



จุลสารการจัดการความรู้ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

ISSN 2773-8655

ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 (เม.ย. - พ.ค. 65)

Knowledge Management
SOMDEJPHRAJAOTAKSINMAHARAJ HOSPITAL

กองบรรณาธิการ

ผู้ผลิต	หน่วยวิจัยและการจัดการความรู้ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
ที่ปรึกษา	นายแพทย์บรรเจิด นนทสูติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์ชัยกิจ อุดมแน่น ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช



กองบรรณาธิการ	นายวรสิทธิ์	เจริญศิลป์	นักวิชาการศึกษา
	นางสาวกาญจนา	โลหพันธ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	นางสาวกชกร	เกตุศรี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	นางสาวนาฏยา	แก้วมา	นักวิชาการศึกษา
	นางสาวอังสุมารินทร์	พักทองอยู่	นักวิชาการศึกษา
	นางสาวปภัสรช	พุ่มมี	นักวิชาการศึกษา
	นางสาวศศิประภา	ศรีวิชัย	ผู้ช่วยนักวิจัย
พิสูจน์อักษร	นางสาวพณวรรณ	มงคล	เจ้าพนักงานธุรการ
ภาพปก	นางสาวศศิประภา	ศรีวิชัย	ผู้ช่วยนักวิจัย
ISSN	2773-8655		
โรงพิมพ์	ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฌูดีไซน์ แอนด์ มีเดีย		

สารบัญ

- บทบรรณาธิการ	หน้า 2
- บุคลากรโรงพยาบาลเป็น Covid-19 ต้องทำอย่างไร	หน้า 3
- ภาวะ Long Covid	หน้า 7
- ความแตกต่างระหว่างสถิติทดสอบ T กับ Chi-square	หน้า 10
- กัญชากับงานแพทย์แผนไทย	หน้า 13
- การทำงานเชิงรุกของนักกายภาพบำบัด	หน้า 16



บทบรรณาธิการ

เคยมีนักวิชาการได้กล่าวไว้ว่า "KM is a Journey, not a destination." หรือถ้าหากแปลเป็นภาษาไทยคือ "การจัดการความรู้ เป็นการเดินทาง ไม่ใช่เป้าหมาย" ดังนั้น จึงไม่น่าแปลกใจที่เรานำประสบการณ์อันเป็นความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) และใช้ความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) ที่มีอยู่ในตำราหรือจากทฤษฎี มาพัฒนางานในโรงพยาบาลให้เกิดคุณภาพยิ่งขึ้น ภายใต้การดำเนินงานในทุกวัน

สำหรับจุลสารการจัดการความรู้ฉบับนี้ ก็มีบทความที่น่าสนใจ จำนวน 5 เรื่องเช่นเดิม ได้แก่ เรื่องที่ 1 บุคลากรโรงพยาบาลเป็น Covid-19 ต้องทำอย่างไร ? โดยคุณกรรณา ศรีปวนใจ และคุณขวัญจิตร สังข์ทอง จากกลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เรื่องที่ 2 ภาวะ Long Covid โดย พญ.ปอแก้ว เพ็ชรคำ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ เรื่องที่ 3 ความแตกต่างระหว่างสถิติทดสอบ T กับ Chi-square โดยคุณศศิประภา ศรีวิชัย ผู้ช่วยนักวิจัย ศูนย์แพทยฯ รพ.ตสม. เรื่องที่ 4 ภัยจากงานแพทย์แผนไทย โดยคุณเกศราภรณ์ คล้ายวิเชียร จากกลุ่มงานแพทย์แผนไทย เรื่องที่ 5 การทำงานเชิงรุกของนักกายภาพบำบัด โดยคุณกัญญณัช จันทรธนูมา จากงานกายภาพบำบัด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์ชัยกิจ อุดมแน่น
บรรณาธิการจุลสารการจัดการความรู้
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

บุคลากรโรงพยาบาล เป็น Covid-19 ต้องทำอะไร ?



กรรณา ศรีปวนใจ และ ขวัญจิตร สังข์ทอง
กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

บทนำ



จากการดำเนินนโยบาย COVID free setting ใน รพ.ตสม. โดย นพ.บรรเจิด นนทสูติ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งมีมาตรการหลักๆ 3 ด้าน ได้แก่ COVID free personnel, COVID free customer และ COVID free environment จึงนำมาสู่การปฏิบัติที่เห็นเป็นรูปธรรม อาทิ การฉีดวัคซีน COVID-19 ให้แก่บุคลากรโรงพยาบาลทุกคน การปรับปรุงระบบโครงสร้างพื้นฐานของอาคาร ได้แก่ การปรับปรุงระบบทางเดินอากาศและท่อระบายอากาศ รวมทั้ง การจัดทำห้อง Negative pressure ซึ่งแบ่งออกเป็น

