสโรคเกิดการดื้อยาและเกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลใกล้ชิดได้ ดังนั้น จึงเกิดการพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยในการเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาได้ตรงต่อเวลา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผลิตเครื่องมือที่ช่วยในการเตือนรับประทานยา
2. เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยาของผู้ป่วยโรค

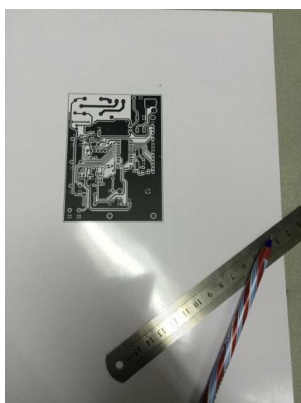
ขั้นตอนการดำเนินงาน

การค้นหาปัญหา

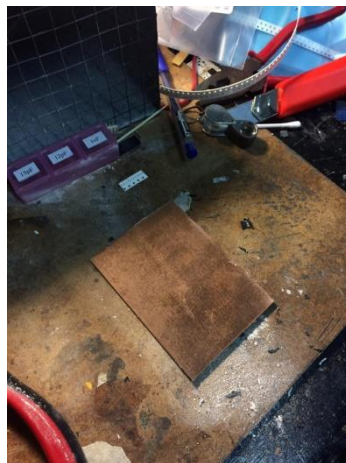
- 1) สืบค้นหาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรค
- 2) ติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข
- 3) ลงพื้นที่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยโรค
- 4) สรุปและจัดลำดับความสำคัญและความรุนแรงของปัญหา
- 5) สืบค้นหานวัตกรรมต้นแบบและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรค
- 6) เลือกนวัตกรรมที่จะผลิต (เครื่องเตือนรับประทานยา)

ขั้นตอนการผลิต

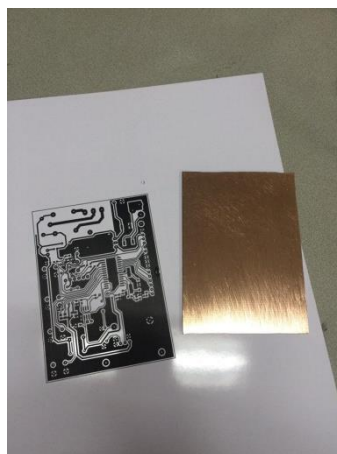
- 1) ออกแบบลายวงจรในคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม Altium Designer และปริ้นลายวงจรที่ออกแบบไว้ออกมา



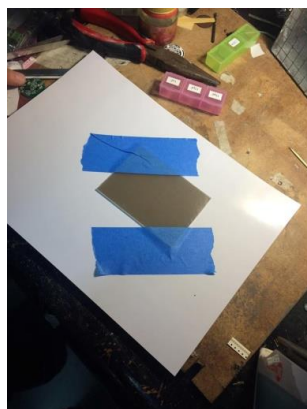
2) ตัดแผ่น PCB ให้ได้ขนาดเท่ากับลายวงจรที่ออกแบบไว้



3) เมื่อได้ขนาดแผ่น PCB ที่ต้องการให้นำไปล้างให้สะอาดเพื่อขจัดคราบสิ่งสกปรกออก



4) เมื่อได้แผ่น PCB ที่สะอาดแล้ว ให้นำไปวางบนลายวงจรที่ปริ้นออกมา โดยนำด้านที่มีทองแดงวางบนลายวงจร นำเทปกาวมาติดเพื่อไม่ให้แผ่น PCB ขยับ ดังรูป



5) นำเตารีดมารีดบนกระดาษที่เราติดแผ่น PCB ไว้ วางทับไว้ประมาณ 20 นาที



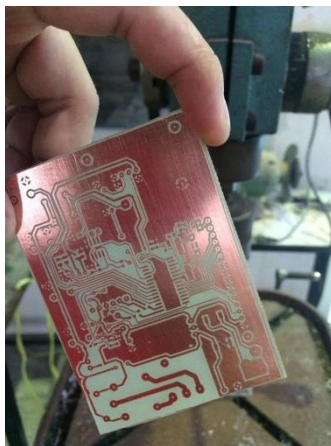
6) เมื่อครบ 20 นาที นำมาลอกในน้ำโดยค่อย ๆ ใช้มือถูกระดาษออกให้หมด



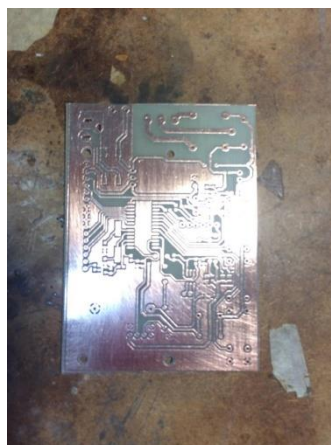
7) เมื่อลอกกระดาษหมดแล้วให้นำภาชนะมาใส่น้ำยากัดแผ่นปรินต์ โดยผสมน้ำลงไปเล็กน้อย นำแผ่น PCB ลงไปแช่ในน้ำยาประมาณ 20 นาที หรือจนลายทองแดงในส่วนที่เราไม่ต้องการหลุดออกหมด แล้วนำมาล้างน้ำให้สะอาด



8) เช็ดให้แห้ง



9) นำไปเจาะรู



10) เมื่อเจาะรูเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้เคลือบด้วยน้ำยาเคลือบแผ่นวงจรอิเล็กทรอนิกส์



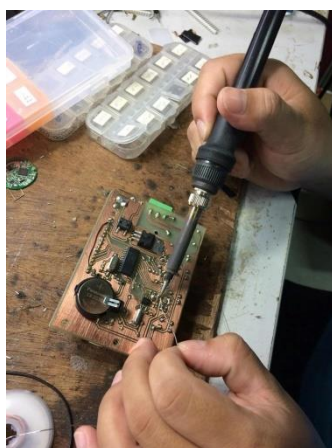
11) จัดเตรียมอุปกรณ์



12) ประกอบอุปกรณ์เข้ากับแผ่น PCB



13) ทำการบัดกรีอุปกรณ์ทุกตัวให้เรียบร้อย



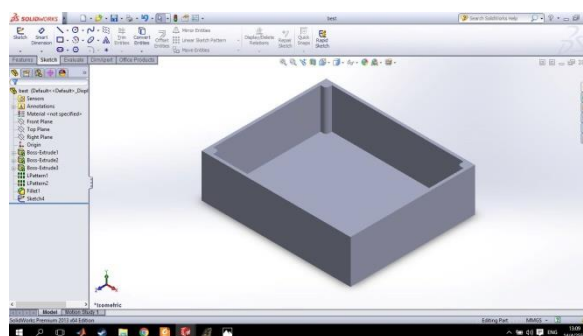
14) ตรวจสอบความถูกต้อง



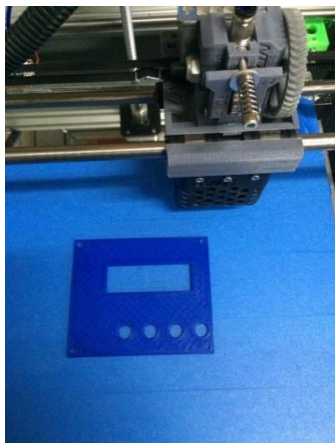
15) ทำการเบิร์นข้อมูลลงไนบอร์ด



16) ออกแบบบรรจุภัณฑ์



17) ทำการปรี้นบรรจุภัณฑ์ ที่ออกแบบด้วยเครื่อง 3D Printer



18) นำชิ้นงานมาใส่บรรจุภัณฑ์ให้เรียบร้อย



วิธีการใช้งานเบื้องต้น

- 1) เสียบปลั๊ก เครื่องจะเปิดเองโดยอัตโนมัติ
- 2) เซตเครื่องด้วยการตั้งเวลาที่ต้องรับประทานยา
- 3) เมื่อเครื่องเตือนรับประทานยาเตือน ให้กดหยุด

*หมายเหตุ ถ้าไม่กดหยุดเครื่องเตือนจะเตือนต่อไปอีก 3 นาที และหยุดเองโดยอัตโนมัติ หลังจากนั้นอีก 5 นาที จะมีเสียงดังเตือนขึ้นอีกครั้ง



งบประมาณ

งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการผลิต จำนวนทั้งสิ้น 995 บาท

ระยะเวลาการดำเนินการ

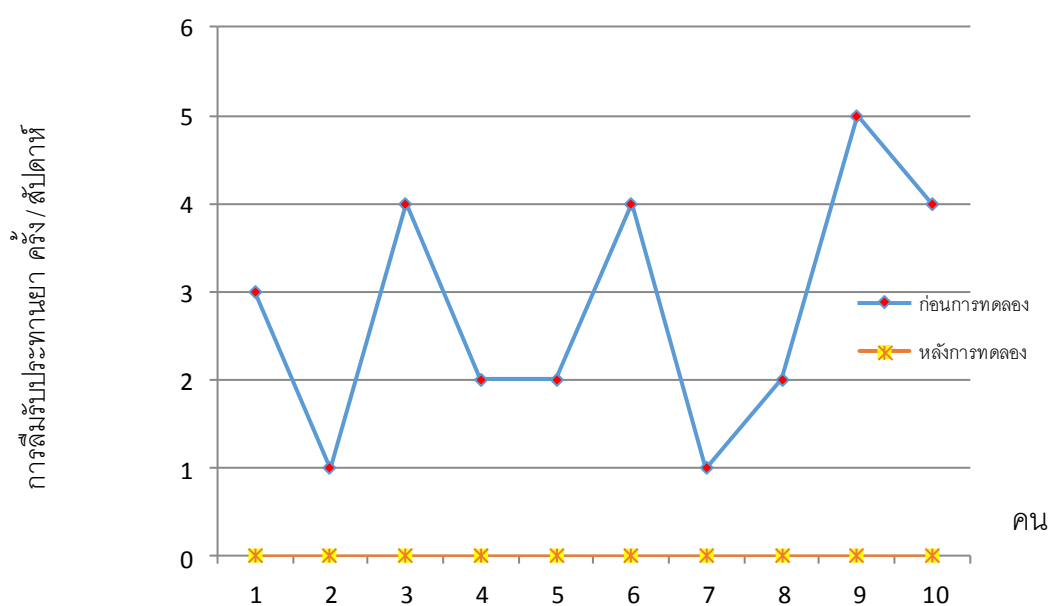
ระยะเวลาในการดำเนินการทดสอบ 10 สัปดาห์

ขั้นตอนการดำเนินการทดสอบ

1. แนะนำและสอนวิธีการใช้อุปกรณ์ให้กับผู้ดูแลและประเมินความสามารถในการใช้งานของผู้ดูแลและผู้ป่วย
2. ดำเนินการทดสอบการใช้งานระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยการให้ผู้ป่วยจดบันทึก เวลาในการลิ้มรับประทานยาในแต่ละวัน
3. ติดตามผลในวันที่ 7
4. ประเมินผลการทดลองและประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้อุปกรณ์

ผลการดำเนินการ

จากการนำเครื่องมือช่วยเตือนการรับประทานยาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย โดยแต่ละรายจะดำเนินการทดลองใช้ เวลา 7 วัน ผลการศึกษาพบว่า หลังจากที่ใช้เครื่องเตือนการรับประทานยา ผู้ป่วยร้อยละ 100 ไม่ลืมรับประทานยาทุกมื้อ



ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ช่วยลดปัญหาการลิ้มรับประทานยาของผู้ป่วย
2. ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในการดื้อยา
3. ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาและอุปสรรค

1. ไม่สามารถพกพาในระหว่างเดินทางได้ เนื่องจากต้องใช้ปลั๊ก
2. สิ่งประดิษฐ์เสียงเบา

แนวทางการพัฒนา

1. พัฒนาระบบให้สามารถพกพาได้สะดวก
2. พัฒนาระบบให้เป็นเสียงเรียก

โครงการพัฒนาอุปกรณ์การฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชุตินา บุญสูง*, กิตติยา นิมพาลี*, สมวิสัย วรจักร*, มานพ ไยเพ็ง* และ ดร. กาญจนา พิบูลย์**

* นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์

**อาจารย์ที่ปรึกษา

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชาชนทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดโรคคือ การมีปัญหาของการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถนะของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงให้สามารถกลับมาใช้งานได้มากที่สุดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงนั้นผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสามารถรับบริการในสถานพยาบาลใกล้บ้าน สำหรับผู้ป่วยที่สามารถกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านนั้นส่วนหนึ่งมีปัญหาจากการขาดอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง เนื่องจากมีปัญหาค่าใช้จ่าย ดังนั้นการพัฒนาอุปกรณ์ที่สามารถช่วยในการฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญในการเพิ่มขีดความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาอุปกรณ์อุปกรณ์การฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนวรรณกรรม เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
2. ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องทำการฟื้นฟูกล้ามเนื้อขาในชุมชน
3. วิเคราะห์ปัญหา สรุปปัญหาและวางแผนร่วมกัน
4. วาดแบบโครงร่างอุปกรณ์ในการระดม
5. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการออกแบบ
6. ออกแบบและพัฒนาอุปกรณ์
7. ทดสอบความเหมาะสมของอุปกรณ์กับผู้ป่วย
8. ปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วย
9. ทดสอบประสิทธิภาพของอุปกรณ์ระยะเวลา 2 เดือน
10. ประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์จาก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจาก ความสามารถในการบ่นของผู้ป่วย / วัน

11. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล
12. วิเคราะห์ผล
13. สรุปผลการดำเนินโครงการ
14. นำเสนอผลการดำเนินงาน

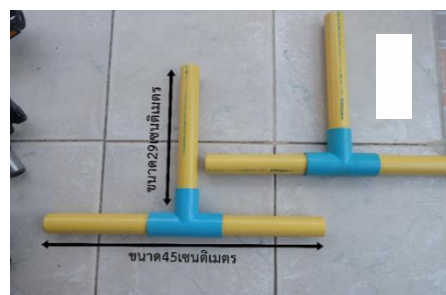
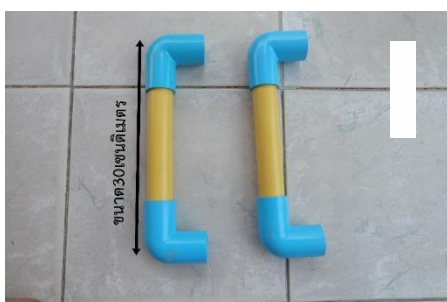
ขั้นตอนการพัฒนาอุปกรณ์

อุปกรณ์ที่ใช้

1. ท่อพีวีซีรูปตัว C สองชิ้น ความยาว 30 เซนติเมตร และรูปตัว T สองชิ้น ความยาวทางหัว (แนวนอน) 45 เซนติเมตร และ ทางหาง(แนวตั้ง) 29 เซนติเมตร
2. ตัวกลไกปั่นจักรยาน
3. กาวที่ใช้ติดท่อพีวีซี

วิธีการติดตั้ง

1. นำท่อ pvc รูปตัว T มาต่อที่หัวเหล็กที่ยื่นจากตัวปั่นจักรยานทั้ง 2 ข้าง
2. นำ ท่อ pvc รูปตัว C มาต่อให้ท่อรูปตัว T ติดกัน ดังแสดงในภาพที่ 1-7



งบประมาณ

งบประมาณในการพัฒนาอุปกรณ์ทั้งหมดจำนวน 400 บาท

การดำเนินการ

ระยะเวลาในการดำเนินการทำสอบ 8 สัปดาห์

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 แนะนำและสอนวิธีการใช้อุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล และประเมินความสามารถในการปั่นของผู้ป่วย
2. สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 แนะนำและสอนวิธีการใช้อุปกรณ์ให้กับผู้ดูแลและประเมินความสามารถในการปั่นของผู้ป่วย
3. การติดตามเยี่ยมโดยการโทรศัพท์ และติดตามเยี่ยมโดย อสม เพื่อประเมินปัญหา
4. สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ติดตามประเมินผลความสามารถในการปั่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ครั้งที่ 1
5. สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ติดตามประเมินผลความสามารถในการปั่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ครั้งที่ 2 และ ประเมินความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล



ผลการดำเนินการ

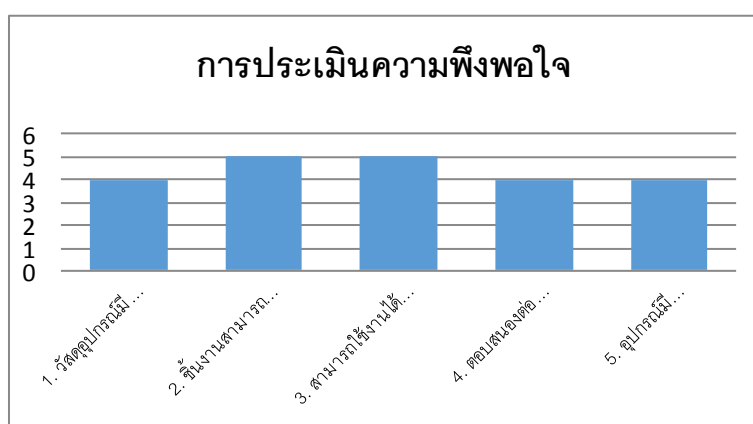
จากการนำอุปกรณ์การฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้กับ

ผู้ป่วย พบว่า ในช่วงสัปดาห์แรกของการทดลองใช้ผู้ป่วยสามารถปั่นได้แต่ยังไม่คล่อง ต้องมีผู้ดูแลให้การช่วยเหลือจากในการจับเท้าและช่วยประคองระหว่างการเล่นจึงทำให้สัปดาห์แรกผู้ป่วยปั่นได้โดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 100 รอบในการเล่นหนึ่งครั้ง และในสัปดาห์ที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนท่าปั่น และอุปกรณ์เล็กน้อย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปั่นได้มากขึ้นสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยจึงปั่นได้เฉลี่ย 130 รอบในการเล่นหนึ่งครั้ง และมีอัตราการปั่นที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนสัปดาห์ที่ 8 ผู้ป่วยสามารถปั่นได้ถึง 500 รอบต่อการปั่นหนึ่งครั้ง ดังแสดง ภาพที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงการปั่นของผู้ป่วย

จากการประเมินผลความพึงพอใจหลังการใช้อุปกรณ์ที่พัฒนาพบว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องการใช้ประโยชน์ของอุปกรณ์และการใช้งานในระดับที่มากที่สุด สำหรับเรื่องวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ อุปกรณ์สามารถตอบสนองต่อความต้องการ และ วิธีการอุปกรณ์ใช้ที่ง่ายและสะดวก ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจในระดับที่มากดังแสดงภาพที่ 2



แผนภูมิที่ 2 การประเมินความพึงพอใจ

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านเครื่องมือที่ช่วย ในการฟื้นฟูร่างกาย
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น
3. หน่วยงานของรัฐสามารถนำชิ้นงานนวัตกรรมไปเผยแพร่และสามารถใช้กับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดในสมองได้จริง

ปัญหาและอุปสรรค

1. ไม่สามารถติดตามประเมินผลที่บ้านได้ทุกสัปดาห์เนื่องจากระยะทางของบ้านผู้ป่วยอยู่ไกล
2. ชิ้นงานที่ผลิตครั้งแรก ฐานของอุปกรณ์มีความไม่มั่นคงจึงต้องมีการปรับเพื่อให้เหมาะสมและมั่นคง

แนวทางในการพัฒนา

1. โทรติดตามประเมินผลจากญาติของผู้ป่วย และ ให้ อสม. เยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามและประเมินปัญหา
2. นำอุปกรณ์มาพัฒนาฐานของอุปกรณ์ให้มั่นคงและสามารถใช้งานได้จริง

โครงการ “ยุ่งร้าย ตายชะ !!”

ผู้รับผิดชอบโครงการ

1. นสพ. ศุภณัฐ	โชติกประคัลภ์	ประธานโครงการ
2. นสพ. กิตติภัก	บุญญาวรรกุล	รองประธานโครงการ
3. นสพ. นฤชล	ตั้งจิตตรง	เลขานุการ
4. นสพ. ญัฐชญา	สถาวร	เหรัญญิก
5. นสพ. ชมลวรรณ	ปัญญาสกุลวงศ์	ประสานงาน
6. นสพ. ธัญชนก	หลายถาวรยิ่ง	ประสานงาน
7. นสพ. วัชรกร	ชูทอง	ประเมินผล

ที่ปรึกษาโครงการ

1) รศ.พญ.สมจิต	พฤกษ์รัตนนที
2) พญ.มยุรี	พิทักษ์ศิลป์
3) ผศ.นพ.พิสิษฐ์	พิริยาพรณ
4) ศ.ดร.นพ.ศาสตร์	เสาวคนธ์

หลักการและเหตุผล

สืบเนื่องจากรายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3 นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 3 ได้มีการฝึกใช้แบบสอบถามเพื่อการสำรวจปัญหาชุมชน โดยได้ทำการสำรวจในชุมชนบ้านแหลมแท่น ผลจากการสำรวจพบว่าปัญหาภายในชุมชนหลายเรื่อง จึงได้นำปัญหาที่พบทั้งหมดมาจัดลำดับความสำคัญ ซึ่งสามารถสรุปได้ 5 ปัญหา อันได้แก่ ปัญหายุงชุม ปัญหาขยะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และปัญหาการไม่ออกกำลังกาย โดยปัญหาที่มีลำดับความสำคัญสูงสุด คือ ปัญหายุงชุม ทางนิสิตจึงได้ปรึกษากับทางชุมชน ซึ่งทางชุมชนก็เห็นว่าปัญหานี้ มีความสำคัญและเร่งด่วนมากที่สุด ต้องการให้ทางนิสิตจัดโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาโดยเร็ว เพราะยุงเป็นพาหะของโรคต่างๆที่เป็นอันตรายต่อคนในชุมชน เช่น โรคไข้เลือดออกและโรคชิการ์

ทางกลุ่มของนิสิตจึงได้จัดโครงการ "ยุ่งร้าย ตายชะ !!" เพื่อแก้ไขปัญหายุงชุมในชุมชนบ้านแหลมแท่น โดยจะเป็นการ จัดกิจกรรมให้ความรู้ควบคู่กับนันทนาการ มุ่งเน้นไปที่ การป้องกันโรคไข้เลือดและพาหะของโรค(ยุงลาย) รวมทั้งเสริมสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของปัญหา เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้ชุมชนมีความรู้ในเรื่องยุงและการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นจากยุง
2. เพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากยุง
3. เพื่อให้ชุมชนนำความรู้ที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง
4. เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ปัญหาเรื่องยุงให้คนในชุมชน

ตัวชี้วัดโครงการ

1. ในแบบทดสอบวัดความรู้ ผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าร้อยละ 60 สามารถทำคะแนนเฉลี่ยได้ไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน
2. ในแบบประเมินระดับความพึงพอใจและความตระหนักต่อการเข้าร่วมโครงการ ทุกข้อคำถามได้คะแนนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน

ผู้เข้าร่วมโครงการ

ผู้เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ประกอบด้วยเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านแหลมแท่น ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 102 คน และประชาชนในชุมชนบ้านแหลมแท่นจำนวน 50 คน รวมทั้งสิ้น 152 คน

ระยะเวลาดำเนินโครงการ

ช่วงเดือนมิถุนายน - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559

วันที่จัดโครงการ

5 กรกฎาคม 2559

สถานที่จัดโครงการ

1. รอบชุมชนบ้านแหลมแท่น
2. โรงเรียนบ้านแหลมแท่น

รูปแบบการจัดโครงการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาข้อมูลปฐมภูมิ ทฤษฎีที่ได้มาจากเทศบาลเพื่อวิเคราะห์แบบสอบถามและปรับปรุง
2. ลงชุมชนเพื่อเก็บข้อมูลสุขภาพชุมชนโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น
3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน
4. จัดทำโครงการ ติดต่อขอใช้สถานที่ต่างๆพร้อมเตรียมอุปกรณ์และกิจกรรม
5. ดำเนินการจัดกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้
6. ประเมินโครงการและจัดทำสรุปโครงการเป็นรูปเล่มรายงาน

งบประมาณ

งบประมาณจากเงินรับฝากเงินแผ่นดิน แผนงานจัดการศึกษาอุดมศึกษา งานจัดการศึกษาด้าน วิทยาศาสตร์สุขภาพ หน่วยงานคณะแพทยศาสตร์ กองทุนทั่วไป หมดเงินค่าใช้จ่ายในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ จำนวน 8,000 บาท (แปดพันบาทถ้วน)

ผลการดำเนินโครงการ

ผลการดำเนินโครงการ “ยุ่งร้าย ตายชะ!!” พบว่า มีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 143 คน เป็นเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านแหลมแท่น 93 คน และประชาชนในชุมชนบ้านแหลมแท่น 50 คน และมีผู้ทำแบบ

ประเมินจำนวน 140 คน พบว่าได้คะแนนเฉลี่ยในแบบประเมินความพึงพอใจและความตระหนักต่อการเข้าร่วมโครงการอยู่ในเกณฑ์ที่ดี คือ มากกว่า 8 คะแนน ในทุกข้อคำถาม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ให้การตอบรับที่ดี และมีผู้ที่ต้องการให้จัดโครงการแบบนี้อีก

