

วารสาร

โรงพยาบาลมหาสารคาม

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน-ธันวาคม 2557

MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL

Vol. 11 No. 3 September-December 2014



เจ้าของ :

โรงพยาบาลมหาสารคาม

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์สุนทร	ยนต์ตระกูล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม	
นายแพทย์สุรกิจ	ยศพล
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	
นายแพทย์ไพบุลย์	อัศวธนบดี
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการปฐมภูมิ	
นายวิฑูรย์	บุญทา
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	
นางสาวลักขณ์	ชมภูหลง
รองผู้อำนวยการฝ่ายพยาบาล	
นายแพทย์พรชัย	พัชรตันอรุณกร
รองผู้อำนวยการฝ่ายการเงินการคลัง	
นายแพทย์วีระศักดิ์	ศรีชวนชื่นสกุล
รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาคุณภาพฯ	

บรรณาธิการ :

นายแพทย์ธนิ	ฐิติพรรณกุล
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	

กองบรรณาธิการ :

แพทย์หญิงธนพร	มุฑาพร
แพทย์หญิงสุใจ	บุรณะบุญญิต
ทันตแพทย์หญิงธนาพันธ์	อุณหนันท์
นายแพทย์เพิ่มศักดิ์	นามวิจิตร
นายแพทย์วิฑูรย์	ติยะไพบุลย์สิน
แพทย์หญิงวิภาวดี	แสนโคตร
แพทย์หญิงกนกวรรณ	ชูสกุล (แก้วเขียว)
แพทย์หญิงธนาพร	นันท์ธนพานิช
แพทย์หญิงอัจฉริยา	แสนมี
เภสัชกรหญิงกาญจนาภรณ์	ทองไกรรัตน์
นายประเวศ	โต๊ะเงิน
นางบุญมี	สันโดษ
นางสาวคมสันต์	จริยณวิรัช

ผู้ประสานงาน-ประชาสัมพันธ์ :

นางสุภาภร	ผ่องอุดม
นายวีระยุทธ	บุญหลัง

สำนักงาน :

ห้องสมุด (วารสารวิชาการ) โรงพยาบาลมหาสารคาม
168 ถนนผดุงวิทย์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
อี - เมล์ Supa-Jour@hotmail.com
โทรศัพท์ 0-4374-0993-6 ต่อ 420 กด 1017
โทรสาร 0-4371-1433

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ :

- | | |
|--|---------------|
| 1. อาจารย์ดร.ณัฐจาพร | พิชัยณรงค์ |
| อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม | |
| 2. อาจารย์ดร.สร้อย | อนุสรณ์ธีรกุล |
| อาจารย์ประจำคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น | |
| 3. นพ.ธนิ | ฐิติพรรณกุล |
| นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาสารคาม | |
| 4. เบญจา | มุกตพันธ์ |
| อาจารย์ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ และกลุ่มวิจัย
การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น | |
| 5. อาจารย์ ดร.ภัทรินทร์ | กิตติบุญญคุณ |
| อาจารย์คณะเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม | |
| 6. อาจารย์ ดร.ผดุงศิษฐ์ | ชำนาญการพิเศษ |
| อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม | |

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎี งานวิจัย
บทความพิเศษ บทความพื้นวิชา รายงานผู้ป่วย รวมทั้งปฏิกิริยา
ให้แก่นักงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า
2. เป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการ
3. เป็นสื่อสัมพันธ์ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
ร่วมกับสหวิชาชีพทั่วประเทศ

กำหนดออก :

เผยแพร่ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ จำนวนพิมพ์ 100 เล่ม
Health Science Journals.
URL:Thailand.Digital Journals.org/

พิมพ์ที่ :

สารคามการพิมพ์ - สารคามเปเปอร์ 84 ถนนผดุงวิทย์ (ทางไป อ.กมลาไสย)
ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
โทรศัพท์ 0-4371-2899 โทรสาร 0-4371-2897
อี - เมล์ spp_printing@hotmail.com
เว็บไซต์ spp.in.th

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ถือเป็นผลงาน
วิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ วิจัย ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัว
ของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไปและผู้ประพันธ์
จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

ถ้อยแถลง จาก บก.

สวัสดีครับ ชาวสาธารณสุขทุกท่านที่ติดตามผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอผ่านวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม วารสารฉบับนี้เป็นฉบับส่งท้ายปี 2557 ถือเป็นฉบับสุดท้ายของปีที่ 11 พอดี ซึ่งก่อนอื่นที่ทีมงานขอแสดงความยินดีถึง กับมหาบัณฑิตและบัณฑิตทุกท่าน ทุกสถาบันด้วยนะครับ และเนื่องวโรกาสอันสำคัญยิ่งในเดือนธันวาคม ตรงกับ เดือนคล้ายวันพระราชสมภพของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 5 ธันวาคมมหाराช ซึ่งเหล่าพสกนิกรชาวไทยทุกหมู่เหล่า มอบความจงรักภักดีต่อพระองค์ด้วยการทูลไว้เหนือเกล้า เมื่อถึงวันคล้ายวันพระราชสมภพของพระองค์ทางราชการ และภาคเอกชนได้ร่วมกันจัดงานเฉลิมฉลอง และประกอบสาธารณกุศลต่าง ๆ เพื่อถวายเป็นพระราชกุศล ที่ผ่านมา การเสด็จเยี่ยมประชาชนในถิ่นทุรกันดารบ่อยครั้ง ทำให้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพบเห็นประชาชนที่เจ็บป่วย เป็นจำนวนมาก และโอกาสนี้ เหล่าคณะทำงานและกองบรรณาธิการขออัญเชิญพระราชดำรัสของพระองค์ที่ทรงตรัส ไว้เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2523 เรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เพื่อสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณ ความว่า

“...ร่างกายของเรานั้น ธรรมชาติสร้างมาสำหรับให้ออกแรงใช้งาน มิใช่ให้อยู่เฉย ๆ ถ้าใช้แรงให้พอเหมาะพอดี โดยสม่ำเสมอ ร่างกายก็เจริญแข็งแรง คล่องแคล่ว และคงทนยั่งยืน ถ้าไม่ใช้แรงเลยหรือใช้ไม่เพียงพอ ร่างกายก็จะ เจริญแข็งแรงอยู่ไม่ได้ แต่จะค่อย ๆ เสื่อมไปเป็นลำดับ และหมดสมรรถภาพไปก่อนเวลาอันสมควร ดังนั้น ผู้ที่ปรกติ ทำการงานโดยไม่ได้ออกกำลังกาย หรือใช้กำลังแต่น้อย จึงจำเป็นต้องหาเวลาออกกำลังกายให้พอเพียงกับความต้องการ ตามธรรมชาติเสมอทุกวัน มิฉะนั้น จะเป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่ง ที่เขาจะใช้สติปัญญาความสามารถของเขาทำ ประโยชน์ให้แก่ตนเองและแก่ส่วนรวมได้น้อยเกินไป เพราะร่างกายอันกลับกลายเป็นอ่อนแอลงนั้น จะไม่อำนวยโอกาสให้ ทำการงานโดยมีประสิทธิภาพได้...”

(หนังสืออ้างอิง พระบรมราโชวาทและพระราชดำรัส สำนักราชเลขาธิการ รวบรวม เมื่อ 14 มิถุนายน พุทธศักราช 2531)

นายณิน ฐิติพรรณกุล

บรรณาธิการ



1

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหัก
ระดับอก/เอว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ทัศนภรณ์ วรวิทย์

10

สมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

นิสากร วิบูลชัย, มลฤดี แสนจันทร์

17

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนด้วยกระบวนการ
เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของ
กลุ่มเลี้ยงเบ้าหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลกระจาย อำเภอบำบัด จังหวัดยโสธร

นุสรา บุญทศ, วิritti ปานศิลา, สุระ วิเศษศักดิ์

23

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของ
เด็กที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตเทศบาล
ตำบลประโคนชัย อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

ปัจฉิมา หลอมประโคน

30

ทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิต (living will) ของแพทย์
โรงพยาบาลบรบือ

พศิน ภูริธรรมโชติ

37

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย

พิมพ์วรา อัครเกียรติสิน

45

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการล้างไต
ทางช่องท้องชนิดชั่วคราว : กรณีศึกษา 2 ราย

พิศมัย จ้ายหนองบัว

53

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลในการระงับ
ความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ
โรงพยาบาลนครพิงค์

เพชรพร ไชยมณี, นิมนวล มั่นตราภรณ์



62

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในคลินิกเท้าเบาหวาน
โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

ภาณิชา มั่นคงศรีสุข

70

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
: กรณีศึกษา

มยุรี ประคำทอง

77

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น
(Upper Gastro Intestinal Bleeding) : กรณีศึกษา 2 ราย

วิภาพร อธิธิกุล

86

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง

วราภรณ์ ศรีนศรา

94

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน
การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

วไลพร ปักกระกา

102

ประสบการณ์ดูแลสุขภาพภายหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน
แบบเปิดของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก โรงพยาบาลมหาสารคาม

วันเพ็ญ วรามิตร, ถิตาพร วงษาไธ, ชมนกัธ นราศร, พัชรี ภาระไข,
สุคนธ์ กุรัตน, ประภัศร วงษ์ศรี, ศิวพล ศรีแก้ว

110

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
โรงพยาบาลเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

ศักดิ์สิทธิ์ ศรีทุมขันธ์

117

ผลของโปรแกรมประยุกต์การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมาธิบำบัด
ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกัน
โรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล
พระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

ศิลปภรณ์ งอยจันทร์ศรี, ญัฐจาร พิชัยณรงค์, ปิติ หังไพศาล



124

รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ตำบลศรีสุข
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ศุภกิจ มะธิโตปะน้า

131

การบริโภคอาหารว่างและความรู้เกี่ยวกับอาหารว่างที่ดี
ต่อสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

โรงเรียนชุมชนโนนสมบูรณ์ ในเขตพื้นที่ชนบท

อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

สุพัตรา มหาชัย, เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤษ

138

การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา (Drug-Drug Interactions : DDIs) ในงานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบรบือ

สุวรรณี บุญยภัทรกุล

146

ตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วย
ไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม

อนันต์ ต่อสกุลแก้ว, รุ่งเรือง แสนโกษา, อภากร เขจรักษ์

154

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล
ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

อาภรณ์ ถนัดคำ

161

ผลของการนวดมดลูกต่อการหดตัวของมดลูก
ในมารดาหลังคลอด

อุมาสวรรค์ ชูหา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล

168

การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

เอื้อพงศ์ ลิ้มพนาสิทธิ

ต้นฉบับที่จะส่งให้บรรณาธิการ

พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษสัน ขนาด เอ 4 (216X279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ ด้านบนและซ้ายมือ อย่างน้อย 40 มม. (1.5 นิ้ว) ด้านล่างและขวามือ 25 มม. (1 นิ้ว) พิมพ์เว้นบรรทัดตลอดบทความ ใส่เลขที่หน้าตั้งแต่ หน้าปกชื่อเรื่อง เรียงลำดับ ที่มุมขวาบนหรือล่างของกระดาษ

เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับไว้ จะแจ้งตอบกลับให้ผู้พิมพ์ทราบว่าให้แก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์หรือไม่ และตีพิมพ์โดยไม่แก้ไขและไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 3 เล่ม

ส่งแผ่นดิสก์ต้นฉบับ ขนาด 3.5 นิ้ว ซึ่งเป็นต้นฉบับสุดท้ายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วเพียงชุดเดียวในแฟ้มข้อมูล รูปแบบอักษร Angsana UPC ขนาด 16 ตัวอักษรต่อนิ้ว ระบุเวอร์ชันที่ใช้พิมพ์ ชื่อแฟ้มข้อมูล และเขียนชื่อแฟ้มข้อมูล ชื่อผู้พิมพ์ และอีเมลผู้พิมพ์บนแผ่นดิสก์ที่ใช้พิมพ์ต้นฉบับ

หมายเหตุ : ขนาดวารสาร 8 หน้ายก 1 ปี มี 3 ฉบับ จำนวน 100 ฉบับ ระบบอิเล็กทรอนิกส์ <http://Thailand.digital journal.org/>

สอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณสุภากร ผ่องอุดม

โทรศัพท์ 0-4374-0993-6 ต่อ 269 มือถือ 08-98431824, 08-76426168

หรือ อีเมล Supa-Jour@hotmail.com, Supa.mkh@gmail.com

**การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ
กระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์**
**A case study : Nursing in emergency and critically of fracture
of the thoracic/lumbar spine level in Kalasin Hospital**

ทัตสมณภรณ์ วรวิทย์¹
Tadsamonporn Worawit¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล ช่วยเสริมพลังการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว และผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นกรณีศึกษา ผู้ป่วย 3 ราย โดยการรวบรวมข้อมูลจากประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาทางการแพทย์ จากเวชระเบียน การสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต

ผลการศึกษาพบว่าปัญหาของผู้ป่วยที่เหมือนกันคือ มีความปวดมากเนื่องจากกระดูกสันหลังหัก เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ปัญหาผู้ป่วยที่แตกต่างกัน คือ กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดไขสันหลังถูกกดทับเพิ่มขึ้นเนื่องจากกระดูกสันหลังหัก กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดไขสันหลังถูกกดทับเนื่องจากกระดูกสันหลังหัก และกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 3 มีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง

จากการศึกษาครั้งนี้ หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยในชีวิต กลับไปอยู่ในสังคมได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลเรื่องโรคและการรักษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้

คำสำคัญ : การพยาบาลภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ, กระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Abstract

This study aim to 1) keep patients safe form complications during treatment at the hospital.2) Care empowerment of fracture of the thoracic/lumbar spine level and caregiver could care after discharge fore hospital. Study with 3 case of the spine at thoracic/lumbar level in Emergency room and Orthopedic department kalasin hospital. Data were collected by patient history ,physical examination, laboratory, medical treatment, medical record, interrogation form patient and relative and observation.

Result; Problem of patients as well 1) Pain due to vertebral 2) Risk of infection in the urinary tract 3) Anxiety about the disease 4) Lack of practice comprehension when discharge form hospital. Form this studied finding after the holistic nursing applied with patient safe form complications nursing theory while admitted in hospital. Patient and caregiver anxiety reduce about disease and patient and caregiver could self care

Keywords : Nursing in emergency and critically, Fracture of the thoracic/lumbar spine level

บทนำ

กระดูกสันหลังหัก (Fracture of the spine) หมายถึง การหักของกระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นอวัยวะที่ห่อหุ้มไขสันหลัง และเส้นประสาทที่ออกมาจากไขสันหลัง ซึ่งไขสันหลังเป็นส่วนต่อของเนื้อสมอง ทำหน้าที่ควบคุมสั่งงานให้แขนขา และร่างกายทำงาน และรับรู้ความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งความเจ็บปวดที่ผ่านจากแขนขาและร่างกาย กลับมาประมวลที่สมองเมื่อกระดูกสันหลังหัก ย่อมทำให้เกิดอัมพาต ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือรับรู้ความรู้สึกได้ตามปกติ

กระดูกสันหลังหักเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เป็นอัมพาต เพราะกระดูกหลังที่หัก เคลื่อนไปกดทับไขสันหลัง อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เป็น 2:1 จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนน กีฬา ที่มีความเสี่ยงบางประเภท เช่น ว่ายน้ำ ดำน้ำ ขี่ม้า รักบี้ ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกยิง ถูกแทง ถูกวัตถุหนักๆ ตกทับ และ ตกจากที่สูง¹ ในการบาดเจ็บไขสันหลังที่เกิดขึ้นมักเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มีผลให้เกิดอาการและความสูญเสียหน้าที่ของไขรากประสาทและสันหลัง จากนั้นน้อยไปหามากและผสมผสานกันคือ อาการปวดสันหลัง เนื่องจากกล้ามเนื้อและเอ็นหุ้มกระดูกถูกกระชากอาจถึงขั้นฉีกขาด เมื่อแรงกดและสับคอรุนแรงกระดูกจะถึงหัก และเคลื่อนทับรากประสาททำให้มีการปวดร้าวไปตามเส้นประสาทแขนงต่างๆ รวมทั้งถึงมีอาการชาที่ขา ร่วมกับอัมพาต หากเกิดรุนแรงอาจเสียชีวิตทันที หรือพิการถาวรได้ ส่วนในรายที่ไม่รุนแรงมากหากได้รับการช่วยเหลือรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสมก็จะช่วยป้องกันความพิการและภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักและบาดเจ็บไขสันหลังนั้นมักจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เนื่องจากผู้ป่วยนั้นต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และนอนบนเตียงนาน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็งกล้ามเนื้อลีบเล็ก ท้องอืดหรือมีการกดทับของประสาทไขสันหลังมากขึ้นจนเป็นอัมพาต ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านเศรษฐกิจ สังคม ของผู้ป่วยและญาติ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้านของชีวิต ปัญหาที่เกิดขึ้นอีกอย่างหนึ่งคือการสูญเสียทรัพย์สิน จากข้อมูลพบว่าในแต่ละปีโรงพยาบาลต่างๆ ต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร 1.2 ล้านราย ผู้ป่วยฉุกเฉิน 4.8 ล้านราย และมี

ผู้เสียชีวิตประมาณ 12,000 คนต่อปี เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 57,053.3 ล้านบาท เมื่อคิดเป็นรายบุคคลพบว่าผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจร 1 คน ต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจ ประมาณ 4.8 ล้านบาท และมีผู้พิการจากอุบัติเหตุจราจรประมาณ 3,000-5,200 คนต่อปี ผู้พิการ 1 คน ต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจ ประมาณ 3.3 ล้านบาท นอกจากนี้ผู้บาดเจ็บต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในจำนวนปีละ 150,000 คน โดย 1 คน ต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1,500 บาท² จากข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่า ปี พ.ศ. 2555-2556 มีผู้ป่วยที่กระดูกสันหลังหัก เข้าทำการรักษา ปี 2555 จำนวน 75 คน ปี 2556 จำนวน 79 คน พบว่าประมาณ 90% เป็นเพศชาย และตำแหน่งกระดูกสันหลังหักระดับเอว มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือกระดูกสันหลังหักระดับอก³ ซึ่งจะเห็นว่าโรงพยาบาลเองก็ได้รับผลกระทบด้านค่ารักษาพยาบาลที่สูง นับว่าเป็นอุบัติการณ์ที่สำคัญมาก จึงเป็นเรื่องที่หน่วยงานได้ให้ความสำคัญ

จุดมุ่งหมายในการรักษาพยาบาลต่อประสาทไขสันหลังคือพยายามทำให้ประสาทไขสันหลังคงสภาพเดิมให้มากที่สุด พร้อมทั้งทำให้กระดูกสันหลังบริเวณนั้น มีความแข็งแรงขึ้นซึ่งพยาบาลมีส่วนร่วมเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกหลังส่วนอก/เอว โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นวิธีทางวิทยาศาสตร์เพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ได้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอวให้ได้มาตรฐานเพื่อลดการสูญเสียชีวิตและความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งจะนำไปสู่การพัฒนา คุณภาพการให้บริการผู้ป่วย และนำไปสู่ความปลอดภัยในชีวิตของทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อปฏิบัติการพยาบาลและเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล และเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล สามารถดูแลตนเองได้

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยการเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง จำนวน 3 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักระดับเอว (L1) กระดูกสันหลังหักระดับอก (T12) และกระดูกสันหลังหักและเคลื่อนที่กระดูกระดับอก (T7-8) โดยเก็บรวบรวมข้อมูล การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาทางการแพทย์จากเวชระเบียน การสังเกตและสอบถามจากผู้ป่วยและญาติเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล และการใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2557

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 30 ปี อาชีพรับจ้าง อาการสำคัญ มีอาการปวดหลังมาก ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 ชั่วโมง ก่อนมาผู้ป่วยตกนั่งร้านสูงประมาณ 2.5 เมตร เอวหลังเท้าลงพื้นไม่สลบ มีอาการปวดหลังมาก ลูกไม่ได้ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยเมื่อแรกพบ Burst fracture L1 การวินิจฉัยสุดท้าย Burst fracture L1 Vertebra มีภาวะร่วมคือ Cauda equine syndrome , Acute Urinary Retention การรักษา รักษาด้วยยา Methylprednisolone และการผ่าตัด Indirect reduction c Posterior Instrumentary T11,T12,L2,L3 Vertebra

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี อาชีพรับจ้าง อาการสำคัญ มีอาการปวดหลังมาก ก่อนมาโรงพยาบาล 40 นาที ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 40 นาที ก่อนมาผู้ป่วยตกต้นไม้สูงประมาณ 2 เมตร เอวหลังกระแทกพื้น ไม่สลบ ศรีษะไม่ฟาดพื้น เจ็บบริเวณหลังและเอว ลูกไม่ได้ เจ็บมาก ยกคอหันไปมาได้ ไม่มีชา หรือแขนขาอ่อนแรง การวินิจฉัยเมื่อแรกพบ Burst fracture T12 spine R/O Neurological deficit การวินิจฉัยสุดท้าย Burst fracture T12 การรักษา รักษาด้วยการผ่าตัด ORIF with pedicular screw fixation T10-L2

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 3 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 40 ปี อาชีพทำนา อาการสำคัญ มีอาการปวดกลางหลังมาก ขาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 7 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 7 ชั่วโมง ก่อนมาผู้ป่วยตกต้นไม้สูง 3 เมตร เอวหลังเท้าลงพื้น ไม่สลบ ปวดกลางหลังมาก มีอาการชาที่ขาทั้ง 2 ข้าง ขาอ่อนแรง ขยับสะโพกลำบากส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยเมื่อแรกพบ Dislocation fracture T8 with T7-8 subluxation : incomplete cord การวินิจฉัยสุดท้าย Fracture dislocation T7-8 มีภาวะร่วม คือ Flaccid paralysis การรักษา รักษาด้วยการผ่าตัด PDS fixation T5-T10 with fusion with IBG with Post fusion

ผลการถ่ายภาพรังสี X-ray จาก

กรณีศึกษารายที่ 1 พบ Burst fracture L1 level

กรณีศึกษารายที่ 2 พบ Burst fracture T12 level และการตรวจ CT Scan พบ Comminuted vertical burst fracture of T12 vertebra. Mild prevertebral soft tissue swelling at T12-L1 level

กรณีศึกษารายที่ 3 พบ X-ray พบ Fracture distal T7-8c Compression fracture T8 และทำMRI พบ Chance fracture of the T7/8 level with cord edema at T7-T9 level

การรักษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย ได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและรับรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีแผนการรักษา ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการปวดหลัง และชาขาซ้ายมาก ให้ Morphine 5 mg IV prn for pain q 6 hr Methylprednisolone 2,000 mg iv drip in $\frac{1}{2}$ hr, Methylprednisolone 8,000 mg + 5% D/W 500 ml v drip in 24 hr และการผ่าตัด Indirect reduction with Posterior Instrumentary T11, T12, L2, L3 Vertebra⁴

กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการปวดหลังมาก ชาขาเล็กน้อยให้ Morphine 5 mg IV prn. for pain q 6 hr รักษาด้วยการผ่าตัด ORIF with pedicular screw fixation T10-L2⁴

กรณีศึกษารายที่ 3 มีอาการปวดหลังมากให้ Morphine 5 mg IV prn. for pain q 6 hr ขาทั้งสองข้าง ยกไม่ขึ้น มีอัมพาตท่อนล่าง การรักษาด้วยการผ่าตัด PDS fixation T5-T10 with fusion with IBG with Post fusion^{4,5}

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้มีปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล⁶ ของผู้ป่วย 3 ราย แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยภาวะชุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
1. เสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำ	1. เสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำ	1. เสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำ
2. มีความปวดมากเนื่องจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและการแตกกระดูกสันหลังหัก	2. มีความปวดมากเนื่องจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและการแตกกระดูกสันหลังหัก	2. มีความปวดมากเนื่องจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและการแตกกระดูกสันหลังหัก
3. เสี่ยงต่อการเกิดไขสันหลังถูกทำลายมากขึ้นเนื่องจากกระดูกสันหลังหัก	3. เสี่ยงต่อการเกิดไขสันหลังถูกทำลายเนื่องจากกระดูกสันหลังหัก	3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	4. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่	4. การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง
5. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่	5. ขาดความรู้ความเข้าใจ	5. ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล
6. ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล	การปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล	

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติกับกรณีศึกษา ทั้ง 3 ราย โดยให้การพยาบาลตามการตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุน^{6,7} แสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะชุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำ คือผู้ป่วยเหนื่อยอ่อนเพลีย ให้ประวัติสลับประมาณ 3 นาที ก่อนมาถึงโรงพยาบาล	1. ดูแลไม่ให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเกิน เนื่องจากในช่วง spinal shock การได้รับน้ำเกิน จะทำให้เกิดภาวะปอดบวมน้ำได้ (pulmonary edema) 2. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อรักษาระดับความดันโลหิต 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินภาวะผิดปกติและรายงานแพทย์