- ห้องผ่าตัด จำนวน 1 ห้อง
- ห้องคลอด จำนวน 1 ห้อง
- ห้องทำฟัน จำนวน 5 ห้อง
- ARI clinic จำนวน 3 ห้อง
- แผนก ICU จำนวน 1 ห้อง
- ห้อง Modified AllR จำนวน 5 ห้อง เป็นต้น

ตลอดจน การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน อาทิ ชุด Powered Air Purifying Respirator (PAPR), หน้ากาก N95, หน้ากาก Face shield, ชุด Cover all, เสื้อคลุม Isolation Gown และ ชุด Leg Cover Show Cover สำหรับการปฏิบัติงานในช่วงที่มีการแพร่ระบาด และจะมีขั้นตอนการใส่-การถอด PPE เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและความปลอดภัยในการทำงาน อีกทั้ง ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการตรวจ ATK ก่อนเข้ารับการรักษาและผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับปอดก็จะได้รับการตรวจ PCR ก่อนเข้ารับการรักษาเช่นกัน รวมทั้ง ยังมีการส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐาน DMHTT, Standard Precautions, Isolation Precautions และยังมีมาตรการติดตามการติดเชื้อ COVID-19 ของบุคลากรอีกด้วย

การติดตามการติดเชื้อ COVID ของบุคลากรโรงพยาบาล



สำหรับการติดตามการติดเชื้อ COVID ของบุคลากรในโรงพยาบาล จะมีการติดตามจาก 5 วิธี ดังนี้

1. อุบัติการณ์ติดเชื้อ COVID-19 จากการปฏิบัติงาน
2. การสุ่มตรวจ ATK 10 % ในบุคลากร ในช่วงเวลาปกติ และหลังเทศกาลวันหยุดหลายวัน
3. การตรวจ ATK/PCR ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง/มีอาการระบบทางเดินหายใจ
4. การตรวจ PCR ก่อน และ หลังปฏิบัติงานในบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย COVID-19
5. การติดตามการปฏิบัติงานโดยทีม IC officer

สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ของบุคลากรในโรงพยาบาล

สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีการติดเชื้อ COVID-19 จะได้รับการดูแลและการพิจารณาการทำงาน โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาสถานการณ์วิกฤตฉุกเฉินตามความเสี่ยง ซึ่งปัจจุบันมีบุคลากรที่ติดเชื้อ COVID-19 ไปแล้วจำนวน 146 คน แบ่งออกเป็น

- เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล จำนวน 100 คน
- พยาบาล จำนวน 39 คน
- Outsource จำนวน 7 คน



ข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม 2565

การดูแลบุคลากรเมื่อติดเชื้อ COVID-19

1



ทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

2



การรักษาและการหยุดพักงาน
จนกว่าจะครบกำหนด

3



การจัดหาที่กักตัวสำหรับบุคลากร
ห้องแยกชั้น 6 อาคาร 75 ปี หรือ
admit เพื่อการรักษาที่ห้องแยกโรคชั้น 3 อาคาร 75 ปี

4



การยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้ให้บริการเสียหายจากการให้บริการ
ตามระเบียบการคลัง



เกณฑ์การพิจารณาสถานการณ์วิกฤตฉุกเฉินตามความเสี่ยง

นอกเหนือจากการจัดการบุคลากรที่ติดเชื้อ COVID-19 แล้ว กลุ่มงาน IC ยังต้องทำการประเมินความเสี่ยงและศักยภาพของโรงพยาบาลอีกด้วย ทั้งนี้ เพื่อแสดงระดับความรุนแรงของโรค COVID-19 ที่มีต่อบุคลากร โดยแบ่งความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงต่ำ

บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติงานได้
0 - 10%

ความเสี่ยงปานกลาง

บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติงานได้
11 - 50%

ความเสี่ยงสูง

บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติงานได้
> 50%

แผนการรองรับสถานการณ์วิกฤตฉุกเฉินตามความเสี่ยง

ความเสี่ยงต่ำ

บุคลากรลดลง **ไม่เกิน 10%**

แผนก IPD : บุคลากรสามารถปฏิบัติงาน **"ตามปกติ"** ซึ่งจะจัดอัตรากำลังตามปกติในการดูแลผู้ป่วย Non-COVID และ COVID ตามสัดส่วนจำนวนเตียงที่วางแผนไว้ ส่วนบุคลากรที่ติดเชื้อให้หยุดรักษาตัวเป็นเวลา 7 วัน

แผนก OPD : บุคลากรสามารถปฏิบัติงาน **"ตามปกติ"** มีการจัดส่งยาให้กับผู้ป่วยทางไปรษณีย์ หรือ รับยาที่ร้านยาชุมชนอบอุ่น แทนการรับยาในโรงพยาบาล สำหรับบุคลากรที่ติดเชื้อให้หยุดรักษาตัวเป็นเวลา 7 วัน