ในส่วนของการประเมินความรู้ของผู้ที่เข้าร่วมโครงการด้วยแบบทดสอบวัดความรู้ก่อนและหลังประเมินโครงการพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการทุกกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบวัดความรู้หลังประเมินโครงการเพิ่มขึ้น โดยสามารถแบ่งผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมดเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มประชาชนชุมชนบ้านแหลมแท่น กลุ่มนักเรียนโรงเรียนบ้านแหลมแท่นชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 5 และ 6 ซึ่งผลการทดสอบมีดังนี้

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยของคำถามแต่ละข้อก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=140)

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย pretest				คะแนนเฉลี่ย post test			
	ประชาชนชุมชนบ้านแหลมแท่น	ป.4	ป.5	ป.6	ประชาชนชุมชนบ้านแหลมแท่น	ป.4	ป.5	ป.6
1.ข้อใดเป็นอาการของโรคไข้เลือดออก	0.75	0.52	0.56	0.8	0.72	0.86	0.71	0.81
2.ฤดูใดพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกมากที่สุด	0.82	0.87	0.81	1	0.94	0.97	0.86	0.96
3. บุคคลในข้อใดมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไข้เลือดออก	0.82	0.52	0.74	0.68	0.84	0.62	0.63	0.69
4.ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกไม่ควรรับประทานอาหารประเภทใด	0.41	0.26	0.33	0.28	0.64	0.93	0.8	0.85
5. ข้อใดไม่ใช่วิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.76	0.48	0.44	0.8	0.88	0.38	0.57	0.88
6.ข้อใดไม่ใช่วงจรชีวิตของยุงลาย	0.75	0.83	0.74	0.88	0.86	0.69	0.69	0.88
7. พาหะของโรคไข้ฉี่ไก่คืออะไร	0.59	0.83	0.7	0.68	0.72	0.79	0.89	0.81
8.บุคคลใดมีความรู้ความระมัดระวังโรคไข้ฉี่ไไ่มากเป็นพิเศษ	0.37	0.22	0.22	0.2	0.56	0.34	0.49	0.58
9. ข้อใดเป็นอาการของโรคไข้ฉี่ไก่	0.67	0.39	0.59	0.68	0.72	0.69	0.71	0.81
10. ผู้ป่วยโรคไข้ฉี่ไไ่สามารถรับประทานยาในข้อใดต่อไปนี้ได้	0.35	0.22	0.15	0.36	0.46	0.72	0.71	0.81
คะแนนเฉลี่ยรวม	6.29	5.13	5.3	6.36	7.34	7	7.06	8.08

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของนักเรียนในโรงเรียนบ้านแหลมแท่นต่อการเข้าร่วมโครงการ (n=90)

ประเด็นในประเมิน	ระดับความพึงพอใจ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ท่านได้รับความรู้เพิ่มขึ้นมากน้อยเพียงใด	0	0	0	2	3	2	0	5	4	70
2. ท่านคิดว่าท่านสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการป้องกันและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงมากน้อยเพียงใด	0	3	0	1	0	2	3	8	19	50
3. ท่านตั้งใจที่จะแก้ปัญหาในชุมชนมากน้อยเพียงใด	0	0	3	1	2	4	5	7	13	51
4. รูปแบบกิจกรรมมีความเหมาะสม	0	0	0	0	0	2	13	6	13	52
5. ช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม	0	0	2	0	6	2	8	3	15	52
6. สถานที่ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	0	0	1	2	6	0	4	5	8	60
7. ท่านชอบกิจกรรมนี้มากน้อยเพียงใด	2	0	0	0	1	2	2	7	4	68

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของประชาชนในชุมชนบ้านแหลมแท่นต่อการเข้าร่วมโครงการ (n=50)

ประเด็นในประเมิน	ระดับความพึงพอใจ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ท่านได้รับความรู้เพิ่มขึ้นมากน้อยเพียงใด	0	0	0	1	3	1	6	20	13	6
2. ท่านคิดว่าท่านสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการป้องกันและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงมากน้อยเพียงใด	0	0	0	0	2	1	9	17	10	11
3. ท่านตั้งใจที่จะแก้ปัญหาในชุมชนมากน้อยเพียงใด	0	0	0	0	0	2	7	21	7	13
4. รูปแบบกิจกรรมมีความเหมาะสม	0	1	0	0	0	1	6	21	10	11
5. ช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม	0	0	0	0	0	2	13	14	10	11
6. สถานที่ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	0	0	0	1	0	0	9	13	16	11
7. ท่านชอบกิจกรรมนี้มากน้อยเพียงใด	0	0	0	0	0	0	8	15	15	12

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความพึงพอใจของนักเรียนในโรงเรียนบ้านแหลมแท่น

ประเด็นในประเมิน	คะแนนเฉลี่ย
ความรู้ที่ได้รับ	9.444
ความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ต่อ	9.089
ความตั้งใจในการแก้ปัญหาชุมชน	8.856
ความเหมาะสมรูปแบบกิจกรรม	9.2
ความเหมาะสมของช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรม	8.9
ความเหมาะสมของสถานที่ในการจัดกิจกรรม	9.122
ความชอบของกิจกรรม	9.356

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชนในชุมชนบ้านแหลมแท่น

ประเด็นในประเมิน	คะแนนเฉลี่ย
ความรู้ที่ได้รับ	8.08
ความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ต่อ	8.3
ความตั้งใจในการแก้ปัญหาชุมชน	8.44
ความเหมาะสมรูปแบบกิจกรรม	8.36
ความเหมาะสมของช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรม	8.3
ความเหมาะสมของสถานที่ในการจัดกิจกรรม	8.5
ความชอบของกิจกรรม	8.62

การวิเคราะห์

ในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนบ้านแหลมแท่น เข้าทำแบบทดสอบ วัดความรู้ 23 คน จาก 35 คน ได้คะแนนเฉลี่ย 5.13 คะแนน (N=23) โดยคะแนนที่เป็นฐานนิยมเท่ากับ 4 คะแนน ซึ่งมีจำนวน 8 คน คิดเป็น 34.78% ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบก่อนร่วมโครงการ และมีนักเรียนที่ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ประเมิน 70%) เพียง 5 คน คิดเป็น 21.74% ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบก่อนร่วมโครงการ

หลังจากเข้าร่วมโครงการ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนบ้านแหลมแท่น เข้าทำแบบทดสอบ วัดความรู้ 29 คน จาก 35 คนพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.13 เป็น 7.00 คะแนน (N=29) โดยมีฐานนิยม อยู่ที่ 7 และ 8 คะแนน ซึ่งมีอย่างละ 6 คน คิดเป็น 20.69% ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบหลังร่วมโครงการ และมีจำนวนนักเรียนที่ทำคะแนนได้ไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ประเมิน 70%) จำนวน 18 คน จาก 29 คน คิดเป็นร้อยละ 62.07 ซึ่งถือว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนบ้านแหลมแท่น เข้าทำแบบทดสอบ วัดความรู้ 27 คน จาก 37 คน ได้คะแนนเฉลี่ย 5.30 คะแนน (N=27) โดยคะแนนที่เป็นฐานนิยมเท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งมีจำนวน 8 คน คิดเป็น 29.63% ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบก่อนร่วมโครงการ และมีนักเรียนที่ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ประเมิน 70%) เพียง 6 คน คิดเป็น 22.22% ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบก่อนร่วมโครงการ

หลังจากเข้าร่วมโครงการ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนบ้านแหลมแท่น เข้าทำแบบทดสอบ วัดความรู้ 35 คน จาก 37 คนพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.3 เป็น 7.05 คะแนน (N=35) โดยมีฐานนิยม อยู่ที่ 9 คะแนน ซึ่งมีจำนวน 8 คน คิดเป็น 22.86 % ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบหลังร่วมโครงการ และมีจำนวนนักเรียนที่ทำคะแนนได้ไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ประเมิน 70%) จำนวน 22 คนจาก 35 คน คิดเป็นร้อยละ 62.07 ซึ่งถือว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ แต่ในบรรดานักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ มีนักเรียนที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ (Learning Disabilities) จำนวน 5 คน ซึ่งคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบวัดความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการจะไม่ถูกใช้การประเมินและวิเคราะห์ข้อมูล

ในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านแหลมแท่น เข้าทำแบบทดสอบ วัดความรู้ 25 คน จาก 30 คน ได้คะแนนเฉลี่ย 6.36 คะแนน (N=25) โดยคะแนนที่เป็นฐานนิยมเท่ากับ 7 คะแนน ซึ่งมีจำนวน 11 คน คิดเป็น 44 % ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบก่อนร่วมโครงการ และมีนักเรียนที่ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ประเมิน 70%) 15 คน คิดเป็น 60 % ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบก่อนร่วมโครงการ

หลังจากเข้าร่วมโครงการ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านแหลมแท่น เข้าทำแบบทดสอบ วัดความรู้ 26 คน จาก 30 คนพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.36 เป็น 8.08 คะแนน (N=26) โดยมีฐานนิยมอยู่ที่ 9 คะแนน ซึ่งมีจำนวน 8 คน คิดเป็น 30.77 % ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบหลังร่วมโครงการ และมีจำนวนนักเรียนที่ทำคะแนนได้ไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ประเมิน 70%) จำนวน 21 คนจาก 26 คน คิดเป็นร้อยละ 80.77 ซึ่งถือว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ในกลุ่มประชาชนในชุมชนแหลมแท่น

ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีประชาชนในชุมชนบ้านแหลมแท่นเข้าทำแบบทดสอบวัดความรู้ 50 คน ได้คะแนนเฉลี่ย 6.3 คะแนน (N=50) โดยคะแนนที่เป็นฐานนิยมเท่ากับ 7 คะแนน ซึ่งมีจำนวน 17 คน คิดเป็น 34 % ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบก่อนร่วมโครงการ และมีนักเรียนที่ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ประเมิน 70%) 31 คน คิดเป็น 62 % ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบก่อนร่วมโครงการ

หลังจากเข้าร่วมโครงการ มีประชาชนในชุมชนบ้านแหลมแท่นเข้าทำแบบทดสอบวัดความรู้ 50 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.3 เป็น 7.32 คะแนน (N=26) โดยมีฐานนิยมอยู่ที่ 10 คะแนน ซึ่งมีจำนวน 12 คน คิดเป็น 24 % ของนักเรียนที่เข้าทำแบบทดสอบหลังร่วมโครงการ และมีจำนวนนักเรียนที่ทำคะแนนได้ไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ประเมิน 70%) จำนวน 31 คนจาก 50 คน คิดเป็นร้อยละ 62 ซึ่งมีจำนวนไม่แตกต่างจากผู้ผ่านเกณฑ์ประเมินตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยที่ได้หลังจากจัดโครงการเพิ่มขึ้นจาก 6.3 เป็น 7.32 คะแนน และมีจำนวนผู้ที่ได้คะแนนสูงสุด 10 คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 0 เป็น 12 คน คะแนนต่ำสุดที่ได้เพิ่มขึ้นจาก 3 เป็น 4 คะแนน สรุปได้ว่าประชาชนในชุมชนบ้านแหลมแท่นได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งถือว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดการโครงการ

ประโยชน์ต่อชุมชนบ้านแหลมแท่น

1.โครงการนี้ทำให้ประชาชนในชุมชนบ้านแหลมแท่นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและกำจัดยุงมากขึ้นและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

ประโยชน์ต่อผู้รับผิดชอบโครงการ

1.โครงการนี้ทำให้นิสิตได้นำความรู้ภาคทฤษฎี มาใช้งานจริง ทำให้นิสิตเห็นภาพรวมของการทำงาน และเห็นถึงความสำคัญของการวิจัยชุมชน

2.นิสิตเกิดความรู้ความเข้าใจในรายละเอียด ขั้นตอนต่างๆของกระบวนการวิจัยชุมชนมากยิ่งขึ้น จากประสบการณ์ในการจัดโครงการ นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้เรื่องการทำงานเป็นทีม การวางแผนในกลุ่ม

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการปรับปรุงแก้ไข

ปัญหาและอุปสรรค

- 1.เวลาในการจัดกิจกรรมค่อนข้างน้อย
- 2.เด็กนักเรียนบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากเด็กในช่วงวัยประถมศึกษาตอนปลายจะมีความอยากรู้อยากเห็นค่อนข้างมาก การดำเนินกิจกรรมต่างๆจึงทำได้ยากกว่าที่คาดการณ์ไว้

แนวทางการปรับปรุงแก้ไข

- 1.เปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายเป็นนักเรียนที่มีระดับการศึกษาและวุฒิภาวะที่สูงขึ้น
- 2.ปรับปรุงการแบ่งเวลาให้มีความเหมาะสมเพื่อให้มีเวลาในการจัดกิจกรรมมากขึ้น
- 3.พี่กลุ่มต้องพยายามควบคุมเด็กให้อยู่ในระเบียบเพื่อความเรียบร้อยในการจัดกิจกรรม อาจต้องมีการนำมาตรการต่างๆมาใช้ อาทิ ใช้ของรางวัลหรือแรงจูงใจอื่นๆ เพื่อให้เด็กที่เข้าร่วมโครงการเกิดความสนใจในกิจกรรมมากขึ้น

ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 บรรยากาศขณะจัดกิจกรรมที่โรงเรียนบ้านแหลมแท่น



ภาพที่ 2 บรรยากาศในขณะเดินรณรงค์การป้องกันยุงลายร่วมกับ อสม.

การศึกษาและพัฒนาชุมชนหาดวอนนภา เทศบาลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ผู้รับผิดชอบโครงการ

นสพ. สโรชา สิรินพคุณ

นสพ. ปัญญากร ตีระสกุณ

นสพ. อนพัช แสงในธรรม

นสพ. ธัญชนก นันทนาทรัพย์

นสพ. สิริพร สิริตระกูลเกียรติ

ที่ปรึกษาโครงการ

อ.พญ.มยุรี พิทักษ์ศิลป์

รศ.พญ.สมจิต พุกกะขิตานนท์

หลักการและเหตุผล

เนื่องจากทางนิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 3 ได้มีการลงไปสำรวจปัญหาในชุมชนหาดวอนนภาในรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและครอบครัว 3 ทางกลุ่มของนิสิตพบว่า มีปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลายๆเรื่อง เช่น ปัญหายุงชุม ปัญหาการจัดการขยะ ปัญหาด้านสุขอนามัย ปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และโรคอื่นๆ โดยปัญหาที่ทางชุมชนเห็นว่ามีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากที่สุดคือปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งปัญหาด้านสุขอนามัยชุมชน ทั้งนี้ปัญหาทั้งสองด้านยังเป็นปัญหาหลักที่ควรจะได้รับแก้ไข เพราะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อ หรือ NCD (Non-communicable Disease) ที่กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญอย่างมากในปัจจุบัน อีกทั้งยังเป็นโรคพื้นฐานที่ก่อให้เกิดโรคต่างๆตามมาได้ เช่น โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้การให้ความรู้ การตรวจคัดกรอง รวมทั้งการส่งเสริมสุขอนามัยยังเป็นการณรงค์ที่จัดขึ้นได้จริงและเกิดประโยชน์ต่อชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

ทางกลุ่มของนิสิตที่รับผิดชอบดูแลชุมชนหาดวอนนภาจึงได้จัดโครงการ “ป้องกันเบาหวาน กันความดัน เด็กๆแปร่งฟันถูกวิธี” เพื่อให้ชุมชนหาดวอนนภาได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ข้อพึงปฏิบัติ และการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย นอกจากนี้ยังเป็นการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นให้กับชุมชนหาดวอนนภาอีกด้วย ส่วนในเด็ก ปัญหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่ไม่ปรากฏเด่นชัด แต่หากมีการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างผิดวิธี ก็สามารถก่อให้เกิดโรคเหล่านี้ตามมาได้ อีกทั้งนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 3 ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของสุขอนามัยในเด็ก เพราะ “การดูแลสุขภาพอนามัยพื้นฐาน (ซึ่งได้แก่ รากฐานการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง) จะเป็นการทำให้มีสุขภาพกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี ทั้งนี้เพื่อเป็นรากฐานในการใช้ชีวิตประจำวันของคนไทยทุกอายุ” - ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิง พวงทอง ไกรพิบูลย์

ด้วยเหตุนี้ นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 3 จึงได้จัดทำโครงการ “ป้องกันเบาหวาน กันความดัน เด็กๆแปร่งฟันถูกวิธี” ขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนหาดวอนนภา ตามวัตถุประสงค์ของรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและครอบครัว 3 (560203) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองและให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ผู้สนใจในชุมชนหาดวอนนภา
2. เพื่อส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองและให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้สนใจในชุมชน

หาดวอนนภา

3. เพื่อส่งเสริมสุขภาพ พหุติกรรมสุขภาพและให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนโรงเรียนวอนนภาศัพท์

ตัวชี้วัด

1. ชุมชนหาดวอนนภา ได้รับการคัดกรองสุขภาพและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน
2. ชุมชนหาดวอนนภา ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาพหุติกรรมสุขภาพสอดคล้องตามปัญหาและความต้องการของชุมชน

ผู้เข้าร่วมโครงการ

กลุ่มเป้าหมาย

- | | | |
|----------------------------------|----|----|
| 1. ผู้สนใจทั่วไปในชุมชนหาดวอนนภา | 40 | คน |
| 2. นักเรียนโรงเรียนวอนนภาศัพท์ | 60 | คน |

สถานที่จัดโครงการ

1. บริเวณชุมชนหาดวอนนภา
2. โรงเรียนวอนนภาศัพท์

ระยะเวลาที่จัดโครงการ

มิถุนายน 2559 - กรกฎาคม 2559

รูปแบบการจัดโครงการ

ขั้นตอนการเตรียมงาน

1. เยี่ยมบ้านเพื่อศึกษา ติดตาม และดูแลปัญหาสุขภาพของ Index case ในชุมชนหาดวอนนภา
2. สอบถามและศึกษาปัญหาสุขภาพของชุมชนหาดวอนนภา โดยการเก็บแบบสอบถามที่สร้างขึ้น
3. จัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยจัดทำประชามติร่วมกับตัวแทนชุมชนในชุมชนหาดวอนนภา
4. นำข้อสรุปจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหามาจัดทำโครงการ “ป้องกันเบาหวาน กันความดัน เด็กๆแข็งแรงพันธุ์วิถี”
5. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานและสถานที่ต่างๆ รวมไปถึงประชาสัมพันธ์โครงการในชุมชน

หาดวอนนภา

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ประชุม เตรียมการและฝึกซ้อมกิจกรรมโครงการ “ป้องกันเบาหวาน กันความดัน เด็กๆแรงฟันณกวีวี”
2. ดำเนินกิจกรรมโครงการ “ป้องกันเบาหวาน กันความดัน เด็กๆแรงฟันณกวีวี” โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ช่วงได้แก่ กิจกรรมป้องกันเบาหวาน กันความดันสำหรับประชาชนทั่วไป และกิจกรรมเด็กๆแรงฟันณกวีวี สำหรับนักเรียนโรงเรียนหาดวอนนภาศัพท์

ขั้นประเมินและสรุปผล

1. ประเมินโครงการโดยใช้แบบทดสอบวัดความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. สรุปผลและจัดทำรายงานโครงการ “ป้องกันเบาหวานกันความดัน เด็กๆแรงฟันณกวีวี”

งบประมาณ

เงินรับฝากเงินแผ่นดิน ส่วนงานคณะแพทยศาสตร์ แผนงานบริหารทั่วไป กองทุนทั่วไป รายการเงินรับฝากเงินแผ่นดิน ค่าใช้จ่ายในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาศึกษาแพทย์

ผลการดำเนินโครงการ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

สุขภาพกาย	พฤติกรรมสุขภาพ			
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.พฤติกรรมการบริโภค				
1.1 รสชาติอาหารที่รับประทาน	34	12.06	248	87.94
1.2 จำนวนมื้อในการรับประทานอาหารแต่ละวัน	193	68.44	89	31.56
1.3 รับประทานอาหารตรงเวลา	94	33.33	188	66.67
1.4 รับประทานอาหารครบทุกหมู่	89	31.56	193	68.44
1.5 จำนวนน้ำเปล่าที่ดื่มในแต่ละวัน	198	70.21	84	29.79

จากตาราง สามารถสรุปได้ว่าการรับประทานอาหารด้วยรสชาติอาหารที่เหมาะสม ร้อยละ 12.06 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 87.94 มีจำนวนมื้ออาหารที่เหมาะสมในแต่ละวัน ร้อยละ 68.44 ไม่เหมาะสม ร้อยละ 31.56 รับประทานอาหารตรงเวลา ร้อยละ 33.33 ไม่ตรงเวลา ร้อยละ 66.67 รับประทานอาหารครบทุกหมู่ ร้อยละ 31.56 รับประทานอาหารไม่ครบทุกหมู่ ร้อยละ 68.44 ดื่มน้ำเปล่าในปริมาณที่เหมาะสมร้อยละ 70.21 ดื่มน้ำเปล่าในปริมาณ ไม่เหมาะสมร้อยละ 29.79 ซึ่งจะพบว่าในชุมชนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการ

รับประทานอาหารครบทุกหมู่มากที่สุด และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของจำนวนมื้อในการรับประทานอาหารแต่ละวันน้อยที่สุด

ตารางที่ 2 แสดงการออกกำลังกาย

สุขภาพกาย	พฤติกรรมสุขภาพ			
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2.พฤติกรรมในการออกกำลังกาย				
2.1 ความถี่ในการออกกำลังกาย	74	26.24	198	73.76
2.2 ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง	57	20.21	225	79.79

จากตารางสามารถสรุปได้ว่า มีความถี่ในการออกกำลังกายที่เหมาะสม ร้อยละ 26.24 ความถี่ในการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 73.76 ระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมในแต่ละครั้ง ร้อยละ 20.21 ระยะเวลาในการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมในแต่ละครั้ง ร้อยละ 79.79 ซึ่งจะพบว่าในชุมชนหาดวอนนภามีปัญหาทั้งเรื่องความถี่และระยะเวลาในการออกกำลังกาย

ตารางที่ 3 แสดงสารเสพติด

สุขภาพกาย	พฤติกรรมสุขภาพ			
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3.สารเสพติด				
3.1 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	233	82.62	49	17.38
3.2 การบริโภคยาสูบ	255	90.43	27	9.57

จากตารางสามารถสรุปได้ว่า ไม่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 82.62 มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 17.38 ไม่มีพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ ร้อยละ 90.43 มีพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ ร้อยละ 9.57 ซึ่งจะพบว่ามีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าการบริโภคยาสูบ

ตารางที่ 4 แสดงการพักผ่อน

สุขภาพกาย	พฤติกรรมสุขภาพ			
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4.การพักผ่อน				
4.1 จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ	209	74.11	73	25.89

จากตารางสามารถสรุปได้ว่า มีจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับที่เหมาะสม ร้อยละ 74.11 จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 25.89

ตารางที่ 5 แสดงสุขอนามัย

สุขภาพกาย	พฤติกรรมสุขภาพ			
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5.สุขอนามัย				
5.1 การอาบน้ำ	272	96.45	10	3.55
5.2 การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	146	51.77	136	48.23
5.3 การล้างมือหลังขับถ่าย	248	87.94	34	12.06
5.4 การแปรงฟัน	259	91.84	23	8.16

จากตารางสามารถสรุปได้ว่า มีพฤติกรรมการอาบน้ำที่เหมาะสม ร้อยละ 96.45 มีพฤติกรรมการอาบน้ำที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 3.55 มีการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 51.77 ไม่มีการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 48.23 มีการล้างมือหลังขับถ่าย ร้อยละ 87.94 ไม่มีการล้างมือหลังขับถ่าย ร้อยละ 12.06 มีการแปรงฟันที่เหมาะสม 91.84 มีการแปรงฟันที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 8.16 จะพบว่ามีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารมากที่สุด

ตารางที่ 6 แสดงภาวะความสุขของคนในชุมชน

ผลที่ได้	เกณฑ์	จำนวนผู้ตอบ	ร้อยละ
1.ในชุมชนมีความสุขมากกว่าทั่วไป (good)	(ได้คะแนน 33 – 45 คะแนน)	110	39.01
2.ในชุมชนมีความสุขเท่ากับทั่วไป (fair)	(ได้คะแนน 27 – 32 คะแนน)	124	43.97
3.ในชุมชนมีความสุขน้อยกว่าทั่วไป (poor)	(ได้คะแนน ไม่เกิน 26 คะแนน)	48	17.02

จากตารางสามารถสรุปได้ว่า ในชุมชนมีความสุขมากกว่าทั่วไป (good) ร้อยละ 39.01 มีความสุขเท่ากับทั่วไป (fair) ร้อยละ 43.97 มีความสุขน้อยกว่าทั่วไป (poor) ร้อยละ 17.02 ซึ่งจะพบว่าประชาชนในชุมชนส่วนมากจะมีความสุขเท่ากับทั่วไป

ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่างๆ

ประเด็น	ไม่พบปัญหา		พบปัญหา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.อากาศถ่ายเทสะดวก	278	98.58	4	1.42
2.แสงสว่างเพียงพอ	278	98.58	4	1.42
3.ความสะอาดของห้องน้ำ	273	96.81	9	3.19
4.ความสะอาดของน้ำประปา	249	88.30	33	11.70
5.ความสะอาดภายในบ้าน	271	96.10	11	3.90
6.ความเงียบสงบ	269	95.39	13	4.61
7.ฝุ่นละออง	230	81.56	52	18.44
8.น้ำท่วมขัง	253	89.72	29	10.28
9.อาชญากรรม	221	78.37	61	21.63