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล
2. มีความปวดมาก เนื่องจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ และการแตกกระดูกสันหลังหัก คือผู้ป่วยบอปวดหลังมาก Pain score = 10 พักผ่อนได้น้อย สีหน้าไม่สดชื่น ไม่มีความสุขสบาย	- ประเมินอาการปวดตามความรุนแรง ความถี่ - อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระดูกสันหลังหัก การรักษาพยาบาล ความจำเป็นที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล - ให้การพยาบาลต่างๆ แก่ผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล เพื่อลดการกระตุ้นให้ปวด - พลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุงหรือจัดบริเวณที่มีพยาธิสภาพให้อยู่นิ่งในแนวราบที่ถูกต้อง - ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น ระยะเวลาปวดมาก ให้ Morphine 5 mg IV prn. for pain q 6 hr หรือระยะปวดลดลง ให้ Paracetamol (500) 2 tab oral prn - ให้กำลังใจ เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวดแนะนำการทำสมาธิ
3. เสี่ยงต่อการเกิดไขสันหลังถูกทำลายมากขึ้น เนื่องจากกระดูกสันหลังหักมีอาการปวดหลังและชาขาซ้ายมาก	- ประเมินสภาพผู้ป่วย เมื่อสงสัยว่าอาจมีกระดูกสันหลังหัก ห้ามขยับเขยื้อนผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยหมดสติ ให้การดูแลเบื้องต้น เสมือนว่ามีกระดูกสันหลังหัก - ให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังอย่างที่สุด แบบนุ่มนวล เคลื่อนตัวผู้ป่วยไปทั้งท่อน และทำพร้อมๆ กัน เพื่อไม่ให้หลังเคลื่อน - จัดทำให้กระดูกสันหลังอยู่นิ่งอยู่ในแนวราบที่ถูกต้อง - อธิบายและสาธิตการทำ active และ passive exercise กล้ามเนื้อต่างๆ และการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ - แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ สังเกต และรายงาน เมื่อการเคลื่อนไหวและความรู้สึกที่เปลี่ยนไปในทางที่เลวลง - ประเมินสัญญาณชีพบ่อยๆ ทุก 15-30 นาที หรือตามแผนการรักษา - ดูแลให้ได้รับยา methyl prednisolone เพื่อลดการบวมของไขสันหลัง และลดการขาดเลือดของไขสันหลัง ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีการคาสายสวนปัสสาวะไว้ระยะแรกให้ดื่มน้ำ งดอาหารทางปาก	- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการคาสายสวนปัสสาวะ - ทำการสวนปัสสาวะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ - ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวกดี และเป็นระบบปิด - ดูแลระวังเรื่องการอุดกั้นที่จะทำให้เกิดการคั่งในกระเพาะปัสสาวะ และการไหลย้อนกลับของสายปัสสาวะจากถุงรองรับเข้าสู่ผู้ป่วย - ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง - ดูแลไม่ให้มีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะนานเกินไป - สังเกตสี กลิ่น และลักษณะผิดปกติของปัสสาวะ - ดูแลให้ได้รับน้ำตามแผนการรักษาและบันทึกจำนวนน้ำเข้าและจำนวนปัสสาวะทุกครั้ง

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน	
5. การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บที่ ไขสันหลัง ไม่สามารถเคลื่อนไหว ร่างกายส่วนล่างของร่างกายได้ จากการที่เกิดอัมพาต	1. ดูแลให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถเต็มที่ในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง คอยให้กำลังใจในการทำกิจวัตรประจำวัน 2. ช่วยจัดทำและหาอุปกรณ์ การจัดทำให้ถูกต้อง ขณะอยู่บนเตียงหรือนั่งรถเข็น 3. ดูแลให้ออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อและข้อ เพื่อไม่ให้เกิดการหดรั้งของเอ็น ข้อติด และเท้าตก (foot drop) 4. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้าย ให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมพร้อมในการ เคลื่อนย้ายตนเอง โดยให้ออกกำลังกล้ามเนื้อของร่างกายที่ไม่ได้รับบาดเจ็บ เพื่อให้แข็งแรง 5. ปรึกษานักกายภาพบำบัดในการสอนผู้ป่วยให้เรียนรู้ถึงวิธีการเคลื่อนย้ายตนเอง โดยรถเข็น (wheel chair) 6. สอนให้ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์ก่อนที่จะลงจากเตียงให้ผู้ป่วยใส่เสื้อบางๆ ก่อนการใส่ กายอุปกรณ์ทับ เพื่อป้องกันการระคายเคืองที่ผิวหนังและกายอุปกรณ์สะอาด 7. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อนั่งรถเข็นเป็นครั้งแรก เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียกำลัง ของกล้ามเนื้อที่จะช่วยในการไหลเวียนของเลือดดำส่วนปลาย ทำให้เกิด ความดันโลหิตต่ำเมื่อยืนขึ้นและอาจเป็นลมได้
6. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สัปดาห์วิตกกังวลบางครั้งร้องไห้	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย/ญาติ โดยพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ให้เวลารับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าด้วยความเต็มใจ 2. อธิบายพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ อาการ แผนการรักษาพยาบาล เหตุผล ในการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับอาการเจ็บป่วย และให้ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 3. ให้กำลังใจในการเผชิญต่อความเจ็บปวด 4. ตรวจเยี่ยมและสอบถามอาการความต้องการและให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ระบายผู้ป่วยเฉพาะจำเป็นเท่านั้น 6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจากสิ่งรบกวน 7. เมื่อจะให้การพยาบาลใดๆ ต้องแจ้งผู้ป่วยทราบและบอกรายละเอียดกิจกรรม ให้เข้าใจ

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน	
7. ขาดความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัว เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยใส่ Knight taylor brace และการเดิน ต้องใช้ Walker ช่วยพยุงเดิน เมื่อสอบถาม พบว่า ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวที่ต้อง เมื่อกลับบ้าน ญาติมั่นใจในการดูแล	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย/ญาติ ในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2. สอนและสาธิตการใส่ Knight taylor brace และการใช้ Walker ช่วยพยุงเดิน ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย/ญาติ ให้เข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ ก่อนจำหน่าย 3. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องซึ่งผู้ป่วย/ญาติ สามารถปฏิบัติได้ เช่น การรักษาความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น 4. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น ปวดหลัง แขนขาอ่อนแรง และเน้นถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด 5. ให้คู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว กรณีศึกษา ทั้ง 3 ราย เป็นการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด บทบาทของพยาบาลจึงเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน คลายความวิตกกังวลและเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะพักรักษาในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีปัญหาที่วิกฤติเสี่ยงต่อความพิการและการเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องมีองค์ความรู้และทักษะความชำนาญ มีความสามารถในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย โดยสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ถูกต้อง^๑ วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินผลการพยาบาลทุกครั้ง เพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจน

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน และวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุตกจากที่สูง^๑ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันหรือลดโอกาสในการเกิดภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังหักระดับอก/เอว ให้เป็นมาตรฐานมากยิ่งขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. พัทธี มาแก่น. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักร่วมกับภัยอันตรายต่อระบบประสาท. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเลิดสิน; 2546.
2. วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. ขอนแก่น : ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุและบาดเจ็บ โรงพยาบาลขอนแก่น; 2540.
3. รายงานผลข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2556. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์; 2556.
4. ธีรชัย อภิวัชรกุล. Orthopaedic Trauma Spine injuries. เชียงใหม่ : แสงศิลป์; 2555.
5. วิวัฒน์ วชนะวิศิษฐ์, วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และคณะ. กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่กระดูกสันหลัง. กรุงเทพฯ; 2555.
6. วรณีย์ สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส; 2553.
7. ธีรชัย อภิวัชรกุล. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะเฉียบพลัน. เอกสารประกอบการอบรมเฉพาะทาง การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์, งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (สิงหาคม, 2546).
8. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล : มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี; โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551. (143-156).
9. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง, 2550. (1-57).

สมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

Competency for Primary Medical Care Practice of Nursing Students of Srimahasarakham Nursing College

นิสากร วิบูลชัย¹, มลฤดี แสนจันทร์²
Nisakorn Vibulchai¹, Monrudee Sanchan²

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวางที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียนภาค ทฤษฎีรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และผลการเรียนเฉลี่ยกับ สมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 108 คน เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (CVI =1) และตรวจสอบ ความเที่ยง โดยค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา ครอนบาค ได้ระดับความเชื่อมั่น 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือสามารถทำเย็บแผลที่ไม่สาหัส รองลงมาคือให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและเฝ้าอาทรต่อ ผู้รับบริการและการให้ความรู้ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและครอบครัว ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือสามารถถอดเล็บ รองลงมาคือสามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและสามารถให้การช่วยเหลือกรณีอุบัติเหตุหรือ สาธารณภัย

ผลการเรียนภาคทฤษฎีรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและผลการเรียนเฉลี่ยไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ การปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : สมรรถนะ, การปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น, นักศึกษาพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

Abstract

This descriptive cross-sectional research aimed to evaluate the competency for primary medical care practice and relationships between the grade in the theoretical subject and competency for primary medical care practice, grade average and competency for primary medical care practice of nursing students of Srimahasarakham Nursing College. The sample comprised 108 nursing students of Srimahasarakham Nursing College. The instruments for data collection were the demographic data and the competency questionnaire approved for validity by expert panel (CVI = 1), and the Cronbach's Alpha coefficient was 0.87. Statistical techniques used in data analysis were percentage, mean, standard deviation and Pearson's product-moment correlation test at the significant level .05.

The results in this study revealed that:

The overall mean score of competency for primary medical care practice was at the high level. For each item, it was found that the simple suture had the highest mean score, holistic care and caring, and health education came up the second and the third highest respectively. The remove nail had the lowest mean score, cardiopulmonary resuscitation, and caring in accident and disaster came up the second and the third lowest respectively .

There was no statistical correlation between the grade in the theoretical subject and competency for primary medical care practice of nursing students of Srimahasarakham Nursing College.

There was no statistical correlation between grade average and competency for primary medical care practice of nursing students of Srimahasarakham Nursing College

Keywords : Competency, Primary Medical Care Practice, Nursing Student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถาบันการศึกษาต่างๆ ได้มีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ที่เน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของกระบวนการเรียนการสอน มุ่งเน้นการฝึกทักษะการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง การคิดวิเคราะห์ การประยุกต์ใช้ความรู้ รู้จักการทำงานเป็นทีมและมีโอกาสฝึกทักษะปฏิบัติจริง เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้เรียนเป็นคนเก่ง คนดี และมีความสุข¹

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เป็นสถาบันการศึกษาหนึ่งที่มีพันธกิจหลักสำคัญ คือ การผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพและมีคุณธรรมสูงส่งคม โดยมุ่งหวังให้บัณฑิตพยาบาลมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน สังคม ประเทศชาติ ได้ โดยได้ยึดหลักการจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ที่ว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนสำคัญที่สุด ครูผู้สอนเป็นเพียงผู้สนับสนุนและเอื้ออำนวยการเรียนรู้ของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้แสวงหาและสร้างความรู้ด้วยตนเอง²

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ เป็นวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลต้องประยุกต์ความรู้ด้านทฤษฎีผสมผสานบูรณาการความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการฝึกปฏิบัติ จนกลายเป็นศาสตร์และศิลป์ของการพยาบาล การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ อาจารย์ต้องมีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของกระบวนการเรียนการสอน เพื่อมุ่งเน้นให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้อย่างครบถ้วน ทั้งทางด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย^{3,4}

รายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้มีการจัดการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะกระบวนการคิด การจัดการเผชิญสถานการณ์การประยุกต์และนำความรู้มาใช้ในการฝึกปฏิบัติเพื่อให้สามารถคิดเป็นและปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง ส่งเสริมความสามารถในการพัฒนานตนเองตามธรรมชาติและเต็มศักยภาพ เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ลักษณะของวิชาจะมีความสัมพันธ์และต่อเนื่องกับการศึกษาในภาคทฤษฎีในรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยเป็นการฝึกปฏิบัติที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน เป็นระยะเวลา 1 เดือน เกี่ยวกับการ

ซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การคัดกรอง และการส่งผู้ป่วย การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การทำหัตถการ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลเบื้องต้นภายใต้ขอบเขตของระเบียบกระทรวงสาธารณสุข⁵

ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้กำหนดสมรรถนะรายวิชาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือพฤติกรรมที่แสดงออกของนักศึกษาที่บ่งบอกถึงความสามารถในการนำความรู้ ทักษะการปฏิบัติ การคิด การตัดสินใจ เจตคติ ตลอดจนบุคลิกลักษณะมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามวัตถุประสงค์ของรายวิชาที่กำหนด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวคือ สมรรถนะที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับนักศึกษาและสอดคล้องกับสมรรถนะรายวิชาที่กำหนด ตั้งแต่การประเมินคัดกรอง วินิจฉัยแยกโรค และรักษาพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ให้คำแนะนำ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ให้การปฐมพยาบาล ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน อุบัติเหตุหุ้และสาธารณภัย การบำบัดทางด้านการหัตถการโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน หลักจริยธรรม และกฎหมายวิชาชีพ^{5,6}

จากผลการประเมินของนักศึกษาภายหลังการฝึกปฏิบัติงานในช่วงปีการศึกษา 2548-2550 ที่ผ่านมา พบว่า นักศึกษามีความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับดี บรรลุวัตถุประสงค์ในรายวิชา และมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติ เช่น ความรู้และทักษะในการตรวจร่างกาย การช่วยฟื้นคืนชีพ การทำหัตถการไม่เพียงพอ รวมทั้ง การกำหนดประสบการณ์มีจำนวนมากเกินไป⁷ ซึ่งจากผลการประเมินดังกล่าวเป็นการประเมินโดยภาพรวม ไม่สามารถบอกได้ถึงสมรรถนะของนักศึกษาตามสมรรถนะของรายวิชาที่กำหนด ประกอบกับยังไม่มี การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะของนักศึกษาในรายวิชานี้มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาและอาจารย์นิเทศ จึงได้สนใจศึกษาการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลว่าเป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์กับผลการเรียนภาคทฤษฎี รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและผลการเรียนเฉลี่ยหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียนภาคทฤษฎี รายวิชาการศึกษาพยาบาลเบื้องต้นและผลการเรียนเฉลี่ยกับสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

รูปแบบและวิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 108 ราย โดยการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารตำรา รวมทั้งการวิเคราะห์หลักสูตรและวัตถุประสงค์ในรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 และตรวจสอบความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาครอนบาค (Alpha Chronbach Coefficient) ได้ระดับความเชื่อมั่น 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่นักศึกษาเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงานในเดือนมีนาคม 2551 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนจำนวนทั้งสิ้น 98 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.74

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

ผลการวิจัย

สมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษา พบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.10$ S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ

สามารถทำเย็บแผลที่ไม่สาหัส ($\bar{x} = 4.51$ S.D. = 0.58) รองลงมา คือ ให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและเฝ้าอาการต่อผู้รับบริการ การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและครอบครัว ($\bar{x} = 4.47$ S.D. = 0.63, $\bar{x} = 4.42$ S.D. = 0.61 ตามลำดับ) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถถอดเล็บ ($\bar{x} = 3.34$ S.D. = 0.99) รองลงมา คือ สามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและสามารถให้การช่วยเหลือกรณีอุบัติเหตุหรือสาธารณภัย ($\bar{x} = 3.50$ S.D. = 0.84, $\bar{x} = 3.61$ S.D. = 0.74 ตามลำดับ)

ผลการเรียนภาคทฤษฎีรายวิชาการศึกษาพยาบาลเบื้องต้นและผลการเรียนเฉลี่ยกับสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษา พบว่า ผลการเรียนภาคทฤษฎีรายวิชาการศึกษาพยาบาลเบื้องต้น ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเรียนเฉลี่ยกับสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพบว่าผลการเรียนเฉลี่ย ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่านักศึกษาประเมินตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง และประเมินในรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถทำเย็บแผลที่ไม่สาหัส รองลงมา คือ ให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและเฝ้าอาการต่อผู้รับบริการ การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและครอบครัว ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถถอดเล็บ รองลงมาคือสามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและสามารถให้การช่วยเหลือกรณีอุบัติเหตุหรือสาธารณภัย

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นการจัดการเรียนการสอนที่มีความต่อเนื่องจากการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ซึ่งในปีการศึกษา นี้ ได้มุ่งถึงการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 โดยเฉพาะในหมวดที่ 4 แนวทางการจัดการศึกษา มาตรา 22 ได้กล่าวไว้ว่า “การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่า ผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียน

มีความสำคัญที่สุด กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มศักยภาพ”¹ ครูผู้สอนทุกคนจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากการเป็นผู้บอกความรู้ให้จบไปในแต่ละครั้งที่เข้าสอนมาเป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitator) ในการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน กล่าวคือเป็นผู้กระตุ้นส่งเสริมสนับสนุน จัดสิ่งเร้าและจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาให้เต็มตามศักยภาพ ความสามารถ ความถนัด และความสนใจของแต่ละบุคคล การจัดกิจกรรมจึงต้องเป็นกิจกรรมที่ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ วิจัย สร้างสรรค์ศึกษาและค้นคว้าได้ลงมือปฏิบัติจนเกิดการเรียนรู้และค้นพบความรู้ด้วยตนเอง เป็นสาระความรู้ด้วยตนเอง รักการอ่าน รักการเรียนรู้อันจะนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Long-life Education) และเป็นบุคคลแห่งการเรียนรู้ (Learning Man) ผู้สอนจึงต้องสอนวิธีการแสวงหาความรู้ (Learn how to learn) มากกว่าสอนตัวความรู้ สอนการคิดมากกว่าสอนให้ท่องจำสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญมากกว่าเน้นที่เนื้อหาวิชา² จากแนวคิดดังกล่าวจึงได้มีการพัฒนาปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาภาคทฤษฎี คือวิชาการพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งเป็นรายวิชาที่สอดคล้องกับรายวิชาภาคปฏิบัติ คือ วิชาปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้น นับตั้งแต่การกำหนดเนื้อหาและวิธีการเรียนการสอนในประมวลรายวิชาซึ่งถูกกำหนดร่วมกันระหว่างผู้สอนและครูผู้สอน มีกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลายเน้นการคิดวิเคราะห์ การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การอภิปราย การวิเคราะห์กรณีศึกษา รวมทั้งได้มีการปรับปรุงเนื้อหาสถานการณ์ในกรณีศึกษาให้สอดคล้องและมีความเหมือนจริงมากที่สุด เน้นการฝึกการคิด ตัดสินใจที่อ้างอิงแนวคิด ทฤษฎีมากขึ้น ศึกษาด้วยตนเองจากวิดีโอทัศน์ พัฒนากิจกรรมฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มย่อยๆ และให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการนำเสนอผลงานและประเมินผลร่วมกับครูผู้สอนมากขึ้น นอกจากนี้ยังได้จัดให้มีการทดสอบก่อนและหลังเรียนในช่วงของการฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งอาจารย์ได้มีโอกาสในการทบทวนความรู้ในประเด็นที่นักศึกษาไม่เข้าใจมากขึ้น³ ซึ่งจากการที่นักศึกษาได้รับการเตรียมที่ดีจากการศึกษาภาคทฤษฎี จึงทำให้นักศึกษามีความมั่นใจและมีองค์ความรู้มากขึ้นก่อนการศึกษาในภาคปฏิบัติ

เมื่อนักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาปฏิบัติการ

รักษายาบาลเบื้องต้น ที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและมี การจัดการที่สามารถให้ผู้เรียนนำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ในสถานการณ์ที่เป็นจริง เพื่อเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างแท้จริง กล่าวคือ มีการกำหนดเนื้อหา ขอบเขตและวิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในประมวลรายวิชา ร่วมกันระหว่างผู้เรียนและครูผู้สอน ครูมีบทบาทในการจัดเตรียมแหล่งฝึกปฏิบัติงานที่เหมาะสมและเอื้อต่อการเรียนรู้ กำหนดจำนวนประสบการณ์ที่ต้องได้รับและควรได้รับ พร้อมทั้งติดตามนิเทศการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้และแสวงหาความรู้จากแหล่งความรู้อื่นๆ ที่หลากหลาย พัฒนาแนวความคิดการเก็บประสบการณ์ ที่เน้นทักษะการคิดวิเคราะห์มากขึ้น ตลอดจนพัฒนา รูปแบบการวัดและประเมินผลที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมมากขึ้นและเป็นแบบวัดประเมินผลที่เกณฑ์ชัดเจน^{3,9} ผลจากการพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติดังกล่าวทำให้นักศึกษามีความมั่นใจและมีองค์ความรู้ในการปฏิบัติการรักษายาบาลเบื้องต้น จึงทำให้คะแนนสมรรถนะการปฏิบัติการรักษายาบาลเบื้องต้น อยู่ในระดับสูง¹⁰ ที่พบว่า การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ซึ่งมุ่งเน้นการจัดการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนนำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ในสถานการณ์ที่เป็นจริงทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างแท้จริง สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์รายวิชาในระดับดี ($\bar{x} = 4.15$ S.D. = 0.41)

เมื่อพิจารณาสมรรถนะในรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถทำเย็บแผลที่ไม่สาหัส ทั้งนี้ เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนก่อนที่นักศึกษาจะออกฝึกปฏิบัติงานนักศึกษาต้องได้รับการเตรียมทักษะที่จำเป็น เช่น ทักษะการซักประวัติ ทักษะการตรวจร่างกาย ทักษะการวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทักษะการวินิจฉัยแยกโรค และทักษะการปฏิบัติหัตถการ ซึ่งในการปฏิบัติทักษะหัตถการได้เน้นทักษะการเย็บแผล โดยได้จัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะเย็บแผลแบบตัวต่อตัวกับอาจารย์ผู้สอนและจัดให้มีการสอบการเย็บแผลด้วย นอกจากนี้ นักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติในรายวิชานี้ต่างได้ผ่านการฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารก ซึ่งทุกคนได้เก็บประสบการณ์การเย็บช่องคลอดภายหลังคลอดปกติ จากกิจกรรมการเรียนการสอนดังกล่าวจึงทำให้คะแนนสมรรถนะการปฏิบัติการรักษายาบาลเบื้องต้น ในข้อนี้อยู่ในระดับสูง

ส่วนข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ การถอดเล็บ ความสามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและความสามารถในการช่วยเหลือกรณีอุบัติเหตุหรือสาธารณภัย ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า การถอดเล็บและการช่วยเหลือกรณีอุบัติเหตุหรือสาธารณภัย นักศึกษามีทักษะการปฏิบัติการน้อย เนื่องจากมีจำนวนผู้รับบริการมาถอดเล็บในแต่ละแหล่งฝึกปฏิบัติน้อย จึงทำให้ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในข้อนี้มน้อย และนักศึกษาไม่มีประสบการณ์ในการช่วยเหลืออุบัติเหตุหรือสาธารณภัย จึงทำให้ประสบการณ์ในข้อนี้มน้อยเช่นกัน ส่วนความสามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงมีน้อยเนื่องจากในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นปฏิบัติการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งผู้ปฏิบัติที่แท้จริง คือทีมแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมมา นักศึกษาเป็นเพียงผู้สังเกตการณ์หรือผู้ช่วยเหลือในบางขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น การช่วยปั๊ม Ambule bag การช่วยดูดเสมหะ เป็นต้น ประกอบกับจำนวนผู้รับบริการที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินมีจำนวนน้อย จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้นักศึกษามีประสบการณ์ดังกล่าวน้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียนภาคทฤษฎี รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและผลการเรียนเฉลี่ย กับสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ผลการวิจัยพบว่าผลการเรียนภาคทฤษฎีรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและผลการเรียนเฉลี่ย ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเป็นลักษณะของการบูรณาการความรู้ความสามารถในหลายๆ สาขาวิชา ซึ่งเมื่อนักศึกษาได้มาเรียนรู้ในสภาพจริง จะมีการ

สังเคราะห์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในตัวนักศึกษาเองประกอบกับลักษณะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเป็นการฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีอาจารย์แพทย์และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์พิเศษอย่างใกล้ชิด อาจารย์พยาบาลเป็นเพียงผู้สังเกตติดตามเท่านั้น จากจุดตรงนี้ถือว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและปัจจัยเกื้อหนุนในการปฏิบัติงานของนักศึกษา ทำให้นักศึกษามีความตื่นตัว กระตือรือร้น สนใจเรียนรู้ และปรับตัวให้สามารถปฏิบัติงานได้ในแหล่งฝึกปฏิบัติงานนั้น จึงทำให้มีสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นสูง ถึงแม้ว่าจะมีผลการเรียนภาคทฤษฎีรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและผลการเรียนเฉลี่ยสูงหรือไม่ก็ตาม¹¹ นักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนแตกต่างกัน มีสมรรถนะการวินิจฉัยชุมชนหลังการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน¹² ผลการเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและผลการเรียนตลอดหลักสูตรแตกต่างกัน มีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามการรับรู้ของนักศึกษาเปรียบเทียบกับอาจารย์พยาบาลและอาจารย์นิเทศในแหล่งฝึก
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษา
3. ควรมีการศึกษาติดตามสมรรถนะการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาภายหลังสำเร็จการศึกษาเป็นระยะๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่2) พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ : บริษัทพริกหวานกราฟฟิค จำกัด; 2545.
2. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. คู่มือการจัดการเรียนการสอน ปีการศึกษา 2551 (เอกสารอัดสำเนา); 2551.
3. ดร.ณิ รุจกรกานต์. การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล. ขอนแก่น : ศิริวัฒน์ออฟเซ็ท; 2541.
4. มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. ระเบียบวิธีการสอนการพยาบาลในคลินิก. นนทบุรี : ยุทธินทร์การพิมพ์; 2543.
5. กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. คู่มือการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการรักษพยาบาลเบื้องต้น (เอกสารอัดสำเนา); 2551.
6. สภาการพยาบาล. ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
7. กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. รายงานประเมินผลการศึกษภาคปฏิบัติ วิชาปฏิบัติการรักษพยาบาลเบื้องต้น (เอกสารอัดสำเนา); 2551.
8. อามรณ์ ใจเที่ยง. การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ. วารสารครุสาร คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏนครปฐม 2544; 3.
9. วิชัย วงษ์ใหญ่. การพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น; 2537.
10. ศุภิสรา สุวรรณชาติ และนัฐญา ครูเจริญ. ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2553; 16 : 72-82.
11. เรณูวัฒน์ โคตรพัฒน์ และคณะ. สมรรถนะการวินิจฉัยชุมชน ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (รายงานวิจัยอัดสำเนา); 2542.
12. ปิ่นนเรศ กาตุตม และคณะ. สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี (รายงานวิจัยอัดสำเนา); 2546.



**การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตน
ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชนิดที่ 2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระเจาย อำเภอบำดุง
จังหวัดยโสธร**

**Diabetes Mellitus trends to increase due to inappropriate health
promoting This quasi-experimental research aimed to study the effects
of the program for enhancing self efficacy and participatory self care
learning on self care behaviors among pre diabetes type 2 in
Tambon Krajai , Patiw District, Yasothon Province.**

นุสรา บุญทศ¹, วิรติ ปานศิลา², สุระ วิเศษศักดิ์³

Nutsara Boontos¹, Wirat Pansila², Sura Visetsak³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระเจาย อำเภอบำดุง จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามระยะเวลาการดำเนินการ 18 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Paired Simple t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent Simples t test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

³นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตน ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีทักษะในการดูแลตนเองและเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 ข้อ และควรศึกษาความต่อเนื่องถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม จากระดับน้ำตาล ระดับฮีโมโกลบิน A1C คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ตลอดจนความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย

คำสำคัญ : กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชนิดที่ 2.

Abstract

This quasi- experimental research aimed to study the effects of the program for enhancing self efficacy and participatory self care learning on self care behaviors among pre diabetes type 2 in Tambon Krajai, Patiw District, Yasothorn Province. The sample consisted of 100 pre diabetes people purposively selected. They were assigned into two groups, an experimental group and a comparison group, with 50 samples each. The program was intervened into the experimental group. Data were collected before and 18 weeks after the intervention by using questionnaires. Statistical analysis employed Independent Samples T-Test and Paired T-Test.

The results revealed that perceived self-efficacy and self-behaviors in the experimental group significantly increased after the experiment ($p < .05$). Perceived self-efficacy and self-care behaviors in the experimental group were significantly higher than those in the comparison group after the experiment ($p < .05$).

The results suggested that the program for enhancing self-efficacy and self-care behaviors is effective in the pre diabetes groups to create self-care skills and ensure for changing their behaviors. Further study should be conducted to evaluate the impacts on blood glucose level, hemoglobin A1C level, cholesterol level, triglyceride level, blood pressure, and body mass index.

Keywords : Participatory self care, Diabetes Mellitus, Acute renal failure.

บทนำ

ในปัจจุบันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตและคร่าชีวิตมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่ง และมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งมีสาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ ในปี 2544 รัฐบาลไทยได้ริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีปรัชญาในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้พึ่งตนเองได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการสร้างสุขภาพด้วยการเพิ่มการออกกำลังกายและลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารมันจัด หวานจัด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ตลอดจนการให้บริการผสมผสานและองค์รวม โดยเฉพาะการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว เพื่อเป็นการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากข้อมูลสมพันธ์เบาหวานนานาชาติ¹ ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกแล้ว 85 ล้านคน และได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ

สำหรับประเทศไทย พบว่า มีอัตราป่วยความชุกโรคเบาหวาน 675.74, 879.58, 954.18 ต่อประชากร 1,000 คน ตามลำดับ² และข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือ ประมาณวันละ 19 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542 - 2552) พบคนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.02 เท่า เฉพาะปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน 558,156 ครั้ง หรือประมาณวันละ 1,529 ครั้ง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 พบว่า ประชาชนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีร้อยละ 18.5 (ชายร้อยละ 16.8 และหญิงร้อยละ 20.2) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งที่ 3 เมื่อปี 2546-7 พบว่า สัดส่วน ของคนที่มีความเคลื่อนไหวไม่เพียงพอครั้งที่ 3 ชายร้อยละ 20.7 และ

หญิงร้อยละ 24.2 ซึ่งสูงกว่า ครั้งที่ 4 นี้ เล็กน้อย (รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4, 2551-2) ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 28.4 ในผู้ชาย และ 40.7 มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง) มีร้อยละ 18.6 ในผู้ชายและร้อยละ 45 ในผู้หญิง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพคนไทย ครั้งที่ 3 เมื่อปี 2546-7 ความชุกของภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ กก./ตร.เมตร}$) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิง ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 34.4 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 และภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในผู้หญิงจากร้อยละ 36.1 และผู้ชายร้อยละ 15.4 ในปี 2547 เพิ่มเป็นร้อยละ 45 และ 18.6 ในปี 2552 ตามลำดับ (รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4, 2551-2)

ในส่วนของจังหวัดยโสธร สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ข้อมูลในปี 2550-2554 พบว่าอัตราความชุกโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 2,390.10, 2,897.83, 3,196.20, 3,289.92 และ 3,610.05 ตามลำดับ³

สำหรับในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระจาย พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ในปี 2550-2554 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 3,198.41, 2,881.76, 3,569.27, 3,801.07 และ 3,891.86 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน ปี 2551 ถึงปี 2554 พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 10.00, 10.87, 11.53 และ 13.77 ตามลำดับ มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ กก./ม}^2$) ร้อยละ 20.17, 21.67, 23.10 และ 25.61 ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ร้อยละ 10.52, 11.04, 11.76 และ 12.46 พฤติกรรมของประชาชนที่ไม่ออกกำลังกาย และมีภาวะอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ต่อการเกิดโรคเบาหวาน⁴

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และโดยรวมหลังการ

ทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ การใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงที่มีสิทธิข้าราชการพบว่ามีปริมาณบริโภคอาหารรสหวานลดลง กินปลาเพิ่มขึ้น และลดมื้อที่กินอาหารมากที่สุด คือ มื้อเย็น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น⁵ และการศึกษายุทธศาสตร์การเรียนรู้สู่อำนาจ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง เรื่อง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมความเครียด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม⁶

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในรูปแบบการวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 50 ซึ่งผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติคือ

- 1) มีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือด โดยการงดอาหาร (Fasting plasma Glucose) เท่ากับ 100 - 125 มก./ดล. หรือการตรวจวัดน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมง หลังกินกลูโคส 75 กรัม มีระดับน้ำตาลเท่ากับ 140 - 199 มก./ดล. ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระจ่าย อำเภอบ้านดู่ จังหวัดยโสธร

- 2) ไม่มีปัญหาด้านสายตา สามารถอ่านออก เขียนได้

- 3) เป็นผู้สมารถใจและยินยอม สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับเอกสาร คู่มือการดูแลตนเอง พร้อมเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามระยะเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มที่ได้รับการแจกเอกสาร

คู่มือการดูแลตนเองกลับไปศึกษาที่บ้านโดยไม่ได้เข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด และเครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย คือ การกำกับตัวเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสามารถของตน การกระตุ้นเตือนการปฏิบัติและ (Post-test) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ระดับความเชื่อมั่น 95%) ซึ่งสถิติพรรณนาใช้จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูล โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้ความสามารถของตน ความแตกต่างระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้ความสามารถของตน ความแตกต่างระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent Samples t-test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้หลักการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Data Triangulation) มาจากแหล่งที่มา 3 แหล่ง คือ คน เวลา สถานที่ ซึ่งการวิเคราะห์เอกสารและการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการอธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุปด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม เพื่อหาแนวทางการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ต่อไป

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามใบรับรองการอนุมัติ เลขที่การรับรอง 0038/2556

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41- 50 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท น้ำหนักเฉลี่ย 63.85 กิโลกรัม ความสูงเฉลี่ย 1.56 เซนติเมตร รอบเอวหญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร รอบเอวชายมากกว่า 90 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 26 - 30 มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 101-125 มก./ดล. ความดันโลหิตความดันโลหิต ค่าความดันตัวบน (Sbp) อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 42.00 ค่าความ

ดันตัวล่าง (dbp) ต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 58.00 ส่วนใหญ่ชอบรับประทานรสเค็ม

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51- 60 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาท น้ำหนักเฉลี่ย 63.85 กิโลกรัม ความสูงเฉลี่ย 1.56 เซนติเมตร รอบเอว หญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร รอบเอวชาย รอบเอวชายมากกว่า 90 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายระหว่าง 26 - 30 มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 101-125 มก./ดล. ความดันโลหิต ค่าความดันตัวบน (Sbp) อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 52.00 ค่า

ความดันตัวล่าง (dbp) ต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 76.00 รสชาติอาหารที่ชอบรับประทานคือ ไม่ชอบรสหวาน มัน เค็ม

การรับรู้ความสามารถของตน ประกอบด้วย ด้านความสำเร็จในการกระทำ ด้านการใช้ตัวแบบ ด้านการชักจูงด้วยคำพูด ด้านการกระตุ้นอารมณ์ โดยภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวม ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับการรับรู้ความสามารถของตน โดยรวม ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

รายการ	ระดับการรับรู้	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	ปานกลาง	3.13	0.42	49	-8.88	<.0001*
หลังการทดลอง	สูง	3.66				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับการรับรู้ความสามารถของตน จำแนกรายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

รายการ	ก่อนการทดลอง (n=50)			หลังการทดลอง (n=50)			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ความสำเร็จในการกระทำ	2.81	0.56	ปานกลาง	4.11	0.50	สูง	-12.31	<.0001*
การใช้ตัวแบบ	3.08	0.60	ปานกลาง	3.65	0.50	ปานกลาง	-7.22	<.0001*
การชักจูงด้วยคำพูด	3.43	0.86	ปานกลาง	4.10	0.51	สูง	-6.94	<.0001*
การกระตุ้นทางอารมณ์	3.20	0.73	ปานกลาง	3.71	0.62	สูง	-7.46	<.0001*

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

รายการ	ระดับพฤติกรรม	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	ปานกลาง	1.21	0.33	49	-5.01	<.0001*
หลังการทดลอง	ปานกลาง	1.28	0.34			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

รายการ	ก่อนการทดลอง (n=50)			หลังการทดลอง (n=50)			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ด้านการบริโภคอาหาร	1.27	0.38	ปานกลาง	1.33	0.39	ปานกลาง	-4.03	<.0001*
ด้านการออกกำลังกาย	.88	0.64	ปานกลาง	1.04	0.70	ปานกลาง	-4.19	<.0001*
ด้านการจัดการกับความเครียด	1.40	0.40	ดี	1.46	0.40	ดี	-2.27	.028

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมว่าด้วยวิธีการใช้อำนาจการใช้กระบวนการกลุ่ม ของสถาบันพระปกเกล้า ประยุกต์กระบวนการ วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (ORID) ที่เปิดโอกาสให้สมาชิก ในกลุ่มทั้งหมด ได้มีส่วนร่วมปลดปล่อยความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ และหลากหลาย ใน

หัวข้อที่กำหนดโดยไม่เป็นการเผชิญหน้ากันกระตุ้นการคิดเชิงบูรณาการ ที่เป็นองค์รวมของกลุ่ม สร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มก่อนที่จะนำข้อสรุปที่ทำได้จริงมากที่สุดไปปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติพฤติกรรมใหม่จนกลายเป็นนิสัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาพฤติกรรมและการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องถึงผลลัพธ์ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (A1C) คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ตลอดจน ความดันโลหิต และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันพระปกเกล้า. เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม วิธีการใช้อำนาจการใช้กระบวนการกลุ่มขั้นพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
2. สำนักงานควบคุมโรค. สถิติสาธารณสุข ปี 2551-2553. นนทบุรี. : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. ยโสธร : กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2554.
5. นรินทร์ จงวุฒิเวศน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์; 2527.
6. จันทร์สม์ เหลืองวงศ์. ยุทธศาสตร์การเรียนรู้สู่อำนาจ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. 2549; วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ของเด็กที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาล ตำบลประโคนชัย อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

Prevalence and factors associated with nutritional status of children
attending child care centers in Prakhonchai sub-district municipality,
Prakhonchai district, Buriram province.

ปัจฉิมา หลอมประโคน¹
Patchima Lormprakhon¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กโดยดูจากรูปแบบของการเลี้ยงดู การรับประทานอาหาร ทั้งอาหารหลัก อาหารว่าง ขนมขบเคี้ยว การดื่มนมและเครื่องดื่มต่างๆ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการ ของเด็กกับพฤติกรรมการบริโภค

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง ในเขตเทศบาลตำบลประโคนชัย อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนเทศบาลตำบลประโคนชัย และโรงเรียนอนุบาลกัลยาประสิทธิ์ โดยใช้แบบสอบถามเรื่องการเลี้ยงดูด้านโภชนาการ ของเด็ก ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงในรูปความถี่และร้อยละวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจมีผลต่อภาวะโภชนาการที่ผิดปกติ โดยใช้ multivariate regression analysis

ผลการศึกษา : จากกลุ่มตัวอย่าง 112 คน สัดส่วนระหว่างเด็กชายต่อเด็กหญิง เท่ากับ 1.43 : 1 ส่วนใหญ่มารดา เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก เด็กโดยส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงปกติ ร้อยละ 6.2 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และร้อยละ 11.6 และ 10.7 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ในกลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน พบว่าร้อยละ 18.2 เป็นเพศชาย และร้อยละ 28.3 เป็นเพศหญิง และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก คือ การรับประทานอาหารประเภทธัญพืช/ขนมปัง (p-value = 0.016) นั่นคือ เด็กกลุ่มที่รับประทานอาหารประเภทธัญพืช/ขนมปังสัปดาห์ละ 0-2 ครั้ง มีผลโภชนาการปกติ ถึงร้อยละ 29.5 มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 2.7 ภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 5.4 และมีภาวะเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 4.5 ส่วน เด็กที่รับประทานทุกวัน นั้นไม่มีผลต่อภาวะปกติ น้ำหนักเกิน และโรคอ้วน แต่มีผลต่อน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เพียงเล็กน้อยคือ ร้อยละ 0.9 นั่นเอง ส่วนปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ ไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก

สรุป : ผลการศึกษานี้ เด็กได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ดี และพบว่าเด็กส่วนน้อยที่มีปัญหาในเรื่องของน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ น้ำหนักเกิน และอ้วน เนื่องจากการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มที่ไม่มีประโยชน์ รับประทานอาหารจำนวนน้อยต่อสัปดาห์ และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก คือ

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

รับประทานอาหารประเภทธัญพืช/ขนมปัง โดยส่งผลต่อน้ำหนักเด็กปกติ เมื่อรับประทานไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โภชนาการ, ความสัมพันธ์

Abstract

Objective : To evaluate the feeding practices of caregivers in the context of daily food consumption of preschool children and to study the relationship between the children's eating behavior and their nutritional status.

Methods : A cross sectional study was conducted July - August 2014 at two daycare centers in Prakhonchai district (Tessabarntumbonprakhonchai school, Anubarnkallayaprasit school). Questionnaires were used to assess the feeding practices of caregivers, frequency of daily food choices and other health behavior. All children were also measured weight and height. Data were analyzed by using descriptive statistics in terms of frequency and percentage. Risk factors that could affect the nutritional status were analyzed by using multivariate regression analysis.

Result : There were 112 participants, with the ratio of boys to girls of 1.43 : 1. Most mothers were the primary caregiver. Most children had normal weight for their height. Only 6.2% were underweight, 11.6% were overweight and 10.7% were obese. In the group of overweight and obese children, 18.2% were male and 28.3% were female. It was found that the children's nutritional status was influenced by the consumption of cereal and bread ($p\text{-value} = 0.016$). That is, among children who ate cereal and bread 0-2 times a week, 29.5% had normal weight, 2.7% were underweight, 5.4% were overweight, and 4.5% were obese. On the other hand, the consumption of cereal and bread everyday did not lead to normal nutritional status, overweight and obesity. However, led to 0.9% of underweight children. Meanwhile, other basic factors did not affect the children's nutritional status.

Conclusion : The study revealed that the children generally received good care from parents regarding nutrition and other healthcare. Very few of them were underweight, overweight and obese. Such findings were due to the fact that the children did not consume unhealthy beverages and food often, and the factor affecting the children's nutritional status was the consumption of cereal and bread. In other words, children's consumption of cereal and bread of no more than two times a week may be associated with normal nutritional status at a statistical significance of .05

Keywords : Nutrition, Relationship

บทนำ

เด็กวัยก่อนเรียนเป็นทรัพยากรคนที่มีคุณค่า เนื่องจากเป็นอนาคตที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ เด็กที่มีคุณภาพ คือ เด็กที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยทั้งด้าน ร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ สังคม และจริยธรรมนั้น การเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เด็กได้รับ มีผลอย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กและเยาวชนส่งผลต่อคุณภาพของประชากรในประเทศ ช่วงวัยก่อนเรียน เป็นช่วงวัยในการพัฒนามนุษย์อย่างมีประสิทธิภาพเป็นรากฐานของการพัฒนาทั้งปวงประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างมาก เด็กมีภาวะโภชนาการเกินและอ้วนมากขึ้นส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นการบั่นทอนคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศในอนาคต ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 ในเด็กอายุ 1-5 ปี พบว่ามีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 4.8 ซึ่งสูงขึ้นจากการสำรวจเมื่อปี 2540 ถึง 1.5 เท่า และมีเด็กที่เตี้ยแคระแกร็นร้อยละ 6.3 และเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีภาวะเตี้ยแคระรุนแรงร้อยละ 2.4 ซึ่งมีการศึกษาติดตามในระยะยาวพบว่าเด็กที่เตี้ยแคระแกร็นรุนแรงในช่วง 2 ขวบปีแรก มีคะแนนเชาวน์ปัญญาที่อายุ 9 ปี ต่ำกว่าเด็กที่ไม่เตี้ยแคระแกร็นถึง 10 จุด¹ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัย เด็กทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์สูงกว่าภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์²

การเลี้ยงดูของครอบครัวด้านโภชนาการของเด็กมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต โดยแนวโน้มของเด็กไทยมีน้ำหนักและส่วนสูงเพิ่มขึ้น มีภาวะโภชนาการขาดคือเตี้ยและผอมลดน้อยลง ภาวะขาดสารอาหารรุนแรง (ระดับ 3) ลดน้อยลงมากเหลือเพียงร้อยละ 0.1 ในขณะเดียวกัน พบเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น³ โรคอ้วนในวัยเด็กเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากเด็กที่เป็นโรคอ้วนมีแนวโน้มที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่อ้วน^{4,5} และมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

เทศบาลตำบลประโคนชัย ลักษณะทั่วไปทางกายภาพ ตั้งอยู่ในเขตอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เดิมเป็นสุขาภิบาลประโคนชัย เทศบาลมีพื้นที่ 4.25 ตารางกิโลเมตร ประชากรในเขตเทศบาลมีจำนวนประมาณ 10,400 คน มีจำนวนบ้านทั้งสิ้น 3,647 หลังคาเรือน เมื่อ

เปรียบเทียบอัตราส่วนความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่จะมีค่าประมาณ 2,554 คนต่อตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองออกเป็น 16 ชุมชน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับราชการและพาณิชย์กรรม สภาพสังคมเป็นสังคมเกษตร มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถพูดภาษาถิ่นเชื้อสายเขมรได้ เทศบาลมีจำนวนสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาบุรีรัมย์ เขต 2 จำนวน 5 แห่ง เป็นโรงเรียนระดับประถมศึกษา 3 แห่ง โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 2 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่งคือ โรงเรียนเทศบาลตำบลประโคนชัย และโรงเรียนอนุบาลกัลยาประสิทธิ์ และมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลต่างๆ อีก 31 แห่ง ในอำเภอประโคนชัย⁶

โครงการวิจัยนี้มุ่งหวังเพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลประโคนชัย ในด้านภาวะโภชนาการ โดยเริ่มจากระดับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้มีส่วนในการดูแลเด็กและประชาชนทั่วไปมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพและสามารถนำไปใช้กับการเลี้ยงดูบุตรหลานได้อย่างมีสุขภาพดีและมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการเลี้ยงดูด้านโภชนาการของเด็กโดยดูจากรูปแบบของการรับประทานอาหาร ทั้งอาหารหลัก อาหารว่าง ขนมขบเคี้ยว การดื่มนมและเครื่องดื่มต่างๆ รวมทั้งสุขภาพฟันและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการของเด็กกับพฤติกรรมการบริโภค

รูปแบบวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Cross sectional descriptive study โดยศึกษาจากเด็กที่เข้ารับการดูแลที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลตำบลประโคนชัย ประกอบด้วยโรงเรียนเทศบาลตำบลประโคนชัย และโรงเรียนอนุบาลกัลยาประสิทธิ์ ระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2557 โดยผู้ปกครองเด็ก จำนวน 112 คน มีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

1. ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
2. จัดทำแบบสอบถามการวิจัยที่ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับ

- ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวเด็ก อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง

- ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของเด็ก

3. ทำการเก็บข้อมูลจริงที่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลตำบลประโคนชัย ประกอบด้วย โรงเรียนเทศบาลตำบลประโคนชัย และโรงเรียนอนุบาลกัลยาประสิทธิ์ ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2557 ถึง 31 สิงหาคม 2557 โดยแนะนำผู้ปกครองเรื่องขั้นตอนการศึกษาและให้ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการลงนามในใบ Informed consent และแจกแบบสอบถามให้กับผู้ปกครอง จากนั้นเก็บข้อมูล รวมทั้งทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็ก

4. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์และเขียนผลการศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปพบว่าอายุเฉลี่ยของมารดา คือ 30 ปี เกือบร้อยละ 95 ของมารดามีอายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี มารดามีร้อยละ 36.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 78.6 บิดามารดาแต่งงานและอยู่ด้วยกัน รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-25,000 บาท ต่อเดือน และร้อยละ 44.6 มีจำนวนบุตร 1 คน

ด้านการเลี้ยงดู พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 67.0 คือมารดา และผู้เลี้ยงดูหลักในเวลากลางคืน ร้อยละ 74.1 คือ มารดา เช่นกัน สาเหตุที่นำบุตรมาใช้บริการที่สถานเลี้ยงเด็กกลางวัน คือ ต้องการฝึกให้เด็กช่วยเหลือตัวเอง (ร้อยละ 90.2) และต้องการฝึกให้เด็กเข้าสังคม (ร้อยละ 83.9)