ความเสี่ยงปานกลาง

บุคลากรลดลง **ไม่เกิน 50%**

แผนก IPD : ลดการรับผู้ป่วยในเหลือ ร้อยละ 80 ปรับเวลาในการปฏิบัติงานเป็น 12-16 ชั่วโมง/เวร ตามสถานการณ์ของแต่ละแผนก หรือพิจารณาการใช้อัตรากำลังร่วมจากหน่วยงานอื่นของแต่ละแผนก อีกท้ัง ต้องพิจารณาบุคลากรที่ไม่มีอาการให้ขึ้นมาปฏิบัติงานด้วย **"ความสมัครใจ"**

แผนก OPD : ลดการรับผู้ป่วยนอก ร้อยละ 70 มีการจัดส่งยาให้กับผู้ป่วยทางไปรษณีย์ หรือ รับยาที่ร้านยาชุมชนอบอุ่น ร้อยละ 50 ซึ่งจะมีการจัดอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยเป็น RN 1 คน และ NA 1 คน ต่อ 1 ชั้น

ความเสี่ยงสูง

บุคลากรลดลง **มากกว่า 50%**

แผนก IPD : ลดการรับผู้ป่วยในเหลือ ร้อยละ 50 ปรับเวลาในการปฏิบัติงานเป็น 16 ชั่วโมง/เวร หรือพิจารณาอัตรากำลังร่วมจากหน่วยงานอื่นๆ ขอบทุกแผนก ตลอดจนอัตรากำลังจากโรงพยาบาลอื่นภายในจังหวัด อีกท้ัง พิจารณาบุคลากรที่ไม่มีอาการให้ขึ้นมาปฏิบัติงานด้วย **"ความสมัครใจ"**

แผนก OPD : ลดการรับผู้ป่วยนอก ร้อยละ 70 มีการจัดส่งยาให้กับผู้ป่วยทางไปรษณีย์ หรือ รับยาที่ร้านยาชุมชนอบอุ่น ร้อยละ 70 ซึ่งจะมีการจัดอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยเป็น RN 1 คน และ NA 1 คน ต่อ 1 ชั้น



การประกาศเป็นโรคประจำถิ่น กับการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลและประชาชน

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ตลอดระยะเวลากว่า 2 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยต้องเผชิญกับวิกฤติการแพร่ระบาดใหญ่ของโรคอุบัติใหม่ ทำให้ต้องเพิ่มอัตรากำลังและทรัพยากรในการบริหารจัดการกับสถานการณ์วิกฤติดังกล่าว ด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน ทำให้สามารถก้าวผ่านสถานการณ์วิกฤติมาได้ในทุกระลอกของการระบาด และในท้ายที่สุดการระบาดของโรค covid-19 จะกลายเป็น "**โรคประจำถิ่น**" ซึ่งในขณะนี้ มีหลายประเทศได้เตรียมการเปลี่ยนผ่านไปสู่โรคประจำถิ่นแล้ว

สำหรับประเทศไทยได้เตรียมการประกาศโรค COVID-19 เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) ในเดือนกรกฎาคม 2565 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขก็มีการจัดทำแผนและปรับมาตรการตามระดับสถานการณ์ ดังนี้

- **ด้านสาธารณสุข** ได้แก่ การเฝ้าระวังและสอบสวนโรค การให้วัคซีนในกลุ่มเสี่ยงประจำปี การเฝ้าระวังและบริหารจัดการผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศโดยมีการยกเลิกการตรวจ ATK/PCR

- **ด้านการแพทย์** ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย professional ATK/PCR ในสถานพยาบาล การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย OP with self isolation ARI clinic, long Covid-19 clinic

- **ด้านกฎหมายและสังคม** ได้แก่ การบริหารจัดการด้านกฎหมาย การมีผลบังคับใช้ยกเลิกโรค Covid-19 จาก "โรคติดต่ออันตราย" เป็น "โรคติดต่อ" และมาตรการทางสังคมโดยการปฏิบัติตามหลัก Universal Prevention, Covid free setting ส่งเสริมการล้างมือ กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อมีตัวสวมหน้ากากอนามัย 100%

- **ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ในแต่ละช่วงเวลา** เพื่อให้ประชาชน กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

การบริหารจัดการโรค COVID-19 สู่การเป็นโรคประจำถิ่นนั้น มีการจัดลำดับความสำคัญ ได้แก่ การเพิ่มระดับความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนให้กับประชาชน ประกอบกับการสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคที่ระดับบุคคลและองค์กร ที่จะช่วยป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคได้

การประกาศให้ COVID-19 เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) จะช่วยทำให้สร้างสมดุลทางสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและกลับมาดำเนินชีวิตตามเดิมและอยู่ร่วมกับ COVID-19 ได้ ภายใต้การใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ซึ่งจะช่วยให้เศรษฐกิจของประเทศดีขึ้น เพื่อขับเคลื่อนสู่เป้าหมาย "ประชาชนปลอดภัย เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง" ตามนโยบายของท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข ...





ภาวะ Long Covid

พญ.ปอแก้ว เพ็ชรคำ
อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช



1

ภาวะ Long Covid คืออะไร ?