จากตารางสามารถสรุปได้ว่า พบปัญหาอาชญากรรมมากที่สุดที่ร้อยละ 21.63 รองลงมาคือ ปัญหาฝุ่นละออง ร้อยละ 18.44 ปัญหาความสะอาดของน้ำประปา ร้อยละ 11.70 ปัญหาน้ำท่วมขัง ร้อยละ 10.28 ปัญหาความเงียบสงบ ร้อยละ 4.61 ปัญหาความสะอาดภายในบ้านร้อยละ 3.90 ปัญหาความสะอาดของห้องน้ำ ร้อยละ 3.19 ปัญหาอากาศถ่ายเทไม่สะดวก และปัญหาแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 1.42 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่พบ

ประเด็น	ไม่มีปัญหา	เป็นปัญหา
1. ปัญหาขยะมูลฝอย	81.38 %	18.62 %
2. ปัญหายุงชุม	48.76 %	51.24 %

จากตารางสามารถสรุปได้ว่าพบปัญหายุงชุมร้อยละ 51.24 % ซึ่งมากกว่าปัญหาขยะมูลฝอย ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาร้อยละ 18.62 %

กิจกรรมฐานที่ 1-4 ป้องเบาหวานกันความดัน

คะแนนแบบประเมินโครงการ

ตารางที่ 9 ผลการทดสอบคะแนนก่อนร่วมและคะแนนหลังร่วมกิจกรรมฐานที่ 1-4

คะแนน Pre – test

ชุด	คะแนน
1	4
2	4
3	1
4	5
5	9
6	5
7	8
8	8
9	4
10	8
11	4
12	4
13	9
14	4
15	5
16	9
17	8
18	8
19	8
20	7
26	9
27	9
28	6
29	4
30	5
รวม	189

คะแนน Post – test

ชุด	คะแนน
1	9
2	8
3	6
4	10
5	7
6	6
7	8
8	9
9	8
10	9
11	9
12	10
13	9
14	9
15	6
16	8
17	9
18	7
19	8
รวม	155

หมายเหตุ – ชุดเดียวกันไม่ได้หมายถึง คนทำเป็นคนเดียวกัน

จากตารางข้างต้น จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ย Post – test มากกว่าคะแนนเฉลี่ย Pre – test และอยู่ในเกณฑ์ผ่าน

กิจกรรมภายในโรงเรียนหาดวอนนภาศัพท์

กิจกรรมฐานที่1 กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการแปร่งฟันที่ถูกต้อง

ตารางที่ 10 รวมคะแนนประเมินกลุ่มฐานที่1

รูปแบบการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 5 คะแนน)
ตอนที่ 1 การประเมินระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม	
1. นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม	4.22
2. นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม	4.67
ตอนที่2 การประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรม	
1. นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง	4.22
2. นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแปร่งฟันที่ถูกต้อง(สามารถแปร่งฟันได้ถูกวิธี)	4.67

จากตารางข้างต้น กิจกรรมฐานที่ 1 “ฟันหนูน่าดม เพราะว่าหนูแปรงฟัน” ประสบความสำเร็จ

กิจกรรมฐานที่2.1 การล้างมืออย่างถูกวิธี

ตารางที่ 11 รวมคะแนนประเมินกลุ่มย่อยที่ 1-3 ฐาน 2.1

	ผลการทดสอบ		
	Pre-test (ร้อยละ)	Post-test (ร้อยละ)	ผลประเมิน
1. รู้จักวิธีล้างมือที่ถูกต้อง	63.67	87	ผ่าน
2. สามารถล้างมือได้ตามขั้นตอน	58	84.3	ผ่าน
3. ผลการประเมินความสนใจของผู้เข้าร่วม	89.3	89	ผ่าน
4. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม	67.6	89.3	ผ่าน

กิจกรรมฐานที่ 2 “การล้างมืออย่างถูกวิธี” ประสบความสำเร็จ

กิจกรรมฐานที่ 3 กินอะไรดี

ตารางที่ 12 ผลการทดสอบคะแนนก่อนร่วมและหลังร่วมกิจกรรมที่3

	คะแนน Pre-test (คะแนนเต็ม50)	ร้อยละ	คะแนน Post-test (คะแนนเต็ม50)	ร้อยละ	ผลการทดสอบ
กลุ่มย่อยที่ 1	22	44	31	62	ผ่าน
กลุ่มย่อยที่ 2	27	54	32	64	ผ่าน
กลุ่มย่อยที่ 3	26	52	36	72	ผ่าน

จากตารางข้างต้น จะเห็นได้ว่าคะแนน post-test มากกว่าคะแนน pre-test ในทุกกลุ่มย่อย แสดงว่าเด็ก ๆ มีความรู้ในการเลือกกินอาหารมากขึ้น

ดังนั้น กิจกรรมฐานที่ 3 “กินอะไรดี” ประสบความสำเร็จ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดโครงการ

1. ประชาชนในชุมชนเข้าใจพื้นฐานของโรคเบาหวาน และได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้น
2. ประชาชนในชุมชนเข้าใจพื้นฐานของโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้น
3. เด็กนักเรียนโรงเรียนวอนนาศัพธ์สามารถดูแลสุขอนามัยและพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ปัญหา อุปสรรค

1. เนื่องจากกิจกรรมดำเนินตามตารางเวลา จึงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมจนจบกิจกรรมได้
2. ค่าความดันที่วัดได้จากผู้เข้าร่วมโครงการมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากฐานวัดความดันเป็นฐานแรกของกิจกรรม จึงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางส่วนมีเวลาพักไม่มากเพียงพอ
3. นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการบางส่วนยังไม่ทราบถึงอันตรายของสารเคมีในเจลล้างมือเท่าที่ควร

แนวทางปรับปรุงแก้ไข

1. จัดกิจกรรมในรูปแบบของนิทรรศการ ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเลือกเวลาเข้าร่วมกิจกรรมได้
2. จัดหาพื้นที่ว่างให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนั่งพักก่อนรับการตรวจคัดกรองโรคตามระยะเวลาที่เหมาะสม
3. พุดย้าให้นักเรียนตระหนักถึงอันตรายของการใช้ไม่ถูกวิธี

ภาพประกอบ



ฟิตเป๊ะด้วยเทรนเนอร์ด้านกีฬา Fitness by Sport Trainer

ผู้รับผิดชอบโครงการ

- | | |
|--------------------------|------------------|
| 1. ณัฏชา กอบกาญจน์สินธุ์ | ประธานโครงการ |
| 2. นีรา สารภี | รองประธานโครงการ |
| 3. สุชาดา สำราญจิตร | ผู้ประสานงาน |

ที่ปรึกษาโครงการ

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. พญ.อลิสรา วงศ์สุทธิเลิศ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. นพ.ณัฐพล สุรัชต์หนาแน่น | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. อ.ไพโรจน์ สว่างไพร | คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. ดร.ฉัตรกมล สิงห์น้อย | คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา |

หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันการออกกำลังกายถือเป็นปัจจัยสำคัญกับทุกคนในยุคสมัยนี้ ไม่เว้นแม้แต่นิสิต นักศึกษา หรือนักเรียน ที่เน้นการนั่งเรียนในห้องเรียนเป็นหลัก ทำให้สมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลง เนื่องจากกิจกรรมที่ทำให้แต่ละวันไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกายเท่าใดนัก รวมไปถึงการรับประทานอาหารที่เน้นไปในทางของหวานเนื่องจากมีรสชาติที่อร่อย และบางครั้งก็เคร่งเครียดกับการเรียน จนลืมที่จะแบ่งเวลาไปออกกำลังกาย ซึ่งปัญหาดังกล่าวก็เกิดขึ้นกับนิสิตแพทย์เช่นกัน และผลที่ตามมาก็คือ ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อไม่แข็งแรงดังเดิม รวมไปถึงโรคภัยไข้เจ็บที่มักจะตามมาจากการที่ร่างกายไม่แข็งแรง และปัญหาการพักผ่อนน้อย ทำให้ความสุขในการดำเนินชีวิตและความสุขในการเรียนแพทย์ลดลง ทางผู้จัดทำโครงการเล็งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้คิดค้นหาวิธีการที่จะทำให้ นิสิตแพทย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้กลับมามีร่างกายที่แข็งแรงและห่างไกลจากโรคทั้งทางกายและใจ โดยการร่วมมือกับนิสิตคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา ซึ่งเป็นผู้ที่มีความชำนาญ รู้หลักการในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง มาเป็นเทรนเนอร์ด้านกีฬาให้กับนิสิตคณะแพทย์ จับกลุ่มกัน เพื่อสอนนิสิตแพทย์ให้รู้วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง โดยใช้เวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมไปถึงได้ให้นิสิตแพทย์แต่ละคนตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายของตนเอง ว่าต้องการให้ผลการออกกำลังกายในครั้งเป็นไปเพื่อการลดน้ำหนัก หรือเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อให้นิสิตแพทย์มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการออกกำลังกายแบบใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับตนเอง
2. เพื่อให้นิสิตแพทย์มีแรงจูงใจในการออกกำลังกายให้ถึงเป้าหมาย

3. เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการห้องออกกำลังกายแบบใช้อุปกรณ์ให้เป็นประโยชน์และคุ้มค่า

ตัวชี้วัดโครงการ

1. จำนวนนิสิตแพทย์ประสบความสำเร็จในการฝึก อย่างน้อยร้อยละ 50
2. อุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายสามารถใช้งานได้ ร้อยละ 100
3. คะแนนความพึงพอใจของโครงการในภาพรวม อย่างน้อย 3.5 คะแนน

ผู้เข้าร่วมโครงการ

โครงการรับสมัครนิสิตแพทย์จำนวน 25 คนและนิสิตวิทยาศาสตร์การกีฬาจำนวนนิสิต 25 คน แต่เนื่องจากมีผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มเติม จึงมีจำนวนนิสิตที่เข้าร่วมโครงการดังนี้

1. มีนิสิตแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 20 คน
2. มีนิสิตวิทยาศาสตร์การกีฬาที่เข้าร่วมโครงการประมาณ 80 คน

สถานที่จัดโครงการ

ห้องออกกำลังกายคณะแพทยศาสตร์ และสถานที่ออกกำลังกายภายในมหาวิทยาลัยบูรพา

ระยะเวลาที่จัดโครงการ

เดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน

รูปแบบการจัดโครงการ

กิจกรรมกีฬาหรือส่งเสริมสุขภาพ

ผลการดำเนินโครงการ

โครงการ“ฟิตเป๊ะด้วยเทรนเนอร์ด้านกีฬา”มีจำนวนนิสิตแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกทั้งสิ้น 20 ราย และมีจำนวนผู้ฝึกประมาณ 80 คนนิสิตแพทย์ที่เข้าร่วมครบทุกกระบวนการมีจำนวน 18 ราย นิสิตแพทย์ที่กำหนดเป้าหมายเพื่อฟิตกล้ามเนื้อมีจำนวน 12 รายและเพื่อลดน้ำหนักมีจำนวน 8 ราย

การประเมินผลการฝึกประกอบไปด้วย 2 แบบ โดยกลุ่มที่ฝึกเพื่อฟิตกล้ามเนื้อจะประเมินว่ามีผลสำเร็จ (success) คือ มีอัตราการเต้นชีพจรขณะพัก (resting heart rate) หลังการฝึกน้อยกว่าอัตราการเต้นชีพจรขณะพักก่อนการฝึก ส่วนกลุ่มที่ฝึกเพื่อลดน้ำหนัก จะประเมินว่ามีผลสำเร็จคือ มีน้ำหนักตัวลดลงหลังการฝึก

ผลการประเมินความสำเร็จในกลุ่มที่ฝึกเพื่อฟิตกล้ามเนื้อและกลุ่มที่ฝึกเพื่อลดน้ำหนัก แสดงในตารางที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความสำเร็จในกลุ่มที่ฝึกเพื่อฟิตกล้ามเนื้อ

ลำดับ	อัตราการเต้นชีพจรขณะพัก ก่อนการฝึก (ครั้งต่อนาที)	อัตราการเต้นชีพจรขณะพัก หลังการฝึก (ครั้งต่อนาที)	อัตราการเต้นชีพจรที่ แตกต่างหลังการฝึก (ครั้งต่อนาที)
1	65	52	ลดลง 13
2	86	101	เพิ่มขึ้น 15
3	68	74	เพิ่มขึ้น 6
4	60	68	เพิ่มขึ้น 8
5	70	69	ลดลง 1
6	65	63	ลดลง 2
7	76	83	เพิ่มขึ้น 7
8	97	83	ลดลง 14
9	75	71	ลดลง 4
10	90	71	ลดลง 19
11	102	88	ลดลง 14
12	69	62	ลดลง 7

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความสำเร็จในกลุ่มที่ฝึกกลุ่มที่ฝึกเพื่อลดน้ำหนัก

ลำดับ	น้ำหนักตัวก่อนการฝึก (กิโลกรัม)	น้ำหนักตัวหลังการฝึก (กิโลกรัม)	น้ำหนักตัวที่ลดลงหลังการฝึก (กิโลกรัม)
1	65.0	63.0	2.0
2	50.8	46.9	3.9
3	61.0	60.5	0.5
4	59.0	57.0	2.0
5	65.0	64.0	1.0
6	57.0	55.0	2.0

จากโครงการนี้ ผู้ที่มีอัตราการเต้นชีพจรที่ลดลงหลังการฝึกมากที่สุดคือ นิสิตแพทย์นายวิสุทธิพงศ์ เศวตประสาธน์ และผู้ที่มีน้ำหนักตัวที่ลดลงหลังการฝึกมากที่สุดคือ นิสิตแพทย์ สุชาดา สำราญจิตร โดยได้มอบรางวัลในการประกวด “The Trainer-Trainee Idol” ในวันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2558 และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมคือ 4.43 คะแนน สรุปตัวชี้วัดโครงการและผลการดำเนินงานได้ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดของโครงการและผลการดำเนินงาน

หัวข้อ	เป้าหมาย	ผลการประเมิน
จำนวนนิสิตแพทย์ประสบความสำเร็จในการฝึก	อย่างน้อยร้อยละ 50	ร้อยละ 78 (14 รายจาก 18 ราย)
อุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายสามารถใช้งานได้	อุปกรณ์สามารถใช้งาน ได้ร้อยละ 100	อุปกรณ์สามารถใช้งานได้ ร้อยละ 100
คะแนนความพึงพอใจของโครงการในภาพรวม	อย่างน้อย 3.5 คะแนน	4.43 คะแนน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดโครงการ

1. นิสิตแพทย์มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการออกกำลังกายแบบใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับตนเอง
2. นิสิตแพทย์มีแรงจูงใจในการออกกำลังกายให้สำเร็จตามเป้าหมาย
3. อุปกรณ์ออกกำลังกายในห้องออกกำลังกาย หอพักนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้ทั้งหมด
4. นิสิตผู้เข้าร่วมโครงการคณะแพทยศาสตร์และคณะวิทยาศาสตร์การกีฬามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการปรับปรุงแก้ไข

1. เวลาว่างของนิสิตทั้ง 2 คณะไม่ตรงกัน ทำให้การฝึกไม่ต่อเนื่อง มีแนวทางการแก้ไขโดยปรับเปลี่ยนเวลาจัดโครงการให้ตรงกับเวลาว่างให้ตรงกับนิสิตทั้ง 2 คณะ และจัดกิจกรรมการฝึกให้เป็นกิจกรรมที่นิสิตผู้รับการฝึกสามารถฝึกเองที่หอพักได้
2. ตารางการฝึกของนิสิตบางกลุ่มไม่ชัดเจน และสมุดบันทึกการฝึกไม่มีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้ยากต่อการประเมินผล มีแนวทางการแก้ไขโดยชี้แจงและกำหนดรูปแบบสมุดบันทึกการฝึกและแนวทางการจัดตารางการฝึกที่ชัดเจน

ภาพประกอบ







การนำเสนอผลงานแบบบรรยาย (Oral Presentation)
ผลงานประเภทโครงงานวิจัยนิสิตนักศึกษา

การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะให้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอน
ปลายที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตชุมชนเขาสามมุขโดยใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการ
Conducting workshop to gain knowledge of waste management in primary
school student in Khao Sam Muk community, Chonburi province

นายภาณุพัฒน์ ลิ้มปณะวัสส์¹, นางสาวพรไพรินทร์ ศตวิชัยรุจน์², นายพริษฐ์ โพธิ์งาม³,
นางสาวพัชราภรณ์ เจริญฤทธิ์⁴, นางสาวพิชญ์สินี ยิ่งเจริญสมสุข⁵, นางสาวแพรวพรรณ กุลประยงค์⁶,
นายภาณุวัฒน์ ธรรมศร⁷, นายภูติศ ชินนิยมาณิช⁸, นายวีโรจน์ เดียววนิชกุล⁹,
นายวชิรวิทย์ เอื้องโชคชัย¹⁰, นางสาวชिरา ประชาภิตติกุล¹¹

1.นิสิตคณะแพทยศาสตร์ malachitej21@gmail.com

2.นิสิตคณะแพทยศาสตร์ porrs@msn.com

3.นิสิตคณะแพทยศาสตร์ hambombomza@hotmail.com

4.นิสิตคณะแพทยศาสตร์ charoenrit9@hotmail.com

5.นิสิตคณะแพทยศาสตร์ Phitsinee292@gmail.com

6.นิสิตคณะแพทยศาสตร์ praelovemon@hotmail.com

7.นิสิตคณะแพทยศาสตร์ bestnull@gmail.com

8.นิสิตคณะแพทยศาสตร์ pudit.chinner4@gmail.com

9.นิสิตคณะแพทยศาสตร์ Nongroj38@hotmail.com

10.นิสิตคณะแพทยศาสตร์ bbbstb3@hotmail.com

11.นิสิตคณะแพทยศาสตร์ remind.a@hotmail.com

บทคัดย่อ

รายงานการวิจัยเรื่องการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะให้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตชุมชนเขาสามมุขโดยใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อเสริมสร้างความรู้เรื่องการจัดการขยะแก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตชุมชนเขาสามมุข โดยใช้แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติเรื่องการจัดการขยะซึ่งทำการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน , แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร จำนวน 158 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้สถิติ Paired sample T-test, Independent T-test และ F-test : ANOVA (Analysis of variance) โดยการวิจัยครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ได้ทำการศึกษานักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง 6 ปีการศึกษา 2558 โรงเรียนบ้านแหลมแท่น 101 คน และโรงเรียนสามมุกคริสเตียนวิทยา 57 คน รวม 158 พบว่าผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 และเพศหญิง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5

ผลจากการวิจัยพบว่าความรู้เรื่องการจัดการขยะของผู้ทำแบบทดสอบทั้งสองโรงเรียนมีค่าเฉลี่ย ของคะแนนเท่ากับ 8.35 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ (S.D.=2.59) โดยระดับความรู้เรื่องการลดขยะอยู่ในระดับปานกลาง การแยกขยะและการกำจัดขยะอยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทาง

ลักษณะประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อความรู้ด้านการจัดการขยะโดยรวมแตกต่างกัน ได้แก่ โรงเรียน รายได้ ครอบครัว แต่เพศ และระดับชั้น ส่งผลต่อความรู้โดยรวมไม่แตกต่างกันในด้านพฤติกรรมผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ทั้งสองโรงเรียนมีระดับพฤติกรรมจัดการขยะอยู่ในระดับพอใช้ โดยคิดเป็นร้อยละ 47.6 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

จากการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่ามากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสามฐาน โดยคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งสามฐานก่อนให้ความรู้ (pre-test) และหลังให้ความรู้ (post-test) ระหว่างนักเรียนโรงเรียนบ้านแหลมแท่นและโรงเรียนสามมุกคริสเตียนวิทยาแตกต่างกัน

Abstract

Research on “Conducting workshop to gain knowledge of waste management in primary school students in Khao Sam Muk community, Chonburi province”, is the action research that was conducted to enhance the knowledge of waste management of the primary school students in primary school student in Khao Sam Muk community. The instruments that we used throughout the research compose of knowledge and practical class appraisal of waste management that was qualified by three specialist, standardized interview, pre-test and post-test examinations that were tested when we conducted workshop. This research was carried out on all primary school students in Khao Sam Muk community, Chonburi province so this research had 158 subjects. The data was analyzes by a readymade program to obtain the value of frequency, percent, mean, standard deviation and compare differences using Paired sample T-test , Independent T-test, F-test : ANOVA (Analysis of variance) and correlation at the statistical significant level of 0.05

The result from the knowledge and practical class appraisal of waste management indicated that the average score of knowledge about waste management in primary school students in Khao Sam Muk community was 8.35 out of 15 that was in low level(S.D.=2.59). The average score of knowledge about Reducing the garbage was in moderate level. The average score of knowledge about Seperating the garbage was in low level. The average score of knowledge about exterminating the garbage was in low level. The demographic characteristics that influence the knowledge of waste management are Household income per month and school.

The practical class appraisal of waste management of students in primary school students in Khao Sam Muk community about 47.6% is in moderate level.

The average post-test score after workshop of primary school students in Khao Sam Muk community is more than the average pre-test score so the knowledge of waste management augmented after workshop was conducted.

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

จังหวัดชลบุรีถือเป็นจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวของภาคตะวันออกมีสถานที่ท่องเที่ยวหลากหลาย และยังเป็นเมืองอุตสาหกรรมมีประชากรอาศัยกันอย่างหนาแน่น ทำให้มีการใช้ทรัพยากรต่างๆ จำนวนมากก่อให้เกิดขยะตามมาจากข้อมูลการสำรวจปริมาณขยะปี2558 ของกรมควบคุมมลพิษจังหวัดชลบุรี พบว่าจังหวัดชลบุรีมีปริมาณขยะมากถึง 1,021,518.07ตันต่อปี โดยเฉพาะในบริเวณชายหาดบางแสนและเขาสามมุขซึ่งเป็นสถานที่ท่องเที่ยวที่ได้รับความนิยมจากนักท่องเที่ยวจำนวนมาก ทำให้ทางเทศบาลแสนสุขต้องสูญเสียงบประมาณในการจัดการขยะมูลฝอยเป็นเงิน 350บาทต่อตัน นอกจากนี้ภายในชุมชนเขาสามมุขยังมีลิงเป็นจำนวนมากซึ่งลิงเป็นสัตว์ที่มีนิสัยชอบคุ้ยถังขยะ การที่ขยะมีปริมาณมากจนล้นถังขยะทำให้ลิงสามารถคุ้ยถังขยะได้ง่ายขึ้น ทำให้ขยะกระจัดกระจาย สร้างความสกปรกบริเวณรอบถังขยะ

ในปี พ.ศ.2556 สำนักกระบวนวิชาได้คาดการณ์ว่าจะมีการระบาดของโรคอหิวาตกโรคครั้งใหญ่โดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการระบาดของโรคซึ่งกลุ่มประชากรที่จะได้รับผลกระทบ ตัวอย่างเช่น แรงงานต่างด้าว (ชาวประมง และรับจ้าง)ในพื้นที่เสี่ยง เช่น จังหวัดชายทะเลรอบอ่าวไทย ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ระยอง ชลบุรี ซึ่งโรคดังกล่าวมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่มีแหล่งเพาะเชื้อโรคสะสมอยู่ตามกองขยะสิ่งปฏิกูลต่างๆซึ่งเกิดจากระบบการจัดการขยะที่ไม่มีประสิทธิภาพ

จากการที่ทางคณะผู้วิจัยนิสิตคณะแพทยศาสตร์ชั้นปีที่3 ของมหาวิทยาลัยบูรพา ได้มีการลงไปสำรวจปัญหาในชุมชนเขาสามมุขในรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและครอบครัว3 ซึ่งทางคณะผู้จัดทำได้พบปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนคือปัญหาการจัดการขยะและมีสาเหตุมาจากประชาชนในชุมชนขาดความรู้ในการจัดการขยะ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เมื่อขาดความรู้จึงทำให้ประชาชนไม่ทราบถึงวิธีการจัดการขยะในด้านต่างๆ เช่น การลดปริมาณขยะ การคัดแยกขยะ และการกำจัดขยะให้ถูกวิธีทำให้ปริมาณขยะมีจำนวนมากและเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ดังนั้นปัญหาการจัดการขยะจึงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ทางคณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงปัญหาการขาดความรู้ในการจัดการขยะจึงได้จัดทำงานวิจัยเรื่อง "การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะให้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตชุมชนเขาสามมุขโดยใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการ" เพราะเป็นรูปแบบของการฝึกอบรมที่ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการเรียนรู้ทั้งด้านทฤษฎีและปฏิบัติ สามารถนำสิ่งที่ได้รับไปปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ทำให้ผู้เข้าฝึกอบรมจำได้แม่นยำและเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยกลุ่มประชากรที่เราศึกษาเป็นเด็กประถมศึกษาตอนปลายเพราะพฤติกรรมของเด็กในวัยนี้อาจเสี่ยงได้รับเชื้อโรคจากแหล่งสะสมเชื้อโรคที่มีอยู่ตามกองขยะ นอกจากนี้เด็กยังเป็นบุคลากรที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ซึ่งเป็นผู้พัฒนาประเทศชาติในอนาคต ซึ่งการทำให้เด็กเกิดมาเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพนั้นจำเป็นต้องผ่านกระบวนการอบรมสั่งสอนให้ความรู้ คณะผู้วิจัยจึงได้เลือกกลุ่มเด็กช่วงอายุดังกล่าวเพื่อเป็นการวางรากฐานมอบความรู้ในการจัดการขยะและเป็นแนวทางในการพัฒนาชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อเสริมสร้างความรู้เรื่องการจัดการขยะแก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตชุมชนเขาสามมุขโดยใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการ
- 2.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับระดับความรู้และระดับการปฏิบัติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตชุมชนเขาสามมุข

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) และใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตชุมชนเขาสามมุขตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 158 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 แบบ คือ

1. แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติเรื่องการจัดการขยะ
2. แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ
3. แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการอบรมเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของประชากร เช่น เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะก่อนเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะหลังเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) มัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความแปรปรวน (Variance) และพิสัย (Range) ดังนี้

สถิติเชิงอนุมาน Paired sample T-test , Independent T-test , F-test : ANOVA (Analysis of variance)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากตารางที่ 4.21, 4.22, 4.23, 4.24, 4.25 และ 4.26 พบว่าผลการทดสอบด้วยสถิติ Paired samples T test สำหรับทดสอบผลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า

-คะแนนระหว่างก่อนและหลังให้ความรู้รวมทั้งสามฐาน ด้านการลดขยะ ด้านการแยกขยะ ด้านการกำจัดขยะ ของนักเรียนในเขตพื้นที่ชุมชนเขาสามมุข, ของนักเรียนโรงเรียนสามมุกคริสเตียนวิทยา, และ ของนักเรียนโรงเรียนบ้านแหลมแท่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยหลังให้ความรู้รวมทั้งสามฐาน ด้านการลดขยะ ด้านการแยกขยะ ด้านการกำจัดขยะ ของนักเรียนในเขตพื้นที่ชุมชนเขาสามมุข, ของนักเรียนโรงเรียนสามมุกคริสเตียนวิทยา, และของนักเรียนโรงเรียนบ้านแหลมแท่น มากกว่าก่อนให้ความรู้

- คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเรื่องการจัดการขยะของก่อนและหลังให้ความรู้รวมทั้งสามฐาน ของนักเรียนในเขตพื้นที่ชุมชนเขาสามมุขชั้นประถมศึกษาปีที่ 4, 5 ,และ 6 โดยที่คะแนนเฉลี่ยหลังให้ความรู้มากกว่าก่อนให้ความรู้

-คะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังให้ความรู้ด้านการคัดแยกขยะ ของนักเรียนในเขตพื้นที่ชุมชนเขาสามมุขชั้นประถมศึกษาปีที่ 4, 5 ,และ 6 โดยที่คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนให้ความรู้

สรุปผลการวิจัย

การนำเสนอสรุปผลงานวิจัย ทางคณะผู้วิจัยขอเสนอเป็นภาพรวมโดยกล่าวเป็นข้อๆ ดังนี้

1. ระดับความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะ: ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการจัดการขยะของ โรงเรียนบ้านแหลมแท่นอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการจัดการขยะของโรงเรียนสามมุกคริสเตียนวิทยา อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการจัดการขยะโดยรวมของทั้ง 2 โรงเรียนพบว่าความรู้เรื่องการจัดการขยะ อยู่ในระดับต่ำ สำหรับระดับด้านพฤติกรรมทั้ง 2 โรงเรียนอยู่ในระดับพอใช้

2. แบบสัมภาษณ์เรื่องการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ: จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่ารูปแบบกิจกรรมควรให้แบ่งเป็น 3 ฐาน ได้แก่ฐานการลดขยะ ฐานการแยกขยะและ ฐานการกำจัดขยะ และจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญพบว่าปัญหาคือ เด็กไม่สนใจในกิจกรรม และแนะนำวิธีแก้ว่าการจัดกิจกรรมต้องมีความต่อเนื่อง และมีการแข่งขันเพื่อให้เด็กสนใจ และควรมีป้ายสื่อการเรียนรู้ที่มีสีสันสวยงาม กิจกรรมควรมีการปลูกจิตสำนึก

3. แบบทดสอบก่อนและหลังจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้โดยวิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการ: คะแนนเฉลี่ยหลังให้ความรู้ของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสองโรงเรียนพบว่ามีความมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนให้ความรู้ในทั้งสามฐาน โดยพบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังให้ความรู้ ของนักเรียนโรงเรียนสามมุกคริสเตียนวิทยามากกว่าโรงเรียนบ้านแหลมแท่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยปัจจัยที่มีผล ได้แก่ รายได้ครอบครัว และ สถานศึกษา คะแนนก่อนและหลังให้ความรู้ของฐานแยกขยะมีความแตกต่างของคะแนนอย่างมีนัยสำคัญมากที่สุดซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการสอนเหมาะสม ในขณะที่ฐานการลดขยะและฐานการกำจัดขยะมีคะแนนก่อนให้ความรู้และหลังให้ความรู้ต่างกัันน้อยกว่าฐานแยกขยะแสดงให้เห็นว่าควรปรับปรุงหรือหารูปแบบการสอนที่เหมาะสมมากขึ้น

4. แบบทดสอบอัตนัยจำกัดคำตอบ: พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจถึงวิธีการจัดการขยะดังนี้ คือ 1.ด้านการลดขยะ โดยใช้หลักการ 3R โดยสามารถอธิบายความหมายและยกตัวอย่างประกอบได้อย่างถูกต้อง 2.ด้านการแยกขยะ โดยสามารถแยกขยะตามประเภทต่างๆ ทั้งลงถังขยะ พร้อมทั้งยกตัวอย่างประกอบได้อย่างถูกต้อง 3.การกำจัดขยะ ด้วยการนำน้ำหมักจากเศษอาหารและการฝังกลบ โดยเข้าใจประโยชน์และขั้นตอนการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ยังเข้าใจถึงผลกระทบ และทราบถึงคุณประโยชน์ การปฏิบัติประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การถ่ายทอดความรู้ด้านการจัดการขยะ อีกทั้งผู้เข้าร่วมยังมีความรู้สึกประทับใจ สนุกสนาน และได้รับความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการสามารถทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับความรู้ทั้งทฤษฎีและปฏิบัติรวมทั้งตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการขยะเพิ่มมากขึ้น

แนวทางการจัดกิจกรรมออกกำลังกายตามพฤติกรรมของกลุ่มวัยกลางคน

ชุมชนมุขแสนเจริญ 2

นายวีรจัน เตียนนิชกุล และ ปุณวัชร อารุ่งเรือง

นิสิตแพทย์ชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ความสำคัญและที่มาปัญหาการวิจัย

การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ เพื่อเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีสุขภาพร่างกายที่ดี โดยใช้กิจกรรมง่ายๆ เช่น การเดิน วิ่ง กระโดดเชือก การบริหารร่างกาย การยกน้ำหนัก เต้นแอโรบิค เป็นต้น ทำให้สามารถประกอบกิจกรรมงานประจำวันได้อย่างกระฉับกระเฉง มีภูมิคุ้มกันโรคและมีสมรรถภาพทางกายที่ดี เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนโลหิตและยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิต ลดความวิตกกังวลและคลายความเครียด รวมทั้งยังเป็นการพัฒนาทักษะทางกีฬาอีกด้วย¹ รวมทั้งการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาและความหนักที่มากพอทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น ลดอัตราการเต้นของหัวใจขณะพักและขณะออกกำลังกาย ทำให้ไม่เหนื่อยง่าย ความจุปอดเพิ่มขึ้นและประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนแก๊สดีขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการหายใจดีขึ้นตามไปด้วย นอกจากนั้นยังช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคกระดูกพรุนและมะเร็งเต้านม เป็นต้น²

จากการสำรวจสถานการณ์การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพของคนไทยโดยกรมอนามัยล่าสุดพบว่า ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 มีกิจกรรมทางกายต่ำและหากพิจารณาเฉพาะการออกกำลังกายพบว่า ผู้ใหญ่ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที ร้อยละ 22-24 และมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่ออกกำลังกายเพียงพอต่อการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนไทยให้หันมาใส่ใจการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นจึงเป็นเรื่องสำคัญ³

จากข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนวัยกลางคน ช่วงอายุ 40-60 ปี ออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด แม้จะมีการรณรงค์ให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพกันอย่างต่อเนื่องก็ตาม แต่ก็ยังพบว่าคนวัยกลางคนเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ออกกำลังกาย คนวัยกลางคนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการดื่มสุราและสูบบุหรี่ แม้จะรู้ถึงโทษและพิษภัยว่าส่งผลเสียต่อสุขภาพ แต่ก็ยังเลือกที่จะดื่มสุราและสูบบุหรี่ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราพบว่าวัยกลางคนดื่มสุราและสูบบุหรี่มากกว่าวัยอื่นอย่างชัดเจน “วัยกลางคน” สภาพร่างกายต้องรับภาระหนักทั้งการทำงานภายในบ้านและภายนอกบ้าน และเป็นช่วงผลัดเปลี่ยนจากผู้ใหญ่ไปวัยสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่ ประกอบกับอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมลง สำหรับชุมชนนี้ วัยกลางคนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง อาชีพแกะและบรรจุหอยนางรมซึ่งเป็นงานเคลื่อนไหวร่างกายน้อย หรือเคลื่อนไหวเฉพาะส่วน ต้องนั่งนานๆ จากการศึกษพบว่า คนที่ขาดการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการออกกำลังกาย มีอัตราการตายก่อนวัยอันสมควรสูงกว่าคนที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวและจากการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มคนที่ทำงานนั่งโต๊ะในสำนักงานที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยมาก เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและเสียชีวิตจากโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่ทำงานใช้แรงงาน⁴ วัยกลางคนมีบทบาทสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เป็นกลไก

ขับเคลื่อนผลผลิตของเศรษฐกิจ เพราะเป็นวัยที่ต้องทำงาน มีภาระรับผิดชอบมากมายเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนวัยนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น และในอนาคตกลุ่มวัยกลางคนจะก้าวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ การเตรียมพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งตัวเองให้ได้มากที่สุด และเป็นภาระต่อสังคมน้อยที่สุด จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ⁵

ปัญหาดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ และจากการสำรวจชุมชน รวมถึงการหาข้อมูลทุติยภูมิจากเทศบาลเมืองแสนสุขพบว่าคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และคนในชุมชนมีปัญหาการไม่ออกกำลังกายโดยผลการสำรวจส่วนใหญ่พบว่า สาเหตุเกิดจากคนในชุมชนต้องทำงานหรือมีภาระหน้าที่ตลอดทั้งวันจึงไม่มีเวลาออกกำลังกาย บริเวณบ้านและในชุมชนไม่มีสถานที่ที่เหมาะสม และคนในชุมชนบางส่วนไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย เพราะคิดว่าตนเองไม่เป็นโรค ไม่มีอาการ จึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย และอีกส่วนก็มีความต้องการออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายซึ่งในชุมชนไม่มีอุปกรณ์รองรับปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสุขภาพ ถึงแม้จะมีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย คือ การเต้นแอโรบิค แต่เนื่องด้วยเวลา ความสะดวกของแต่ละคนไม่ตรงกับเวลาจัดกิจกรรม จึงยังไม่มีผู้เข้าร่วมมากนัก กลุ่มผู้ทำงานวิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 รวมถึงลักษณะทางประชากรศาสตร์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมออกกำลังกายตามพฤติกรรมของกลุ่มวัยกลางคนในชุมชน เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องและยั่งยืนสำหรับคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 ต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 รวมถึงลักษณะทางประชากรศาสตร์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อหาแนวทางการจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2

ขอบเขตการวิจัย

ด้านประชากร ประชาชนสัญชาติไทย วัยกลางคน (อายุ 40-60 ปี) ที่มีทะเบียนบ้าน อาศัยอยู่ในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 อ.เมือง จ.ชลบุรี จำนวน 130 คน

ด้านเนื้อหา

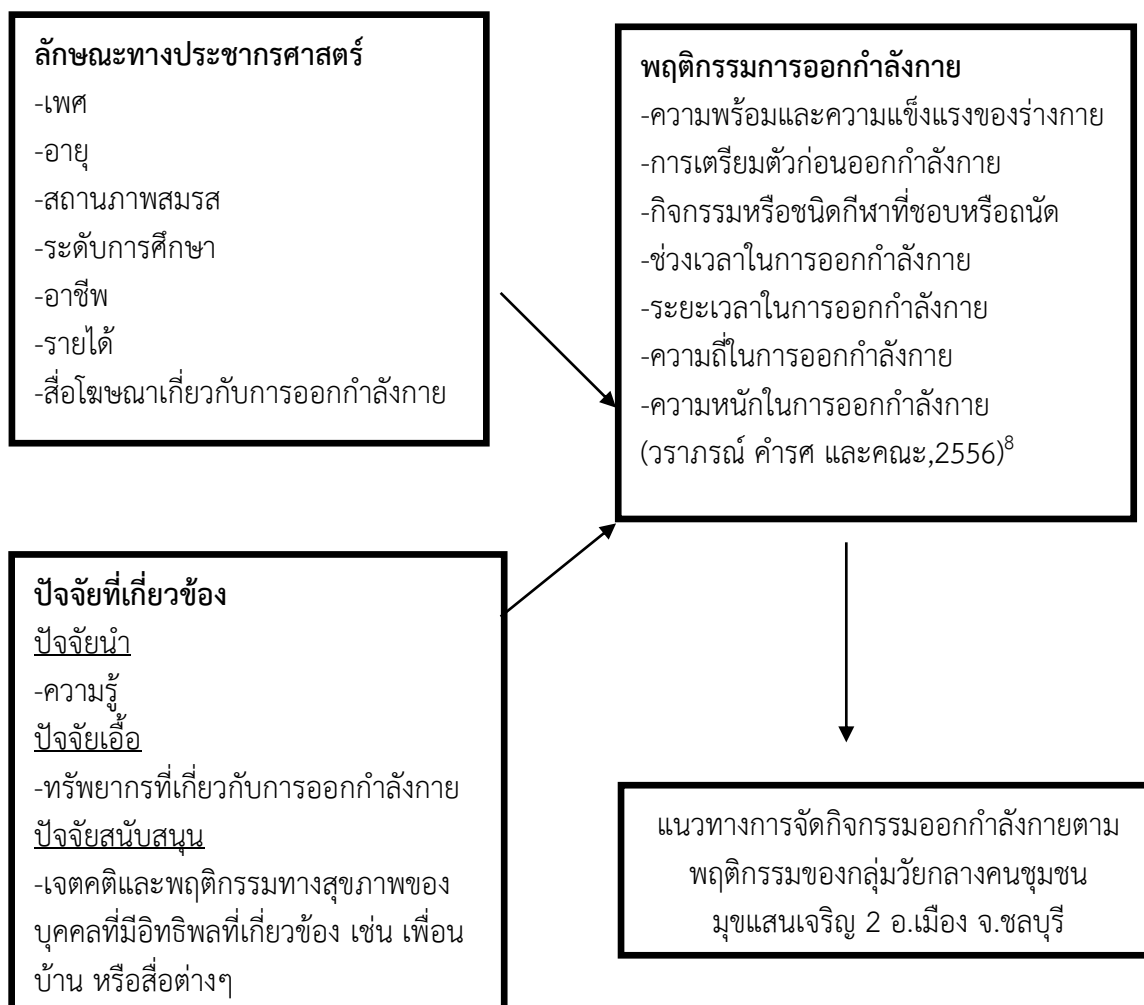
1. สำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้
 - 1.1 ปัจจัยนำ เช่น ความรู้และทัศนคติ
 - 1.2 ปัจจัยเอื้อ เช่น ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย
 - 1.3 ปัจจัยสนับสนุน เช่น เจตคติและพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลที่มีอิทธิพลที่เกี่ยวข้อง
2. สำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 แบ่งเป็น 7 ด้านดังนี้
 - 2.1 ความพร้อมและความแข็งแรงของร่างกาย
 - 2.2 การเตรียมตัวก่อนออกกำลังกาย
 - 2.3 กิจกรรมหรือชนิดกีฬาที่ชอบหรือถนัด

- 2.4 ช่วงเวลาในการออกกำลังกาย
 - 2.5 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย
 - 2.6 ความถี่ในการออกกำลังกาย
 - 2.7 ความหนักในการออกกำลังกาย
 - 3. การสร้างแนวทางกิจกรรมออกกำลังกายโดยอาศัยทฤษฎี ดังนี้
 - 3.1 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
 - 3.2 ทฤษฎี Precede proceed model
 - 3.3 แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม
- ด้านพื้นที่ ชุมชนมุขแสนเจริญ 2 ตั้งอยู่บนพื้นที่ 126.67 ไร่ ในเขตเทศบาลเมือง
 แสนสุข ลักษณะเป็นชุมชนเมือง มีจำนวนประชากร 441 คน จำนวนครัวเรือน 106
 ครัวเรือน ความหนาแน่นประชากร 0.28 ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและ
 รับจ้างทั่วไป
- ด้านเวลา ตุลาคม 2558 – มีนาคม 2559

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ที่มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) โดยทำการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนวัยกลางคน ลักษณะทางประชากรศาสตร์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลการวิจัยเรื่อง “แนวทางการจัดกิจกรรมออกกำลังกายตามพฤติกรรมของกลุ่มวัยกลางคนชุมชนมุขแสนเจริญ 2” ใช้วิธีเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) และแบบสัมภาษณ์ (Interview)

กรอบแนวคิดในงานวิจัย



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้แก่คนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 ตามพฤติกรรมในการออกกำลังกาย
2. เป็นประโยชน์แก่กลุ่มคนวัยกลางคน ให้เล็งเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายและมีส่วนร่วมกับกิจกรรมการออกกำลังกายของชุมชนให้มากขึ้น
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสนอต่อเทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องและยั่งยืนสำหรับคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ที่มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) โดยทำการศึกษาพฤติกรรมในการออกกำลังกายของคนวัยกลางคน ลักษณะทางประชากรศาสตร์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลการวิจัยเรื่อง “แนวทางการจัดกิจกรรมออกกำลังกายตามพฤติกรรมของกลุ่มวัยกลางคน ชุมชนมุขแสนเจริญ 2” ใช้วิธีเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) และแบบสัมภาษณ์ (Interview)

พื้นที่ในการสำรวจและการแบ่งเขตพื้นที่

1. พื้นที่ในการสำรวจ

ชุมชนมุขแสนเจริญ 2 ตั้งอยู่บนถนนบางแสนอ่างศิลา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีพื้นที่ 126.67 ไร่ จำนวนประชากร 441 คน จำนวนครัวเรือน 106 ครัวเรือน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างทั่วไป

2. การแบ่งเขตพื้นที่ชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีหลักการดังนี้

บริเวณความหนาแน่นของชุมชน มีความหนาแน่นอยู่สองจุด สามารถแบ่งได้เป็น 2 บริเวณ ได้แก่ พื้นที่บริเวณที่ 1 ด้านทิศตะวันออกเฉียงเหนือ และ พื้นที่บริเวณที่ 2 ด้านทิศตะวันตกเฉียงใต้ โดยมีพื้นที่ว่างเปล่ากั้นระหว่าง เขตพื้นที่ทั้งสอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ประชาชนสัญชาติไทยวัยกลางคน (อายุ 40-60 ปี) ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 จำนวน 130 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มจากกลุ่มประชากร โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากตาราง⁵⁹ ของ R.V. Krejcie และ D.W. Morgan ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 97 คน และทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 110 คน เพื่อสำหรับกรณีแบบสอบถามที่ได้ไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ได้ และเพื่อความสะดวกในการประมาณค่า

หลังจากได้จำนวนตัวอย่างแล้ว ได้ทำการสุ่มเลือกตัวอย่างจากกลุ่มประชากร โดยใช้วิธี Multistage random sampling มีขั้นตอนดังนี้

1. แบ่งกลุ่มประชากรในแต่ละกลุ่มตามพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่บริเวณ 1 และ พื้นที่บริเวณ 2
2. ทำการเลือกตัวอย่างจากแต่ละพื้นที่ ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Cluster random sampling โดยอนุมานว่าแต่ละพื้นที่ต้องมีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างอยู่อย่างเท่าเทียมกัน จำนวนในการสุ่มตัวอย่างเป็นส่วนสัดส่วนจากประชากรในแต่ละพื้นที่
3. จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละครัวเรือน ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified random sampling โดยอนุมานว่าจำนวนครัวเรือนมีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างอยู่อย่างไม่เท่าเทียมกัน จำนวนในการสุ่มตัวอย่างเป็นส่วนสัดส่วนจากประชากรในแต่ละครัวเรือน
4. เลือกผู้ทำแบบสอบถามจากแต่ละครัวเรือนโดยวิธีการสุ่มแบบ Quota sampling โดยการ สุ่มตัวอย่างครัวเรือนละไม่เกิน 2 คน ให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ กรณีที่ในครัวเรือน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ไม่ถึง 2 คน ให้ข้ามครัวเรือนนั้นแล้วทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากครัวเรือนถัดไปจนได้ครบตามจำนวนที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และแบบสัมภาษณ์ (Interview) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่วนประกอบของแบบสอบถาม ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางประชากรศาสตร์ เป็นข้อคำถามแบบปรนัย จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามแบบปรนัย จำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น

ข้อคำถามด้านปัจจัยนำ จำนวน 24 ข้อ

ข้อคำถามด้านปัจจัยเอื้อ จำนวน 8 ข้อ

ข้อคำถามด้านปัจจัยสนับสนุน จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรม เป็นข้อคำถามแบบปรนัย จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านความต้องการจัดกิจกรรม เป็นข้อคำถามแบบอัตนัย จำนวน 3 ข้อ

2. ส่วนประกอบของแบบสัมภาษณ์ เรื่องแนวทางการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 ได้แก่

แบบสัมภาษณ์ เพื่อสอบถามประเด็นความเหมาะสมของแนวทางการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามแบบอัตนัย จำนวน 2 ข้อ โดยทำการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน, เทศบาลเมืองแสนสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ มีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

ใช้อธิบายคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน เป็นต้น โดยนำมาวิเคราะห์หาค่า ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน

สมมติฐานที่ 1 คนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย โดยใช้สถิติ One sample T-test

สมมติฐานที่ 2 ประชากรเพศชายและเพศหญิงในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ Independent T-test

สมมติฐานที่ 3 อายุของคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ One way ANOVA

สมมติฐานที่ 4 สถานภาพสมรสของคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการ ออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ One way ANOVA

สมมติฐานที่ 5 ระดับการศึกษาของคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการ ออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ One way ANOVA

สมมติฐานที่ 6 อาชีพของคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ One way ANOVA

สมมติฐานที่ 7 รายได้ของคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ One way ANOVA

สมมติฐานที่ 8 ประเภทของสื่อโฆษณาเกี่ยวกับการออกกำลังกายในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีผลต่อระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ Independent T-test

สมมติฐานที่ 9 ระดับความรู้ในการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการ ออกกำลังกายในด้านต่างๆของคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 โดยใช้สถิติ Chi-square

สมมติฐานที่ 10 ระดับทัศนคติในการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการ ออกกำลังกายในด้านต่างๆของคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 โดยใช้สถิติ Chi-square

สมมติฐานที่ 11 ทฤษฎีการที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายในด้านต่างๆของคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 โดยใช้สถิติ Chi-square

สมมติฐานที่ 12 เจตคติและพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลที่มีอิทธิพลที่เกี่ยวข้องไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายในด้านต่างๆของคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 โดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์

1. เพศหญิงมากกว่าเพศชาย
2. อายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 40-45 ปี มากที่สุด
3. สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส “สมรส” มากที่สุด
4. ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุดคือ 44 คน
5. อาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุดคือ 44 คน
6. ช่วงวันทำงาน กลุ่มตัวอย่างทำงานในวันจันทร์ – วันศุกร์มากที่สุดคือ 99 คน
7. ช่วงเวลาทำงาน กลุ่มตัวอย่างทำงานช่วงเวลา 08:00-16:00 น. มากที่สุด
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 5,000-9,999 บาท/เดือนมากที่สุด
9. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างรับสื่อโฆษณาเกี่ยวกับการออกกำลังกายจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด

1.1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย

1.1.2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยนำด้านทัศนคติ

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง
สรุปปัญหาในด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายได้ดังนี้

1. การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อดูไม่สวยงาม
2. การออกกำลังกายทำให้รูปร่างกระชับได้สัดส่วน และมีความคล่องตัว
3. การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ย่างยากซับซ้อนเพราะมีขั้นตอนมาก

1.1.2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยนำด้านความรู้

ระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับดี สรุปปัญหาในด้านความรู้
เกี่ยวกับการออกกำลังกายได้ดังนี้

1. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเส้นเลือด เป็นต้น
2. การออกกำลังกายที่หนักและนานมากพอ รวมถึงมีความสม่ำเสมอจะเกิดประโยชน์สูงสุด

1.1.2.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยสนับสนุนด้านบุคคลใกล้ชิดและสื่อ

ปัจจัยสนับสนุนด้านบุคคลใกล้ชิดและสื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง สรุปปัญหาในด้านปัจจัยสนับสนุนด้านบุคคลใกล้ชิดและสื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกาย คือ สื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกาย

1.1.2.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเอื้อด้านทรัพยากร

ทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง สรุปปัญหาในด้านทรัพยากรเกี่ยวกับการออกกำลังกายได้ดังนี้

1. อุปสรรคในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในชุมชนหรือสถานออกกำลังกายใกล้บ้านพร้อมต่อการใช้งานทุกครั้ง
2. อุปสรรคในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในชุมชนหรือสถานออกกำลังกายใกล้บ้านมีความหลากหลายเพียงพอต่อการใช้งาน
3. สถานออกกำลังกายในชุมชนหรือบริเวณใกล้บ้านมีขนาดใหญ่เพียงพอต่อจำนวนผู้เข้ารับบริการ

1.1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง สรุปปัญหาในด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายได้ดังนี้

1. ก่อนการออกกำลังกายมีการปรับสภาพร่างกายด้วยการอบอุ่นร่างกายอย่างถูกต้อง
2. การเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ง่าย ปลอดภัยหรือมีความชอบ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ
3. การออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที

1.2 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 คนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย

สรุปได้ว่า คนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับมากกว่า 18.67 คืออยู่ในระดับปานกลางหรือดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 2 เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 3 อายุของคนวัยกลางคนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า อายุของคนวัยกลางคนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 4 สถานภาพสมรสมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า สถานภาพสมรสในกลุ่มต่างๆมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 5 ระดับการศึกษาของคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า ระดับการศึกษาของคนในชุมชนมีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 8.8 สื่อโฆษณาเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า สื่อโฆษณาเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 8.9 ไม่เคยพบเห็นสื่อที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า ไม่เคยพบเห็นสื่อที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 8.10 สื่ออื่นๆ ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า สื่ออื่นๆ ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 9 ระดับความรู้ในการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายในด้านต่างๆของคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2

สรุปได้ว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นเมื่อคนในชุมชนมีความรู้น้อย จะส่งผลทำให้คนในชุมชนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย และเมื่อมีความรู้มาก จะส่งผลทำให้คนในชุมชนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวก

สมมติฐานที่ 10 ทักษะการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย
สรุปได้ว่า ทักษะการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 11 ทรัพยากรที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายในด้านต่างๆของคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2

สรุปได้ว่า ทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นเมื่อในชุมชนมีทรัพยากรน้อย จะส่งผลทำให้คนในชุมชนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย และเมื่อมีทรัพยากรมาก จะส่งผลทำให้คนในชุมชนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวก

สมมติฐานที่ 12 ปัจจัยสนับสนุน(บุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน ครอบครัว และสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกาย)ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายในด้านต่างๆของคนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2

สรุปได้ว่า ปัจจัยสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 ตอนที่ 1 รายละเอียดของผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ให้สัมภาษณ์	ตำแหน่ง
อ.ดร.สมพร ส่งตระกูล	ผู้ช่วยคณบดี ฝ่ายบัณฑิตและงานวิจัย คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
คุณอัจฉรา ปัญญามานะ	นักกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย บูรพา (แผนกกายภาพบำบัด)
คุณไพเราะ ตัญญาญจน์	ผู้นำชุมชนมุขแสนเจริญ 2
คุณจิตาภา จุฑาภูวดล	พยาบาลวิชาชีพ สังกัดเทศบาลเมืองแสนสุข

ตารางที่ 4-19 ข้อมูลรายละเอียดของผู้ให้สัมภาษณ์จำนวน 4 ท่าน

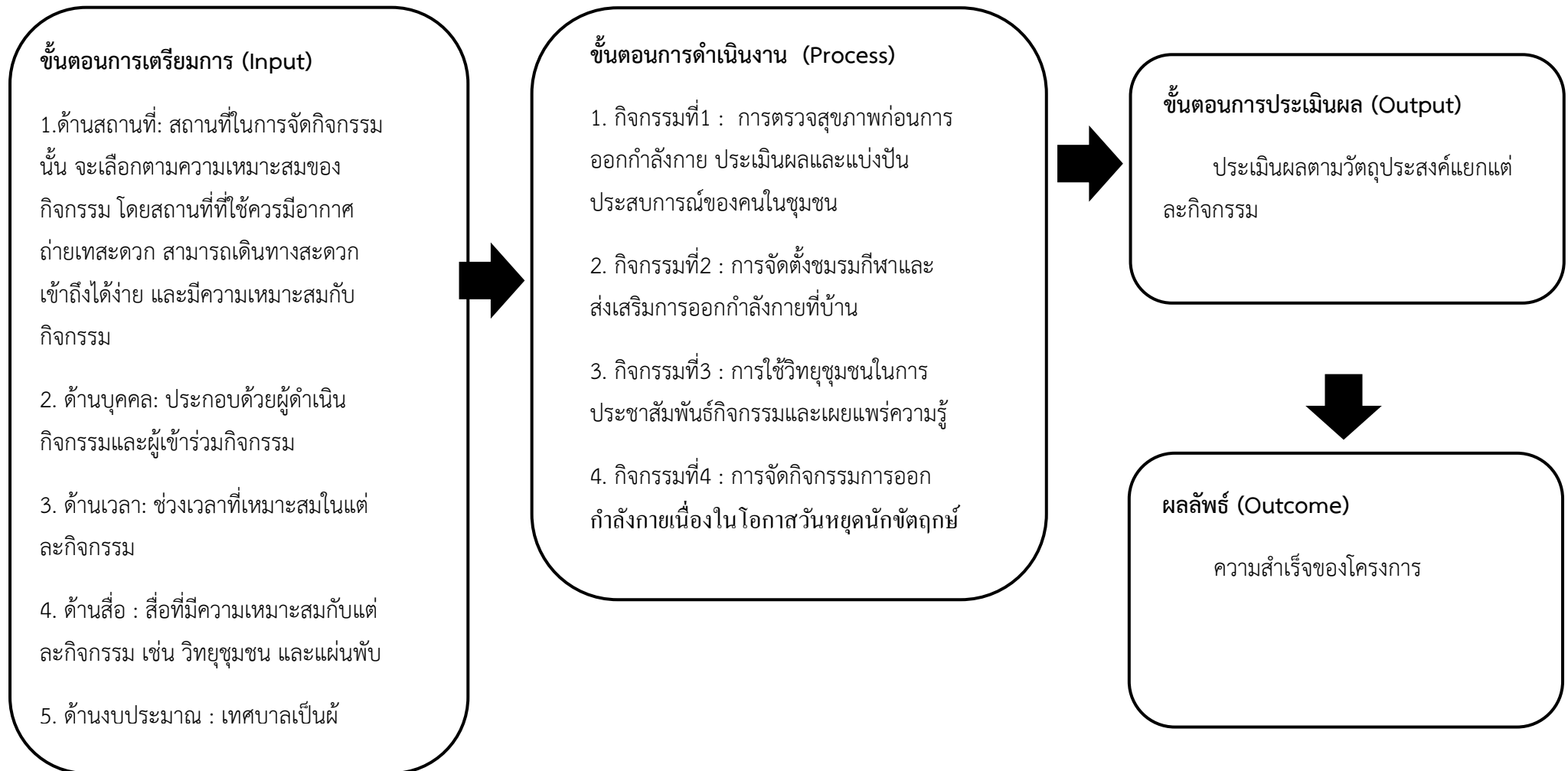
2.2 สรุปปัญหาจากแบบสอบถามและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ด้าน	ปัญหา	แนวทางการแก้ไข
ด้าน ความรู้	1.ขาดความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายด้านการช่วยป้องกันโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเส้นเลือด เป็นต้น 2.ขาดความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องคือ ควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที และสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	1.การให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายผ่านสื่อที่เหมาะสมสำหรับคนในชุมชน
ด้าน ทัศนคติ	1.การออกกำลังกายไม่ทำให้สดชื่นและอารมณ์ดี 2.การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อดูไม่สวยงาม 3.การออกกำลังกายไม่ทำให้รูปร่างกระชับได้สัดส่วน และมีความคล่องตัว 4.การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ยุ่งยากซับซ้อน เพราะมีขั้นตอนมาก	1.การยกตัวอย่างบุคคลที่ประสบความสำเร็จด้านการออกกำลังกาย (Role model) และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนทัศนคติ 2.การกระตุ้นให้คนในชุมชนตระหนักถึงผลเสียของการไม่ออกกำลังกาย 3.การจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เป็นประโยชน์และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน
ด้าน พฤติกรรม	1.ไม่สำรวจตนเองอย่างสม่ำเสมอว่าร่างกายแข็งแรงหรือไม่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย 2.ไม่เลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่ถนัดหรือมีความชอบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 3.ออกกำลังกายไม่นานพอ 4.รู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายแต่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่ถูกวิธี	1.จัดการตรวจสุขภาพเบื้องต้นและการทดสอบสมรรถภาพ 5 ด้านก่อนการออกกำลังกายให้กับคนในชุมชน 2.ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยการจัดตั้งชมรมกีฬา

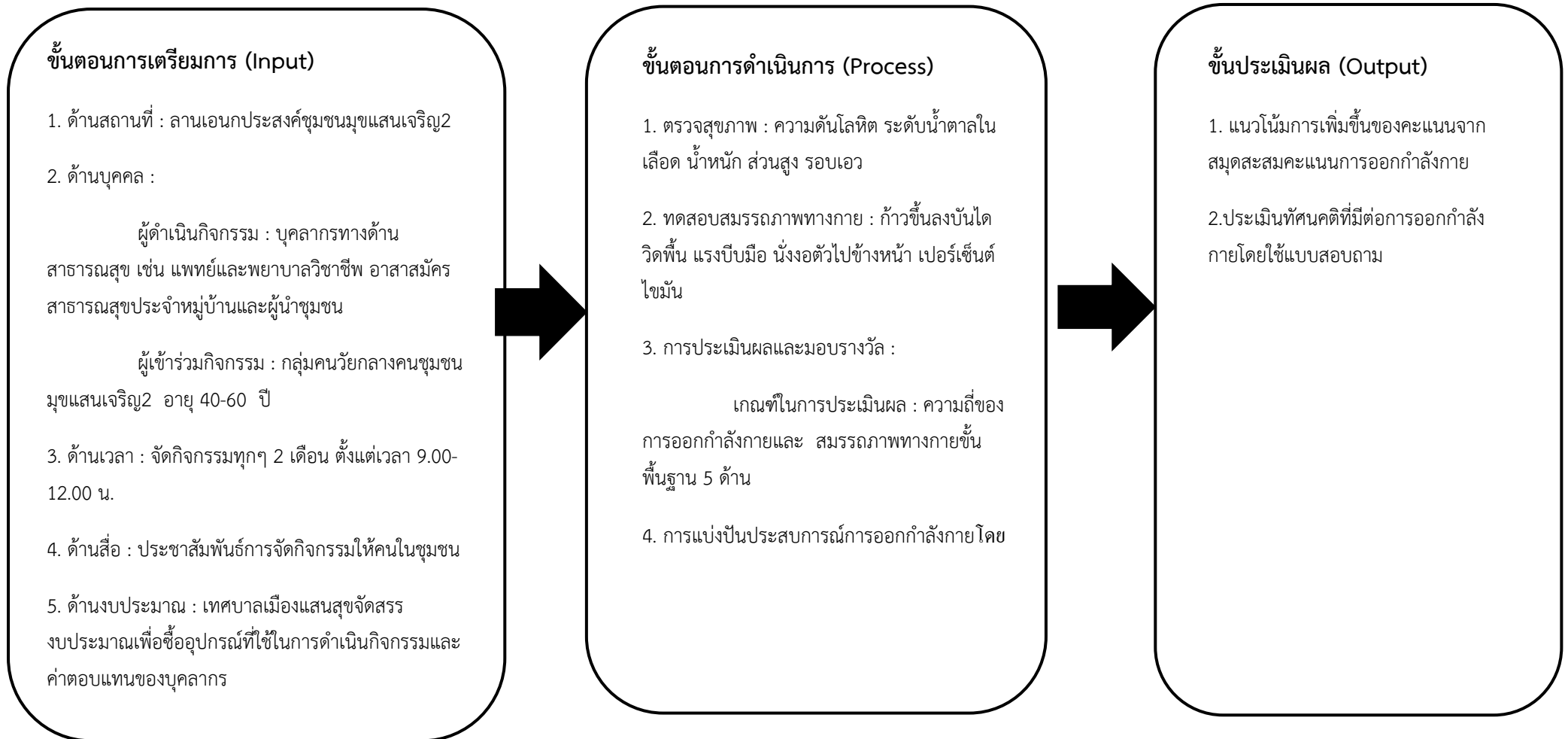
ด้าน ทรัพยากร	1.อุปกรณ์ในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในชุมชน ไม่พร้อมต่อการใช้งาน 2.อุปกรณ์ในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในชุมชน ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน 3.อุปกรณ์ในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในชุมชน ไม่หลากหลายต่อการใช้งาน 4.สถานที่ออกกำลังกายในชุมชนมีพื้นที่ไม่ เพียงพอต่อจำนวนผู้เข้ารับบริการ 5.สถานที่ออกกำลังกายในชุมชนมีอากาศถ่ายเท ไม่สะดวก 6.สถานที่ออกกำลังกายในชุมชนไม่สะดวกใน การเดินทาง	1.ส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ภายในบ้านมา ประยุกต์ใช้ในการออกกำลังกาย 2.ส่งเสริมให้เลือกวิธีการออกกำลังกายใน รูปแบบอื่นๆ
ด้านสื่อ	1.สื่อต่างๆ ภายใน ไม่มีผลต่อการออกกำลังกาย ของคนในชุมชน 2.สื่อที่มีภายในชุมชนไม่เหมาะสมและสามารถ เข้าถึงได้ยาก	1.ปรับปรุงวิทยุชุมชนสำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับ การออกกำลังกาย

ตารางที่ 4-20 แสดงปัญหาและแนวทางการแก้ไขทั้ง 5 ด้าน

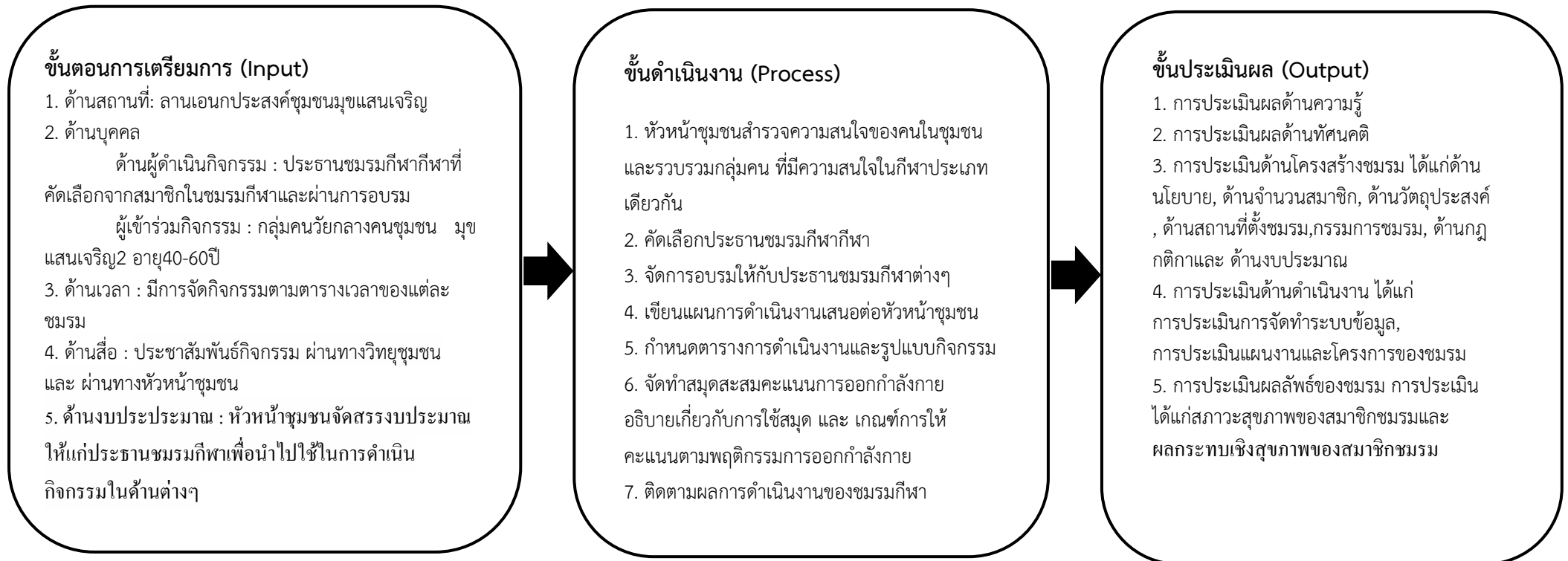
2.3 แนวทางการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย



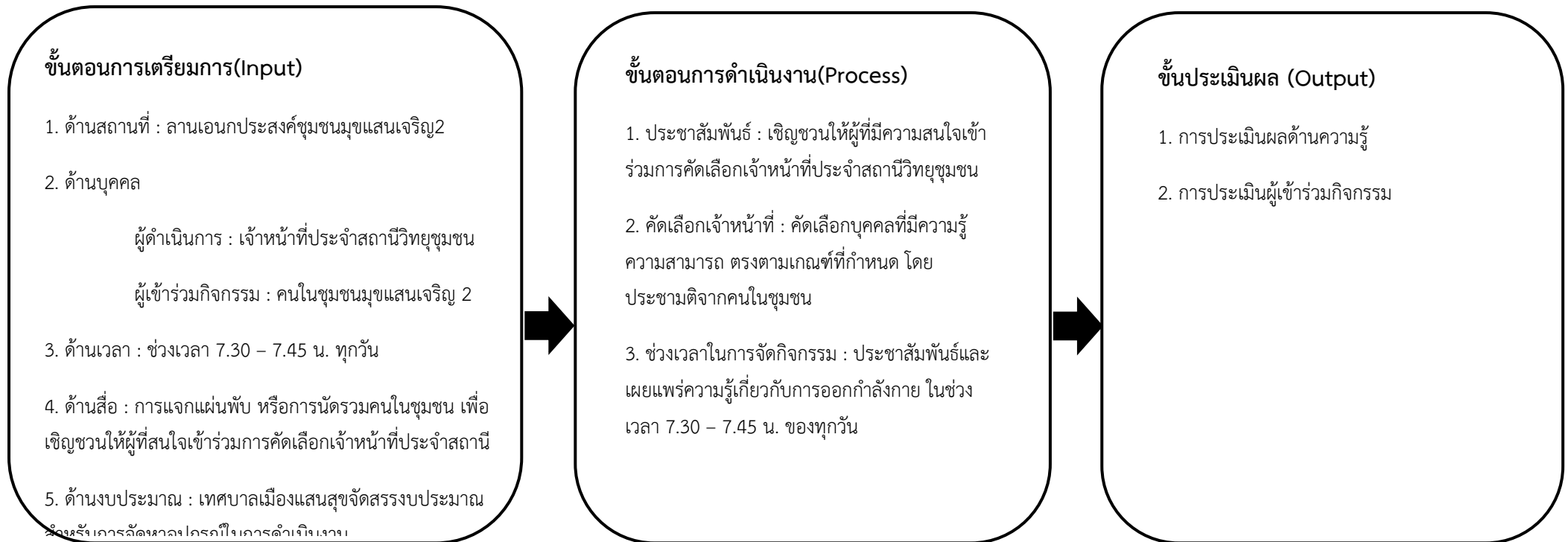
ภาพที่ 4-1 แสดงแนวทางในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย



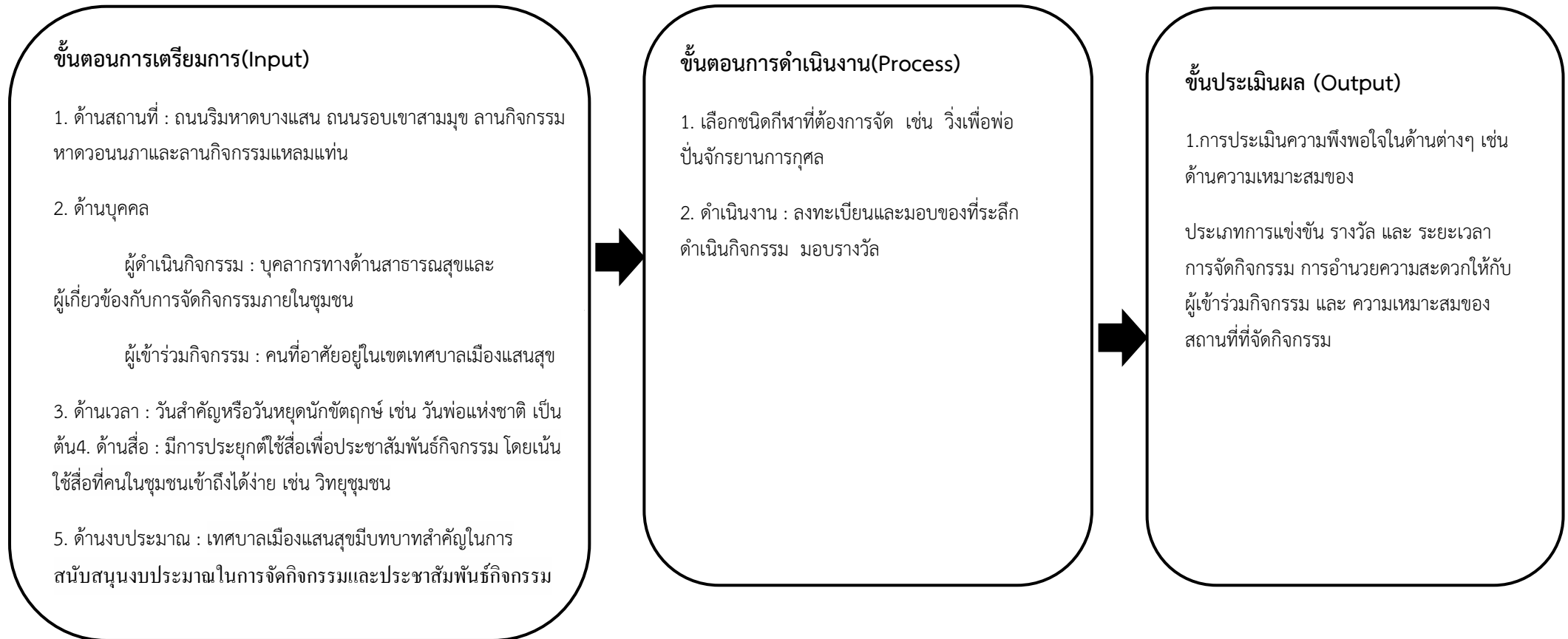
ภาพที่ 4-4 แสดงขั้นตอนการจัดกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพและประเมินสมรรถภาพก่อนและหลังการออกกำลังกาย และแบ่งปันประสบการณ์ของบุคคลตัวอย่าง



ภาพที่ 4-7 แสดงขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเข้าร่วมชมรมกีฬาและส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้าน



ภาพที่ 4-9 แสดงขั้นตอนการจัดกิจกรรมการใช้วิทยุชุมชนในการประชาสัมพันธ์กิจกรรมและเผยแพร่ความรู้



ภาพที่ 4-12 แสดงขั้นตอนการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเนื่องในโอกาสวันหยุดนักขัตฤกษ์

สรุปผลการวิจัย

ประเด็นที่ 1 ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาด้านความรู้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่าคนในชุมชนขาดความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายในแง่การช่วยป้องกันโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น และความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ สรุปได้ว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การแก้ไขปัญหาด้านความรู้ที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำได้โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อ เช่น แผ่นพับรูปภาพ และป้ายโปสเตอร์ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ซึ่งเห็นว่า สื่อข้างต้นไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้จริง แต่ควรใช้วิทยุชุมชน เพื่อประชาสัมพันธ์การออกกำลังกายและเผยแพร่ความรู้ เพราะเป็นสื่อที่มีอยู่ในชุมชน สามารถปรับปรุงได้และคนในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย

ประเด็นที่ 2 ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาด้านทัศนคติ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่าคนในชุมชนมีทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง คณะผู้วิจัยจึงได้สรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านทัศนคติ คือ เชิญบุคคลที่ประสบความสำเร็จด้านการออกกำลังกายมาบรรยายประสบการณ์ วิธีการดูแลตนเอง การควบคุมอาหาร รวมถึงวิธีการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนทัศนคติภายในกลุ่ม เพื่อให้เป็นแรงผลักดันให้คนในชุมชนมีทัศนคติต่อการออกกำลังกายที่ดีขึ้น

ประเด็นที่ 3 ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาด้านพฤติกรรม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบปัญหาด้านพฤติกรรมในการออกกำลังกาย เช่น ไม่สำรวจตนเองก่อนการออกกำลังกาย ไม่เลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่ง่ายจนดหรือชอบออกกำลังกายน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที เป็นต้น คณะผู้วิจัยจึงได้สรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม คือ จัดกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพให้กับคนในชุมชนและจัดตั้งชมรมกีฬาชนิดต่างๆ เช่น ฟุตบอล ตะกร้อ เป็นต้น

ประเด็นที่ 4 ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาด้านทรัพยากร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่าปัญหาด้านทรัพยากรมีทั้งหมด 2 ด้าน ดังนี้ ปัญหาด้านอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย คืออุปกรณ์ที่มีอยู่ในชุมชนไม่พร้อม ไม่เพียงพอและไม่หลากหลายต่อการใช้งาน และปัญหาด้านสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน คือมีพื้นที่ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้เข้ารับบริการ อาภาศถ่ายเทไม่สะดวกและเดินทางเข้าถึงได้ยาก คณะผู้วิจัยได้สรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านทรัพยากร คือ สาธิตวิธีการใช้อุปกรณ์ภายในบ้านในการออกกำลังกายและแนะนำการออกกำลังกายง่ายๆที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์