การดื่มนมในเด็กกลุ่มนี้ (นอกจากนมแม่) คือ นมชง

หรือนมกล่อง ปริมาณโดยเฉลี่ยที่ดื่มต่อวัน คือ 180 มิลลิลิตร หรือคิดเป็น 6 ออนซ์ต่อวันโดยประมาณ อาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต ส่วนใหญ่รับประทานข้าวขาว ร้อยละ 62.5 รับประทานทุกวัน ปริมาณเกินครึ่งหนึ่งของเด็กไม่เคยรับประทานข้าวกล้องเลย เด็กร้อยละ 51.8 ที่รับประทานบะหมี่/โจ๊กสำเร็จรูปทุกสัปดาห์ 0-2 ครั้งต่อสัปดาห์ อาหารกลุ่มโปรตีน ร้อยละ 26.8 รับประทานเนื้อสัตว์ทุกวัน ปริมาณร้อยละ 8 รับประทานอาหารประเภทเต้าหู้ ถั่ว งา ทุกวัน และร้อยละ 17.9 ไม่เคยรับประทานโยเกิร์ต สำหรับผักและผลไม้ ร้อยละ 12.5 ที่รับประทานผักทุกวัน และร้อยละ 11.6 รับประทานผลไม้ทุกวัน ในกลุ่มอาหารเครื่องดื่ม และขนมที่ไม่มีประโยชน์ พบว่าร้อยละ 25.0 ไม่ดื่มนมถั่วเหลืองเลย ไม่ดื่มน้ำอัดลมเลย ร้อยละ 17.0 เด็กประมาณร้อยละ 48.2 ดื่มนมเปรี้ยวรสสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ร้อยละ 30.4 รับประทาน ลูกอม เยลลี่ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 29.5 ที่ดื่มนมปรุงแต่งรส 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีเพียงร้อยละ 2.7 ที่ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ที่มาของอาหารส่วนใหญ่ร้อยละ 38.4 ครอบครัวทำอาหารรับประทานเองที่บ้านทุกวัน

พบว่าโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 6.2 มีปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 11.6 มีภาวะน้ำหนักเกิน และร้อยละ 10.7 มีภาวะอ้วน ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก คือ การรับประทานอาหารประเภทธัญพืช/ขนมปัง (p-value = 0.016) นั่นคือเด็กกลุ่มที่รับประทานอาหารประเภทธัญพืช/ขนมปัง สัปดาห์ละ 0-2 ครั้ง มีผลโภชนาการปกติ ถึงร้อยละ 29.5 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ

ปัจจัยต่างๆ	ภาวะโภชนาการจำแนกตามเกณฑ์น้ำหนักต่อส่วนสูง				P-value
	ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	ปกติ	ภาวะน้ำหนักเกิน	โรคอ้วน	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
จำนวนบุตร					0.923
1 คน	3 (6.0)	34 (68.0)	8 (16.0)	5 (10.0)	
2 คน	3 (6.1)	36 (73.5)	4 (8.2)	6 (12.2)	
>3 คน	1 (7.7)	10 (76.9)	1 (7.7)	1 (7.7)	
อายุของมารดา					0.585
20-40 ปี	6 (5.7)	76 (71.7)	12 (11.3)	12 (11.3)	
> 40 ปี	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)	0	
การศึกษาของมารดา					0.452
ประถมศึกษา	1 (10.0)	8 (80.0)	0	1 (10.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	3 (15.0)	12 (60.0)	4 (20.0)	1 (5.0)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0	28 (84.8)	3 (9.1)	2 (6.1)	
อนุปริญญา/ปวส.	0	3 (100.0)	0	0	
ปริญญาตรี	3 (7.3)	25 (61.0)	6 (14.6)	7 (17.1)	
ปริญญาโท	0	4 (80.0)	0	1 (20.0)	
การใช้ขวดนม					0.651
เลิกใช้	1 (5.0)	16 (80.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	
ยังไม่เลิกใช้	5 (5.9)	58 (68.2)	12 (14.1)	10 (11.8)	
ไม่เคยใช้	1 (14.3)	6 (85.7)	0	0	
รสชาติอาหาร					0.260
หวาน	2 (2.9)	53 (75.7)	8 (11.4)	7 (10.0)	
ไม่หวาน	5 (11.9)	27 (64.3)	5 (11.9)	5 (11.9)	
น้ำอัดลม					0.956
ดื่ม	1 (3.1)	24 (75.0)	3 (9.4)	4 (12.5)	
ไม่ดื่ม	2 (10.5)	13 (68.4)	2 (10.5)	2 (10.5)	
บะหมี่/โจ๊กสำเร็จรูป					0.097
รับประทาน	2 (7.1)	15 (53.6)	4 (14.3)	7 (25.0)	
ไม่รับประทาน	0	21 (87.5)	2 (8.3)	1 (4.2)	
ฉีดยา/วัคซีน					0.016
ไม่เคยรับประทาน	1(0.9)	25(22.3)	6(5.4)	2(1.8)	
รับประทาน 0-2 ครั้ง/สัปดาห์	3(2.7)	33(29.5)	6(5.4)	5(4.5)	
รับประทาน 3-5 ครั้ง/สัปดาห์	2(1.8)	22(21.4)	1(0.9)	5(4.5)	
รับประทานทุกวัน	1(0.9)	0	0	0	

(สถิติที่ใช้วิเคราะห์คือ Chi square)

อภิปรายผล

จากการศึกษาการเลี้ยงดูด้านโภชนาการของเด็ก โดยดูจากรูปแบบของการรับประทานอาหารทั้งอาหารหลัก อาหารว่าง ขนมขบเคี้ยว การดื่มนมและเครื่องดื่มต่างๆ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการของเด็ก กับพฤติกรรมการบริโภค พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนัก และส่วนสูงตามเกณฑ์ถึงร้อยละ 71.4 และมีเพียงร้อยละ 6.2 ที่มีปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 11.6 มีน้ำหนักเกิน และร้อยละ 10.7 เป็นโรคอ้วน และเมื่อแบ่งตามเพศ พบว่า ร้อยละ 12.1 ของเพศชายเป็นโรคอ้วน ในขณะที่ ร้อยละ 8.7 ของเพศหญิงเป็นโรคอ้วน ซึ่งจากผลการสำรวจของภาวะโภชนาการของเด็กไทย ระหว่าง พ.ศ. 2539-2546 พบว่า เด็กชายทุกกลุ่มอายุมีความสูงของภาวะเริ่มอ้วน และอ้วนสูงกว่าเด็กหญิง และจากการศึกษาในกรุงเดลี ประเทศอินเดีย ทำการศึกษาโรคอ้วนในเด็กอายุ 10-16 ปี พบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁹ และต่างจากผลการ ศึกษาที่พบว่า ประชากรในสหรัฐอเมริกา มีภาวะโภชนาการเกินในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยที่ผู้วิจัยอธิบายว่า ผลของฮอร์โมน Leptin มีปริมาณสูงในเพศหญิงมากกว่า เพศชาย⁹ สาเหตุที่ผลการศึกษาดังกล่าวต่างกันอาจอธิบาย ได้จากการศึกษานี้กลุ่มประชากรที่ศึกษามีขนาดเล็กกว่า ในประเทศไทย ช่วงปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 พบว่ามี ภาวะโภชนาการเกินเกิดขึ้นและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลา

ต่อมา โดยพบในทุกกลุ่มอายุ ในเด็ก พ.ศ. 2544-2546 พบ เด็กอนุบาลถึงเด็กประถมมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 12.3, 12.8 และ 13.4 ตามลำดับ สาเหตุของภาวะโภชนาการเกิน คือ วิธีการดำเนินชีวิตและการบริโภคอาหารแบบ สังคมเมือง ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การใช้พลังงานต่ำ การ บริโภคผักและผลไม้ลดลง ฯลฯ¹⁰

สำหรับความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะโภชนาการของเด็ก พบว่า การรับประทานอาหาร ประเภทธัญพืช/ขนมปัง มีผลโภชนาการปกติ ถึงร้อยละ 29.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัย อื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อโภชนาการของเด็กแต่อย่างใด

ข้อเสนอแนะ

ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพของประชากร คือการมีภาวะโภชนาการที่ดี โดยควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่ง เด็กอายุ 3-5 ปี เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตทางร่างกาย เป็นอย่างมากและมีรูปแบบการรับประทานอาหารที่ค่อนข้างคงที่ ถ้าเด็กได้รับการปลูกฝังพฤติกรรมการบริโภค อาหารและการดูแลสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลให้เติบโตเป็น บุคคลากรที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของผู้อำนวยการและครูประจำชั้นเด็กก่อนวัยเรียนและโรงเรียน อนุบาลกัลยาประสิทธิ์ โรงเรียนเทศบาลตำบลประโคนชัย ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยในโรงเรียน ช่วยเหลือใน กระบวนการแจกแบบสอบถามและเก็บข้อมูลงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงสุวิรัตน์ เทียนศิริวงศากุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประโคนชัย เกษัตริย์รัตนชัย รัตนโคตร เกษัตริย์ชำนานาญการและคณะทำงานด้านกฎหมายสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์ ที่ช่วยให้คำ แนะนำในขั้นตอนการทำวิจัยการแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สง่า ดามาพงษ์. “จากขาดสู่เกินความท้าทายใหม่ของนักโภชนาการไทย” วารสารโภชนาการ. ปีที่ 43 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2551 [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก : http://www.nutritionthailand.or.th/scripts/natmagazine_content.asp?nMAGID=26&nStoryID=261 [7 มกราคม 2555].
2. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อนามัย, กรม. สถานการณ์ภาวะโภชนาการของประเทศไทย พ.ศ. 2535-254. เข้าถึงได้จาก : <http://nutrition.anamai.moph.go.th>
3. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. การเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ และสมรรถภาพทางกาย. ใน : ลัดดา เหมาะสุวรรณ, บรรณาธิการ. พัฒนาการด้านกายของเด็กไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2547.
4. Guo SS, Roche AF, Chumlea WC, Gardner JD, Siervogel RM. The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 years. Am J Clin Nutr; 1994 (59 : 810-9).
5. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Eng J Med; 1997 (337 : 869-73).
6. ประสงค์ พวงไพบูลย์. สารนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลประโคนชัย. ใน สันติ นรสีห์, พิทักษ์ เมื่อประโคน. บรรณาธิการ. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2556. บุรีรัมย์ : บริษัท ไชยดีทราย บุรีรัมย์; 2556. (4).
7. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะโภชนาการของเด็ก. ใน : วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 : สุขภาพเด็ก. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี : บริษัทเดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2554.
8. Kapil U, Singh P, Pathak P, et al. Prevalence of obesity among affluent adolescent school children in Dehli. Indian Pediatrics; 2002 (39 : 449-52).
9. Obesity. December 15, 2004. Available from : URL: http://www.womens-health.org/hs/facts_obesity.htm.
10. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ภาวะโภชนาการ. 2010. Available from : URL : <http://www.techno.msu.ac.th/phoca/download/aswin>

ทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิต (living will) ของแพทย์โรงพยาบาลบรบือ

Attitudes of Borabue hospital's physicians Toward Living wills

พศิน ภูริธรรมโชติ¹
Pasin Phurithummachot¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของแพทย์ต่อพินัยกรรมชีวิตและการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้ในโรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมายคือแพทย์ทั้งหมดที่ทำงานในโรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 13 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการดูแลแบบ Palliative care และเห็นด้วยในการนำพินัยกรรมชีวิตในรูปแบบลายลักษณ์อักษรมาใช้ในโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่เห็นว่า การมีพินัยกรรมชีวิตจะช่วยทำให้การตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ตามต้องรอบริบทที่เหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่า ควรพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเมื่อผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้ายแล้ว น่าจะเป็นบริบทที่เหมาะสมที่สุด แต่มีประเด็นที่ต้องระวังคือ ความสับสนระหว่างพินัยกรรมชีวิตกับ DNR Order เพราะจากงานวิจัยพบว่า มีแพทย์ที่คิดว่า พินัยกรรมชีวิตกับ DNR Order คือสิ่งเดียวกัน ในสัดส่วนที่มากถึง 27% ซึ่งหากมีการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้มากขึ้นในอนาคต ก็น่าจะเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังและส่งเสริมความเข้าใจให้บุคลากรทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : พินัยกรรมชีวิต, การดูแลแบบประคับประคอง, ทัศนคติของแพทย์

Abstract

The purpose of this qualitative study was to explore the attitudes of physicians about the living wills and its benefit in the hospitalized. Thirteen physicians that working in Borabue hospital was the target group of this study, using in-depth interview and the data were analyzed by content analysis.

The findings revealed that most of the physicians agree with Palliative care and using of documented living wills in hospitalized. Most of them believed that the living will would led to the end of life decision making easier. However, the most appropriate conditions to talk about writing the living wills was when the end stage of diseases was diagnosed. Some surveillance issues was the confusion of the physicians between DNR Order and living wills. This study revealed that 27% of the physicians misunderstood that living will was the same as DNR Order. The encouragement of the knowledge about living will would protect this problem in the future

Keywords : Living wills, Palliative care, Physician's attitudes

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ปัจจุบันศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เรียกว่า Palliative care หรือในภาษาไทยคือการดูแลแบบประคับประคอง กำลังได้รับความสนใจและมีการนำมาปรับใช้ในโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย¹ ดังจะเห็นได้จากการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลมีการจัดตั้งทีม Palliative care เพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ

ผู้วิจัยได้มีโอกาสในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลมาได้ช่วงระยะเวลาหนึ่งตั้งแต่เริ่มมีการก่อตั้งทีมมาซึ่งผู้วิจัยและทีมงานได้พบปัญหาอุปสรรคหลายอย่างประเด็นหนึ่งคือ ปัญหาเรื่องของการทำพินัยกรรมชีวิต หรือ living will แบบลายลักษณ์อักษรสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่เคยมีการทำมาก่อน ทั้งนี้อาจเพราะเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย และแม้แต่ในวงการแพทย์เองก็ยังมีทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย²

โดยที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการจัดเวทีอภิปรายหลายครั้ง โดยแพทย์ นักวิชาการ นักกฎหมาย เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในรูปแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษร³⁻⁴ หรือที่เรียกว่า “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” เริ่มต้นจาก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับ พ.ศ. 2550 ได้เปิดโอกาสให้บุคคลมีสิทธิในการตัดสินใจในการตายของตนได้ ดังได้ระบุไว้ในมาตรา 12 ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง”

หลังจากนั้น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ดำเนินการจัดทำกฎหมายและกฎกระทรวงเพื่อรองรับสิทธิในการเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยการจัดตั้งคณะทำงาน

จัดการประชุมวิชาการ ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อปรับปรุงร่างกฎกระทรวง จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นเพื่อมาพัฒนาร่างแนวทางปฏิบัติหลายครั้ง (15 ครั้ง) จนสุดท้ายจึงมีผลบังคับใช้ตามกฎหมายในที่สุดในวันที่ 20 พฤษภาคม 2554 เป็นต้นมา⁵⁻⁶

อย่างไรก็ตามภายหลังประกาศใช้กฎหมายนี้แล้ว ก็ยังมีกระแสไม่เห็นด้วยถึงความเหมาะสมของกฎหมายดังกล่าว ยกตัวอย่างเช่น เวทีสัมมนาเรื่อง “เจตนาารมณ การขอให้สิทธิการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต : ผลกระทบต่อผู้ป่วยและแพทย์” ที่จัดขึ้นวันที่ 10 มิถุนายน 2554 ณ อาคารรัฐสภา ในมุมมองของแพทย์ก็แบ่งออกเป็นทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยกับไม่เห็นด้วยกับกฎหมายดังกล่าว ซึ่งจากผลการสัมมนาในครั้งนั้น ได้ข้อสรุปว่า ยังมีปัญหาในการปฏิบัติหลายขั้นตอนและอาจเป็นกฎกระทรวงที่ออกเกินกว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 น่าจะมีการทบทวนหรือแก้ไขโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และแพทยสภาในโอกาสต่อไป และเห็นควรแจ้งผู้เกี่ยวข้องส่งฟ้องศาลปกครองเพื่อเพิกถอนกฎกระทรวงนี้ แต่สุดท้ายแล้ว⁷ กฎหมายนี้ก็ยังมีผลบังคับใช้จนถึงปัจจุบันนี้

จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศที่มีระบบดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care ที่พัฒนาแล้ว มีการใช้พินัยกรรมชีวิต (living will) อย่างแพร่หลาย เพราะพินัยกรรมชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยในฐานะที่ทำงานด้าน Palliative care จึงมีแนวคิดที่จะนำพินัยกรรมชีวิต (living will) ในรูปแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือในประเทศไทยเรียกกันว่า “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” มาปรับใช้ในโรงพยาบาลบริบ่อ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับการใช้ living will ในโรงพยาบาล จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้ เพราะผู้วิจัยต้องการทราบว่า ในบริบทของการแพทย์ของประเทศไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ทิศนคติของแพทย์ต่อการทำพินัยกรรมชีวิตเป็นอย่างไร ผู้วิจัยควรหรือไม่ที่จะนำรูปแบบของพินัยกรรมชีวิตแบบลายลักษณ์อักษรมาใช้ในโรงพยาบาล รวมถึงแพทย์จะตอบสนองต่อการทำพินัยกรรมชีวิตของ

ผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ซึ่งงานวิจัยนี้จะเป็นตัวกำหนดทิศทางที่ทีม Palliative care ของผู้วิจัยควรจะดำเนินต่อไป และอาจเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศไทยด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษามุมมองและทัศนคติของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบริบทต่อการทำพินัยกรรมชีวิต
2. เพื่อเป็นแนวทางในการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้ในทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง
3. เพื่อศึกษาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้พินัยกรรมชีวิตในเวชปฏิบัติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) นี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi structure in-depth interview) โดยการสัมภาษณ์และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบริบท ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 7 คน และแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 13 ราย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานและประเด็นที่สัมภาษณ์ 7 ประเด็น คือ

1. แนวคิดต่อการดูแลแบบประคับประคอง
2. ความรู้ความเข้าใจและแนวคิดของแพทย์ต่อพินัยกรรมชีวิต
3. การตอบสนองต่อพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย
4. ความสับสนของแพทย์ระหว่างพินัยกรรมชีวิต กับ DNR Order
5. ความรู้สึกถึงประโยชน์และคุณค่าของพินัยกรรมชีวิตแบบลายลักษณ์อักษรของแพทย์
6. ระยะเวลาและเงื่อนไขที่เหมาะสมต่อการทำพินัยกรรมชีวิต
7. ประเด็นเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ และข้อกังวลเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต

จากนั้นนำทั้ง 7 ประเด็นนี้ มาคิดข้อคำถามเพื่อเป็นแนวทางการสัมภาษณ์ และส่งปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิว่าแนวคำถามสมควรหรือไม่ ต้องปรับปรุงแก้ไขอะไรบ้างเมื่อได้แบบสัมภาษณ์แล้ว จึงนัดเวลากลุ่มเป้าหมาย และนำข้อมูลต่างๆ ให้ประกอบไว้ก่อนการสัมภาษณ์ ได้แก่

- แบบการสัมภาษณ์เชิงลึก
- ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- คำชี้แจงงานวิจัย
- ตัวอย่างพินัยกรรมชีวิตและอธิบายคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง
- ใบขออนุญาตฉบับที่กการสัมภาษณ์และบันทึกเทปคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา : นำแนวทางการสัมภาษณ์ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง : ได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลบริบท ซึ่งกระทำโดยให้การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีการขออนุญาตใช้เทปบันทึกขณะสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เป็นแบบแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกได้เต็มที่ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งมีการลบและทำลายข้อมูลจากเทปบันทึกเมื่อสรุปรายงานการวิจัยแล้ว

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะส่งใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มเป้าหมาย พร้อมแนบคำชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และแนวคำถามที่จะสัมภาษณ์ (คำถามปลายเปิด) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำไปคิดพิจารณาก่อนและนัดเวลาเพื่อทำการสัมภาษณ์ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) 1 ท่านใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที มีการขออนุญาตฉบับที่กภาคสนาม (Field note) และบันทึกเทป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ส่วนข้อมูลการรับรู้ประสบการณ์ความเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์ตามวิธีของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978) มีขั้นตอนดังนี้

- 1) อ่านคำบรรยายของข้อมูลทั้งหมดหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทั้งหมด
- 2) ตัดทอนข้อความ ให้เหลือ ประโยคที่สำคัญ ๆ
- 3) นำข้อความ หรือประโยคที่กำหนดความหมาย มากำหนดความหมาย
- 4) นำข้อความมาจัดเป็นหมวดหมู่ และรวมเป็น

หัวข้อ ตรวจสอบความถูกต้องกับข้อมูลเดิมอีก พร้อมกับตรวจสอบความอิมของข้อมูล

5) อธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดครบถ้วนโดยเขียนให้มีความต่อเนื่อง กลมกลืนระหว่างประโยคความหมาย และหัวข้อต่าง ๆ

6) นำคำอธิบายปรากฏการณ์มานำเสนอและสังเคราะห์ เพื่อสรุปเป็นผลการศึกษา

7) ตรวจสอบความตรงโดยนำผลสรุปไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าเป็นข้อค้นพบที่ได้จากประสบการณ์จริง

ผลการศึกษา

จากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 13 คน ตอบรับการสัมภาษณ์ 11 คน คิดเป็น 84.6% คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 6 คน และแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 5 คน เป็นเพศชาย จำนวน 6 คน เพศหญิง จำนวน 5 คน อายุระหว่าง 26 - 43 ปี แบ่งเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 3 คน กลุ่มอายุ 30 - 40 ปี จำนวน 7 คน และกลุ่มอายุเกิน 40 ปี จำนวน 1 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 32 ปี จบหลักสูตรแพทยศาสตร์ (6 ปี) ตั้งแต่ 2 ปี - 20 ปี เฉลี่ยจบหลักสูตรแพทยศาสตร์เท่ากับ 7.5 ปี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า ประเด็นแนวคิดต่อการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์จำนวน 11 คน เห็นด้วยกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และหากตนเองป่วยเป็นโรคร้ายที่สุดท้าย ส่วนใหญ่เลือกที่จะรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 10 คน เหตุผลตรงกันคือเพราะไม่อยากทุกข์ทรมานจากการยื้อชีวิต มี 1 คน เลือกที่จะใส่ท่อช่วยหายใจหากจำเป็น แต่ไม่ขอทำ CPR

ประเด็นความรู้ความเข้าใจและแนวคิดของแพทย์ต่อพินัยกรรมชีวิต ส่วนใหญ่แพทย์ไม่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน จำนวน 7 คน มีจำนวน 4 คน ที่รู้จักก่อนแล้ว (1 คน รู้จักจาก internet และสิ่งพิมพ์ 1 คน เคยเข้ารับการประชุมวิชาการเรื่อง Palliative care จำนวน 2 ราย รู้จากอาจารย์แพทย์ตอนศึกษาต่อ) และแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิตแบบลายลักษณ์อักษร จำนวน 10 คน ด้วยเหตุผลหลักๆ 2 อย่างคือ เพื่อป้องกันการร้องเรียน, เพื่อยืนยันเจตจำนงของผู้ป่วยกับญาติได้เมื่อผู้ป่วยหมดสติ จำนวน 1 คน ที่เห็นด้วยบางส่วน

ประเด็นการตอบสนองต่อพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยแพทย์ จำนวน 9 คน เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการแสดงพินัยกรรมชีวิตทางวาจาของผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับความต้องการของญาติ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีอธิบายให้ญาติเข้าใจก่อน ถึงความต้องการที่ไม่อยากยื้อชีวิตของผู้ป่วย แต่ทั้งหมดเลือกที่จะทำตามที่ญาติร้องขอในที่สุด แพทย์ จำนวน 10 คน จะปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยหากผู้ป่วยยื่นหลักฐานให้ แต่หากเกิดกรณีญาติที่ตามมาทีหลัง ไม่เห็นด้วยกับพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 9 คน เลือกที่จะทำตามความต้องการของญาติ 1 คน ที่จะเรียกนิติกรโรงพยาบาลมาคุย ส่วนแพทย์อีก 1 คน เลือกที่จะปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิต หากญาติเห็นด้วย

ประเด็นความสับสนของแพทย์ระหว่างพินัยกรรมชีวิต กับ DNR Order แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบความแตกต่างที่แน่ชัดระหว่างพินัยกรรมชีวิต กับ DNR Order มีแพทย์ 1 คนเท่านั้นที่ทราบความแตกต่างชัดเจนและจากการจำลองเหตุการณ์ 2 เหตุการณ์ดังในแบบสัมภาษณ์ พบว่าแพทย์ จำนวน 3 คน เข้าใจว่าพินัยกรรมชีวิตกับ DNR คือสิ่งเดียวกัน ส่วนแพทย์ จำนวน 8 คน สามารถแยกความแตกต่างระหว่างพินัยกรรมชีวิตและ DNR Order ได้