คำนิยามของภาวะ Long Covid นั้น มีชื่อเรียกหลายแบบ เราอาจจะใช้คำว่า Post Covid Condition หรือ Post Covid Syndrome ก็ได้ ทั้งนี้ คำว่า **Syndrome** หมายถึง **อาการ** ไม่ได้หมายถึง **โรค** (Disease) ดังนั้น Post Covid Syndrome จึงหมายถึง **"กลุ่มอาการของความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ หรือ อาการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการติดเชื้อ Covid-19"** โดยภาวะ Long Covid ส่วนใหญ่ จะแสดงอาการอย่างน้อย 1 - 3 เดือนขึ้นไปและอาการเหล่านั้น จะต้องแสดงอาการต่อเนื่องติดต่อกันถึง 2 เดือน และอาการที่เกิดขึ้น จะต้องไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรค อื่นๆ อีกด้วย

ทั้งนี้ อาการของภาวะ Long Covid จะไม่จำเพาะเจาะจง เกิดได้ทุกระบบ ตั้งแต่หัวใจจรดเท้า โดยจากการเก็บข้อมูลในต่างประเทศ พบว่า อาการของภาวะ Long Covid 10 อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ 1 ร่างกายอ่อนเพลีย อันดับที่ 2 อาการหายใจขัด/หายใจไม่อึด อันดับที่ 3 อาการไอ/ไอเรื้อรัง อันดับที่ 4 นอนไม่หลับ อันดับที่ 5 ระบบประสาทและสมองผิดปกติ เช่น ปวดหัว/การรับรู้รสชาติผิดปกติ และอันดับที่ 6 - 10 ได้แก่ มีไข้ ท้องเสีย ประสาทการดมกลิ่นผิดปกติ ผม่ว มีผื่นคันและปัญหาทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า/สมาธิสั้นลง เป็นต้น

ภาวะ Long Covid จะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

- **กลุ่ม New or Ongoing Symptoms** (อาการใหม่ หรือ อาการเดิมที่ยังคงอยู่) เช่น ไข้ ปวดหัว เหนื่อยหอบ หายใจไม่สะดวก แน่นหน้าอกและอ่อนเพลีย เป็นต้น

- **กลุ่ม Multiorgan Effect** เกิดขึ้นจากอักเสบของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายภายหลังจากการติดเชื้อ Covid-19 โดยพบได้บ่อยในเด็ก ซึ่งเราเรียกติดปากกันว่า MIS-C: Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associate with Covid-19 ซึ่งแม้ว่าตัวชี้วัดของโรค Covid-19 จะหายไป แต่ยังคงมีการอักเสบหลงเหลืออยู่และแสดงออกทางกาย เช่น ไข้ ตาแดง มีผื่นตามตัว เป็นต้น

- **กลุ่มผลกระทบจากการนอนโรงพยาบาลในระยะยาว** เช่น ผู้ป่วย Covid-19 ที่รักษาตัวที่แผนก ICU หรือผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ก็อาจจะมีอาการ Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) กล่าวคือ หลังจากหายแล้ว แต่ก็ยังมีอาการผึ่งใจ รู้สึกถูกกักขังและมีภาวะซึมเศร้าตามมา โดยภาวะ Long Covid ในกลุ่มนี้ อาจมีผลกระทบในระยะยาว และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้



2

ภาวะแทรกซ้อน

เนื่องจากภาวะ Long Covid มี Effect หลายด้าน ทั้งต่อสุขภาพกายและจิตใจ ไม่ได้เป็นแล้วและหายเองตามธรรมชาติ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อร่างกายได้ อาทิ

- กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ
- โรคเส้นประสาทอักเสบทั่วร่าง
- ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน
- ไตวายเฉียบพลัน
- ตับอักเสบเฉียบพลัน
- ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น



3

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่จะพบ Long Covid

อาการ Long Covid มีโอกาสเกิดขึ้นได้ประมาณ 30-50% ของจำนวนผู้ติดเชื้อ Covid-19 ที่รักษาหายแล้ว และอาจเกิดหลังจากที่ได้รับเชื้อมาแล้ว 4-12 สัปดาห์ขึ้นไป โดยประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่สามารถพบภาวะ Long Covid ได้บ่อยๆ เลย ก็คือ

1. **กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรุนแรงที่ใส่ท่อช่วยหายใจ/นอน ICU** ผู้ป่วยกลุ่มนี้เวลาป่วยจะมีสารตอบสนองไซโตไคน์ (Cytokines) เยอะมาก กล่าวคือ มีการตอบสนองของร่างกายเยอะ แล้วไซโตไคน์พวกนี้ถ้าหากร่างกายเรากำจัดเชื้อไวรัสไปหมดแล้ว แต่ยังอาจกำจัดไซโตไคน์ยังไม่หมด หรือในกรณีที่ตัวเชื้อ Covid ตายแล้ว แต่ซากเชื้อยังมีอยู่ ก็อาจกระตุ้นภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้เรามีภาวะ Long Covid ขึ้นมาได้
2. **กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิง** โดยเฉพาะในวัยทำงาน จะมีโอกาสเกิดภาวะ Long Covid ได้มากกว่าผู้ป่วยเพศชาย
3. **กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป**
4. **กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว** โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรค NCDs เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น
5. **กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน**