ประเด็นที่ 5 ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาด้านสื่อที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบปัญหาด้านสื่อที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายภายในชุมชน เช่น วิทยุชุมชนและอินเทอร์เน็ตไม่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายให้กับคนในชุมชนได้ และไม่มีสื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมภายในชุมชน คณะผู้วิจัยจึงได้สรุปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านสื่อ คือจัดวิทยุชุมชนในการเผยแพร่ความรู้และประชาสัมพันธ์กิจกรรม โดยให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเป็นผู้กระจายข่าวสาร

อภิปรายผลการศึกษา

1. ลักษณะทางประชากรศาสตร์

จากผลการศึกษาพบว่า คนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 ที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ช่วงวันทำงาน ช่วงเวลาทำงานและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ได้กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านลักษณะทางชีวภาพหรือประชากรศาสตร์มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยมีผลโดยตรงต่อการมีความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม และพบว่าในบางปัจจัยก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประเภทของสื่อโฆษณาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ได้แก่ สื่อโทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อโฆษณาเคลื่อนที่ ที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่า คนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 ส่วนใหญ่ รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการออกกำลังกายผ่านสื่อดังกล่าว ซึ่งอาจจะมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะคิด มากกว่าสื่อประเภทอื่นๆ ส่งผลให้มีระดับพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้คนวัยกลางคนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางหรือดี

2. ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย กล่าวคือ กลุ่มคนวัยกลางคนชุมชนมุขแสนเจริญ 2 ที่มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ตลอดจนทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเส้นเลือด เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญนิกา งามเจริญ (2548) งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎี KAP (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533) ที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับผลของพฤติกรรม วิธีปฏิบัติพฤติกรรม และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. ทักษะคิดและพฤติกรรมการออกกำลังกาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับทัศนคติพบว่าระดับทัศนคติเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และระดับทัศนคติไม่สัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับทฤษฎี precede-proceed model (Lawrence W. Green and Marchall Krueter, 1987) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุร่วมกันระหว่างหลายๆปัจจัย โดยใช้กระบวนการของปัจจัยนำ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเอื้ออำนวย ประเมินว่ามีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทัศนคติจึงมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่ในบางกรณีทัศนคติอาจไม่นำไปสู่พฤติกรรมเสมอไป ซึ่งในแนวคิดนี้เรียกว่า ช่องว่างของความรู้ ทัศนคติ และการยอมรับปฏิบัติ หรือ KAP-GAP กล่าวโดยสรุป คือ ในกรณีทั่วไปเมื่อบุคคลมีความรู้และทัศนคติอย่างไร จะแสดงพฤติกรรมไปตามความรู้และทัศนคติที่มีอยู่นั้น จะเกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกันหรือสัมพันธ์กัน แต่จะไม่เกิดขึ้นเสมอไปในทุกกรณี (อรรณพ ปลัณธโนวาท, 2542) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า คนในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 มีระดับความรู้ สภาพแวดล้อม ค่านิยม และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีทัศนคติต่อการออกกำลังกายที่ต่างกันไป

จากผลการศึกษาในด้านทัศนคติพบว่าคนในชุมชนมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อดูไม่สวยงาม การออกกำลังกายไม่ทำให้รูปร่างกระชับได้สัดส่วน และไม่มีเวลาคล่องตัว อีกทั้งเป็นเรื่องที่ยุ่งยากซับซ้อนเพราะมีขั้นตอนมาก ซึ่งสาเหตุของการมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เกิดจากการมีความรู้สึกละเลยต่อการออกกำลังกาย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ วันดี ฉวีจันทร์(2551) และ Zimbardo and Ebbesson (2005) ที่พบว่า ถ้าหากบุคคลมีภาวะความรู้สึกที่ไม่ดี ก็จะแสดงออกมาในขณะคิดถึงสิ่งนั้นออกมาไม่ดี เรียกว่า Negative Affective Componen

4. พฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

จากการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มวัยกลางคนชุมชน มุขแสนเจริญ 2 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายเกี่ยวกับการเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพเพศและวัย, พฤติกรรมการออกกำลังกายเกี่ยวกับการเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ง่าย ถนัดหรือมีความชอบ, พฤติกรรมการออกกำลังกายเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และ พฤติกรรมการออกกำลังกายเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ในระดับดี ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ หลักการจำแนกประโยชน์ที่ได้จากการออกกำลังกาย และหลักการเลือกกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (2553) พฤติกรรมการออกกำลังกายเกี่ยวกับการวางแผนหรือจัดสรรช่วงเวลาในการออกกำลังกายและ พฤติกรรมการออกกำลังกายเกี่ยวกับการสำรวจตนเองอย่างสม่ำเสมอว่าร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายส่วนใหญ่มีค่าอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

5. ทรัพยากรที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

จากการศึกษาพบว่า ทรัพยากรที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายในชุมชนมุขแสนเจริญ 2 โดยเฉลี่ยจัดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ทรัพยากรการออกกำลังกาย หรือ อุปกรณ์การออกกำลังกายที่พร้อมต่อการใช้งาน ที่มีความหลากหลาย หรือเพียงพอต่อการใช้งาน มีอยู่ในระดับน้อย ซึ่งจากการทดสอบทางสถิติพบว่า ทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดังจากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้จาก นโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างสุขภาพด้านการออกกำลังกาย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2553) ได้กำหนดนโยบายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไว้ว่า ให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเต็มประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และยังสอดคล้องกับหลัก Precede-proceed model (Lawrence W. Green and Marchall Krueter, 1987) ที่ได้กล่าวถึงกระบวนการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ 2 ประเด็นที่สำคัญ หนึ่งในนั้นคือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีบทบาทที่สำคัญที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

6. สื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณสามารถ สรุปได้ว่า สื่อที่ส่งผลให้พฤติกรรมออกกำลังกายมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากร ได้แก่ สื่อโทรทัศน์ สื่อป้ายโฆษณา สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อโฆษณาเคลื่อนที่ ส่วนสื่อที่ไม่ส่งผลให้พฤติกรรมออกกำลังกายมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากร ได้แก่ สื่อวิทยุชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ต และสื่อโฆษณาในร้านค้า และไม่พบการใช้สื่อวิทยุในการรับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายภายในชุมชน และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า สื่อมีผลส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Zimbardo and Leippe ของ อรพรรณ ปลัณธนโอวาท (2542) ที่กล่าวว่า “อิทธิพลของการเสนอข่าวสารบ่อยๆ จะทำให้ผู้ฟังคุ้นเคย (Repetition to Create Familiarity) ซึ่ง

อาจจะนำไปสู่พฤติกรรมได้” ทางคณะผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการใช้สื่อที่มีอยู่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนในชุมชนให้มีความเหมาะสม

7. ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับปัจจัยสนับสนุน พบว่าระดับปัจจัยสนับสนุนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และระดับปัจจัยสนับสนุนไม่สัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

โดยระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด ได้แก่ สื่อต่างๆ มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกาย รองลงมา ได้แก่ บุคคลใกล้ชิด จากการศึกษาข้างต้นพบว่า ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราภรณ์ คำรศ และคณะ (2556) อาจเป็นเพราะกลุ่มประชากรอยู่ในพื้นที่ที่แตกต่างกันซึ่งสามารถเข้าถึงสื่อได้แตกต่างกัน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีประกันสุขภาพของแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติในสถาน
ประกอบการของพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี: โครงการนำร่อง
Factors Affecting the Acquisition of Health Insurance Acquirement among
Migrant Factory Workers: Pilot study

นายจงสฤษฏ์ เปรมเจริญ¹ นายจิณณะ กิตติพิพัฒน์² นายวัชรกร ชูทอง³ นายสุรชัย เจริญวารีกุล⁴
Mr. Koem Chanthorn⁵ Mr. Sintan Som⁶

¹ นิสิตคณะแพทยศาสตร์ E-mail: jongsarit_101@hotmail.com

² นิสิตคณะแพทยศาสตร์ E-mail: jinna.kittupute@gmail.com

³ นิสิตคณะแพทยศาสตร์ E-mail: mc.de.zero@gmail.com

⁴ นิสิตคณะแพทยศาสตร์ E-mail: surachatjwk@gmail.com

⁵ นิสิตคณะแพทยศาสตร์ E-mail: koemchanthorn9999@gmail.com

⁶ นิสิตคณะแพทยศาสตร์ E-mail: Naethannn@gmail.com

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่เวทีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างเต็มรูปแบบ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของแรงงานกระทรวงสาธารณสุขไทยได้ตอบรับนโยบายดังกล่าวโดยนำประกาศของปฎิญญาริโอในปี พ.ศ.2554 มากำหนดแนวทางการเพิ่มความคุ้มครองการดูแลสุขภาพของแรงงานที่ทำงานในประเทศไทย จังหวัดชลบุรีเป็นเมืองอุตสาหกรรมและเมืองท่องเที่ยวจึงมีแรงงานทั้งแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติอยู่เป็นจำนวนมาก งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินข้อมูลความครอบคลุมของประกันสุขภาพสำหรับแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติในเขตเทศบาลแสนสุข จังหวัดชลบุรี โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามแรงงานในโรงงานสองแห่งที่เข้าร่วมโครงการ “เครือข่ายเข้มแข็ง แรงงานสุขภาพดี” ของเทศบาลเมืองแสนสุข งบประมาณปี พ.ศ. 2559 จำนวน 59 ชุด (ร้อยละ 51.8) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความครอบคลุมของประกันสุขภาพโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression analysis) วิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม STATA 10 และกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบ (α) ที่ค่า 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของแรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพในแรงงานกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 8.5) แต่แรงงานข้ามชาติมีประกันสุขภาพน้อยกว่าแรงงานไทย ($p < 0.05$) การไม่มีประกันสุขภาพสัมพันธ์กับรายได้เฉลี่ยหลังหักค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ($OD=7.31$; $1.00-54.91$) และความสามารถในการอ่านภาษาไทยที่ต่ำ ($OD=7.37$; $1.00-54.91$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้น แรงงานข้ามชาติมีความลำบากในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพมากกว่าแรงงานไทย ($p < 0.05$) และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพน้อยกว่า การศึกษานี้สรุปว่า แม้ว่ารายได้เฉลี่ยที่ต่ำและความสามารถในการอ่านภาษาไทยที่ต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการไม่มีประกันสุขภาพของแรงงานโรงงานในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงาน

ข้ามชาติ แต่การศึกษานี้ยังศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีจำนวนจำกัด หากทำการศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อรัฐบาลไทยและนายจ้างด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของแรงงานโรงงานเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอนาคต

คำสำคัญ: ประกันสุขภาพ, แรงงาน, สถานประกอบการ

บทนำ

จากการประกาศของปฏิญญาโอไฮโอในปี พ.ศ.2554 หน่วยปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Social Determinants of Health Unit) ได้กำหนดให้มีการกำกับดูแลกิจการที่ดีสำหรับสุขภาพและการพัฒนา โดยใช้นโยบายด้านสุขภาพในทุกด้าน วางแนวทางให้หน่วยงานด้านสุขภาพเข้าถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ แนะนำแนวทางการเชื่อมโยงส่วนได้เสียระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และการตรวจสอบความก้าวหน้าปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและความเท่าเทียมด้านสุขภาพ^[1-2] หนึ่งในวัตถุประสงค์หลักของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพซึ่งกระทรวงสาธารณสุขไทยนำมาใช้คือการเพิ่มความคุ้มครองการดูแลสุขภาพของแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ^[3] โดยรัฐบาลไทยสนับสนุนการทำให้ประกันสุขภาพสำหรับแรงงานไทยและและแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทุกคน นอกจากนั้น แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีใบอนุญาตยังสามารถเข้าโครงการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติได้ ประกันสุขภาพสำหรับแรงงานในโรงงานจะช่วยให้แรงงานสามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของการส่งเสริมและการป้องกันโรค

จังหวัดชลบุรีมีแรงงานข้ามชาติอยู่เป็นจำนวนมากเพราะเป็นแหล่งอุตสาหกรรมและมีสถานที่ท่องเที่ยวที่ดึงดูดใจ กระทรวงแรงงานไทยรายงานว่า ในปี 2557 จังหวัดชลบุรีมีแรงงานข้ามชาติจำนวน 140,120 คนซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ^[4] นอกจากนี้ จากรายงานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาในปี 2557-2558 พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการเป็นคนต่างชาติร้อยละ 6.3 และผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามารับบริการสูงสามอันดับแรกคือ สัญชาติกัมพูชา (ร้อยละ 29.9) พม่า (ร้อยละ 25.8) และลาว (ร้อยละ 20.6)^[5] มีรายงานว่าแรงงานข้ามชาติในจังหวัดชลบุรีไม่มีประกันสุขภาพร้อยละ 67.3^[4] แรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพดังกล่าวอาจไม่ได้รับประโยชน์ในการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพและอาจเป็นภาระทางการเงินของระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทย มีงานวิจัยพบว่า รัฐบาลไทยสูญเสียงบประมาณถึง 259.6 ล้านบาทเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของแรงงานกลุ่มดังกล่าว^[6]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินข้อมูลความครอบคลุมของประกันสุขภาพสำหรับแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติในเขตเทศบาลแสนสุข จังหวัดชลบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional study)

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการศึกษา

ในเดือนเมษายน ปี พ.ศ.2559 เทศบาลเมืองแสนสุขได้ดำเนินโครงการ “เครือข่ายเข้มแข็ง แรงงานสุขภาพดี” มีแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติทั้งหมด 114 รายจากโรงงาน 2 แห่งได้รับการเชิญให้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมโครงการได้ตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมด ผู้วิจัยได้ขออนุญาตนำข้อมูลจากแบบสอบถามของโครงการจากเทศบาลเมืองแสนสุขโดยเก็บตัวแปรที่สนใจทำการศึกษามาวิเคราะห์แบบสอบถามที่มีตัวแปรที่สนใจครบถ้วนและได้นำมาใช้เก็บข้อมูลในการศึกษานี้มีเพียง 59 ชุด (ร้อยละ 51.8) การศึกษานี้ได้ปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่ระบุรหัสแทนการระบุชื่อและนามสกุล การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างได้รับการทดสอบความเป็นเอกภาพ (homogeneity) ข้อมูลด้านเพศ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการใช้ภาษาไทย สถานะสุขภาพ สิทธิประกันสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ใช้การทดสอบแบบ Chi-square ส่วนอายุใช้การทดสอบแบบ independent t-test ปัจจัยที่ส่งผลต่อความครอบคลุมของประกันสุขภาพใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression analysis) และนำเสนอด้วยค่า odds ratio พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 วิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม STATA 10 และกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบ (α) ที่ค่า 0.05

ผลการศึกษา

ผลการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 59 ชุด มีข้อมูลของแรงงานไทยจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 44.1) และของแรงงานข้ามชาติจำนวน 33 ราย (ร้อยละ 56.0) ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของแรงงานกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของแรงงานเปรียบเทียบระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติแสดงในตารางที่ 2 ส่วนปัจจัยของแรงงานที่มีผลต่อการประกันสุขภาพแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผลการศึกษา

งานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินข้อมูลความครอบคลุมของประกันสุขภาพและหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีประกันสุขภาพของแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จากข้อมูลพื้นฐานของแรงงานกลุ่มตัวอย่างในตารางที่ 1 พบว่า สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยหลังหักค่าใช้จ่าย และความสามารถในการอ่านเขียนภาษาไทยของแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แรงงานไทยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.1) มีสถานะโสดและมีประกันสุขภาพทุกราย ตรงกันข้ามกับแรงงานข้ามชาติที่มีสถานะสมรสและมีบุตรเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.6) และบางรายไม่มีประกันสุขภาพ ดังนั้นแรงงานข้ามชาติกลุ่มดังกล่าวจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการส่งเสริมให้แรงงานเข้าถึงระบบการประกันสุขภาพให้มากขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของแรงงาน (n=59)

ปัจจัย	แรงงานไทย (n=26)	แรงงานข้ามชาติ (n=33)	p-value
อายุ (ปี) mean (s.d.) (min-max)	29.9 (4.9) (18-39)	29.8 (8.8) (18-52)	0.973
เพศ			0.095
ชาย	5 (19.2%)	13 (39.4%)	
หญิง	21 (80.8%)	20 (60.6%)	
ศาสนา			0.864
พุทธ	25 (96.2%)	32 (97.0%)	
คริสต์	1 (3.8%)	1 (3.0%)	
สถานะ			<0.001****
โสด	19 (73.1%)	5 (15.2%)	
หย่าร้าง	0	2 (6.1%)	
แต่งงาน,ไม่มีบุตร	3 (11.5%)	5 (15.2%)	
แต่งงาน,มีบุตร	4 (15.4%)	21 (63.6%)	
จำนวนบุตร	1-2	1-6	
ระดับการศึกษา			<0.001****
ไม่มีการศึกษา	0	8 (24.2%)	
ประถมศึกษา	2 (7.7%)	12 (36.4%)	
มัธยมศึกษา	2 (7.7%)	13 (39.4%)	
อาชีวฯ / เทคนิค / ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	6 (23.0%)	0	
ปริญญาตรีหรือมากกว่า	16 (61.5%)	0	
รายได้เฉลี่ยหลังหักค่าใช้จ่าย (ดอลลาร์สหรัฐ*)			<0.001****
น้อยกว่า 28.6	2 (7.7%)	3 (9.1%)	
28.6 – 85.7	1 (3.8%)	17 (51.5%)	
85.7 – 142.9	3 (11.5%)	9 (27.3%)	
142.9 – 285.7	8 (30.8%)	4 (12.1%)	
มากกว่า 285.7	12 (46.2%)	0	
ความสามารถในการใช้ภาษาไทย			
การฟัง	26 (100.0%)	30 (90.9%)	0.115
การพูด	26 (100.0%)	26 (78.8%)	0.012
การอ่าน	26 (100.0%)	10 (30.3%)	<0.001****
การเขียน	24 (92.3%)	8 (24.2%)	<0.001****
โรคประจำตัว			0.851
มี	5 (19.2%)	7 (21.2%)	
ไม่มี	21 (80.8%)	26 (78.8%)	
สถานะประกันสุขภาพ			0.038****
มีประกันสุขภาพ**	26 (100.0%)	28 (84.8%)	
ไม่มีประกันสุขภาพ***	0	5 (15.2%)	

หมายเหตุ *1 ดอลลาร์สหรัฐ* มีค่าเทียบเท่ากับ 35 บาท **หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันสังคม, ประกันสุขภาพ
สำหรับชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย, สวัสดิการข้าราชการและประกันสุขภาพบริษัทเอกชน ***จ่ายค่าใช้จ่ายเอง/
นายจ้างจ่ายให้ ****p-value <0.05

ตารางที่ 2 พบว่า ความชุกของแรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพในแรงงานกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 8.5) ซึ่งหมายถึงการประกันสุขภาพของแรงงานในเขตเทศบาลเมืองแสนสุขมีความครอบคลุมดี อย่างไรก็ตาม แรงงานข้ามชาติยังมีประกันสุขภาพน้อยกว่าแรงงานไทย ($p < 0.05$) ความไม่เท่าเทียมกันดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับรายได้เฉลี่ยหลังหักค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ($OD=7.31$; 1.00-54.91) และความสามารถในการอ่านภาษาไทยที่ต่ำ ($OD=7.37$; 1.00-54.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) ผลการศึกษานี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker และคณะ ที่พบว่า ความสามารถในการอ่านที่ต่ำส่งผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า ความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ควรเป็นประเด็นทางสังคมที่สำคัญที่รัฐบาลไทยและนายจ้างควรหาทางออกร่วมกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ (n=59)

ปัจจัย	แรงงานไทย (n=26)	แรงงานข้ามชาติ (n=33)	p-value
ความคิดเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง			0.918
ดี	21 (80.8%)	27 (81.8%)	
ไม่ดี	5 (19.2%)	6 (18.2%)	
อาการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเมื่อ 6 เดือนก่อน			0.002*
มี	15 (57.7%)	6 (18.2%)	
ไม่มี	11 (42.3%)	27 (81.8%)	
ความลำบากในการเดินทางเพื่อรับบริการทางสุขภาพ			0.003*
มี	1 (3.8%)	12 (36.4%)	
ไม่มี	25 (96.2%)	21 (63.6%)	
ช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ			
โทรทัศน์	19 (73.1%)	11 (33.3%)	0.002*
วิทยุ	3 (11.5%)	3 (9.1%)	0.758
เสียงตามสายภายในโรงงาน	1 (3.8%)	4 (12.1%)	0.257
Facebook	14 (53.8%)	3 (9.1%)	<0.001*
Line	3 (11.5%)	2 (6.1%)	0.453
เว็บไซต์	8 (30.8%)	3 (9.1%)	0.034*
อื่นๆ เช่น เพื่อน, โบรชัวร์	2 (7.7%)	3 (9.1%)	0.848
สิ่งแวดล้อมภายในโรงงานที่มีผลต่อสุขภาพของแรงงาน			
กลิ่นขยะ			
มลภาวะทางเสียง	2 (7.7%)	8 (24.2%)	0.093
ฝุ่น	19 (73.1%)	17 (51.5%)	0.092
ความร้อน	22 (84.6%)	21 (63.6%)	0.072
ลักษณะท่าทางในการทำงานที่ไม่เหมาะสม	8 (30.8%)	13 (39.4%)	0.492
	4 (15.3%)	7 (21.2%)	0.568

*p-value <0.05

การศึกษานี้ยังพบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและมีความรู้สึกว่าพวกเขาแข็งแรงดี ซึ่งตรงกันข้ามกับแรงงานไทยที่มีอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุหรือความเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มากกว่าแรงงานข้ามชาติ ($p < 0.05$) จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่า แรงงานข้ามชาติมีสุขภาพที่ดีกว่าและสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพการทำงานได้ดีกว่าแรงงานไทย อย่างไรก็ตาม แรงงานข้ามชาติมีความลำบากในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพมากกว่าแรงงานไทย ($p < 0.05$) ดังนั้นรัฐบาลและนายจ้างควรมีนโยบายสนับสนุนการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติให้มีความสะดวกมากยิ่งขึ้น

ช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติก็มีความแตกต่างกัน แรงงานไทยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากโทรทัศน์ (ร้อยละ 73.1) Facebook (ร้อยละ 53.8) และเว็บไซต์ (ร้อยละ 30.8) ส่วนแรงงานข้ามชาติจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพน้อยกว่า ข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากโทรทัศน์ (ร้อยละ 33.3) และเสียงตามสายของโรงงาน (ร้อยละ 12.1) ความแตกต่างดังกล่าวอาจมีผลมาจากความสามารถในการอ่านเขียนภาษาไทยที่ด้อยกว่าคนไทย ในอนาคต หน่วยงานด้านสุขภาพควรผลิตสื่อความรู้ด้านสุขภาพให้มีภาษาอาเซียนที่ตรงกับแรงงานกลุ่มเป้าหมายและผลิตชนิดของสื่อที่หลากหลาย สามารถถ่ายทอดได้หลายช่องทาง

ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในโรงงานที่มีผลต่อสุขภาพพบว่าไม่สัมพันธ์กับการมีสิทธิประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แรงงานกลุ่มตัวอย่างระบุผลภาวะภายในโรงงานที่สูงสุดสามอันดับแรกคือ ฝุ่น เสียงที่ดังและความร้อน หากนายจ้างตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพและสามารถปรับปรุงสภาพแวดล้อมของโรงงานเพื่อลดมลภาวะดังกล่าวจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพของแรงงานและทำให้แรงงานเจ็บป่วยลดลง

แม้ว่างานวิจัยนี้จะศึกษาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในหลายด้าน แต่การศึกษายังมีข้อจำกัดบางประการดังนี้ ประการแรก เนื่องจากการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง ข้อมูลที่เก็บจากแบบสอบถามจึงไม่ครอบคลุมปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประกันสุขภาพทั้งหมด ประการที่สอง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณไม่เพียงพอเนื่องจากกลุ่มประชากรแรงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานข้ามชาติ เป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าไปเก็บข้อมูล ในอนาคต การศึกษาควรเก็บข้อมูลไปข้างหน้าและออกแบบสอบถามที่ครอบคลุมปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประกันสุขภาพในทุกด้าน และควรเพิ่มแรงจูงใจให้นายจ้างตระหนักเรื่องปัญหาสุขภาพและให้ความร่วมมือเพื่อสอบถามข้อมูลจากแรงงานในสังกัดเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยของแรงงานที่มีผลต่อการประกันสุขภาพ (n=59)