ประเด็นความรู้สึกถึงประโยชน์และคุณค่าของพินัยกรรม ชีวิตแบบลายลักษณ์อักษรของแพทย์ แพทย์จำนวน 9 คน เห็นว่าการมีพินัยกรรมชีวิตจะช่วยให้การตัดสินใจในการรักษาเมื่อวาระสุดท้ายมาถึงได้ง่ายขึ้น มี 2 คน ที่เห็นว่าไม่ช่วยให้ตัดสินใจง่ายขึ้น เพราะสุดท้ายก็ต้องขึ้นกับญาติเป็นคนตัดสินใจอยู่ดีอย่างไรก็ตาม แพทย์ทั้งหมดเห็นด้วยที่ทางโรงพยาบาลบรือ จะมีการนำพินัยกรรมแบบลายลักษณ์อักษรมาใช้ และแพทย์ทั้งหมด เห็นด้วยที่จะเสนอให้ผู้ป่วยได้ทำพินัยกรรมชีวิตหากมีการนำมาใช้ในโรงพยาบาล

ประเด็นระยะเวลาและเงื่อนไขที่เหมาะสมต่อการทำพินัยกรรมชีวิต แพทย์ จำนวน 8 คน มีความตั้งใจจะเขียนพินัยกรรมชีวิตของตนเอง โดยจะเขียนหากตนเองป่วยเป็นโรคร้ายที่สุดท้าย จำนวน 7 คน และอีก 1 คน จะเขียนเมื่อรู้ตัวว่าอีก 3 เดือนจะตาย

มีแพทย์ 2 คนที่จะไม่เขียนพินัยกรรมชีวิตของตนเอง และอีก 1 คน ยังไม่คิด รอให้วาระสุดท้ายก่อน

สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์เห็นว่าควรพูดคุยเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่

1. ผู้ป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายต่างๆ โดยเฉพาะมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ผู้ป่วยสูงอายุ

3. ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง

4. ผู้ป่วยไร้ญาติ

ระยะเวลาที่แพทย์คิดว่าเหมาะสมที่จะพูดคุยเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต ล้วนเห็นตรงกันคือ เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายแล้ว

และประเด็นเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ และข้อกังวลเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต แพทย์ จำนวน 10 คน เห็นว่าการไม่ช่วยยืดชีวิตตามความต้องการในพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยไม่ขัดต่อจริยธรรมทางการแพทย์ แต่มีแพทย์ 1 คน ที่เห็นว่าอาจขัดต่อจริยธรรมได้

แพทย์ จำนวน 9 คน เห็นว่าการปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิต ไม่เข้าข่าย การุณยฆาต ประเภท Passive Euthanasia ส่วนอีก 2 คน ขอไม่แสดงความคิดเห็น

ประเด็นเรื่องการถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่สิ้นหวังแล้ว แพทย์ จำนวน 7 คน เห็นว่าสามารถทำได้ ไม่ผิดจริยธรรม ถ้าญาติต้องการก็สามารถทำได้ มี 1 คน เห็นว่าสามารถถอดท่อได้ถ้าผู้ป่วยได้ทำพินัยกรรมชีวิตเอาไว้ก่อนแล้ว อีก 3 คน เห็นว่า ไม่สมควรถอด โดยให้เหตุผลคือ

ประเด็นอื่นๆที่แพทย์กังวลเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตมี 4 เรื่อง คือ

1. เรื่องการเปลี่ยนแปลงความเห็นตามพยานและญาติ ในเวลาที่ต่างกันจะทำให้ living will เปลี่ยนไปเปลี่ยนมา

2. ระวังเรื่องการปลอมเอกสารเพื่อหวังมรดก ประกันชีวิตต่างๆ

3. บุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบว่ามีผู้ป่วยได้เขียน living will เอาไว้แล้ว

4. ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจ living will

การอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับและเห็นด้วยกับหลักการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้ในโรงพยาบาล ตามบริบทที่เหมาะสมคือ เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย และในผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีแพทย์ในสัดส่วนที่มากที่ไม่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน แต่เมื่อได้ศึกษาข้อมูล

ประกอบแล้ว แพทย์ส่วนใหญ่ก็เห็นด้วยในหลักการของพินัยกรรมชีวิต แสดงให้เห็นว่าควรที่จะมีการเผยแพร่เรื่องนี้ให้มากขึ้นทั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนด้วย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแพทย์ส่วนใหญ่ พร้อมทั้งจะตอบสนองต่อความต้องการในพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย แต่ประเด็นที่สำคัญคือ ญาติ จะเป็นคนตัดสินใจคนสุดท้ายซึ่งงานวิจัยนี้ ชี้ให้เห็นว่าแพทย์เลือกที่จะทำตามความต้องการของญาติมากกว่าพินัยกรรมชีวิต หากผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะที่จะตัดสินใจได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้แล้วก็ตาม ซึ่งผลการวิจัยนี้จะแตกต่างกับของต่างประเทศเพราะส่วนใหญ่จะถือเอาพินัยกรรมชีวิตเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม อัตราการใช้พินัยกรรมชีวิตในเวชปฏิบัติปัจจุบันนี้น้อยมาก จึงเป็นเรื่องที่ควรระวัง หากมีการนำมาใช้แพร่หลายมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการพูดคุยทำความเข้าใจกับทั้งผู้ป่วยและญาติให้ดี น่าจะสามารถช่วยลดปัญหาที่อาจตามมาได้

ประเด็นที่ต้องระวังอีกอย่างคือ ความสับสนระหว่างพินัยกรรมชีวิตกับ DNR Order^{๒๑} เหมือนกับกรณีที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาที่ถึงแม้จะมีการใช้พินัยกรรมชีวิตมายาวนาน และแพร่หลายมากกว่าประเทศไทย แต่แพทย์ก็ยังคิดว่าพินัยกรรมชีวิตกับ DNR Order คือสิ่งเดียวกัน จนทำให้ผู้ป่วยที่ยังไม่ถึงระยะสุดท้ายของโรค ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จนอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้น หรือเสียชีวิตเร็วกว่าที่ควรจะเป็นได้ ซึ่งจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แพทย์ยังมีความสับสนในเรื่องนี้ โดยคิดว่ามีลักษณะเหมือนกัน ในอัตราส่วนที่มากพอสมควร (3 คน จาก 11 คน หรือคิดเป็น 27%) ซึ่งหากมีการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้มากขึ้นในอนาคต ก็น่าจะเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังและส่งเสริมความเข้าใจให้บุคลากรทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น

ประเด็นสุดท้ายคือเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่ งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิตไม่ถือว่าเป็นเรื่องผิดจริยธรรมและไม่ถือว่าเป็นการุณยฆาตเพราะถือว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแพทย์มีเจตนาที่จะรักษาด้วยวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุดส่วนประเด็นเรื่องการถอดท่อในผู้ป่วยที่สิ้นหวังแล้วนั้น ก็ยังมีความเห็นที่แตกต่างกัน ถึงแม้ส่วนใหญ่จะมองว่า สามารถทำได้ไม่ผิด

จริยธรรม หากญาติของผู้ป่วยร้องขอ แต่ก็มีแพทย์บางส่วนที่มองว่า เรื่องนี้ถึงแม้ไม่ผิดกฎหมาย แต่อาจจะขัดต่อหลักศีลธรรมหรือไม่...อย่างไรก็ตาม หากมีการใช้พินัยกรรมชีวิตมากขึ้น น่าจะช่วยลดอัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องอาศัย เครื่องช่วยหายใจที่จะทำให้แพทย์พยายามต้องลำบากใจเรื่องการจะตัดสินใจถอดท่อหรือไม่ถอดท่อได้อย่างแน่นอน

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในประเทศไทยยังมีไม่มาก ทำให้ข้อมูลในการอ้างอิงน้อยและแม้แต่แพทย์เองยังไม่ทราบรายละเอียดของพินัยกรรมชีวิตมากนักจึงพอจะคาดเดาได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นก็ยังไม่ทราบรายละเอียดในเรื่องนี้มากนักรวมทั้งประชาชนด้วยการเผยแพร่ข้อมูลให้มากขึ้นน่าจะช่วยให้อัตราการใช้พินัยกรรมชีวิตมีมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกๆ ท่าน ได้แก่ พี่น้องๆ พี่ๆ น้องๆ แพทย์โรงพยาบาลบรบือทุกๆ ท่าน ที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาร่วมให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ขอขอบคุณนายแพทย์อภิชัย ลิมานนท์ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือที่ช่วยตอบคำถามและให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้จนแล้วเสร็จ รวมทั้งนายแพทย์คมศักดิ์ จั้วรัตนกุล สูติแพทย์และประธานจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลบรบือ และท่านอาจารย์ ดร.สมหมาย คชนาม ที่ช่วยตรวจทานงานวิจัยและคอยให้คำแนะนำจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลงได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. วุฒิสภา. “สรุปประเด็นการสัมมนา เรื่อง เจตนารมณ์การขอใช้สิทธิการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต : ผลกระทบต่อผู้ป่วยและแพทย์.” 2554. URL : <http://www.senate.go.th/committee2551/committee/files/committee48/112.pdf>. (ค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2556).
2. เบญจมาศ วงศ์มนีวรรณ. “Living will.” 2554. URL : <http://www.gotoknow.org/posts/448763>. (ค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2556).
3. ไทยรัฐออนไลน์. “แพทยสภาเตรียมฟ้องศาลปกครอง เพิกถอนสิทธิการตาย.” 2554. URL : <http://www.thairath.co.th/content/edu/182965>. (ค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2556).
4. มณฑล ศรียศชาติ และ สายพิน หัตถิรัตน์. “การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุไทยต่อพินัยกรรมชีวิต.” 2554. URL : http://www.thaifp.com/fm_lc/docs/research_rfm/poster_monton.pdf. (ค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2556).
5. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
6. นันทน์ อินทนนท์. “ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ.” 2554. URL : http://meded.kku.ac.th/medednew/b_a/12_07_49_3.pdf. (ค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2556).
7. ไทยโพสต์. “แพทย์รุมถล่มกฎหมายขอใช้สิทธิตาย.” 2554. URL : <http://www.thaipost.net/node/39991>. (ค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2556).
8. Antonios D. Katsetos, Ferdinando L. Mirarchi, “A Living Will Misinterpreted as a DNR Order: Confusion Compromises Patient Care.” The Journal of Emergency Medicine. 2011 Jun; 40(6) : 629-632.
9. American Family Physician. “Advance Directives and Do-Not-Resuscitate Orders.” 2010. URL : <http://www.aafp.org/aafp/2000/1001/p1683.html>. (ค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2556).

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients end stage renal disease with hemodialysis : A case study 2 cases

พิมพ์วรา อัครเกียรติสิน¹

Pimwara Akaratiensin¹

บทคัดย่อ

ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease) เป็นโรคที่ไตสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ไม่อาจรักษาได้หายขาดได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการบำบัดทดแทนไตวิธีหนึ่ง เป็นการรักษาเพื่อช่วยชีวิตเร่งด่วน ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีภาวะน้ำเกิน ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะติดเชื้อมี ภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ได้รับการรักษาแก้ไขภาวะดังกล่าวแล้ว แต่ผู้ป่วยยังมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ทำกิจกรรมตามปกติหรือทำงานไม่ได้ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และเพื่อให้การพยาบาลได้ถูกต้อง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย จำนวน 2 ราย โดยเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีภาวะน้ำเกิน ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

กรณีศึกษา : เป็นกรณีเปรียบเทียบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีภาวะน้ำเกิน ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือด จำนวน 2 ราย มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ มีภาวะน้ำเกิน ภาวะซีด มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง และวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการแก้ไขภาวะน้ำเกิน ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือด ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลแบบองค์รวม และประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของ NANDA นำข้อวินิจฉัยการพยาบาลมาใช้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และอาการดีขึ้น ทั้ง 2 ราย จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตให้ยาไปรับประทานต่อที่บ้าน และแนะนำให้การฟอกเลือด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้ป่วยจะไปฟอกเลือดที่คลินิกเอกชน และนัดมาติดตามผลการรักษา อีก 1 เดือน

คำสำคัญ : ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

Abstract

Chronic renal failure stage. Kidney disease permanently lose their incurable curative effect. The patient must receive renal replacement therapy. The hemodialysis as renal replacement therapy, one of the ways. A treatment to rescue urgently. In end stage renal disease patients with volume overload, acidosis, sepsis. heart failure treated fixed condition. But patients have nausea and vomiting. Do ordinary activities or work. Therefore, in the care of end stage renal disease patients. The treated with dialysis nurses must have knowledge about the disease, treatment, and to provide the nurse correctly. The patient is safe from complications and reduce the death rate of patients. The study chose to compare patients 2 cases by a chronic renal failure patient the final phase with water conditions than that treated by dialysis. To use as guidelines in patient care: a case study on patients with end stage renal disease with volume overload. Treated by hemodialysis. The 2 cases to the hospital with symptoms of tired breathe not full, do not flat have volume overload and anemia. A congenital disease diabetes and high blood pressure, and early diagnosis is end stage renal disease with volume overload. Treated with replacement therapy clinical hemodialysis patients both 2 cases received holistic care, and health status assessment in health. The nursing diagnosis NANDA used according to the problems and needs of patients, and better, the 2), distributed by licensed doctor medication to eat at home. And to recommend hemodialysis for 2 times. The patient will dialysis at private clinics and meeting follow-up visit. 1 month

Key word : End Stage Renal Disease, Hemodialysis

บทนำ

โรคไตเป็นปัญหาเรื้อรังที่คุกคามชีวิตประชากรทั่วโลก จากรายงานของสมาคมโรคไตนานาชาติ พ.ศ. 2548 คาดว่ามีผู้ป่วยโรคไต ประมาณร้อยละ 6.5-10 ของประชากรโลก หรือราว 300-500 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยพบอัตราป่วยโรคไตเพิ่มขึ้น 2.3 เท่า จาก 461.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 1,073.57 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2555 โดยเป็นผู้ป่วยไตวายมากที่สุดและมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47 ใน พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 69.2 ใน พ.ศ. 2555 หรืออัตราป่วยเพิ่มขึ้นถึง 3.4 เท่า จาก 217.04 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 743.46 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2555¹ ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) คือกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากไตไม่ทำงาน และไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ เมื่อไตเป็นโรครุนแรงจนเสียการทำงาน มีสมรรถภาพไตเหลือน้อยกว่าร้อยละ 10 ของคนปกติมีอาการเจ็บป่วยอย่างชัดเจนจากการมีของเสียคั่งในร่างกายของเสียเหล่านี้มาจากกระบวนการเผาผลาญอาหารที่รับประทานเป็นส่วนใหญ่ ก่อให้เกิดอาการโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง ปัสสาวะออกน้อยลง อาการบวมซึ่งเมื่อรุนแรงมากขึ้นก็มีอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ระยะท้ายกระดูก ซึมหมดสติและอาจมีอาการชัก โดยทั่วไปเมื่อไตหยุดการทำงานและไม่มีการฟื้นตัวของสมรรถภาพไตอีก ผู้ป่วยก็ยังมีชีวิตต่อไปอีกระยะหนึ่งด้วยความทุกข์ทรมานและผู้ป่วยจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยวิธีทดแทนไตมี 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือด (Hemodialysis : HD) ลิ้นช่องท้องถาวร (Continuous ambulatory peritoneal dialysis : CAPD) และการผ่าตัดเปลี่ยนไต (Kidney transplantation : KT) ในการรักษาแต่ละวิธีมีข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน หากเราสามารถหาวิธีประคับประคองชีวิตผู้ป่วยให้ดำรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ก็จะช่วยลดการสูญเสียรายได้ เวลา ค่าใช้จ่ายและประหยดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย² จากสถิติของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่น

ปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 1695, 2189 และ 3124 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด (Hemodialysis) มีจำนวน 333, 361 และ 420 ราย พบมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ³ คำจำกัดความ โรคไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure (CRF) หมายถึงภาวะที่ไตมีการสูญเสียหน้าที่อย่างช้าๆ และเป็นไปอย่างถาวร ซึ่งการทำงานของไตไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้และถึงแม้จะแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดการทำลายของหน่วยไตในระยะแรกแล้วการเสื่อมของไตจะยังคงดำเนินต่อไปจนในที่สุดเกิดเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย End stage renal disease (ESRD) หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีค่า Serum Creatinine > 15 mg/dl และ CCr < 5 ml/min ซึ่งจำเป็นต้องใช้วิธีการบำบัดทดแทนไต จึงจะมีชีวิตอยู่รอดต่อไป⁴

ลักษณะทางคลินิกของภาวะไตวายเรื้อรัง

การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามระดับความรุนแรงของโรคและการพยากรณ์โรค คำนวณจากอัตราการกรองของไต และปริมาณโปรตีนต่อครีเอตินินในปัสสาวะ แบ่งได้ดังนี้ 5 ระยะ 1). ระยะ G1 ค่า Estimated GFR* ≥ 90 (มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร) อัตราการกรองของไตปกติ แต่พบมีความผิดปกติจากการตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ และ/หรือพยาธิสภาพของชิ้นเนื้อไต 2). ระยะ G2 ค่า Estimated GFR* 60-89 (มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร) อัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย 3). ระยะ G3 แบ่งเป็น 2 ระดับ ระดับ G3a ค่า Estimated GFR* 45-59 (มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร) และระดับ G3b ค่า Estimated GFR* 30-44 (มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร) อัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง 4). ระยะ G4 ค่า Estimated GFR* 15-29 (มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร) อัตราการกรองของไตลดลงมาก 5). ระยะ G5 ค่า Estimated GFR* <15 (มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร) หรือได้รับการบำบัดทดแทนไต ระยะนี้พบภาวะไตวาย ซึ่งแต่ละระยะของโรคไตมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตเพิ่มขึ้นดังตารางที่ 1⁵

ตารางที่ 1 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังและการพยากรณ์โรค คำนวณจากอัตราการกรองของไตและปริมาณโปรตีนต่อครีเอตินินในปัสสาวะ

ระยะ	Estimated GFR* (มล./นาที/ 1.73 ตารางเมตร)	คำจำกัดความ	โปรตีนต่อครีเอตินิน ในปัสสาวะ (มก./กรัม)		
			<30	30-300	>300
			A1	A2	A3
G1	≥ 90	อัตราการกรองของไตปกติแต่พบมีความผิดปกติจากการตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ และ/หรือพยาธิสภาพของชิ้นเนื้อไต			
G2	60-89	อัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย			
G3a	45-59	อัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง			
G3b	30-44				
G4	15-29				
G5	<15 (หรือได้รับการบำบัดทดแทนไต)	ภาวะไตวาย			

อัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต เรียงตามความเข้มของสีจากขาว-เทาอ่อน-เทาเข้ม-ดำ

สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง

สาเหตุของโรคไตวาย ร้อยละ 70 เกิดจากโรคเบาหวาน ซึ่งมีโอกาสเกิดสูงกว่าคนปกติทั่วไปถึง 20 เท่าตัว จากสถิติพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนอายุ 20 ปี จะมีอาการไตวายได้มากถึงร้อยละ 45-50 และผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 95 ของโรคเบาหวาน ขณะนี้จะทำให้เป็นโรคไตวายได้ ร้อยละ 6 โรคที่เป็นสาเหตุไตวาย รองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากทั้ง 2 โรคนี้จะมีผลทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็ง มีผลให้การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างถาวร ไม่สามารถกรองของเสียออกจากปัสสาวะได้¹

อาการและอาการแสดง

เมื่อเกิดไตวายเรื้อรังส่งผลให้ประสิทธิภาพการขับถ่ายของเสีย การควบคุมสมดุลต่างๆของร่างกาย รวมถึงประสิทธิภาพการสังเคราะห์วิตามิน และฮอร์โมนลดลง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะแรกๆ จะยังไม่ปรากฏอาการเด่นชัด จนเข้าสู่ระยะที่ไตทำหน้าที่ได้เพียงร้อยละ 20-40 ของภาวะปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะและอาการเหนื่อย

และเมื่อไตทำหน้าที่ได้เพียงร้อยละ 5-10 ของภาวะปกติ อาการแสดงดังกล่าวข้างต้นจะชัดเจนยิ่งขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (nocturia) และมีปัสสาวะเป็นจำนวนมาก (polyuria) เมื่อมีภาวะไตวายเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นไตไม่สามารถผลิตปัสสาวะได้มากเหมือนเดิมเป็นสาเหตุให้มีปัสสาวะน้อยกว่า 400 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมง (oliguria) และจำนวนปัสสาวะอาจลดลงถึงระดับมีจำนวนน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมง (anuria) ในที่สุด จะพบอาการแสดงของระบบต่างๆ ในร่างกายเช่นกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย มีการระคายเคืองต่อเยื่อบุทางเดินอาหาร สร้างฮอร์โมนอิริโทรพอยอิตินได้น้อยลง ทำให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง เกิดภาวะซีด เป็นต้น⁶

การรักษา

มีวิธีการรักษาดังนี้คือ 1). การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) และ 2). การบำบัดทดแทนไต (Replacement therapy) ได้แก่ การทำไดอะลิซิส (Dialysis) ซึ่งประกอบด้วยการกำจัดของเสียออก

ทางเยื่อช่องท้อง (Peritoneal dialysis) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการรักษาที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายทำได้โดยการที่เอาเลือดออกจากร่างกายผสมกับเฮปาริน (heparinized blood) ให้ไหลเข้าสู่เครื่องไตเทียมเข้ามายังตัวกรองเลือด (dialyzer) โดยไหลอยู่คนละข้างกับน้ำยา (dialysate) มีsemipermeabl membrane กั้นกลางเรียกว่าวิธีนี้ว่าดิฟฟิวชั่น (diffusion) ซึ่งเป็นการกรองของเสียออกจากเลือด ในขณะที่เดียวกันน้ำจะเคลื่อนที่จากส่วนที่มีความเข้มข้นน้อยไปหาส่วนที่มีความเข้มข้นมาก ด้วยวิธีการนี้เรียกว่าออสโมซิส (osmosis) และถ้าต้องการให้น้ำออกจากร่างกายมากกว่านี้โดยการทำให้ความกดดันระหว่างเลือดกับน้ำยา มีความแตกต่างกันมากๆ ต้องใช้วิธีการที่เรียกว่าอัลตราฟิวเตรชั่น (ultra filtration) หรือที่เรียกว่าฮีโมฟิลเตรชั่น (hemofiltration)⁷ ผู้ป่วยจะได้รับการฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง

การพยาบาล

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้นได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุข และยาวนาน ดังนั้นพยาบาลต้องเข้าใจพยาธิสภาพของโรค การประเมินภาวะแทรกซ้อน การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง รวมทั้งการให้ความรู้ คำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและต่อเนื่องขณะอยู่บ้านการมาตรวจตามนัด จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การพยาบาลตามปัญหาที่พบบ่อยมีดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ ไม่ควรรับประทานอาหารมื้อหนักก่อนและระหว่างการฟอกเลือด งดยาลดความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด ควบคุมน้ำหนักร่างกาย
2. การพยาบาลเพื่อควบคุมสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย งดอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น กุ้ง ปลาหมึก

เนื้อสัตว์ บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกในแต่ละวันมีการประเมินภาวะน้ำเกิน

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อดูแลความสะอาดของผิวหนัง ปากและฟัน แนะนำให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ ไม่เกาผิวหนังจนเกิดแผล ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ

4. การพยาบาลเพื่อป้องกันการขาดสารอาหาร ให้อาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง ดูแลให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ โดยจำกัดชนิดของอาหารตามพยาธิสภาพให้ชั่งน้ำหนักทุกวัน

5. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ให้กำลังใจ ค้นหาแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจและสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยไม่ขัดต่อการดูแลรักษา

6. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแผนการรักษาอย่างง่าย ๆ ก่อนเข้าไปในหน่วยไตเทียม ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญในการดูแลตลอดเวลา สอบถามอาการที่เกิดขึ้นหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งก่อน ประเมินตำแหน่งที่ใช้ในการฟอกเลือด ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ

7. การพยาบาลผู้ป่วยหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยการประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจสอบตำแหน่งที่ใช้ในการฟอกเลือด ประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและอธิบายถึงอาการและผลการฟอกเลือดแก่ผู้ป่วย

กรณีศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ มีอาการหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2557 มาด้วยอาการเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร เข้าพบแพทย์ 3 ครั้ง มีประวัติพบค่าครีเอตินินสูงมานาน 5 ปี รักษาโดยการรับประทานยาและควบคุมอาหาร ภาวะเบาหวานพบเมื่อ 3 เดือนก่อนมา

โรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า BUN 69 mg/dL (ค่าปกติ 6-20 mg/dL) Creatinin 14.34 mg/dL (ค่าปกติ 0.70-1.20 mg/dL) eGFR 3.08 ml/min/1.73m²