ทั้งนี้ กลุ่มผู้ป่วยในข้อ 1 - 5 ที่กล่าวมาทั้งหมดจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและอาจเกิดภาวะ Long Covid ได้นานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงอาจส่งผลต่อศักยภาพของร่างกายในการจัดการกับเชื้อไวรัส



4

การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะ Long Covid และการป้องกันการติดโรค Covid

ก่อนอื่น เราต้องแบ่งเป็นประเด็นนี้ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1. แนวทางในการฟื้นฟูหลังจากมีภาวะ Long Covid กับ 2. แนวทางในการป้องกัน Covid ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางการฟื้นฟูภาวะ Long Covid

เนื่องจากภาวะ Long Covid เกิดขึ้นจากการอักเสบในร่างกายที่ยังหลงเหลืออยู่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องลดผลกระทบจากการอักเสบดังกล่าว ซึ่งมีวิธีการฟื้นฟู ดังนี้

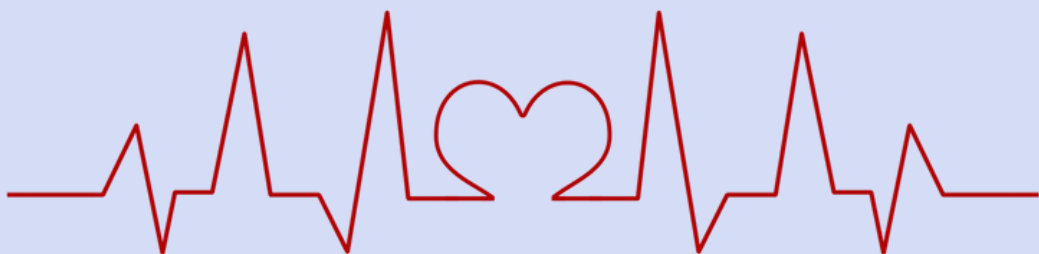
1. กินฟื้นฟู เป็นวิธีที่แพทย์แนะนำมากที่สุด ก็คือ การกินให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะ "โปรตีน" เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้มีภูมิต้านทานมากขึ้น โดยเน้นไปที่โปรตีนดี เช่น ปลา เนื้อสัตว์ไร้ไขมัน ไข่ ถั่ว เป็นต้น ส่วน "คาร์โบไฮเดรต" จะเน้นไปที่แป้งไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือหรือขนมปังโฮลวีท รวมทั้งผัก ผลไม้ เป็นต้น

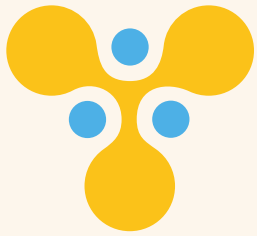
2. ออกกำลังกายเหมาะสม ในช่วงแรกหลังจากหายจาก Covid นั้น ผู้ป่วย ประมาณ 50 % จะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ดังนั้น การออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การเริ่มต้นออกกำลังกายจากเบาๆ เคลื่อนไหวช้าๆ ให้มากที่สุด อย่าพึ่งเร่งตัวเองให้เคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว เพราะช่วงแรกนั้นปอดหรืออวัยวะต่างๆ ของเรายังมีส่วนที่เสียหายอยู่และทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ

แนวทางการป้องกันภาวะ Long Covid

การป้องกันการเกิดภาวะ Long Covid ที่ดีที่สุด ก็คือ การไม่เป็นโรค Covid ซึ่งถ้าหากเป็นโรค Covid-19 แล้ว ก็จะมีแนวทางการป้องกันภาวะ Long Covid ดังต่อไปนี้

1. การฉีดวัคซีน Covid เพื่อเพิ่มภูมิต้านทานโรคให้แก่ร่างกาย
2. หากมีโรคประจำตัว ต้องดูแลร่างกายและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อให้อาการของโรคอยู่ในระดับที่ควบคุมได้
3. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และออกกำลังกายเป็นประจำ
4. ในกรณีที่มึนงง/น้ำหนักเกิน ต้องควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
5. รักษาภาวะจิตใจให้สดชื่น ไม่เครียด ไม่วิตกกังวลหรือแพนิค พยายามตรวจสอบภาวะจิตใจของตัวเองเพื่อรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ที่จะเข้ามา





ความแตกต่างระหว่าง สถิติทดสอบ T กับ Chi-square

ศศิประภา ศรีวิชัย
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

สถิติทดสอบ T (t-test)