ปัจจัย	แรงงานที่มีประกัน * (n=54)	แรงงานที่ไม่มีประกัน ** (n=5)	OR (95% CI)	p-value
เพศ				0.134
ชาย	15 (27.8%)	3 (60.0%)	3.90	
หญิง	39 (72.2%)	2 (40.0%)	(0.64-23.51)	
สถานภาพการสมรส			2.02	0.453
โสด/หย่าร้าง	23 (42.6%)	3 (60.0%)	(0.32-12.93)	
แต่งงาน	31 (57.4%)	2 (40.0%)		
รายได้เฉลี่ยหลังหักค่าใช้จ่าย (ดอลลาร์สหรัฐฯ)			7.31	0.049***
น้อยกว่า 85.7	19 (35.2%)	4 (80.0%)	(1.00-54.91)	
85.7หรือมากกว่า	35 (64.8%)	1 (20.0%)		
ความสามารถในการใช้ภาษาไทย				
การอ่าน	35 (64.8%)	1 (20.0%)	7.37	0.049***
			(1.00-54.91)	
การเขียน	31 (57.4%)	1 (20.0%)	5.39	0.108
			(0.68-42.87)	
โรคประจำตัว			2.93	0.254
มี	44 (81.5%)	3 (60.0%)	(0.46-18.91)	
ไม่มี	10 (18.5%)	2 (40.0%)		
ช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพ			4.64	0.149
โทรทัศน์	29 (53.7%)	1 (20.0%)	(0.57-38.03)	
สิ่งแวดล้อมภายในโรงงานที่มีผล ต่อสุขภาพของแรงงาน				
กลิ่นขยะ	9 (16.7%)	1 (20.0%)	0.80	0.849
			(0.08-8.15)	
มลภาวะทางเสียง	33 (61.1%)	3 (60.0%)	1.05	0.961
			(0.16-6.91)	
ฝุ่น	40 (74.1%)	2 (40.0%)	4.29	0.107
			(0.72-25.60)	
ความร้อน	18 (33.3%)	3 (60.0%)	0.33	0.233
			(0.05-2.06)	

หมายเหตุ *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันสังคม, ประกันสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย, สวัสดิการข้าราชการและประกันสุขภาพบริษัทเอกชน **จ่ายค่าใช้จ่ายเอง/นายจ้างจ่ายให้ ***p-value <0.05

สรุปผลการวิจัย

แม้ว่ารายได้เฉลี่ยที่ต่ำและความสามารถในการอ่านภาษาไทยที่ต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการไม่มีประกันสุขภาพของแรงงานโรงงานในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานข้ามชาติ แต่การศึกษานี้ยังศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีจำนวนจำกัด หากทำการศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อรัฐบาลไทยและนายจ้างด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของแรงงานโรงงานเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์แพทย์หญิงอลิสรา วงสุทธิเลิศ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศาสตราจารย์ เสาวคนธ์ อาจารย์แพทย์หญิงปองทิพย์ อุ้นประเสริฐ และอาจารย์แพทย์หญิงกฤษฎา จีระวงศ์พานิช ที่ให้คำแนะนำในการทำงานวิจัยฉบับนี้เป็นเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.วัลลภ ใจดี ที่ให้คำแนะนำแนวทางวิเคราะห์ด้านสถิติและการคำนวณต่างๆในงานวิจัยฉบับนี้

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.พชญา ใจดี และเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองแสนสุขทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านข้อมูลและงานเอกสารต่างๆ

ขอขอบคุณ Mr. Charles Langford ที่ให้คำแนะนำทางด้านภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ คณะผู้จัดโครงการวิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าโครงการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่มากนัก

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก(World health organization). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.who.int/social_determinants/en/
2. องค์การอนามัยโลก(World health organization). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพคืออะไร [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
3. Ramon Lorenzo Luis R. Guinto, Ufara Zuwasti Curran, Rapeepong Suphanchaimat, Nicola S. Pocock. ความครอบคลุมด้านสุขภาพในอาเซียน: ครอบคลุมผู้อพยพหรือไม่?. ม.ป.ท.; 2558
4. กรมการจัดหางาน. วารสารสถิติงานคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักร [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sy/sy2557.pdf>
5. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. ข้อมูลผู้ที่เข้ารับบริการการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาอายุระหว่าง 19-60 ปี; 2557-2558
6. สุทัศน์ ศรีวิไล. ผลกระทบของแรงงานข้ามชาติต่อระบบสุขภาพและค่าใช้จ่ายของประเทศไทย. ม.ป.ท. ; 2556

ปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพแกะหอยนางรมในชุมชนเขาสามมูก

นางสาวปราย ทองจันทิก

นางสาวขวัญชนก จ้อยสำเภา

นิสิตแพทย์ชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

บทคัดย่อ

อาชีพแกะหอยนางรมเป็นอาชีพหลักของชาวชุมชนเขาสามมูก โดยมีการสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น ซึ่งมีลักษณะการทำงานแบบซ้ำๆ เป็นเวลานาน ทำให้มีความเสี่ยงต่ออาการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง (Musculoskeletal Disorders) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพนี้ วัตถุประสงค์ของงานวิจัยฉบับนี้ เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการประกอบอาชีพแกะหอยนางรมในชุมชนเขาสามมูกและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ให้เกิดปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพแกะหอยนางรมใน ชุมชนเขาสามมูก จำนวน 165 คน ซึ่งมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรตามสูตร Taro Yamane โดย ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อน 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน สำหรับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ แบบสังเกต (Observation Form) อุปกรณ์ในการวัดความเข้มแสงและอุณหภูมิ และนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS : Strategic Package for Social Science) จากนั้นนำผลการประเมิน วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้การทดสอบ Chi-square เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับปัญหาสุขภาพ และ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพนั้นๆ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 117 คน พบว่า อาการปวดคอ คิดเป็นร้อยละ 13.67, ปวดไหล่ข้างที่จับมีดแกะหอยนางรม คิดเป็นร้อยละ 14.53, ปวดไหล่ ข้างที่จับ หอยนางรม คิดเป็นร้อยละ 12.82, ปวดข้อมือข้างที่ใช้จับมีดแกะหอยนางรม คิดเป็นร้อยละ 22.22, ปวด ข้อมือข้างที่ใช้จับหอยนางรม คิดเป็นร้อยละ 15.38, ปวดหลังส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 8.00, ปวดหลังส่วนล่าง คิดเป็นร้อยละ 39.00, อาการชาข้างที่ใช้จับมีด คิดเป็นร้อยละ 35.90, อาการชาข้างที่ใช้จับหอยนางรม คิดเป็นร้อยละ 41.90 และอาการปวดตา คิดเป็นร้อยละ 19.00 ในด้านความเครียด แบ่งเป็นความเครียดระดับสูง และความเครียดระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 7.00 และมีความเครียดระดับต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 93.00 ในด้านอุบัติเหตุ กลุ่มตัวอย่างเกิดอุบัติเหตุจากการใช้มีดแกะหอยนางรมภายใน 1 ปี ที่ ผ่านมา คิด เป็นร้อยละ 86.00

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพ พบว่า อาการปวดคอมีความสัมพันธ์ กับระยะเวลาการทำงาน, อาการปวดไหล่ข้างที่จับหอยนางรมมีความสัมพันธ์กับอายุ, อาการปวดข้อมือข้างที่ จับมีดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการทำงาน, อุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับ สัญชาติ และ อาการ ชามีความสัมพันธ์กับอายุการทำงาน

คำถามงานวิจัย

1. อาชีพแกะหอยนางรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพหรือไม่
2. ปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. การประกอบอาชีพแกะหอยนางรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้ประกอบอาชีพแกะหอยนางรม
2. ปัจจัยเสี่ยงของผู้ประกอบอาชีพแกะหอยนางรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ
 - 2.1. ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้ประกอบ อาชีพแกะหอยนางรม
 - 2.2. ปัจจัยเสี่ยงด้าน workplace hazard ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้ประกอบอาชีพแกะหอยนางรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พบปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากการประกอบอาชีพแกะหอยนางรมและปัจจัยเสี่ยงซึ่งก่อให้เกิดปัญหานั้นๆ
2. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจากการประกอบอาชีพแกะหอยนางรม
3. เพื่อให้เป็นข้อมูลแก่เทศบาลเมืองแสนสุข ในการบริหารจัดการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพแกะหอยนางรมในชุมชนเขาสามมุก
4. เพื่อให้ผู้ที่สนใจนำข้อมูลไปทำวิจัยเพิ่มเติมหรือเพื่อสร้างอุปกรณ์หรือแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพแกะหอยนางรม

ขอบเขตงานวิจัย

ด้านประชากร : ประชาชนที่ประกอบอาชีพแกะหอยนางรมเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือนในชุมชน เขาสามมุก จำนวน 165 คน

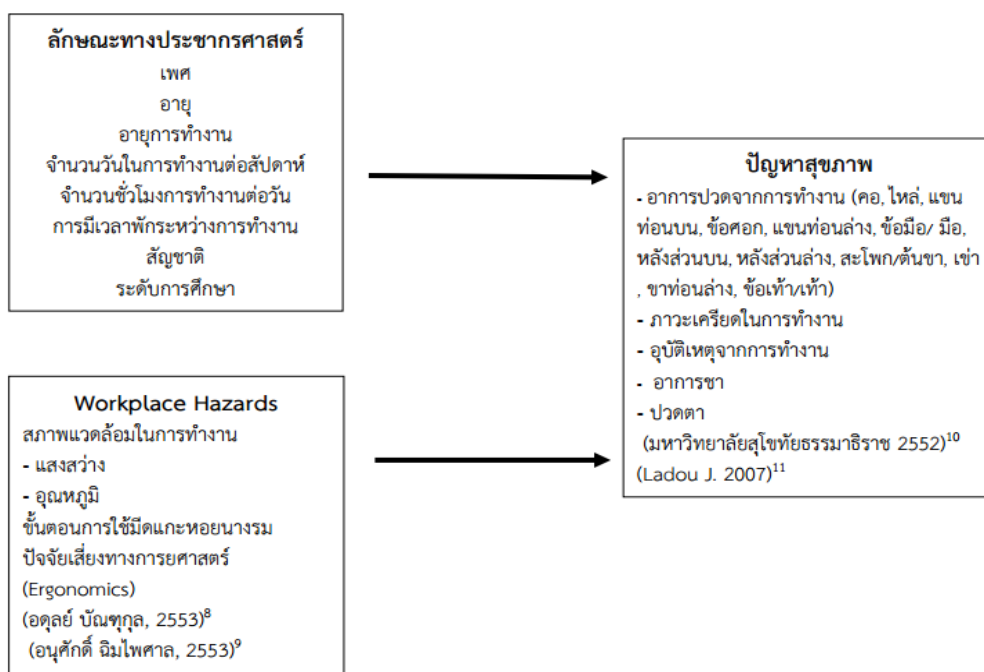
ด้านสถานที่ : ชุมชนเขาสามมุก บ้านเลขที่ 1-137 ถ.รอบเขาสามมุก ต.แสนสุข อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี พิกัดทาง ภูมิศาสตร์ที่ ละติจูด 13.31 องศาเหนือ ลองจิจูดที่ 100.90 องศาตะวันออก ล้อมรอบด้วยถนนบางแสน-อ่างศิลา กับถนนรอบเขาสามมุก

ด้านเนื้อหา : ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากกระบวนการที่ใช้ในการประกอบอาชีพแกะหอยนางรม ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากการประกอบอาชีพแกะหอยนางรมโดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ และด้าน Workplace Hazards โดยในการพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ กับปัญหาสุขภาพจะพิจารณาดังนี้

1. เพศ พิจารณาร่วมกับ อาการปวด ความเครียดจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน อาการชาและอาการปวดตา
2. อายุ พิจารณาร่วมกับ อาการปวด ความเครียดจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน อาการชาและอาการปวดตา
3. อายุการทำงาน พิจารณาร่วมกับ อาการปวด ความเครียดจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน อาการชาและอาการปวดตา
4. จำนวนวันในการทำงานใน 1 สัปดาห์ พิจารณาร่วมกับ อาการปวด ความเครียดจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน อาการชาและอาการปวดตา

5. จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อ 1 วัน พิจารณาร่วมกับ อาการปวด ความเครียดจากการ ทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน อาการชาและอาการปวดตา
 6. การพักระหว่างการทำงาน พิจารณาร่วมกับ อาการปวด ความเครียดจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน อาการชาและอาการปวดตา
 7. สัญชาติ พิจารณาร่วมกับ อาการปวด ความเครียดจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน อาการชาและอาการปวดตา
 8. ระดับการศึกษา พิจารณาร่วมกับ อาการปวด ความเครียดจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน อาการชาและอาการปวดตา
 9. แสงสว่าง พิจารณาร่วมกับ อุบัติเหตุจากการทำงาน
 10. ขั้นตอนการใช้มีด พิจารณาร่วมกับ อุบัติเหตุจากการทำงาน
 11. อุณหภูมิ พิจารณาร่วมกับ ความเครียดจากการทำงาน
 12. ปัจจัยเสี่ยงทางกายศาสตร์ พิจารณาร่วมกับ อาการปวด
- ด้านระยะเวลา : ระยะเวลา 9 เดือน ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2558 – มีนาคม 2559

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1-1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

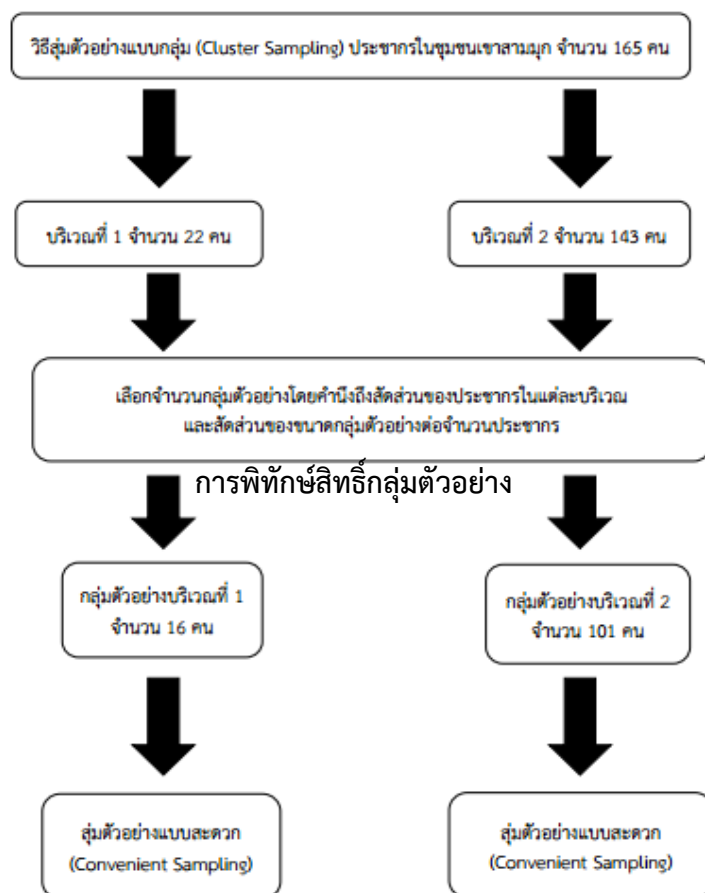
ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพแกะหอยนางรมในชุมชน เขาสามมุก คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. อันตรายในสถานที่ทำงาน (Workplace Hazards)
2. อุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการทำงาน

3. ภาวะเครียดจากการทำงาน
4. อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน
5. แรงงานนอกระบบ
6. การยศาสตร์ (Ergonomics)
7. อุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการประกอบอาชีพ
8. ความสว่างที่เหมาะสมต่อการประกอบอาชีพ
9. อาการปวดตา
10. อาการชา
11. การเพาะเลี้ยงหอยนางรม
12. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยเริ่มจากการลงสำรวจพื้นที่ชุมชนเขาสามมุกเพื่อศึกษาปัญหาภายในชุมชน (จากรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและครอบครัว) จากนั้นได้ทำการลงชุมชนอีกครั้งเพื่อหาจำนวนประชากรที่ประกอบอาชีพเพาะเลี้ยงหอยนางรมเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน เพื่อนำมาคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยสามารถกล่าวสรุปขั้นตอนได้ดังนี้



ภาพที่ 3-1 แสดงลำดับขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

ใช้หลักจริยธรรมการทำวิจัยในคนทั่วไปตามหลัก The Belmont Report³⁹ ซึ่งประกอบด้วย หลักการ 3 ประการดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) - ให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อการตัดสินใจ (Informed Consent Process) ข้อมูลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ คือ หัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัย ที่มาของการวิจัย วัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัยระยะเวลาของการท วิจัยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง ผลประโยชน์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้วิจัย เมื่อการท วิจัยสิ้นสุดลง จะแจ้งผลการวิจัยแก่ ผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้วิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดการทำวิจัย - การรักษาความลับ บอกถึงสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองอย่างเคร่งครัด โดยการไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วม วิจัย (Identification) ในทุกขั้นตอนของการวิจัย และบอกให้ทราบถึงมาตรการป้องกันความลับเหล่านี้ไว้ ล่วงหน้า ก่อนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะลงนามยินยอมในใบแสดงความยินยอม โดยงานวิจัยนี้จะใช้ระบบรหัสเพื่อใช้ในการ รักษาความลับ คณะผู้วิจัยมีระบบการเก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยไว้เป็นเวลา 5 ปี ก่อนจะทำลายเอกสาร โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้ควบคุมการทำลายเอกสาร

2. หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) มีการระบุความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง อย่างชัดเจนและครบถ้วนในเอกสารที่ใช้ในการ ขอความยินยอม

3. หลักความยุติธรรม (Justice) ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยนักวิจัยจะคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมการวิจัยตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างเที่ยงธรรม (Fairness) โดยไม่เลือกที่รักมักที่ชัง คือ ไม่นำเสนอ ผลประโยชน์ให้กับบุคคลที่ ตนเองชื่นชอบ หรือคัดเลือกบุคคลอื่นๆที่ตนเองมีอคติเพื่อเข้าร่วมการวิจัยที่มีความเสี่ยง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบบสังเกต และอุปกรณ์วัดความเข้มแสงและอุณหภูมิโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบบสอบถาม มีจำนวน 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ทำแบบสอบถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check-List) จ ำนวน 17 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านอาการปวดตามร่างกาย ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถาม Standardized Nordic Questionnaires for The Analysis of Musculoskeletal Symptoms⁴⁰ จ ำนวน 1 ข้อ เป็นแบบวัดตำแหน่งความเจ็บปวดของร่างกาย ประกอบไปด้วย คอ, ไหล่, ข้อศอก, ข้อมือ/มือ, หลังส่วนบน, หลังส่วนล่าง, สะโพก/ต้นขา, เข่า, ข้อเท้า/เท้า ซึ่งคำตอบที่ได้จะทราบว่าผู้ให้สัมภาษณ์มีตำแหน่งอาการปวดหรือเมื่อยที่ตำแหน่งใดบ้างของร่างกาย จากนั้นจะถามถึง 36 ระยะเวลาที่เป็น โดยมีให้เลือก 2 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 1 มีอาการมาเป็นระยะเวลานานย้อนหลัง 12 เดือน หรือ ตัวเลือกที่ 2 มีอาการมาเป็นระยะเวลานานย้อนหลัง 7 วัน เพื่อวัดอาการปวดหรือเมื่อยว่ามีลักษณะเป็นแบบ เรื้อรัง (Chronic) หรือแบบฉับพลัน (Acute) ตามลำดับ และมีการประยุกต์แบบสอบถามเพิ่มเติมโดยถาม ลักษณะอาการ ซึ่งประกอบด้วยอาการปวดหรือเมื่อยร่างกายที่ข้างซ้ายหรือข้างขวาของอวัยวะ

1.2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวด (Visual Rating Scale) 41-43 ลักษณะเป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวดของร่างกาย โดยทำการวัดระดับความเจ็บปวดของส่วนต่างๆของร่างกายที่มีอาการปวดที่ได้จากการทำแบบสอบถาม Standardized Nordic Questionnaire for the Analysis of

Musculoskeletal Symptoms โดยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตัวเลขบนเส้นสเกลให้ตรงตามความรู้สึกปวด โดยให้คะแนน 0 = ไม่ปวดเลย ถึง คะแนน 10 = ปวดมากที่สุด ซึ่งผลที่ได้จะนำมาประเมินระดับความเจ็บปวด ดังนี้ 0 คะแนน = ไม่มีอาการปวด 1 – 3 คะแนน = ปวดน้อย: ไม่มีความทุกข์ทรมาน ไม่รู้สึกกังวลใด ๆ ต่ออาการปวด ในขณะที่ 4 – 7 คะแนน = ปวดปานกลาง: รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดพอสมควร มีความกังวลไม่มากนัก ยังมีความรู้สึกรู้ว่าสามารถทนได้ 7 – 10 คะแนน = ปวดมาก: รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดมาก ทำให้เกิดความ กังวลมาก และไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

2. แบบทดสอบวัดความเครียดจากการทำงาน (NIOSH Generic Job Stress Questionnaire)

44 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยเลือกตอบตามความถี่ มีเกณฑ์การให้คะแนนความถี่ ดังนี้ ไม่เคยทำ = 1 คะแนน บางครั้ง = 2 คะแนน แทบทุกครั้ง = 3 คะแนน เป็นประจำ = 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10 – 40 คะแนน โดยนำคะแนนที่ได้หาร 10 เพื่อหาค่าเฉลี่ย ซึ่งการแปล ผลคะแนนจากแบบทดสอบใช้เกณฑ์ 45 ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99 หมายถึง ความเครียดระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 4.00 หมายถึง ความเครียดระดับสูง แบบทดสอบความเครียดจากการทำงานได้รับความอนุเคราะห์จากอาจารย์บุษบง แซ่จิว อาจารย์ ประจำภาควิชาภาษาตะวันตก (ภาษาอังกฤษ) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แปลภาษาอังกฤษมาเป็นภาษาไทย

3. แบบสอบถามเรื่องอุบัติเหตุจากการทำงาน ประกอบด้วย แบบสอบถามอุบัติเหตุจาก ขั้นตอนการใช้มีดแกะหอยนางรมลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิด (Open Ended Question) 37 จำนวน 1 ข้อ และคำถามแบบเลือกตอบ (Check-List) 2 ข้อ รวมเป็นจำนวน 3 ข้อ

4. แบบสอบถามมือที่ใช้จับอุปกรณ์ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check-List) จำนวน 1 ข้อ

5. แบบสอบถามอาการชาตามมือ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check-List) จำนวน 1 ข้อ

6. แบบสอบถามอาการปวด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check-List) จำนวน 1 ข้อ แบบสังเกต Quick exposure check (QEC) 46 เป็นแบบทดสอบความเสี่ยงของการเกิดอาการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้ออันเกิดจากท่าทาง การทำงาน โดยวิธีการใช้งานประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับงาน โดยผู้วิจัยเป็นคนถามคำถาม และให้ผู้ถูกวิจัยตอบคำถาม ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสังเกตลักษณะท่าทางการทำงาน โดยให้ผู้วิจัยเป็นคนสังเกตท่าทางการทำงาน ของผู้ถูกวิจัย แล้วบันทึกผลลงในแบบฟอร์มของ QEC จากนั้นนำค่าคะแนนจากการสัมภาษณ์ และการสังเกต ท่าทางการทำงานมาคิดคะแนนรวม ซึ่งคะแนนที่คิดได้สามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงในการ เกิดอันตรายของอวัยวะต่างๆได้ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ประกอบการอาชีพแกะหอยนางรมในชุมชนเขาสามมุก ของงานวิจัยนี้ ค่อนข้างมีน้อย จึงได้มีการปรับเกณฑ์คะแนนการประเมินเพื่อไม่ให้ข้อมูลมีการกระจายมากเกินไป ง่ายต่อการนำมาคิดค่าทางสถิติ

อุปกรณ์จำนวน 2 ชนิด ประกอบด้วย

1. เครื่องวัดความเข้มแสง (Lux meter) รุ่น Extech HD 450 Digital Light Meter เกณฑ์ การประเมิน กำหนดให้ค่าความเข้มแสงของบริเวณที่ทำงานควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 300 ลักซ์ 29

2. เครื่องวัดอุณหภูมิ(WBGT Heat Stress Monitor) รุ่น QUESTempo 34/36 components มีค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 0.5^{\circ}\text{C}$ เกณฑ์การประเมิน กำหนดให้ค่าอุณหภูมิของบริเวณที่ทำงานมีมาตรฐาน ระดับความร้อนไม่เกิน 34 องศาเซลเซียส โดยการเก็บข้อมูลจะบันทึกลงในชุดแบบสอบถามส่วนของการบันทึกความเข้มแสงและอุณหภูมิ 3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและ แบบ สังเกต โดยแบบสอบถามจะทดสอบ 2 ด้านคือ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความ น่าเชื่อถือได้(Reliability) ในส่วนอุปกรณ์การวัดความเข้มแสงและอุณหภูมิ ทางผู้วิจัยจะไม่ตรวจสอบ เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่ยืมจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทางคณะสาธารณสุขศาสตร์ได้มี การตรวจสอบค่ามาตรฐานกับสถาบันมาตรวิทยาแห่งชาติเป็นประจำทุกปี

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้

1. การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยมีการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามและแบบสังเกตซึ่งให้ผู้เชี่ยวชาญทาง สาขาวิชาพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านดังนี้

1. รศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก (ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์)
2. ผศ.ดร.ปวีณา มีประดิษฐ์(ผู้เชี่ยวชาญด้านการยศาสตร์)
3. ดร.วัลลภ ใจดี (ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติศาสตร์)