การวินิจฉัยโรค ESRD with volume overload with Hypertension underlying DM มารับรักษาด้วยการทำ Hemodialysis การรับประทานยา การผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือดเพื่อฟอกเลือดไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์มีอาการหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้ อาเจียน เข้ารับการรักษาในวันที่ 3 มิถุนายน 2557 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ESRD with volume overload with Hypertension with Anemia มีภาวะซีด ผู้ป่วยมีประวัติเดิมเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 46 mg/dL

(ค่าปกติ 6-20 mg/dL) Cr 13.78mg/dL (ค่าปกติ 0.70-1.20 mg/dL) eGFR 3.34 ml/min/1.73m² แสดงว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย จากไตเสียหายที่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรอบแนวคิดทฤษฎี การวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁸ : ซึ่งระบุถึงปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการตัดสินใจทางคลินิก ในรายบุคคล ครอบครัว ที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเน้นทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันหรือเสี่ยงต่อการเกิด จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ศึกษาจึงนำมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ดังนี้

การประเมิน ภาวะสุขภาพ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2
ระยะแรกเริ่ม	1. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทเนื่องจากของเสียในเลือดคั่ง 2. ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะซีดเกิดจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงซึ่งเป็นผลจากฮอร์โมนอีริโทรพอยิตินลดลง 3. มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากพยาธิของโรคและเบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน 4. อาจเกิดอันตรายต่อสมองเนื่องจากความดันโลหิตสูง	1. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทเนื่องจากของเสียในเลือดคั่ง 2. ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะซีดเกิดจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงซึ่งเป็นผลจากฮอร์โมนอีริโทรพอยิตินลดลง 3. มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากพยาธิของโรคและเบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน 4. อาจเกิดอันตรายต่อสมองเนื่องจากความดันโลหิตสูง
ระยะต่อเนื่อง	5. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากมีความบกพร่องที่ไต 6. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายต่อชีวิตเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 7. เสี่ยงต่อมีเลือดออกง่าย เลือดออกของ vascular access เนื่องจากการที่เกล็ดเลือดทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพและใช้เฮพารินระหว่างการฟอกเลือด 8. อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากการสอดใส่สายสวนที่ใช้ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	5. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากมีความบกพร่องที่ไต 6. มีอาการปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดเตรียมเส้นฟอกเลือด DLC(double lumen catheter) 7. อาจเกิดภาวะเลือดออกและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดหลังจาก On double lumen catheter 8. อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากการสอดใส่สายสวนที่ใช้ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การประเมิน ภาวะสุขภาพ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2
	9. วิตกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ในวิธีการฟอกเลือด	9. วิตกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ในวิธีการฟอกเลือด
	10. ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากการเสียสมดุล ของร่างกายเนื่องจากหลังฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม	10. ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากการเสียสมดุล ของร่างกายเนื่องจากหลังฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม
	11. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการ ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลเส้นฟอกเลือด	11. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการ ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลเส้นฟอกเลือด
ระยะจำหน่าย	12. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลเส้นเลือดที่ เชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำสำหรับไว้ ฟอกเลือด	12. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลเส้นเลือดที่ เชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำสำหรับไว้ ฟอกเลือด
	13. เสี่ยงต่อการรู้สึกไร้พลังอำนาจ การสูญเสีย ภาพลักษณ์ และคุณค่าใน ตนเองไม่สามารถ ปรับตัวได้เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นเวลานาน	13. เสี่ยงต่อการรู้สึกไร้พลังอำนาจ การสูญเสีย ภาพลักษณ์ และคุณค่าใน ตนเองไม่สามารถ ปรับตัวได้เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นเวลานาน
	14. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	14. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

การให้การพยาบาล

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครั้งนี้ แพทย์วินิจฉัยโรคไตวายระยะสุดท้าย ได้รับการรักษา บำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรับประทานยา การส่งเลือดตรวจทางโลหิตวิทยาและเคมี คลินิก การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดเพื่อฟอกเลือด ได้ให้ การพยาบาล ติดตามประเมินผลเป็นระยะเวลา 4-5 วัน พบว่า ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลพร้อมให้ความร่วมมือ ในการรักษาพยาบาล พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติ ตัว และผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ในวันที่ 6 มิถุนายน 2557 ให้มารับประทานต่ที่บ้านและแนะนำให้รับการฟอกเลือด ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเอกชน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ พร้อมกับ ติดตามผลเลือดเป็นระยะ นัดพบแพทย์คลินิกโรคไต อีก 1 เดือน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกมารับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (chronic hemodialysis) ช่วยลดการคั่งของของเสียในร่างกาย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ต้องเผชิญปัญหาทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและ จิตใจ ผู้ป่วยต้องรับการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต อาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการฟอกเลือดในการเตรียมด้าน สภาพจิตใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา การ ปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด การเตรียมหลอดเลือด การ ปฏิบัติตนภายหลังการเตรียมหลอดเลือด รวมทั้งการ รับประทานอาหาร สิ่งเหล่านี้พยาบาลต้องให้ความรู้ อย่างสม่ำเสมอ และเลือกเวลาที่เหมาะสมในการให้ความรู้ พร้อมกับประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลานานอาจเกิด ความท้อแท้ เบื่อหน่าย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความ

รู้สึกนึกคิดและการรับรู้ รวมทั้งบางรายประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยาถือว่าสำคัญที่จะช่วยให้การฟอกเลือดประสบความสำเร็จ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งผู้ป่วยยังต้องมีข้อจำกัดต่างๆ มากมาย ทั้งการปฏิบัติตัว การต้องเดินทางไปฟอกเลือดบ่อยครั้งและมีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต้องพึ่งพิงและเป็นภาระแก่ผู้อื่น ผู้ป่วยจึงเกิดอาการสิ้นหวังทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดวิตกกังวล ดังนั้นพยาบาลจะต้องการให้ความรู้และเป็นการกำลังใจเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ควรจัดทำสื่อการสอนและเอกสารการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและควรมีหน่วยไตเทียมฉุกเฉินในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมงเพื่อเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการเน้นย้ำการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแล

ตนเองที่บ้าน และการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา และแนวทางการดูแลเส้นฟอกเลือด (Vascular access) เป็นสิ่งสำคัญซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะสำคัญของพยาบาลผู้ดูแลในการปฏิบัติการและการให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตน เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์จากเส้นฟอกเลือดตีบตัน หรือติดเชื้อ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาแนวทางการดูแลเส้นฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายขึ้น เพื่อส่งเสริมความรู้และความเข้าใจกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีเส้นฟอกเลือดให้สามารถดูแลเส้นฟอกเลือดได้อย่างถูกต้อง และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เรื่องเด่นประจำสัปดาห์.สภาวะสุขภาพ 2556; ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 : 1.
2. บัญชา สติระพจน์, อำนาจ ชัยประเสริฐ, ประเชษฐ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, อินทรีย์ กาญจนกุล และพรรณนุภา ชูวิเชียร (บรรณาธิการ). Essential Nephrology. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. นำอักษรการพิมพ์ : 2555.
3. โรงพยาบาลขอนแก่น. สถิติของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556.
4. ถนอม สุภาพร. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(14 สิงหาคม 2557) : URL : <http://www.capdsakon.com/index.php/component/content/article/61.html>
5. ชัยรัตน์ ฉายากุล, บรรณาธิการ. ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2557 หน้า 135-24.
6. ไศภณ นภาพร. กลไกการเกิดไตวายเรื้อรัง. ใน เกรียงไกร ตั้งสง่า, สมชาย เขียมอ่อน, บรรณาธิการ. Hemodialysis. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2542 หน้า 1-40.
7. สมรัก รอดพ่าย. การให้การพยาบาลผู้ป่วย Hemodialysis. ในเกรียงไกร ตั้งสง่า, สมชาย เขียมอ่อน, บรรณาธิการ. Hemodialysis. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2542.
8. วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก. ข้อวินิจฉัยตามรูปแบบของ NANDA. กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์; 2551

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการล้างไต

ทางช่องท้องชนิดชั่วคราว : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Acute Kidney Injury Receiving Acute Peritoneal Dialysis : A case study 2 case

พิศมัย จ้ายหนองบัว¹

Pitsamai Jaynongbua¹

บทคัดย่อ

ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) เป็นภาวะที่ไตทำงานลดลง ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ไตไม่สามารถขับของเสียในร่างกายออกได้ และเป็นปัญหาสำคัญ ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน มีอัตราตายสูง การรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นสิ่งสำคัญมากที่จะเพิ่มโอกาสรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ การล้างไตทางช่องท้องชนิดชั่วคราว (Acute Peritoneal Dialysis) ในผู้ป่วยระยะวิกฤต เป็นการบำบัดทดแทนไต ที่ให้ผลดีมาก เนื่องจากเป็นวิธีการที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่สูง และไม่มียาต่อระบบการไหลเวียนโลหิต ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดชั่วคราว เพื่อให้การพยาบาลได้ถูกต้องปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราตายของผู้ป่วย กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาไตวายเฉียบพลันจากภาวะ Sepsis และจากภาวะ Cardiogenic Shock ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดชั่วคราว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

กรณีศึกษา : เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่มารักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย มี Hyperkalemia, Severe Metabolic Acidosis และวินิจฉัยเป็น Acute Kidney Injury ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดชั่วคราว ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลแบบองค์รวม และประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของ Gordon นำข้อวินิจฉัยการพยาบาลมาใช้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อาการดีขึ้น แพทย์ได้ส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน 1 ราย และนัดมาติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์ และอีกรายแพทย์ให้กลับบ้าน และนัดมาติดตามผลการรักษา อีก 3 สัปดาห์

คำสำคัญ : ภาวะไตวายเฉียบพลัน, การล้างไตทางช่องท้องชนิดชั่วคราว

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

Abstract

Acute Kidney Injury is the condition which a kidney malfunction rapidly in a few hours or a few days, causing the waste remained in the body and the unbalanced level of water and mineral as well as the blood pH. Such a condition is considered as an important problem and often found in critical patients. Since the number of patients with the Acute Kidney Injury appears high, a proper renal replacement therapy becomes a major factor increasing the possibility of surviving. Acute Peritoneal Dialysis for the critical patients is a renal replacement therapy which is greatly effective for the critical patients since its process is not complicated, inexpensive and ineffective for blood circulation. Therefore, nurses need the understanding of the injury, treatment and Acute Peritoneal Dialysis for providing the appropriate nursing care. The patients with the proper nursing care are also safe from complications and away from the risk of death. The researchers conducted a comparative case study of 2 patients with Acute Kidney Injury; one is the patient with the condition of Sepsis and the other one with the condition of Cardiogenic Shock. Both of them are receiving Acute Peritoneal Dialysis. The study can be a guideline for further research.

A case study: It is a comparative case study of 2 patients with Acute Kidney Injury. The patients showed respiratory dyspnea, restless with Hyperkalemia, Severe Metabolic Acidosis. They were received the renal replacement therapy by means of Acute Peritoneal Dialysis. For the respiratory failure from blood pH, it was treated by intubation and Bird ventilation. They were also shocked from Sepsis and Cardiogenic Shock. The two patients were cared with a holistic nursing care and evaluated health according to the health plan of Gordon. The researcher used the nursing diagnoses to deal with problems and to meet the needs of the patients and provided the nursing care involving with Hyperkalemia and Severe Metabolic Acidosis, Acute Peritoneal Dialysis, the use of Bird ventilation, shocking patients. The two patients' health conditions turned better, so one of them was transferred to a hospital near home and had an appointment for the follow-up treatment in 2 weeks. The other patient, however, was allowed to come home and had an appointment for the follow-up treatment in 3 weeks

Keywords : Acute Kidney Injury (AKI), Acute Peritoneal Dialysis

บทนำ

ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) หรือในปัจจุบันใช้คำว่า Acute Kidney Injury^๑ เป็นภาวะที่พบได้บ่อย ประมาณร้อยละ 2-7 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 35 ในผู้ป่วยวิกฤต^๒ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีไตวายเฉียบพลันร่วมด้วยจะมีอัตราการตายสูงมากกว่าร้อยละ 50¹ สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราชพบว่า ผู้ป่วยที่มี AKI มีอัตราการตาย ประมาณ 4 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีAKI^๓

ภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีการทำงานของไต (glomerular filtration rate : GFR) ลดลงอย่างรวดเร็วในเวลาเป็นชั่วโมงหรือไม่กี่วัน ทำให้ไตไม่สามารถขับของเสียในร่างกายออกได้ และไม่สามารถรักษาสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และความเป็นกรดด่างในเลือดได้ อาจเกิดในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตเป็นปกติมาก่อนหรือผู้ป่วยที่มีโรคไตอยู่เดิม ซึ่งการทำงานของไตที่ลดลงนั้น สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ถ้าได้รับการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาด้วยยาใดที่มีประสิทธิภาพ หลักการรักษาโดยทั่วไป เป็นการรักษาแบบประคับประคอง^๔ โดยการแก้ไขภาวะที่เป็นต้นเหตุ การแก้ไขภาวะที่เกิดจากการทำงานของไตที่ลดลง เช่น Hyperkalemia, Metabolic Acidosis, Volume Overload เป็นต้น และการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการเลือกรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างใดอย่างหนึ่งที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะเพิ่มโอกาสรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ การล้างไตทางช่องท้องชนิดชั่วคราว (Acute Peritoneal Dialysis) ในผู้ป่วยระยะวิกฤต เป็นการบำบัดทดแทนไต ที่ให้ผลดีมากในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากเป็นวิธีการที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่สูง และไม่มีผลต่อระบบ

การไหลเวียนโลหิต^๕ จากข้อมูลหน่วยเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2554-2556 พบว่า กลุ่มงานอายุรกรรม มีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน เข้ารับการรักษา ดังนี้ 1,832, 1,518 และ 1,652 ราย ตามลำดับ ได้รับการรักษาโดยการทำ Acute Peritoneal Dialysis 257, 216, 255 รายตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าแม้ปัจจุบันจะมีการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือด แต่ในบางสถานการณ์หรือในประเทศที่กำลังพัฒนา การทำ Acute Peritoneal Dialysis ยังคงมีบทบาทอย่างมากในการรักษาผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน^๖

ลักษณะทางคลินิกของภาวะไตวายเฉียบพลัน

เป็นภาวะที่ไตทำงานลดลง ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาเป็นชั่วโมง หรือในเวลาไม่กี่วัน ทำให้ไตไม่สามารถขับของเสีย (nitrogenous waste products) ออกไปได้ และไม่สามารถรักษาสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และความเป็นกรดด่างในเลือดได้ โดยได้แบ่งภาวะไตวายเฉียบพลันเป็น 5 ระยะ ตาม RIFLE criteria^๓ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มมีความเสี่ยง (Risk), 2) ระยะมีการทำลายของไต (Injury), 3) ระยะไตวาย (Failure), 4) ระยะไตสูญเสีย (Loss) และ 5) ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage kidney disease) ต่อมาได้มีการปรับ RIFLE criteria เป็นเกณฑ์ที่เรียกว่า AKIN criteria⁴ (Acute Kidney Injury Network) โดยให้คำจำกัดความของไตวายเฉียบพลัน หมายถึง การลดลงอย่างรวดเร็วของการทำงานของไตภายใน 48 ชั่วโมง ทำให้ระดับซีรัมครีตินินเพิ่มขึ้นมากกว่า 0.3 mg/dl หรือเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 50% หรือปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hour เป็นเวลานานกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งเหมือนกับเกณฑ์ RIFLE แต่เพิ่มเกณฑ์ของระดับซีรัมครีตินิน ที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.3 mg/dl และแบ่งความรุนแรง เป็น 3 ระดับ คือ Risk, Injury, Failure สรุปตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยและการแบ่งความรุนแรงของภาวะไตวายเฉียบพลัน ตามเกณฑ์แบบ RIFLE และ AKIN

RIFLE Stage	AKIN Stage	เกณฑ์การเพิ่มขึ้นของซีรัมครีเอตินินจากระดับเดิม	เกณฑ์ปริมาณปัสสาวะ
Risk	1	มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ถึง 200% (RIFLE และ AKIN) หรือมากกว่า หรือเท่ากับ 0.3 mg/dl (AKIN)	น้อยกว่า 0.5 ml/kg/hour นานกว่า 6 ชั่วโมง
Injury	2	มากกว่า 200 ถึง 300%	น้อยกว่า 0.5 ml/kg/hour นานกว่า 12 ชั่วโมง
Failure	3	มากกว่า 300% (RIFLE และ AKIN) หรือ Acute dialysis (AKIN)	น้อยกว่า 0.5 ml/kg/hour นานกว่า 12 ชั่วโมง หรือ ไม่มีปัสสาวะนานกว่า 12 ชม.
Loss	4	มีไตวายต่อเนื่องนานกว่า 4 สัปดาห์	
End stage kidney disease	5	มีไตวายต่อเนื่องนานกว่า 3 เดือน	

สาเหตุ

ภาวะไตวายเฉียบพลัน แบ่งเป็น 3 สาเหตุ ได้แก่

1. Prerenal causes เป็นภาวะที่ไตได้รับเลือดมาเลี้ยงน้อยลงจากสภาวะต่างๆ ทำให้มีปัสสาวะน้อยลง เมื่อแก้ไขภาวะที่เป็นสาเหตุทำให้เลือดมาเลี้ยงไตน้อยลงแล้ว GFR จะเพิ่มขึ้นเป็นปกติในทันที เนื่องจากยังไม่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในไต เช่น Sepsis ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น
2. Postrenal causes เกิดจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ทำให้การทำงานของไตเสียไป ถ้ามีการแก้ไขภาวะอุดตันได้รวดเร็ว มีโอกาสที่การทำงานของไตจะกลับคืนมาเป็นปกติได้ เช่น นิ่วในไต ต่อมลูกหมากโต เป็นต้น
3. Intrinsic causes สาเหตุจากพยาธิสภาพของไตโดยตรง อาจแบ่งเป็นได้ 4 กลุ่มใหญ่ๆ ตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในเนื้อไต คือ renal vascular disorder, glomerulonephritis, interstitial nephritis และ acute tubular necrosis (ATN) เช่น Renal vasculitis, Lupus nephritis เป็นต้น

การวินิจฉัย

การซักประวัติและการตรวจร่างกายอย่างละเอียดช่วยให้ทราบสาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลันได้ เช่น ประวัติการได้รับยาที่มีผลต่อไต การตรวจร่างกายที่บ่งบอกว่าร่างกายขาดสารน้ำ เป็นต้น และการตรวจปัสสาวะเป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย ราคาถูก และให้ข้อมูลที่

ประโยชน์ เช่น กรณีพบ heme ในปัสสาวะ แต่ไม่พบเม็ดเลือดแดงต้องนึกถึงภาวะ hemoglobinuria ที่อาจเกิดได้จาก trans-fusion reaction หรือลักษณะของ casts ในปัสสาวะมีความสำคัญ เช่น พบ pigmented granular cast ใน ischemic หรือ toxic acute kidney injury เป็นต้น ตรวจเลือดเพื่อดูระดับของยูเรียและครีเอตินิน ช่วยแยกสาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลันได้

อาการแสดงทางคลินิก

อาการและอาการแสดงทางคลินิก ของไตวายเฉียบพลัน แบ่งเป็นระยะ⁷ ดังนี้

1. Initiation Phase คือระยะแรกเริ่มของการเกิด renal failure ซึ่งส่วนใหญ่ ก็คือระยะของ prerenal azotemia
2. Renal failure Phase คือระยะที่มีการลดลงของ GFR อย่างมาก และมีการคั่งของ waste product ผู้ป่วยอาจจะมีภาวะ Oliguria (มีปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 400 ml/วัน) หรือ non Oliguria ปัญหาที่พบในระยะนี้คือ Fluid overload เช่น หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย เป็นต้น, Electrolyte imbalance เช่น hyperkalemia เป็นต้น, Uremic symptom เช่น ชี้นิ้ว คลื่นไส้ อาเจียน ชัก เป็นต้น
3. Diuretic Phase และ Recovery Phase เป็นระยะที่ GFR และ Renal function จะดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะสัมพันธ์กับปริมาณของปัสสาวะที่เพิ่มมากขึ้น

การรักษา

โดยทั่วไปต้องมุ่งหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ และปรับสภาวะสารน้ำและเกลือแร่ ความเป็นกรดต่าง กลับมาอยู่ในสมดุลโดยเร็ว การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ใช้หลักปรับระดับประจุให้ดีที่สุด ทั้งในปริมาณสารน้ำในร่างกาย ความเป็นกรดต่างและสมดุลของเกลือแร่ให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสมหลังการรักษาแบบปรับระดับประจุแล้ว ถ้าผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อการรักษามีข้อพิจารณาในการบำบัดทดแทนไต คือควรเริ่มทำเมื่อผู้ป่วยมีอาการของ Uremia หรือภาวะความผิดปกติของสารน้ำหรือเกลือแร่ในร่างกายอย่างรุนแรงโดยทั่วไปมีข้อบ่งชี้ในการบำบัดทดแทนไตตาม AEIOU ดังนี้ A : Severe metabolic Acidosis, E : Electrolyte imbalance ได้แก่ hyperkalemia ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยทั่วไป I : Intoxication เช่น Methanol, Lithium, Theophylline เป็นต้น O : Fluid Overload ที่ไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ U : Uremia หรือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก Uremia เช่น Pericarditis, neuropathy หรือมีภาวะความรู้สึกลึกลับตลึง(Uremic encephalopathy)⁵

ประวัติการประเมินสภาพร่างกาย และอาการแรกเริ่ม

ผู้ป่วยรายที่ 1 มาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย ก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง ไปโรงพยาบาลชุมชน หายใจหอบมาก ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ BP drop 70/40 mmHg ให้ Dopamine 2:1 IV drip 30 mcdrop/min และAdrenaline 4:1 IV drip 10 mcdrop/min พบ K สูง 8.7 ให้Calcium gluconate 10 mg IV, 50% glucose 50 ml+RI10 unit IV, NaHco3 1 Amp IV และส่งต่อมาโรงพยาบาลศูนย์ ถึงหอผู้ป่วยอายุรกรรม รู้สึกตัว รู้เรื่อง ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจชนิดบีรด์ไว้ BP73/38 mmHg ให้ Levophed 8:250 IV drip 20 mcdrop/min ผู้ป่วยมีภาวะ Hyperkalemia และ Severe Metabolic Acidosis แพทย์พิจารณาทำ Acute Peritoneal Dialysis ผู้ป่วยมีประวัติเป็นDM HT มา 7 ปี รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนตลอด

ผู้ป่วยรายที่ 2 มาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย ก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง ญาตินำส่งโรงพยาบาลศูนย์ ที่ ER ผู้ป่วยหายใจหอบมาก ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ BP วัดไม่ได้ ให้ Dopamine 2:1 IV drip 36 mcdrop/min และAdrenaline 1:10 IV drip 5 mcdrop/min

EKG พบ Junctional bradycardia Rate 26ครั้ง/นาที On External Pace Maker ถึงหอผู้ป่วยอายุรกรรม รู้สึกตัว รู้เรื่อง กระสับกระส่าย ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจชนิดบีรด์ไว้ BP112/46 mmHg ให้ Dopamine 2:1 IV drip 30 mcdrop/min และAdrenaline1:10 IV drip 30 mcdrop/min HR 70 ครั้ง/นาที On External Pace Maker ผู้ป่วยมีภาวะ Hyperkalemia Kสูง 5.15 และ Severe Metabolic Acidosis แพทย์พิจารณาทำ Acute Peritoneal Dialysis ผู้ป่วยมีประวัติเป็นHT,Gout 10 ปี และเป็นCKD 7 ปีรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตลอด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinin พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีค่าสูงกว่าปกติ ผู้ป่วยรายที่ 1 BUN 64 mg/dL Creatinin 4.85 mg/dL ผู้ป่วยรายที่ 2 BUN 37 mg/dL Cr 3.58 mg/dL แสดงว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย จากไตเสียหายที่ ผลการตรวจ Electrolyte พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 Sodium สูง 139 mmol/L, Potassium สูง 6.29 mmol/L, Chloride ต่ำ 91 mmol/L, CO2 ต่ำ 5.2 mmol/L ผู้ป่วยรายที่ 2 Sodium ต่ำ133 mmol/L, Potassium สูง 5.15 mmol/L,Chloride ต่ำ 94 mmol/L, CO2 ต่ำ 5.6 mmol/L แสดงว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะ Electrolyte Imbalance ได้แก่ ภาวะ Hyperkalemia ผลการตรวจ Arterial Blood Gas พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 pH ต่ำมาก 6.806, pCO2 ต่ำมาก 12.2 mmHg, pO2 สูงมาก 521.4 mmHg, HCO3 ต่ำมาก 1.9 mmol/L, TCO2 ต่ำมาก 2.3 mmol/L, O2 sat 99.7% และผู้ป่วยรายที่ 2 pH ต่ำมาก 6.965, pCO2 ต่ำ 21 mmHg, pO2 สูง 427.7 mmHg, HCO3 ต่ำมาก 4.7 mmol/L, TCO2 ต่ำมาก 5.3 mmol/L, O2sat 99.7% แสดงว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะ Severe Metabolic Acidosis