สถิติทดสอบ T (T-test) คือ การใช้ข้อมูลรูปแบบความถี่ในเชิงปริมาณ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม กับประชากร หรือเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่อาจสัมพันธ์กันหรือเป็นอิสระต่อกันก็ได้ โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องสุ่มมาจากประชากรที่มีการแจกแจงปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

||▶ One - sample T test

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง ที่มีขนาดข้อมูล < 30 และมีการแจกแจงของประชากรแบบปกติ

***ถ้าขนาดกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่าหรือเท่ากับ 30 จะใช้ Z - test

||▶ Independent - sample T test

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน และมีการแจกแจงของประชากรแบบปกติ

ตัวอย่าง การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนัก (กิโลกรัม) ของเด็กทารกแรกเกิด ทั้ง 2 กลุ่ม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ลำดับ	1	2	3	4	5	7	8
1	2.87	3.25	3.10	2.65	2.78	3.34	2.83
2	3.15	3.20	2.98	3.24	2.65	2.64	3.58



► Paired - sample T test

การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่เป็นอิสระต่อกัน หรือมีลักษณะข้อมูลที่เหมือนกัน

ตัวอย่าง การเปรียบเทียบอัตราการเต้นของหัวใจของคนกลุ่มๆ หนึ่ง ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คนที่	1	2	3	4	5	6	7	8
ก่อน	88	91	87	105	98	101	99	104
หลัง	132	148	140	156	151	148	142	163

สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ใช้กับข้อมูลที่อยู่ในรูปของความถี่ที่มีการจัดระดับการวัดแบบกลุ่มหรืออันดับ ข้อมูลจะเป็น Nominal scale / Ordinal scale ใช้ในการทดสอบลักษณะของข้อมูลที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกันหรือไม่ / เพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังต่อไปนี้

► Goodness of fit

การทดสอบภาวะสารูปสัณยหรือความกลมกลืน ใช้ทดสอบการแจกแจงความถี่ที่สังเกตได้ จะแตกต่างกับการแจกแจงความถี่ที่คิดตามทฤษฎีหรือไม่

► Test of independence

การทดสอบความเป็นอิสระ ใช้ทดสอบการศึกษาค่าข้อมูลที่ถูกจำแนกด้วยตัวแปรจำแนก 2 ตัว โดยที่ตัวแปรแต่ละตัวถูกจำแนกออกเป็นระดับย่อยหลายระดับ เพื่อทดสอบข้อมูลว่าสัมพันธ์กับระดับย่อยของตัวแปรหรือไม่

ตัวอย่าง การเป็นมะเร็งที่ปอดมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่หรือไม่ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การเป็นมะเร็งที่ปอด	สูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	รวม
เป็น	30	16	46
ไม่เป็น	6	14	20
รวม	36	30	66

||▶ Test of homogeneity

การทดสอบความเหมือนกัน ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีการจำแนกตามลักษณะต่างๆ ว่ามีความเหมือนกันหรือไม่ โดยพิจารณาจากความน่าจะเป็น หรืออัตราส่วนของทั้ง 2 ตัวแปร

ตัวอย่าง ทดสอบความเหมือนกันของความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อบทเรียนงานวิจัย จำนวน 30 คนเท่าๆ กัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

บทเรียนงานวิจัย	ความพึงพอใจในการเรียน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ
กลุ่มที่ 1	10	8	9	3
กลุ่มที่ 2	9	7	10	4
กลุ่มที่ 3	12	8	8	2

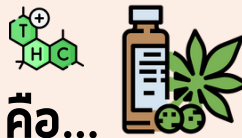
ความแตกต่างระหว่างสถิติทดสอบ T กับ Chi-square

สถิติทดสอบ T ใช้กับการทดสอบกับความแตกต่างระหว่าง 1 กลุ่ม และ 2 กลุ่ม ที่มีข้อมูลเป็น **Interval scale** หรือ **Ratio scale** โดยที่มีการแจกแจงของประชากรแบบปกติ แต่สถิติทดสอบ **Chi-square** ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างจะมีการจำแนกตัวแปรแต่ละประเภท และแต่ละตัวแปรจำแนกออกเป็นกลุ่มๆ ซึ่งข้อมูลจะเป็นข้อมูล **Nominal scale** หรือ **Ordinal scale**

กัญชากับงานแพทย์แผนไทย

เกศราภรณ์ คล้ายวิเชียร

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช



"กัญชา" คือ...