จากนั้นนำมาหาค่าสอดคล้อง IOC (Index of Consistency: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจะประเมิน จากนั้นนำมาคำนวณคะแนนที่ได้ตามสูตร $IOC = \sum R / N$ ถ้าค่าที่คำนวณได้มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ถือว่าแบบสอบถามข้อนั้นวัดได้ตรงตามจุดประสงค์ ถ้า ค่าที่คำนวณได้มีค่าน้อยกว่า 0.50 ถือว่าแบบสอบถามข้อนั้นวัดได้ไม่ตรงตามจุดประสงค์

2.การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จริง จำนวน 30 คน นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของข้อมูล มีค่าตั้งแต่ 0.00 - 1.00 ยิ่ง ค่าความเชื่อมั่นเข้าใกล้ 1.00 ยิ่งมีความเชื่อมั่นสูง เกณฑ์ที่ใช้ในการเปรียบเทียบดังนี้ 0.00 - 0.20 ค่าความเชื่อมั่นต่ำ มาก หรือ ไม่มีเลย 0.21 - 0.40 ค่าความเชื่อมั่นต่ำ 0.41 - 0.70 ค่าความเชื่อมั่นปานกลาง 0.71 - 1.00 ค่าความเชื่อมั่นสูง หากได้ค่ามากกว่า 0.7 ขึ้นไป ไม่เกิน 1 ถือว่าเป็นแบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่นในระดับสูง สามารถนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายถึงการมีปัญห สุขภาพจากอาชีพกะหอยนางรมและคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุอายุการทำงาน และระยะเวลาพักระหว่างการทำงานต่อวัน โดยจะนำเสนอ ในรูปของ ความถี่ ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน โดยจะดูความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรศาสตร์และปัญหาสุขภาพและความสัมพันธ์ ระหว่าง Workplace Hazards และปัญหาสุขภาพ โดยจะใช้สถิติการทดสอบคือ Chi-square หรือ Fisher's exact test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง 117 คน พบว่า อาการปวดคอ คิดเป็นร้อยละ 13.67, ปวดไหล่ข้างที่จับมีดแกะหอยนางรม คิดเป็นร้อยละ 14.53, ปวดไหล่ ข้างที่จับ หอยนางรม คิดเป็นร้อยละ 12.82, ปวดข้อมือข้างที่จับมีดแกะหอยนางรม คิดเป็นร้อยละ 22.22, ปวด ข้อมือข้างที่ใช้จับหอยนางรม คิดเป็นร้อยละ 15.38, ปวดหลังส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 8.00, ปวดหลังส่วนล่าง คิด เป็นร้อยละ 39.00, อาการชาข้างที่จับมีด คิดเป็นร้อยละ 35.90, อาการชาข้างที่ใช้จับหอยนางรม คิดเป็นร้อยละ 41.90 และอาการปวดตา คิดเป็นร้อยละ 19.00 ในด้านความเครียด แบ่งเป็นความเครียดระดับสูง และ ความเครียดระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 7.00 และมีความเครียดระดับต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 93.00 ในด้านอุบัติเหตุ กลุ่มตัวอย่างเกิดอุบัติเหตุจากการใช้มีดแกะหอยนางรมภายใน 1 ปีที่ผ่านมา คิด เป็นร้อยละ 86.00

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพ พบว่า อาการปวดคอมีความสัมพันธ์ กับระยะเวลาการทำงาน($p=0.018$), อาการปวดไหล่ข้างที่จับหอยนางรมมีความสัมพันธ์กับอายุ($p=0.01$), อาการปวดข้อมือข้างที่ จับมีดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการทำงาน($p=0.007$), อุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับ สัญชาติ($p=0.0041$) และอาการ ชามีความสัมพันธ์กับอายุการทำงาน($p=0.008$)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรลดจำนวนตัวแปรในงานวิจัย เนื่องจากจำนวนตัวแปรที่มากทำให้แบบสอบถามและแบบสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยมีปริมาณมาก ซึ่งทำให้ต้องวิเคราะห์ผลตัวแปรในหลายด้าน ผลที่ได้จึงไม่ละเอียดเท่าที่ควร และอาจทำให้ผลงานวิจัยคาดเคลื่อนได้ อีกทั้งผู้สังเกตและผู้ตอบแบบสอบถามต้องใช้เวลาในการทำ แบบสังเกต และตอบแบบสอบถามนาน อาจเป็นการรบกวนเวลาของผู้เข้าร่วมงานวิจัยเกินควร

2. ควรแบ่งช่วงเวลาที่ทำแบบสังเกตให้หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลใหม่ที่ต่างไปจากช่วงเวลาเดิม เช่น แสงสว่าง, อุณหภูมิ หรือ อื่นๆ

3. ขณะถามแบบสอบถาม ผู้ทำงานวิจัยควรถามด้วยความละเอียดถี่ถ้วน โดยให้ถามย้ำในสิ่งที่สนใจ เพื่อเป็นการยืนยันว่าผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจในคำถามที่ผู้ทำงานวิจัยต้องการถาม

สถานะสุขภาพและกิจกรรมการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในสถาน
ประกอบการแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
: การศึกษาเบื้องต้น

Health status and Self-care activities among Myanmar migrants in the
workplace, Saensuk municipality, Muang district, Chon Buri : Preliminary study

พัตชา พันธุ์สุข¹, สุนทรีลักษณ์ ไพศาล², พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี³

¹นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ perch12337@gmail.com

²นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ poopalovely@hotmail.com

³อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ patchana@buu.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษาเบื้องต้นเรื่องสถานะสุขภาพและกิจกรรมการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานอยู่ในสถานประกอบการแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ แบบแผนดูแลสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามภาษาเมียนมาร์จากแรงงานจำนวน 50 คน ในสถานประกอบการที่ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงภายใต้โครงการเครือข่ายเข้มแข็ง แรงงานสุขภาพดี ในช่วงเดือนสิงหาคม 2559

ผลการศึกษาพบว่า แรงงานส่วนใหญ่เป็นแรงงานเพศชาย แต่งงานแล้วแต่ยังไม่มีบุตร ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจากประเทศเมียนมาร์ แต่มีแรงงานอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่ได้รับการศึกษา โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ประมาณ 1,001 -3,000 บาท สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มแรงงานส่วนใหญ่มีสุขภาพดีและมีสิทธิการรักษาพยาบาล แต่จากพฤติกรรมของแรงงานพบว่า หากเจ็บป่วยเล็กน้อยมักไปซื้อยารที่ร้านขายยา และเมื่อเจ็บป่วยหนักจะเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล กลุ่มแรงงานเกือบครึ่งหนึ่งไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ สำหรับกิจกรรมที่แรงงานเลือกใช้เพื่อดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย ได้แก่ การออกกำลังกาย และการออกกำลังกายร่วมกับการทานยาสมุนไพร กิจกรรมการทานยาสมุนไพรและไปพบแพทย์ รวมถึงการไปพบแพทย์เพียงอย่างเดียว เป็นวิธีการที่แรงงานนิยมใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วย สรุปได้ว่าแรงงานส่วนใหญ่มีสุขภาพที่ดีและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพโดยใช้ภาษาและเทคโนโลยีที่เหมาะสมผ่านเพื่อนร่วมงานและครอบครัวในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่กลุ่มแรงงาน รวมถึงการศึกษาเรื่องการใช้ภูมิปัญญาด้านสมุนไพรในการดูแลสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: สถานะสุขภาพ, การดูแลสุขภาพตนเอง, แรงงานชาวเมียนมาร์

บทนำ

สถานการณ์แรงงานข้ามชาติที่อพยพเข้ามาทำงานในดินแดนประเทศไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน ในช่วงเดือนกรกฎาคม ปี 2559 พบว่ามีจำนวนมากถึง 1,564,106 คน ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 7.7 เมื่อเทียบกับปี 2558 และร้อยละ 14.34 ในปี 2557 ที่ผ่านมา (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน, 2559) โดยในจังหวัดชลบุรี มีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานอย่างถูกต้องทั้งสิ้น 102,205 ราย ในจำนวนนี้พบแรงงานสัญชาติเมียนมาร์ถึงร้อยละ 16.3 (16,604 ราย) (สำนักงานแรงงานจังหวัดชลบุรี, 2559) การย้ายถิ่นของแรงงานสัญชาติเมียนมาร์จากภูมิลำเนาที่อยู่ติดกับฝั่งทางภาคตะวันตกข้ามมายังฝั่งภาคตะวันออกของประเทศไทยนั้นมีระยะทางที่ห่างไกลกันต้องใช้ระยะเวลาช่วงหนึ่งในการเดินทาง หากแรงงานผู้อพยพมีสถานะทางสุขภาพที่ไม่ดีอาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขแก่คนไทยและประเทศไทยได้ อาทิ การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น การสูญเสียเวลาและรายได้

เขตเทศบาลเมืองแสนสุขเป็นพื้นที่ที่เป็นแหล่งเศรษฐกิจสำคัญ มีการขยายตัวทั้งอสังหาริมทรัพย์ การท่องเที่ยว อุตสาหกรรม จึงทำให้ในพื้นที่มีสถานประกอบการในหลากหลายลักษณะทั้งผลิตเฟอร์นิเจอร์ การก่อสร้างและการให้บริการที่มี ขนาดใหญ่ ขนาดกลางและขนาดย่อมเป็นจำนวนมาก จากสถานการณ์ดังกล่าวนี้จึงทำให้มีแรงงานจำนวนมากเข้ามาทำงานในสถานประกอบการในพื้นที่ เมื่อแรงงานโดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติที่เดินทางข้ามพรมแดนเข้ามาพร้อมกับผู้ติดตาม เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพก็ย่อมที่จะต้องใช้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพที่มีอยู่ในพื้นที่

จากข้อมูลผู้มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ในปี พ.ศ. 2557 -2558 พบว่า มีแรงงานข้ามชาติมารับบริการ ร้อยละ 6.3 ของผู้มารับบริการทั้งหมด เมื่อพิจารณาจำแนกแรงงานตามสัญชาติพบว่า แรงงานสัญชาติกัมพูชามารับบริการมากที่สุด (ร้อยละ 29.9) รองลงมาคือ แรงงานสัญชาติเมียนมาร์ (ร้อยละ 25.8) และลาว (ร้อยละ 20.6) ตามลำดับ (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา, 2558) หากแรงงานมีสถานะสุขภาพที่ไม่ดีก็ย่อมที่จะมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จึงควรมุ่งเน้นที่จะทำให้กลุ่มแรงงานที่มีสุขภาพดีนั้น มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้มีสถานะสุขภาพที่ดีต่อไป

คณะผู้ศึกษาจึงมุ่งให้ความสนใจในการสำรวจสถานะทางสุขภาพ รวมถึงกิจกรรมการส่งเสริมดูแลสุขภาพสุขภาพของตนเองในกลุ่มแรงงานสัญชาติเมียนมาร์ที่ประกอบอาชีพอยู่ในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เพื่อจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการดูแลสุขภาพและการพัฒนาบริการสาธารณสุขให้เหมาะสมกับกลุ่มแรงงานที่เป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่ในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานประกอบการ
2. เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานประกอบการ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเบื้องต้น (Preliminary study) โดยใช้วิธีการศึกษาแบบสำรวจ ณ จุดเวลา (Cross-sectional survey study) โดยมีกลุ่มศึกษาเป็นแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาร์ ที่ทำงานอยู่ในสถานประกอบการที่ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ภายใต้โครงการ “เครือข่ายเข้มแข็ง แรงงานสุขภาพดี” ในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือนสิงหาคม 2559 และมีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากแรงงานในสถานประกอบการประเภทการผลิตเฟอร์นิเจอร์หนึ่งในเขตเทศบาลเมืองแสนสุขที่ครอบคลุมทั้ง 5 แผนก ได้แก่ 1) แผนกเตรียม 2) แผนกการผลิต 1 3) แผนกการผลิต 2 4) แผนกประกอบและ 5) แผนกควบคุมคุณภาพ แผนกละ 10 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามภาษาเมียนมาร์ที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป อาทิ เพศ สัญชาติ ศาสนา รายได้ ความสามารถในการใช้ภาษาไทย และข้อมูลด้านสุขภาพของแรงงาน อาทิ สถานะสุขภาพ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแลสุขภาพทั้งภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเดินทางเข้าไปสัมภาษณ์กลุ่มแรงงานในสถานประกอบการ ที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานในโครงการ “เครือข่ายเข้มแข็ง แรงงานสุขภาพดี” ที่ดำเนินการภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองแสนสุข ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเทศบาลเมืองแสนสุข โดยคณะผู้ศึกษาได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากเทศบาลเมืองแสนสุข และจะนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น โดยการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะผู้ศึกษาได้เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขอรับการรับรองด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้รับเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 59 /2559 ตั้งแต่วันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานสัญชาติเมียนมาร์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.0 เป็นแรงงานเพศชาย และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.0) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสแต่ไม่มีบุตร (ร้อยละ 38.0) และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 38.0) แต่ร้อยละ 32.0 ไม่ได้รับการศึกษาใดๆ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001-3,000 บาท (ร้อยละ 59.2) โดยร้อยละ 76.6 เห็นว่ามีรายได้มีความเพียงพอต่อการดำรงชีวิต แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มแรงงานร้อยละ 56.0 สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ ในขณะที่อีกกลุ่มแรงงานร้อยละ 44.0 ไม่สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแรงงานข้ามชาติในสถานประกอบการ (n = 50)

ลักษณะประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สัญชาติ		
เมียนมาร์	50	100.0
เพศ		
ชาย	34	68.0
หญิง	16	32.0
ศาสนา		
พุทธ	48	96.0
คริสต์	2	4.0
สถานภาพสมรส		
โสด	12	24.0
สมรสแต่แยกกันอยู่	4	8.0
สมรส/คู่ ไม่มีบุตร	19	38.0
สมรส/คู่ มีบุตร	13	26.0
หม้าย / หย่า / แยก	2	4.0
การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	16	32.0
ประถมศึกษา	11	22.0
มัธยมศึกษา	19	38.0
ปวช./ปวส./ต่ำกว่า ป.ตรี	1	2.0
สูงกว่าปริญญาตรี	3	6.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n = 49)		
น้อยกว่า 1,000 บาท	5	10.2
1,001-3,000 บาท	29	59.2
3,001-5,000 บาท	15	30.6
ความเพียงพอของรายได้ (n = 47)		
เพียงพอ	36	76.6
ไม่เพียงพอ	11	23.4
ความสามารถใช้ภาษาไทย		
สามารถใช้ภาษาไทยได้	28	56.0
ไม่สามารถใช้ภาษาไทยได้	22	44.0

ข้อมูลทางด้านสุขภาพ พบว่า แรงงานส่วนใหญ่ในสถานประกอบการมีสิทธิการรักษาพยาบาล โดยร้อยละ 86.0 ใช้สิทธิประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข และร้อยละ 6.0 มีสิทธิประกันสังคม โดยร้อยละ 8.0 ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่มีสิทธิการรักษาใดๆ แต่อย่างไรก็ตามแรงงานส่วนใหญ่มีสถานะสุขภาพดี (ร้อยละ 98.0) เมื่อแรงงานเจ็บป่วยเล็กน้อยส่วนใหญ่ไปซื้อยาที่ร้านขายยา (ร้อยละ 54.0) รองลงมา คือ ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ (ร้อยละ 34.0) แต่หากเจ็บป่วยหนัก ร้อยละ

65.4 จะไปรับบริการที่โรงพยาบาล และร้อยละ 17.3 ไปรับบริการที่สถานบริการร่วมกับการรับประทุษยาสมุนไพร ดังแสดงในตารางที่ 2

สำหรับการรับรู้ข้อมูลสุขภาพนั้น เพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 28.6) และครอบครัว (ร้อยละ 28.6) เป็นผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพกับแรงงานมากที่สุด เว็บไซต์ (ร้อยละ 52.0) ถือเป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มแรงงาน ส่วนกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองนั้น กิจกรรมที่แรงงานเลือกใช้เพื่อดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย ได้แก่ การออกกำลังกาย (ร้อยละ 55.1) และการออกกำลังกายร่วมกับการทานยาสมุนไพร (ร้อยละ 32.7) ส่วนกิจกรรมเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การทานยาสมุนไพรและไปพบแพทย์ (ร้อยละ 38.0) รองลงมา คือ การไปพบแพทย์ (ร้อยละ 26.0) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของแรงงานในสถานประกอบการ

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
สิทธิประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข	43	86.0
สิทธิประกันสังคม	3	6.0
ไม่มีสิทธิการรักษาใดๆ	4	8.0
สถานะสุขภาพ		
ดี	49	98.0
ไม่ดี	1	2.0
การเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย		
ไปซื้อยาที่ร้านขายยา	27	54.0
ไปรับบริการที่โรงพยาบาล .	17	34.0
ไปรับบริการที่สถานบริการร่วมกับทานยาสมุนไพร	2	4.0
ไม่รักษา	2	4.0
ไปซื้อยาที่ร้านขายยาร่วมกับทานยาสมุนไพร	1	2.0
ทานยาสมุนไพร	1	2.0
การเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหนัก		
ไปรับบริการที่โรงพยาบาล	34	65.4
ไปรับบริการที่สถานบริการร่วมกับทานยาสมุนไพร	9	17.3
ไปซื้อยาที่ร้านขายยา	4	7.7
ไม่รักษา	3	5.8
ทานยาสมุนไพร	2	3.8
การรับรู้ข้อมูลสุขภาพ (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)		
เพื่อนร่วมงาน	14	28.6
ครอบครัว	14	28.6
นายจ้าง	8	16.3
บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข.	7	14.3
พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในโรงงาน	2	4.1
เพื่อนร่วมงานและครอบครัว	2	4.1
เพื่อนร่วมงานและนายจ้าง	1	2.0

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพื่อน ครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข	1	2.0
ช่องทางรับข้อมูลสุขภาพ		
เว็บไซต์	26	52.0
เฟซบุ๊ก	8	16.0
ไลน์	8	16.0
โทรศัพท์	4	8.0
เสียงตามสาย	2	4.0
โทรศัพท์ และ การใช้เฟซบุ๊ก	1	2.0
โทรศัพท์ และ การใช้เว็บไซต์	1	2.0
กิจกรรมการดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย		
ออกกำลังกาย	27	55.1
ออกกำลังกายและทานยาสมุนไพร	16	32.7
ออกกำลังกายและทานอาหาร	3	6.2
ทานอาหารมีประโยชน์	1	2.0
ออกกำลังกายและงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1	2.0
ออกกำลังกาย ทานยาสมุนไพรและงดดื่มเครื่องดื่ม	1	2.0
กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขณะเจ็บป่วย		
ทานยาสมุนไพรและไปพบแพทย์	19	38.0
ไปพบแพทย์	13	26.0
ไปพบแพทย์และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	6	12.0
งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3	6.0
ทานยาสมุนไพร	3	6.0
ทานสมุนไพร พบแพทย์และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2	4.0
ออกกำลังกายและไปพบแพทย์	1	2.0
ออกกำลังกาย ทานอาหารที่มีประโยชน์และไปพบแพทย์	1	2.0
ออกกำลังกาย ทานสมุนไพรและไปพบแพทย์	1	2.0
ทานอาหารที่มีประโยชน์ ทานสมุนไพรและไปพบแพทย์	1	2.0

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า แรงงานสัญชาติเมียนมาร์ในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นแรงงานผู้ชาย (ร้อยละ 68.0) ที่สมรสแล้วแต่ไม่มีบุตร (ร้อยละ 38.0) มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 76.6) และสามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ (ร้อยละ 56.0) สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพนั้น พบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีสถานะสุขภาพดี (ร้อยละ 98.0) เมื่อแรงงานเจ็บป่วยเล็กน้อยส่วนใหญ่ไปซื้อยาที่ร้านขายยา (ร้อยละ 54.0) รองลงมา คือ ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ (ร้อยละ 34.0) แต่หากเจ็บป่วยหนัก ร้อยละ 65.4 จะไปรับบริการที่โรงพยาบาล และร้อยละ 17.3 ไปรับบริการที่สถานบริการร่วมกับการรับประทานยาสมุนไพร ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yingchun, Chang, Zhou, Hu & Liang (2010) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของแรงงานข้ามชาติ กรุงปักกิ่ง ประเทศจีน พบว่า ร้อยละ 40.5 ของแรงงานข้ามชาติไม่เข้ารับการรักษานี้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อาจเนื่องมาจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่

ประกอบอาชีพอยู่ในสถานประกอบการกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาล โดยร้อยละ 86.0 ใช้สิทธิประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข และร้อยละ 6.0 มีสิทธิประกันสังคม เนื่องจากการศึกษาของมูลนิธิริชไทย (2551) ที่สำรวจพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติมีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ขึ้นทะเบียนและการประกันสุขภาพของแรงงานซึ่งแบ่งเป็นแรงงานที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยกลุ่มแรงงานกลุ่มนี้จึงสามารถไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพที่กำหนดไว้ได้

ส่วนกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองนั้น กิจกรรมที่แรงงานเลือกใช้เพื่อดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย ได้แก่ การออกกำลังกาย (ร้อยละ 55.1) และการออกกำลังกายร่วมกับการทานยาสมุนไพร (ร้อยละ 32.7) ส่วนกิจกรรมเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การทานยาสมุนไพรและไปพบแพทย์ (ร้อยละ 38.0) รองลงมาคือ การไปพบแพทย์ (ร้อยละ 26.0) จะเห็นได้ว่า วิธีการดูแลสุขภาพของกลุ่มแรงงานนิยมเลือกใช้การรับประทานยาสมุนไพร อาจเนื่องมาจากความรู้และภูมิปัญญาของกลุ่มแรงงานที่มีจากประเทศต้นทาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยะธิดา นาคะเกษียร และฤดี ปุณบางกระติ (2556) ที่กล่าวถึง กลุ่มชาติพันธุ์ชาวมอญที่มีรูปแบบการจัดการปัญหาสุขภาพ โดยภาคพื้นบ้านตามค่านิยมและความเชื่อเรื่องสิ่งเหนือธรรมชาติ ร่วมกับเชื่อเรื่องโชคชะตา บุญกรรม ดังนั้นที่พึ่งสุขภาพของแรงงานมอญในจังหวัดสมุทรสาครแบบพื้นบ้าน คือ การไปหาหมอร่างทรง การไปพบหมอพระมอญเพื่อรักษาสมุนไพร จึงสรุปได้ว่า ที่พึ่งด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติยังคงเป็นการพึ่งพากระบวนการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการสำรวจเบื้องต้น ทำให้ผู้ศึกษาเข้าใจสถานะสุขภาพและกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มแรงงานเพิ่มมากขึ้น จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. จากการสำรวจพบว่า กลุ่มแรงงานส่วนใหญ่สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และนิยมใช้เว็บไซต์เป็นแหล่งข้อมูล ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพในกลุ่มนี้ อาจทำได้โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาเป็นประโยชน์
2. เพื่อนร่วมงานและครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูลสุขภาพกับแรงงานมากที่สุดโดยเฉพาะกลุ่มแรงงานที่ไม่สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย ดังนั้นการพัฒนางานสาธารณสุขในครั้งต่อไป ควรจัดตั้งแกนนำด้านสุขภาพของแรงงานที่เป็นเพื่อนร่วมงานหรือครอบครัวของแรงงานในการให้ข้อมูลที่สำคัญด้านสุขภาพ
3. กิจกรรมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มแรงงานที่สำคัญ คือ การรับประทานยาสมุนไพร ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจในรายละเอียดของชนิด ประเภทและสรรพคุณของยาสมุนไพรที่กลุ่มแรงงานข้ามชาตินิยมใช้ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้บริการสาธารณสุขในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณความอนุเคราะห์ข้อมูลจากเทศบาลเมืองแสนสุข แพทย์หญิงอลิศรา วงศ์สุทธิเลิศ และคุณมณฑิรา จรรย์ภรณ์พงษ์ จากโครงการ “เครือข่ายเข้มแข็ง แรงงานสุขภาพดี” นอกจากนี้คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณเจ้าของกิจการและแรงงานข้ามชาติในสถานประกอบการที่ให้

ความอนุเคราะห์ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้สามารถดำเนินการศึกษาได้เป็นผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยะธิดา นาคเกษียร, และฤดี ปุ่งบางกะดี. (2556). การศึกษาวิถีชีวิตปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์มอญภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14, 105-115.
2. มูลนิธิรักไทย. (2551). *โครงการดูแลและสนับสนุนการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ (RCC-Care)*. ค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2559, จาก http://www.raksthai.org/new/project.php?tr_id=21.
3. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. (2558). *ข้อมูลการมารับบริการของผู้รับบริการที่มีอายุระหว่าง 19-60 ปี. ชลบุรี. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. (อัดสำเนา)*.
4. สำนักงานแรงงานจังหวัดชลบุรี กระทรวงแรงงาน. (2559). *รายงานสถานการณ์แรงงานจังหวัดชลบุรี ไตรมาส 1 ปี 2559 เดือนมกราคมถึงมีนาคม 2559*. ค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2559, จาก www.mol.go.th/sites/chomburi.mol.go.th/files/sthaankaarnaitrmass_1_-2559.pdf.
5. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน. (2559). *สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือราชอาณาจักร*. ค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2559, จาก wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sm/59/sm0759.pdf
6. Yingchun, P., Wenhui C., Zhou, Haiqing, Z., Hongpu, H., & Wannian, L. (2010). *Factors associated with health seeking behavior among migrant workers in Beijing*. *BMC Health Services Research*, 10, 69-78.