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผน ของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การพยาบาลที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในภาวะวิกฤตและสามารถดูแลตนเองได้ ดังต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ทางการพยาบาล		
ระยะแรกเริ่ม	- ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหายที่ - การกำซาบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด - วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา	- ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหายที่ - การกำซาบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง เนื่องจาก Cardiogenic shock - วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา
ระยะต่อเนื่อง	- การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรด - มีไข้ เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด - ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดท้อง จากการล้างของเสียออกจากช่องท้อง และการระคายเคืองของน้ำยา - เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้อง อาจมีการปนเปื้อนเชื้อโรคระหว่างการเตรียมเครื่องมือ ขณะสอดใส่โทรแคธ หรือขณะใส่น้ำยาในช่องท้องแต่ละรอบ	- การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรด - ภาวะ Low Cardiac Output เนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ - ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดท้อง จากการล้างของเสียออกจากช่องท้อง และการระคายเคืองของน้ำยา - เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้อง อาจมีการปนเปื้อนเชื้อโรคระหว่างการเตรียมเครื่องมือ ขณะสอดใส่โทรแคธ หรือขณะใส่น้ำยาในช่องท้องแต่ละรอบ
ระยะจำหน่าย	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

การพยาบาล

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องชนิดชั่วคราว การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ชนิดเบิร์ต การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต การพยาบาลที่ให้นะหนักผู้ป่วย คือ ประเมินอาการและตรวจสัญญาณชีพ ทุก $\frac{1}{2}$ - 1 ชั่วโมง ดูแลการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ด้วยหลัก Aseptic technique ประเมินและสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการล้างไตทางช่องท้อง เช่นการติดเชื้อ ภาวะElectrolyte Imbalance ภาวะน้ำขาด/น้ำเกิน เป็นต้น ดูแลการใส่ท่อช่วยหายใจ การประเมินและสังเกตการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ดูแลการให้ยากลุ่ม High Alert Drug เช่น Dopamine, Adrenaline เป็นต้น การช่วยเหลือกิจกรรม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีไข้สูง จึงต้องมีการดูแลเช็ดตัวลดไข้ ดูแลการให้ยา Antibiotic ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ Cardiogenic Shock และ On External

Pace Maker จึงต้องดูแลการทำงานของ External Pace Maker ประเมินและสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจ

สรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะไตวายเฉียบพลัน จากการติดเชื้อในกระแสเลือด พบปัญหา Hyperkalemia ภาวะ Severe Metabolic Acidosis การหายใจล้มเหลว ภาวะ Shock ได้รับการรักษาโดยการทำให้ Acute Peritoneal Dialysis จำนวน 41 รอบ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจชนิดเบิร์ต การพยาบาลที่สำคัญ คือการดูแลการทำ Acute Peritoneal Dialysis การดูแลเครื่องช่วยหายใจ การดูแลการให้ยากลุ่ม High Alert drug ต่อมาผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถ Off Acute Peritoneal Dialysis ได้ และถอดท่อช่วยหายใจได้ แพทย์ได้ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อฉีดยาAntibiotic คือ Fortum 2 gm IV OD ต่ออีก 9 วัน และนัดมาติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ต่อ อีก 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะไตวายเฉียบพลัน จาก Cardiogenic Shock พบปัญหา Hyperkalemia ภาวะ Metabolic Acidosis การหายใจล้มเหลว ภาวะ Shock ได้รับการรักษาโดยการทำการ Acute Peritoneal Dialysis จำนวน 44 รอบ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจชนิด เบิร์ด การพยาบาลที่สำคัญ คือการดูแลการทำ Acute Peritoneal Dialysis การดูแลเครื่องช่วยหายใจ ดูแลการให้ยา เพิ่มความดันโลหิต ดูแลการทำงานของ External Pace Maker ต่อมาผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถ Off Acute Peritoneal Dialysis ได้ และถอดท่อช่วยหายใจได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน นัดมาติดตามผลการรักษา และทำ Ultrasound KUB อีก 3 สัปดาห์

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

ภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และรุนแรง ที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไตอย่างทันทีทันใด โดยที่ไตไม่สามารถรักษาความสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่และกรดต่างได้ ทำให้มีของเสียสะสมคั่งค้างในร่างกาย และมีผลกระทบต่อระบบการทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น หัวใจ ปอด ระบบ

ทางเดินอาหารและสมอง ทำให้ผู้ป่วยอาจถึงแก่ความตายได้ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาลอย่างทันเวลาที่ รวดเร็วและถูกต้อง บทบาทของพยาบาลในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยที่มีภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลัน จึงควรมีการประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกับแพทย์ตลอดเวลา เป็นการควบคุมควบคุมความสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และกรดต่าง ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายได้ นอกจากนี้พยาบาลควรมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ช่วยประคับประคองผู้ป่วยและญาติในการเผชิญปัญหาและการรักษาในแต่ละระยะของการดำเนินของโรค มีความจับใจต่อการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ดังนั้น พยาบาลจึงไม่เพียงแต่มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของภาวะไตวายเฉียบพลันเท่านั้น แต่จะต้องมีความรู้ถึงแนวทางการรักษาของแพทย์ในแต่ละปัญหาอย่างถ่องแท้ การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อม มีการเตรียมผู้ป่วยและญาติในการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Liano F, Pascual J, Madrid P. Acute Renal Failure Study Group. Epidemiology of acute renal failure : a prospective multicenter, community based study. Kidney Int; 1996. 50 : 811-8.
2. Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, Molitoris BA, Ronco C, Warnock DG, Levin A, Acute Kidney Injury Network (AKIN): Report of an initiative to improve outcome in acute kidney injury. Crit care; 2007. 11 : R31.
3. Uchino S, Bellomo, Goldsmith D, Bates S, Ronco C. An assessment Of the RIFLET criteria for acute renal failure in hospitalized patients. Cri Care Med; 2006. 34 : 1913-1917.
4. นุชจรีย์ หอมนาน. การพยาบาลผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องชั่วคราว ในสูจิตรว ลัมอำนวยลาม, กาญจนา สิมะจารึก, เพลินตา ศิริปการ และชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ). การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2556 : 251-259.
5. ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์. Acute Kidney Injury ใน บัญชา สถิระพจน์, อำนาจ ชัยประเสริฐ, ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, อุปัทม์ ศุภสินธ์, อินทรีย์ กาญจนกุล และพรรณนุภา ชูวิเชียร (บรรณาธิการ). Essential Nephrology. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์; 2555 : 303-315.
6. รณิษฐา รัตนะรัต. Acute Kidney Injury ใน เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ). Critical Care : At Difficult Time. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2553 : 477-491.
7. วสันต์ สุขเมธกุล. การดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ใน อุษณา ลูวีระ, พรรณนุภา ชูวิเชียร, สุพัฒน์ วาณิชยการ (บรรณาธิการ). การบำบัดทดแทนภาวะไตวาย. กรุงเทพฯ : ยูนิตีพับลิเคชั่น; 2537 : 1-8.
8. ศุภชัย ลีติอาชากุล. การล้างไตทางช่องท้อง Peritoneal Dialysis : Practical and Update. กรุงเทพฯ : บริษัท บุ๊คเน็ต จำกัด; 2544 : 133-156.
9. อนันต์ เชื้อสุวรรณ. Intermittent Hemodialysis in Acute Kidney Injury:2009 Updateใน อนุดต จิตตินันท์ และ พงศธร คชเสนี (บรรณาธิการ). Critical Care Nephrology and Dialysis 2009. กรุงเทพฯ : บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2552 : 285-309.



การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลในการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ โรงพยาบาลนครพิงค์

The Development clinical Nursing Practice Guideline for General Anesthesia in Patient Laminectomy Prone Position, Nakornping Hospital

เพชรสร ไชยmani¹, นิมนวล มั่นตราภรณ์²
Petchsorn Chaimanee¹, Nimnual Muntraporn²

บทคัดย่อ

การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ วิทยาลัยพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยทั้งด้านกายภาพ สรีรวิทยาเพื่อไม่ให้อวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ มีการจัดทำผู้ป่วยที่เหมาะสม สำหรับการผ่าตัดทำคว่ำเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างแนวปฏิบัติและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ทำคว่ำ ในโรงพยาบาลนครพิงค์

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา โดยกระบวนการพัฒนาจากการประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาตามแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบันเพื่อความเป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติ (NICE)¹ 8 ขั้นตอนเป็นแนวทางในการศึกษา แล้วนำไปทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2557 ถึงเดือนตุลาคม 2557 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เลือกประชากรศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งประกอบด้วย ทีมวิทยาลัยพยาบาล จำนวน 27 คน ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด 50 คน วิทยาลัยแพทย์ 7 คน ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 9 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ สถานที่ผ่าตัด ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนครพิงค์

ผลการศึกษา : พบว่าแนวทางการปฏิบัติมี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก, ระยะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้แนวปฏิบัติการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ

สรุป : แนวปฏิบัติการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ทำคว่ำ ที่สร้างขึ้น สามารถนำไปใช้ได้และมีประโยชน์ในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ การจัดทำคว่ำ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดทำ

คำสำคัญ : การผ่าตัด laminectomy, การให้ยาระงับความรู้สึกทำคว่ำ, ภาวะแทรกซ้อนการจัดทำคว่ำ

¹พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยาโรงพยาบาลนครพิงค์

²พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ และเลขาธิการคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยและผดุงครรภ์ชั้นสูง แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล

Abstract

Background : General anesthesia in patient Laminectomy prone position has many complications taking risk of the patient life. Anesthetist nurse need to take care of patients physically so that they will undergo surgery without complication. The proper prone position management is need for the patient safety.

Objective : The study is to guide and evaluate the clinical nursing practice for general anesthesia in patient Laminectomy prone position in Nakornping Hospital.

Method : The study is the developmental research by synthesis evidence base practice to create the clinical guide line based on conceptual framework from the National Institute for clinical Excellence (NICE), with 8 step-practices. The clinical Nursing Practice Guideline was tested for 1 month. The study operated in July 2014 to October 2014 and then it was evaluated. The purposive sampling populations are 27 anesthetist nurses, 50 scrub nurses, 7 anesthesiologists, 9 orthopedic surgeons. Place: Operation room Nakornping Hospital.

Results : This guide line consisted in 3 phases of operation 1. Pre-operative phase 2. Peri- operative phase 3. Post-operative phase, no complication to the patient after the CNPG had been used,

Conclusion : The clinical Nursing Practice Guideline for General Anesthesia in Patient Laminectomy prone position can be used successfully in preparing instrument, positioning prone

Keywords : Laminectomy, General anesthesia prone position, complication prone position

บทนำ

การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง เป็นการรักษาเส้นประสาทหรือไขสันหลัง ถูกกดเบียด ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติแบบเสื่อมสภาพ หมอนรองกระดูกเคลื่อน ภาวะติดเชื้อมาก่อน ความผิดปกติของหลอดเลือดหรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ² ซึ่งการผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Laminectomy) ในการผ่าตัดส่วนนี้ การจัดทำมีความสำคัญเพื่อให้ศัลยแพทย์เข้าถึงตำแหน่งผ่าตัดได้ดี โดยผู้ป่วยมีความปลอดภัย วิสัญญีพยาบาลจึงต้องดูแลผู้ป่วยทั้งด้านกายวิภาค สรีรวิทยา ไม่ให้อวัยวะต่างๆ เช่น ทางเดินหายใจ เส้นประสาทถูกกดทับ การจัดทำคว่ำ^{3,4,5} เพื่อให้สามารถทำการผ่าตัด Laminectomy ได้สะดวก อาจต้องเปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การจัดทำคว่ำในการผ่าตัด Laminectomy นั้น นักผู้ป่วยจะกดลงบนอก และ iliac crests ต้องระวังไม่ให้มีการกดทับบริเวณช่องท้อง หลอดเลือดแดง femoral และหลอดเลือดดำ femoral ไม่ให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำที่ขา และเป็นทางให้เลือดดำ epidural ไหลกลับสู่หัวใจได้ดี การจัดทำสำหรับการผ่าตัดมีส่วนสำคัญในผลสำเร็จของการผ่าตัดและอาจเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นระหว่างและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้คืออาการบาดเจ็บระบบประสาท ภาวะสูญเสียการมองเห็น^{6,7,8} มีการศึกษาหาสาเหตุไม่มีข้อสรุปชัดเจน สิ่งสำคัญที่สุดจึงอยู่ที่กระบวนการการป้องกันตำแหน่งที่จะถูกกดทับได้ง่ายและการปิดตา^{9,10}

โรงพยาบาลนครพิงค์ มีผู้ป่วยมารับบริการยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ จำนวนมาก 3 ปีย้อนหลัง ในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 182 ราย, ปี 2556 จำนวน 178 ราย และปี 2557 จำนวน 310 ราย ซึ่งกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาโรงพยาบาลนครพิงค์ ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลในการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในการผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ ที่มีการนำความรู้เชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดทำแนวปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกพยาบาลฯ ผู้ศึกษามีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกพยาบาลวิสัญญี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลระงับความรู้สึกแบบทั่วไป Laminectomy ทำคว่ำ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์และสังเคราะห์ นำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ
2. เพื่อสังเคราะห์และนำข้อมูลการศึกษามาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ
3. ประเมินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ

รูปแบบและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป Laminectomy ทำคว่ำ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2557 ถึง ตุลาคม 2557 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งประกอบด้วย ทีมวิสัญญีและพยาบาลห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพิงค์ วิสัญญีแพทย์ 7 คน, วิสัญญีพยาบาล 27 คน, พยาบาลห้องผ่าตัด 50 คน และผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามความเป็นไปได้ ในการนำแนวปฏิบัติ, แบบสอบถามความคิดเห็น ต่อแนวปฏิบัติไปใช้ในภาพรวม มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และดำเนินการศึกษาหลังจากขออนุญาตทำการศึกษ จากคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติคลินิกทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ ได้ประยุกต์ตามขั้นตอนการพัฒนาแนว โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบันเพื่อความเป็นเลิศ ทางคลินิกแห่งชาติ (NICE) วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ร้อยละ, แนวปฏิบัติไปใช้ ความเป็นไปได้ใช้วิธีการแจกแจงความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติ ปัญหาและข้อเสนอแนะใช้ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติด้วย Appraisal Guideline Research and Evaluation (AGREE) Instrument มีคุณค่าเป็นไปได้มาก ร้อยละ 87.50

ถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (ถ้าน้อยกว่าร้อยละ 30 ถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ไม่ได้ (ถ้ามากกว่า ร้อยละ 60 ถือว่าแนวปฏิบัติมีคุณค่า)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guide line, CNPG) โดยสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งต่างๆ ใช้กรอบ PICO (P = Population, I = Intervention, C = Comparison intervention และ O = Outcome) คัดเลือกงานวิจัยโดยการสังเคราะห์ระดับงานวิจัย Randomized controlled Trials (RCTs), หรือ Quasi - experimental study, เป็นการศึกษาที่มีการศึกษาไปข้างหน้า และ descriptive research ซึ่งศึกษาในผู้ป่วย ที่มารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปผ่าตัด Laminectomy ทำคว่า, งานวิจัยที่มี Intervention ของการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปผ่าตัด Laminectomy ทำคว่า สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องสามารถเชื่อมโยงและได้เป็นวารสารฉบับเต็ม มีการระบุเล่มเอกสาร สามารถสืบค้นได้ด้วยมือจากห้องสมุดในประเทศ ใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับงานวิจัยโดย settler. Etal โดยทบทวนงานวิจัยร่วมกับการเสนอและขอคำปรึกษาจากวิสัญญีแพทย์ ได้รับข้อความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้สร้างแนวปฏิบัติการได้ผ่านการประเมินความเป็นไปได้จำนวน 15 ฉบับ ได้แก่ แนวการปฏิบัติที่มีการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์และทบทวนอย่างมีระบบ 8 ฉบับ บทความและรายงานของผู้เชี่ยวชาญ 7 ฉบับ ประเมินความเป็นไปได้ในการไปใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบันเพื่อความเป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติ (NICE)¹ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ กำหนดเรื่องที่ต้องการพัฒนา กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย การนำแนวปฏิบัติไปใช้ที่ประกอบด้วยทีมวิสัญญีและพยาบาลห้องผ่าตัด และผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัด Laminectomy ทำคว่า กำหนดผลลัพธ์ของการดูแลและ ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันมีการกำหนดช่องทางการสืบค้น ประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ หลังจากสรุปสาระสำคัญของข้อแนะนำและทำการประเมินคุณภาพของหลักฐาน โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันใจ แอนนาบริกส์

ประเทศออสเตรเลีย ได้หลักฐาน เชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินความเป็นไปได้ จำนวน 15 ฉบับ ที่ประกอบด้วยแนวการปฏิบัติที่มีการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์และการทบทวนอย่างมีระบบ 8 ฉบับ บทความและรายงานของผู้เชี่ยวชาญ 7 ฉบับ การกำหนด เป็นแนวทางปฏิบัติสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานที่ดีที่สุด ปฏิบัติและร่างแนวปฏิบัติ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านเนื้อหาสาระ รวมทั้งการปฏิบัติในคลินิกในกลุ่มเป้าหมาย โดยนำแนวปฏิบัติมาทบทวนปรับปรุงในที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ร่วมวิพากษ์เกณฑ์การประเมินคุณค่า ข้อเสนอแนะนำไปสู่การปฏิบัติตามสถาบันใจ แอนนา บริกส์ นำแนวปฏิบัติคลินิกทางการพยาบาลไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติให้กลุ่มผู้มีส่วนร่วมทดลองปฏิบัติเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แล้วประเมินด้านขบวนการ ผลลัพธ์ ความคิดเห็น และปัญหาอุปสรรค จัดอบรมและกำกับดูแลให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ติดตามประเมินผลเป็นระยะ และปรับเปลี่ยนวิธีการที่เหมาะสม

แนวทางปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลในการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัด Laminectomy ทำคว่า มี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การเตรียมร่างกายผู้ป่วย ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก คัดกรองและวางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผ่าตัด Laminectomy ทำคว่า เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อน ได้แก่ (level 4,A) การซักประวัติโรคประจำตัว โรคที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำคว่า เช่น โรคหลอดเลือดและสมอง, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid) เป็นต้น พร้อมทั้งซักประวัติการรับยาประจำ¹⁴⁻¹⁶ (level 3.2,A) ซักประวัติการแพ้ยา, ทบทวนเพิ่มประวัติในอดีต มีการตรวจร่างกายตามระบบ (ตรวจเน้นในเรื่องอันตรายอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำคว่า ได้แก่ (1) ประเมินผู้ป่วยโดยตรวจสอบลักษณะการกดทับกลุ่มประสาท brachial บริเวณลอดผ่านกระดูกไหปลาร้า (clavicle หรือเรียกว่า Thoracic outlet syndrome โดยการให้ผู้ป่วยนั่งหรือยืน และยกมือทั้งสองข้างประสานกันบริเวณท้ายทอย) (2) ตรวจสอบการก้มเงยคอ เพื่อประเมินข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวส่วนคอ (3) ตรวจสอบการมองเห็นของสายตา (4) ตรวจสอบ

ความแข็งแรงของแขนขา สามารถยกได้หรือไม่ (level 4,A)

มีการติดตามผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พิจารณาข้อมูลโรคของผู้ป่วยชนิดการผ่าตัด คือ อายุ สภาพ ความผิดปกติของระบบต่างๆ มีการประเมินสภาพผู้ป่วย ตาม ASA Class (American Society of Anesthesiologists) ด้านความแข็งแรงสมบูรณ์ และความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการทางวิสัญญี^{14,15} ตรวจความถูกต้องของเอกสาร การลงนามยินยอมในการรับบริการทางวิสัญญี ให้ข้อมูลและคำแนะนำการปฏิบัติและความเสี่ยงระหว่าง ให้ยาระงับความรู้สึกในประเด็นความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน จากการจัดทำคว่ำในเรื่องตาบอดหลังผ่าตัด, การชาระบบ ประสาท เป็นต้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ชักถาม ข้อสงสัยเพื่อลดความวิตกกังวลและเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วย และครอบครัว โดยคำนึงถึงความปลอดภัย⁶ (level 3.2,A) ให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึกกับพยาบาล ประจำผู้ป่วย (level 4,A) ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทางวิสัญญี เพื่อวางแผน การให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อเตรียมความพร้อมให้บริการที่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย (ในห้องผ่าตัด) โดย (1) เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปของชุด ตามหลัก ของราชวิทยาลัยแห่งประเทศไทย (2) เตรียมยาสำหรับผู้ป่วย เฉพาะในแต่ละราย และชนิดของการผ่าตัดให้เหมาะสม (3) เตรียมอุปกรณ์ เฝ้าระวังตามสถานะปัญหาของผู้ป่วย และชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก เตรียมอุปกรณ์ในการจัดทำคว่ำ ได้แก่ หมอนเจล รูปเกือกม้า - ผ้า roll หนุน ไหล่ 2 ข้าง - หมอนรองหนุนทรวงอก (frame เฉพาะรอง ออก) มีช่องว่างพอให้หน้าอกขยายได้ - หมอนหนุนรอง iliac crest - หมอนหนุนรองขาส่วนล่างให้สูงขึ้น รองบริเวณเข่า ถึงปลายเท้า - ท่อช่วยหายใจ Coil tube (spiral tube) พร้อม เทปกาชชนิด fixumo ติดท่อช่วยหายใจ - Oral air way - ผ้า ปูทางใต้ frame เพื่อเก็บแขน - ยาป้ายตา - พลาสเตอร์ ปิดตาทั้งสองข้าง - สายรัดเข่า, สายรัดแขน (level 4,A)

ระยะให้ยาระงับความรู้สึก ให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับการติดเครื่อง เฝ้าระวังและสร้างความเชื่อมั่นในการพยาบาลและการดูแลตลอดระยะเวลาของการให้ยาระงับความรู้สึก ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกให้ ปลอดภัย นำสลบ ประเมินและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อน ให้ยาระงับความรู้สึก, ความพร้อมของเครื่องมือ, ปฏิบัติการ ให้ยาระงับความรู้สึกตามขั้นตอน (level 4,A) เฝ้าระวัง

(monitor) และดูแลผู้ป่วยตามสถานะของผู้ป่วย เฝ้าระวัง สถานะของออกซิเจนในร่างกาย, สถานะการหายใจ, สถานะการไหลเวียนเลือด, ระดับของความรู้สึก, ประเมิน อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย มีการบันทึกการปฏิบัติการ พยาบาล ในการนำสลบอย่างครบถ้วนถูกต้อง (level 4,A)

การใส่ท่อ Endotracheal ชนิด Coil tube (Spiral tube) โดยยึดด้วยเทปกาชชนิด fixumo ต่อท่อ Endotracheal กับ มุมปากอย่างแน่นหนา พร้อมใส่ Oral air way (level 4,A) แล้วดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึก (maintenance) จัดทำคว่ำ (ผู้ป่วยมักได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกในท่าหงาย ก่อน จึง จัดทำคว่ำ) (level 3.2,A), ตรวจดูอุปกรณ์ในการจัดทำ ให้พร้อมป้ายตาผู้ป่วยด้วย antibiotic ointment และปิด เปลือกตา ด้วยพลาสเตอร์, บุคลากรช่วยจัดทำ 4 คน ประสานงานกับทีมผู้ร่วมงานทุกคน, วิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ให้สัญญาณในการพลิกตัว, วิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ดูแล ประคองศีรษะท่า Lock and roll บริเวณคอและศีรษะ, การ ช่วยยกลำตัว, แขน สะโพกและขา ให้ความสัมพันธ์กันกับ ศีรษะ, หลีกเลียงการกดหลอดเลือดดำ Inferia vena cava และ femoral, ใช้หมอน frame (frame รองรับสูงพอควรที่จะ ให้กระดูกสันหลังงอ เพื่อขยายช่องระหว่างกระดูกสันหลัง และทรวงอก) หนุนรองบริเวณข้างลำตัว 2 ข้าง โดยความ ยาวของหมอน frame รองรับยาวตั้งแต่ใต้ต่อกระดูกไหปลาร้า จนถึงขาหนีบ ระวังส่วนท้องไม่ให้ถูกกดทับ ควรให้ช่องท้อง หย่อนอย่างเพียงพอเพื่อช่วยการหายใจและลดความดัน ภายในช่องท้อง ซึ่งจะทำให้การไหลเวียนกลับของเลือดที่ หลอดเลือดดำสะดวกขึ้น, หมอนหนุนรองบริเวณกระดูก เเชิงกรานทั้งสองหัวไหล่กางออกพร้อมทั้งมีวัสดุรองที่ได้ต่อ กระดูกไหปลาร้า ป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาท brachial plexus วางคว่ำมือเหนือศีรษะ ให้ข้อศอกงอ ประมาณ 60-90 องศา ในระดับต่ำกว่าไหล่ วางแผ่นผ้ารอง ที่ข้อศอก, มือและแขน งอเข่าเล็กน้อย และหนุนหมอน รองขาทั้ง 2 ข้าง ส่วนล่างรองสูงเพื่อให้ปริมาณ เลือดไหล กลับสู่หัวใจได้มากขึ้น จัดปลายเท้า ควรปล่อยให้นอนใน ท่า Neutral ป้องกันการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท จัดคอ อยู่ในแนวเดียวกับกระดูกสันหลัง ศีรษะควรอยู่ในแนวตรง การจัดทำทุกขั้นตอนต้องทำด้วยความนุ่มนวล และ ระมัดระวังอวัยวะทุกส่วนของผู้ป่วย หลังการจัดทำ ตรวจดู ฟังเสียงลมหายใจปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้างหรือไม่ ตรวจดู วงจรการหายใจ ท่อหายใจถูกอุดกั้น เลื่อนหลุดหรือไม่