กัญชาเป็นพืชชนิดหนึ่งที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท ลักษณะเป็นใบแตกเป็นแฉกๆ คล้ายใบสำปะหลังหรือใบละหุ่ง ริมใบทุกแฉกมีลักษณะเป็นหยักๆ ใบหนึ่งมีราว 5-8 แฉก ในก้านเดียวกัน ออกดอกตามง่ามกิ่งก้าน จัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษ ซึ่งก่อนหน้านี้ ไม่สามารถนำมารักษาหรือใช้ในทางการแพทย์ได้ แต่ปัจจุบันได้มีการออกกฎหมายใหม่ อนุญาตให้นำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์เพื่อรักษาผู้ป่วยได้ ซึ่งจะใช้สารจากกัญชาที่ถูกสกัดมาจากยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่แล้ว จะถูกสกัดมาจากดอกและใบ ทั้งนี้ การสกัดสารกัญชาจะดำเนินการได้ ต้องใช้เครื่องกัญชาจากส่วนกลาง ก่อนที่จะปรุงตำรับยาเพื่อการรักษา อนึ่ง รพ.ตสม. ยังได้นำกัญชาชื่อว่า "น้ำมันกัญชา ตำรับหมอเดชา" มารักษาผู้ป่วยในกลุ่มงานแพทย์แผนไทยๆ อีกด้วย



การใช้กัญชาเพื่อการรักษา



กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีสารออกฤทธิ์มากกว่า 400 ชนิด พบมากที่สุดเป็นสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ได้แก่ เตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (delta-9 tetrahydrocannabinol: THC) และแคนนาบิไดอัล (cannabidiol: CBD) ซึ่งฤทธิ์ของ THC มีผลต่อจิตประสาท ทำให้ผ่อนคลาย นอนหลับ ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและกระตุ้นให้อยากอาหาร ส่วน CBD มีฤทธิ์ช่วยลดการอักเสบ อาการชักเกร็ง เป็นต้น โดยใน รพ.ตสม. ได้นำกัญชามาใช้รักษาผู้ป่วยที่กลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯ ผ่านตัวยา "**น้ำมันกัญชา ตำรับหมอเดชา**"

ทั้งนี้ รูปแบบการจ่ายน้ำมันกัญชาให้แก่ผู้ป่วยของกลุ่มงานแพทย์แผนไทย รพ.ตสม. นั้น จะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ "ทุกกรณี" แพทย์แผนไทยไม่สามารถจ่ายน้ำมันกัญชาให้แก่ผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เสียก่อนที่จะรับน้ำมันกัญชา อีกทั้ง น้ำมันกัญชาที่แพทย์จ่ายให้นั้น ยังไม่มีจำหน่ายตามร้านยาและท้องตลาดทั่วไปอีกด้วย

นอกจากนี้ น้ำมันกัญชาในฐานะทางเลือกของการรักษายังมีสรรพคุณต่อการรักษาโรคต่างๆ เช่น โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ โรคไมเกรน อาการนอนไม่หลับ ผู้ป่วย Palliative care ฯ เป็นต้น อีกทั้ง สภาการแพทย์แผนไทยยังอนุญาตให้แพทย์แผนไทยใช้กัญชาในการรักษาผู้ป่วยได้ แต่แพทย์แผนไทยต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชา ซึ่งให้การรับรองโดยกรมการแพทย์หรือกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยใบอนุญาตฯ นี้ มีอายุเพียง 2 ปี



ข้อดี-ข้อเสีย ของการใช้สารสกัดกัญชา

ข้อดี :

- ลดอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เพิ่มมากขึ้น
- ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เต็มที่

ข้อเสีย :

- ผู้ป่วยอาจมีความต้องการยาเพิ่มมากขึ้น
- อาการของผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อการใช้ยา





การทำความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา



สารสกัดกัญชาไม่ใช่ทางเลือกแรกในการรักษา เราจะใช้กัญชาในลักษณะของการรักษาเสริมจากการรักษาตามมาตรฐาน ผู้ป่วยต้องเข้าใจถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพราะกัญชาอาจส่งผลกระทบต่อยาบางชนิดที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น การจ่ายกัญชาให้แก่ผู้ป่วยก็ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์เท่านั้น

ข้อควรระวังของการใช้กัญชา

- ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการแพ้ไขมันกัญชาได้
- อาจเกิดอาการวิงเวียนจนถึงขั้นหมดสติได้
- อาจเห็นภาพหลอนหรือหูแว่ว
- อาจสูญเสียการทรงตัว
- เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง



การทำงานเชิงรุกของนักกายภาพบำบัด

กัญญณัช จันทรธูมา
งานกายภาพบำบัด
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช



ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มกายภาพบำบัด



"นักกายภาพบำบัด" (Physical Therapists) เป็นหนึ่งในวิชาชีพสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการที่บำบัดรักษาผู้ป่วยตามคำสั่งของแพทย์ โดยใช้เครื่องมือทางฟิสิกส์ การบริหารร่างกายเฉพาะท่า เช่น การดึง การนวดและเทคนิคอื่นๆ เป็นต้น อีกทั้ง ยังทำหน้าที่ในการให้บริการตรวจ วิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการรักษา ผ่านการอ่านค่าผลของห้อง Lab ร่วมกับการตัดสินใจในการทำกายภาพให้กับผู้ป่วย เพื่อการแก้ไข ป้องกันและฟื้นฟูความเสื่อมสภาพของร่างกายที่รับจากการผ่าตัด การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ รวมไปถึงอาการ Stroke ของผู้ป่วยในแต่ละกรณีและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น ด้วยการทำกายภาพบำบัด

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีนักกายภาพบำบัด ทั้งหมด 9 ราย แบ่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานและดูแลผู้ป่วย ดังนี้ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 2 ราย แผนกผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 5 ราย ปฏิบัติการเชิงรุกในชุมชน จำนวน 2 ราย โดยนักกายภาพบำบัดทุกคนจะสลับเวรในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

อนึ่ง ผู้ป่วยในแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่สามารถลงมารักษาเองได้ คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อเสื่อมแต่สามารถเดินเองได้
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถลงมารักษาเองได้ คือ ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วย stroke และผู้ป่วยพิการติดเตียง เป็นต้น

นอกจากนี้ งานกายภาพบำบัดยังเปิดให้บริการผู้ป่วยนอกเวลาราชการตั้งแต่เวลา 16.30 - 20.00 น. เพื่อขยายเวลาการมาทำกายภาพสำหรับผู้ที่ต้องการเข้าใช้บริการของโรงพยาบาล



การปฏิบัติการเชิงรุก

การทำงานเชิงรุกของนักกายภาพบำบัด จะทำหน้าที่ติดตามผู้ป่วย และเข้าไปดูแลให้การรักษาผู้ป่วยถึงที่บ้านและชุมชน ร่วมกับสหวิชาชีพและ อสม. ของแต่ละพื้นที่ โดยเข้าไปประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care: LTC) ว่าจัดอยู่ในเกณฑ์ใด ตาม Care Plan ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นอกจากนี้ จากการทำงาน แบบ Team work ที่ดี ภายในกลุ่มงาน ผู้ช่วยนักกายภาพ จำนวน 3 ราย ก็จะอำนวยความสะดวกในการบริการรวมไปถึงการจัดการเตรียมอุปกรณ์ในการทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ป่วยในชุมชนอีกด้วย

ข้อจำกัดของการทำงานแบบเชิงรุก ในชุมชน

การทำงานเชิงรุกในชุมชน นอกจากนักกายภาพบำบัดจะสามารถติดตามอาการและเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากขึ้นแล้ว นักกายภาพบำบัดยังสามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด อันจะช่วยลดอาการแทรกซ้อนของโรคได้ อีกทั้ง ผู้ป่วยยังสามารถปรึกษาหารือกับนักกายภาพบำบัด ได้โดยตรง ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม การทำงานเชิงรุกก็มีข้อจำกัดบางประการ อาทิ

- บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยในไม่เพียงพอ
- การเดินทางจากโรงพยาบาลไปยังบ้านของผู้ป่วยค่อนข้างไกล
- ผู้ป่วยมีการย้ายถิ่นฐาน
- การประสานการทำงานขาดตอน
- สถานการณ์ COVID-19 รุนแรงส่งผลให้ไม่สามารถลงพื้นที่ได้



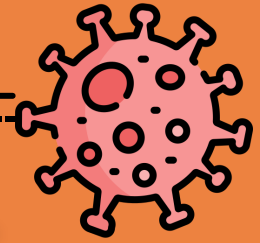
การทำงานในวันนี้



การมีเป้าหมายของการทำงานที่ชัดเจน คือ ต้องการช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้การทำงานของกลุ่มนักกายภาพบำบัดในวันนี้ อาจกล่าวได้ว่ามีประสิทธิภาพที่ดี เนื่องจากมีความร่วมมือร่วมใจในการทำงานของบุคลากรเจ้าหน้าที่ อันจะส่งผลให้การทำงานของงานกายภาพบำบัดมีประสิทธิภาพและคุณภาพ รวมไปถึง การรับฟังผลตอบรับจากผู้ป่วยยังช่วยส่งเสริมให้เรามีการทำงานเชิงรุกเพิ่มขึ้น เน้นการดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่อย่างทั่วถึง นำเครื่องมือที่ทันสมัยและครบวงจรมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเราก็จะนำความต้องการตรงนี้ไปพัฒนาต่อไป และถึงแม้ว่าสถานการณ์ Covid-19 ในปัจจุบันทำให้การทำงานเชิงรุกขาดช่วงไปบ้าง แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น เราก็จะมีการดำเนินงานเชิงรุกต่อไปในโอกาสที่เหมาะสม

สำหรับข้อเสนอแนะที่อยากจะฝากไว้ก็คือ ถ้าหากเป็นไปได้ก็อยากจะเพิ่มบุคลากรเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาระงานในตอนนี้มีสูงมาก ทั้งงานเชิงรุก งาน OPD งาน IPD งาน Bedside งาน Service Plan ซึ่งก็ทำให้บุคลากรไม่เพียงพอ ในขณะที่เดี๋ยวกันก็อยากให้มีการจัดสรรอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทันสมัยมากขึ้น รวมทั้งพัฒนาด้านสถานที่ในการทำกายภาพในกลุ่มงาน เป็นต้น





จุลสารการจัดการความรู้

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 (เม.ย. - พ.ค. 65)