ตรวจดูการกดหน้าท้องหรือไม่ ระบบไหลเวียนเลือดมีช่องว่างเพียงพอให้หน้าอกขยายได้ ตรวจดูการกดปุ่มกระดูกเส้นประสาท ulnar radius ตรวจดูการกดหรือดึงรั้งกลุ่มประสาท brachial ตรวจ oral air way กดทับริมฝีปากหรือไม่ ตรวจปลายคางต้องห่างจากอกอย่างน้อย 1 นิ้ว (2 finger bread) ตรวจดูแขนทั้ง 2 ข้าง กางเหนือศีรษะไม่เกิน 90 องศา ตรวจดูคออยู่ในแนวเดียวกับกระดูกสันหลังหรือไม่ ตรวจดูไม่มีการกดทับตา หู จมูก และปากจากอุปกรณ์หมอนเจลรูปเกือกม้า ตรวจดูอวัยวะเพศและเต้านมถูกกดทับหรือไม่^{3,4,5} (level 4,A) เฝ้าระวังระดับของการสลับและให้ยาระงับความรู้สึก ตามระยะเวลาความต้องการของการระงับความรู้สึก เฝ้าระวังบันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกร่างกาย^{12,15} (level 4A) และบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก วิธีการ ยา อุปกรณ์ สถานะต่างๆ ที่เฝ้าระวัง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและการแก้ไขในแบบฟอร์มรายงานการให้ยาระงับความรู้สึก อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ประเมินสถานะการหายใจของผู้ป่วยโดยการสังเกตสีผิว อัตราและลักษณะการหายใจ เสียงลมผ่านเข้า-ออกปอดและทดสอบการแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ประเมินสถานะความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ พร้อมบันทึกปฏิบัติการถอดท่อหายใจ ประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความรู้สึกและสัญญาณชีพก่อนการเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น และส่งต่อพยาบาลประจำห้องพักฟื้น อากาผู้ป่วยการดูแลต่อเนื่องวิสัญญีพยาบาล ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการออกจากห้องพักฟื้น ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย 24 ชั่วโมง หลังให้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย ประเมินสภาพแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด Laminectomy ทำคำว่า (level 3,2,A)

1. ตรวจ check สัญญาณชีพ และประเมินความรู้สึกตัว
2. ประเมินตรวจดูระบบหายใจ ผู้ป่วยหายใจได้เองหรือไม่
3. ประเมินระบบหัวใจหลอดเลือด มีอาการชา บวม หรือไม่ จากการกดทับว่า อาจมีการกด หลอดเลือดดำบริเวณขา
4. ประเมินระบบประสาท (ด้านอัมพฤกษ์ อัมพาตหรือไม่)
5. ประเมินการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท supraorbital ตรวจดูการมองเห็น
6. ประเมินตรวจเส้นประสาท facial ทำผิดปกติหรือไม่ จากการกดทับอุปกรณ์หมอนทำคำว่าหรือไม่
7. ประเมินตรวจดูไขสันหลังบริเวณคอบาดเจ็บหรือไม่

8. ประเมินมีการบาดเจ็บต่อ brachial plexus จากการกดหรือดึงรั้ง, การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท ulnar และ radial จากการกดทับบริเวณข้อศอกกับเตียงผ่าตัดหรือไม่
9. ตรวจการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท lateral femoral cutaneous จากการกดบริเวณขี้เหล็ก
10. ตรวจการบาดเจ็บของเส้นประสาทและเส้นเอ็นบริเวณหลังเท้าหรือไม่จากการกดทับขอบเตียงในท่าคว่ำ
11. ประเมินการบาดเจ็บระบบอื่นๆ เช่นตา, หู, จมูก มีบาดเจ็บหรือไม่
12. ตรวจดูตาว่าบอดหรือไม่ สาเหตุไม่แน่ชัด แต่สันนิษฐานจาก ischemic optic neuropathy, retinal occlusion และ cortical blindness จากการกดเบ้าตา ความดันในลูกตาเพิ่มขึ้น เลือดไปเลี้ยงจอประสาทตาลดลง, ระยะการผ่าตัดนาน, เสียเลือดมาก, ซีด (ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 8 มก. ต่อ ดล.) หากผิดปกติ รีบประสานงานกับศัลยแพทย์, วิสัญญีแพทย์ โดยด่วนเพื่อพบจักษุแพทย์
13. ตรวจดูอวัยวะเพศชายบาดเจ็บหรือไม่
14. ตรวจดูเต้านมบาดเจ็บหรือไม่

บันทึกสรุปข้อมูลผลภาวะแทรกซ้อนลงใบแบบฟอร์มการเยี่ยมหลังผ่าตัด (level 4,A)

ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นจากการใช้ผลงานการวิจัยไปใช้ตามหลัก PDCA (Plan Do Check Act) ตรวจสอบเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 2 ท่าน, ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน, วิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน นำเสนอผู้บริหารงานวิสัญญีและกำหนดการดำเนินงานเพื่อนำไปปฏิบัติในหน่วยงาน โดยจัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถปฏิบัติได้ จัดอบรมเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา เรื่อง การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัด Laminectomy ทำคำว่า นำแนวปฏิบัติไปใช้ในกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลนครพิงค์

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 27 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.3 มีอายุในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 ตำแหน่งวิสัญญีพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 100 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 96.3 มีประสบการณ์ทำงาน 21-30 ปี ร้อยละ 44.4 และส่วนใหญ่ได้รับการอบรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 85.2 ความเป็นไปได้จากการนำแนวปฏิบัติ

คลินิกทางการแพทย์ในการรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วไป การผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ ที่พัฒนาขึ้นเป็นรายชื่อ ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 10 ข้อ 2) การพยาบาลระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกจำนวน 11 ข้อ 3) การพยาบาลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก 9 ข้อ 4) บันทึกรายการ check list การพยาบาลจัดทำคว่ำ 7 ข้อ ผู้ปฏิบัติได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในภาพรวมทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนการประเมินผลผู้ใช้แนวปฏิบัติสำรวจความคิดเห็นของ

ทีมวิสัญญี ต่อแนวปฏิบัติในภาพรวม ทีมวิสัญญีมีความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติฯ มีความเข้าใจง่าย ร้อยละ 88.9 แนวปฏิบัติมีเนื้อหาที่มีความชัดเจน ร้อยละ 88.9 แนวปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 85. แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ร้อยละ 85.2 แนวปฏิบัติสะดวกไม่ยุ่งยากซับซ้อน ร้อยละ 37 ทางเลือกสำหรับการจัดการในแต่ละสถานการณ์ ร้อยละ 48.1 และมีความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 88.9 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะและได้นำไปปรับปรุง ดังรายละเอียดตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัด Laminectomy ทำคว่ำ (n=27)

ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติคลินิกการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. แนวปฏิบัติฯ มีความเข้าใจง่าย	24	88.9	3	11.1	0	0
2. แนวปฏิบัติมีเนื้อหาที่มีความชัดเจน	24	88.9	3	11.1	0	0
3. แนวปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้	23	85.2	4	14.8	0	0
4. แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	23	85.2	4	14.8	0	0
5. แนวปฏิบัติสะดวกไม่ยุ่งยากซับซ้อน	10	37	17	63	0	0
6. ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการในแต่ละสถานการณ์	13	48.1	14	51.9	0	0
7. ความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติ	24	88.9	3	11.1	0	0

ตารางที่ 2 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และได้นำไปปรับปรุง

ปัญหา อุปสรรค การปฏิบัติการพยาบาลตามคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
1. แนวปฏิบัติฯ ควรทำแบบย่อ ทำไว้ทุกห้องผ่าตัด	3	33.3
2. ทีมพนักงาน บุคลากรช่วยจัดทำคว่ำเรียกมาช่วยยากเป็นพนักงานชาย	2	22.2
3. ควรจัดหาอุปกรณ์หมอนเจลให้ครบทุกห้อง	2	22.2
4. ในรายการ check list ควรตรวจ 2 คน คือ วิสัญญีและพยาบาลห้องผ่าตัด	2	22.2

วิจารณ์

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาล โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยทีมแนวพัฒนาศาสตร์วิชาชีพ และพยาบาลวิสัญญี ที่มีความรู้ความสามารถสูงในการดูแล การพยาบาลระดับความรู้สึกในแผนกวิสัญญีมีความเข้าใจบริบท และมีความสามารถทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ภายใต้กรอบแนวคิดสถาบันความเป็นเลิศ (NICE) โดยเนื้อหาสาระในแนวปฏิบัติ จากการประเมินผลพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลระดับความรู้สึกทั้ง 3 ระยะ ระยะก่อนให้ยาระดับความรู้สึก, ระยะให้ยาระดับความรู้สึกและระยะหลังให้ยาระดับความรู้สึก มีความเป็นไปได้ร้อยละ 100 ส่วนความคิดเห็นในภาพรวมของแนวปฏิบัติ เข้าใจง่าย, ชัดเจนและพึงพอใจร้อยละ 88.9 และมีความคิดเห็นว่าจะนำไปปฏิบัติได้และมีประโยชน์ รองลงมาร้อยละ 85.2 แนวปฏิบัตินี้เป็นแนวปฏิบัติที่ทบทวนจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เป็นครั้งแรก และในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติในบางส่วนยังไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและรู้สึกมีความยุ่งยาก ต้องทำการอธิบายและทบทวนติดตามให้เข้าใจทีมงาน ในทีมงานห้องผ่าตัดและทีมวิสัญญีจะต้องปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วย เตรียมอุปกรณ์ให้ยาระดับความรู้สึก, อุปกรณ์การจี้ทำคว่ำ และเตรียมทีมในการช่วยจี้ทำคว่ำ ส่วนขั้นตอน

ปฏิบัติการจี้ทำคว่ำต้องมีการประสานงานกับทีมช่วยในการจี้ทำคว่ำให้ทุกคนในทีมเข้าใจและตระหนัก ในภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้น เช่น การบาดเจ็บจากการกดทับเส้นประสาทของร่างกายทุกส่วน และการบาดเจ็บหลังผ่าตัด ควรฝึกทักษะในการจี้ทำคว่ำให้แก่ทีมงานและเฝ้าติดตามประเมินผลการปฏิบัติให้แก่ทีมผู้ดูแลในห้องผ่าตัดทุกขั้นตอน มีการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ทั้งผู้ใช้แนวปฏิบัติ และผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่การใช้แนวปฏิบัติจะเกิดประสิทธิผล ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจี้ทำคว่ำ

สรุป

ผลการศึกษาแนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลในการให้ยาระดับความรู้สึกแบบทั่วไปครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน จากผลประเมินจะเห็นได้ว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีประโยชน์ต่อหน่วยงานและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทีมผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้หลายประเด็น เช่น การบาดเจ็บเส้นประสาทจากการกดทับ และที่สำคัญที่สุดคือปัญหาเรื่องบาดเจ็บหลังผ่าตัดหากเกิดแล้วยากแก่การแก้ไข อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติยังต้องมีการปรับปรุงทบทวนเป็นระยะ เพื่อทำความเข้าใจและทบทวน สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัย ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาลวิสัญญี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบท่านอาจารย์นิมนต์ มั่นตราภรณ์ เลขาธิการคณะกรรมการบริหารวิทยาลัย และผอ.คุณศรีจันทร์สูง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ สกฤตพรณ์ อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, แพทย์หญิงพริยา ชัยศิริ วิสัญญีแพทย์, นายแพทย์จิรวุฒิ โชติยะกุล แพทย์ศัลยกรรมกระดูก, คุณนาฏยา เอื้องไพโรจน์ หัวหน้างานวิชาการและวิจัย, คุณศรีสังวาล เนตรอนงค์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ และขอขอบคุณทีมวิสัญญี, ทีมห้องผ่าตัด คณะกรรมการการพัฒนาแนวปฏิบัติทุกท่าน โรงพยาบาลนครพิงค์ ที่ร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติให้สำเร็จและสามารถนำไปใช้ได้

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute for clinic Excellence. **Guide line development methods** [Internet]. 2005 [cited 2011 September 10]. Available from : <http://www.nice.org.uk>
2. ธิดา เอื้อกฤดาภิการ. **การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดสมองและไขสันหลัง**. ใน วิรัตน์ วิคินวงศ์ บรรณาธิการ. **ตำราวิสัญญีวิทยาคลินิก**. สงขลา : ชานเมือง การพิมพ์; 2551.
3. อังคนา เหลืองนทีเทพ. **การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์**. ใน อังกาย ปราการรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง และปฏิภาณ ตุ่มทอง, บรรณาธิการ. **ตำราวิสัญญีวิทยา**. กรุงเทพฯ : เอ-พลัสพริ้น; 2556.
4. ภูพงศ์ เอกะวิภาต. **การจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดทางระบบประสาท**. ใน อรรถลักษณะ รอดอนันต์, วรีณี เล็กประเสริฐ และจิตติกัญญา ดวงรัตน์. **ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา**. กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2555.
5. ภันทิลา รุจโรจน์จินดากุล. **การจัดทำสำหรับการผ่าตัด**. ใน วิรัตน์ วิคินวงศ์, ธวัช ชาญชยานนท์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และธิดา เอื้อกฤดาภิการ, บรรณาธิการ. **ตำราวิสัญญีวิทยาพื้นฐาน** เรียบเรียงครั้งที่ 2. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์; 2551.
6. วิทยา เลิศวิริยะกุล และมยุร วคินานุกร. **Anesthetic Complication**. ใน วิรัตน์ วิคิน วงศ์, ธวัช ชาญชยานนท์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และธิดา เอื้อกฤดาภิการ, บรรณาธิการ. **วิสัญญีวิทยาคลินิก**. สงขลา : ชานเมือง การพิมพ์; 2551.
7. Heather Kendrick. RN. **Post-Operative Vision loss (PQVL) : 2011**. Available From : [http://www.crna.tcu.edu/does/dnp-g%20capstone/kendrick%20H%20Post%20Operative%20current Finding](http://www.crna.tcu.edu/does/dnp-g%20capstone/kendrick%20H%20Post%20Operative%20current%20Finding)
8. Dr.Nok wanda Jaca. **Post-Operative visul loss. 2011**. Available from : [http://anesthetics.UKZN.ac.za/libraries/Documents 2011/N-Jaca- Post-operative visual-loss](http://anesthetics.UKZN.ac.za/libraries/Documents%2011/N-Jaca- Post-operative visual-loss)
9. Patina S. Walton-Geer, RN-BC, MSN,CWCN,CFCN. **Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient**. AORN Journ 89 (march 2009). Available from: <http://isgweb.aorn.org/ISGweb/downloads/CEAO9100-115.pdf>
10. อนันตโชติ วิมุกตะนันท์. **ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีวิทยา**. ใน อรรถลักษณะ รอดอนันต์, วรีณี เล็กประเสริฐ และจิตติกัญญา ดวงรัตน์. **ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา**. กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพรสจำกัด; 2555.
11. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลัง**; 2551. หน้า 54. Available from: <http://pni.go.th/cpg/back bone-2008.pdf>
12. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. **แนวทางในการให้บริการทางวิสัญญีวิทยา**. www.anesthai.org/guidean.pdf
13. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. **Changing practice: Appraising systematic Review** [Internet].2000[cited 2012 October 20]. Available from: <http://connect.Jbicomectplus.org/view source File.aspxm0=4311>
14. ศิริพร ปิติมานะอารี. **การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด**. ใน อังกาย ปราการรัตน์, บรรณาธิการ. **ตำราวิสัญญีวิทยา**. กรุงเทพฯ : เอ-พลัสพริ้น; 2556.
15. กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล** ปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
16. AHRQ. **National Guideline clearinghouse**. Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=35260>

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในคลินิกเท้าเบาหวาน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

Risk factors for diabetic foot ulcer in Diabetic foot clinic,
Amnatcharoen hospital

ภาณิชา มั่นคงศรีสุข¹
Panicha Mankongsrisk¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในคลินิกเท้าเบาหวาน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ
รูปแบบและวิธีการวิจัย : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน
ที่มารับการตรวจคัดกรองเท้าเบาหวาน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 - พฤษภาคม 2557 จากแบบบันทึกการตรวจ
ประเมินเท้าผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดแผลเท้าเบาหวาน
โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา : ผู้เบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเท้าเบาหวาน แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอำนาจเจริญ
จำนวน 2,217 คน มีอายุเฉลี่ย 58.5 ± 11.5 ปี มีอาชีพทำนามากที่สุด ร้อยละ 66.3 ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา
45 คน ร้อยละ 2 ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 166.8 ± 71.9 ค่า Hb A1C เฉลี่ย 9.8 ± 2.5 การวิเคราะห์ หาความ
สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดแผลเท้าเบาหวาน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลเท้าเบาหวานอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ ประวัติการเคยเป็นแผลที่เท้า ประวัติเคยถูกตัดนิ้ว/ขา/เท้า ประวัติการไม่เคยได้รับรอง
เท้าจากโรงพยาบาล การสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้า กล้ามเนื้อเท้าอ่อนแรง ซิพจระที่เท้าผิดปกติ เท้าผิดรูป
claw toes และลักษณะอุ้งเท้าที่ผิดปกติ

สรุป : ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลเท้าเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประวัติการเคยเป็นแผลที่เท้า
การสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้า กล้ามเนื้อเท้าอ่อนแรง การคล้ำซิพจระที่เท้ามักผิดปกติ เท้าผิดรูป claw
toes ส่งผลให้อุ้งเท้าที่ผิดปกติ

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้า

¹แพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

Abstract

Objective : To study risk factors of diabetic foot ulcer in diabetic foot clinic, Amnatcharoen Hospital

Method and Materials : Retrospective descriptive study By General data and medical data of the diabetes patients who were examined at diabetic foot clinic since November 2013 to May 2014 were collected from the screening DM foot forms. The relationship of risk factors and diabetic foot ulcer was calculated by computer program.

Result : 2,217 patients were enrolled. Mean age was 58.5 ± 11.5 years old. Mostly were the farmers 66.3 percents. 45 peoples (2 percents) had the history of lower extremities amputation. Mean FBS was 166.8 ± 71.9 Mean HbA1C was 9.8 ± 2.5 . The statistically significant risk factors that related to diabetes foot ulcer ($p < 0.001$) were history of previous foot ulcer, history of lower extremities amputation, history of not getting the diabetic shoe from the hospital, losing protective sensation, foot muscles weakness, abnormal pulse, abnormal foot, claw toes and arch of foot

Conclusion : The statistically significant risk factors related to diabetes foot ulcer were past history of foot ulcer, history of lower extremities amputation, loss of protective sensation, intrinsic foot muscles weakness, abnormal pulse, foot deformity, claw toes and abnormal arch of foot

Keywords : Uterine massage, Uterine contraction, Postpartum period

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยทั่วโลก ในประเทศไทย พบความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ 5.7 ในปี ค.ศ. 1991 และเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 9.6 ในปี ค.ศ. 2000^{1,2} โรคเบาหวานมักทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมามากมาย เช่น ไข้ดำ ไต และ เท้า โดยเฉพาะการเกิดแผลที่เท้า ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และส่งผลให้เกิดการตัดขาตามมา อัตราการถูกตัดขาจากเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าคนทั่วไปถึง 15-40 เท่า โดยสาเหตุส่วนใหญ่ในการถูกตัดขามาจากเกิดแผลที่เท้าถึงร้อยละ 85 จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา³ ในช่วงเวลา 1 ปี อุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในช่วงร้อยละ 1-2.6 และอัตราการเสียชีวิตในช่วง 3 ปีหลังจากถูกตัดขาอยู่ในระหว่างร้อยละ 35-50 และปี 2515-2519 โรงพยาบาลศิริราช พบอัตราการถูกตัดขาและอัตราตายของผู้ป่วยเบาหวานสูงถึงร้อยละ 40.9 และ 19.1 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ความสำคัญ 3 ประการคือ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม สายตาบกพร่อง ระดับกลูโคสในเลือดสูง⁴ แผลที่เท้าเป็นปัญหาเรื้อรังมีผลต่อคุณภาพชีวิตและสิ้นเปลืองค่ารักษามาก ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มากกว่า 1 พันล้านดอลลาร์ต่อปี โรงพยาบาลศิริราช ปี 2545-2547 มีค่าใช้จ่ายในการตัดขาในผู้ป่วยเบาหวาน เฉลี่ยประมาณ 80,000 บาทต่อรายต่อการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง ใช้จ่ายสูงสุดมากถึง 843,885 บาท แผลที่เท้าเป็นสาเหตุที่สำคัญในการถูกตัดขาในผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณร้อยละ 80 ที่ถูกตัดขาเนื่องจากมีแผลที่เท้า ประมาณร้อยละ 15 - 50 มักจะถูกตัดขาอีกข้างภายใน 5 ปี โดยอุบัติการณ์การถูกตัดขาจะลดลงมากกว่าร้อยละ 80 เมื่อได้รับการดูแลแบบองค์รวมจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ และสามารถทำได้โดยการให้ความรู้ในการดูแลเท้า การเลือกใส่ รองเท้าที่เหมาะสมและที่สำคัญคือการตรวจเท้าเป็นประจำ เพื่อประเมินการเกิดแผลที่เท้า สุดท้ายคือต้องมีการนัดตรวจประเมินเท้าและการดูแลแผลที่เท้าเป็นระยะตามแนวทางการรักษา⁴ คลินิกเท้าเบาหวาน แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอานาจเจริญ ได้จัดตั้งขึ้นในวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า อันจะนำมาสู่การถูกตัดขาในผู้ป่วยเท้าเบาหวาน และโรงพยาบาล

อานาจเจริญ ยังไม่เคยมีผู้ทำการศึกษาเรื่องเท้าเบาหวาน และมีการดูแลผู้ป่วยเท้าเบาหวานอย่างจริงจังมาก่อน ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะทำการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้า และเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันและรักษา ผู้ป่วยเท้าเบาหวานในโรงพยาบาลอานาจเจริญ ได้อย่างตรงจุดมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

รูปแบบและวิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเท้าเบาหวาน แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอานาจเจริญ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 - พฤษภาคม 2557 ซึ่งมีเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ภาวะสัญญาณชีพไม่คงที่มีใช้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตสูง $\geq 160/100$ หรือ $\leq 90/60$ มิลลิเมตรปรอท และชีพจร < 60 หรือ > 120 ครั้งต่อนาที หรือมีภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถเข้ารับการตรวจได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะหรือโรคที่ทำให้เกิดอาการชาที่เท้าอยู่แล้ว leprosy โดยการตรวจร่างกาย ประเมินสภาพปลายประสาทโดยประเมินความรู้สึกสัมผัสด้วย Simmes Weinstein monofilament เบอร์ 5.07 ขนาด 10 กรัม ตรวจ 4 จุดในเท้าแต่ละข้าง (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ตำแหน่งที่ตรวจประเมินความรู้สึกสัมผัสด้วย Simmes Weinstein monofilament เบอร์ 5.07 ขนาด 10 กรัม ตรวจ 4 จุดในเท้าแต่ละข้าง

โดยกดโมโนฟิลาเมนต์ให้งอเล็กน้อย ทิ้งไว้ 1 วินาที ให้งอเป็นรูปตัว C ทดสอบกับท้องแขนข้างหนึ่งของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนโดยแตะจริง 2 ครั้ง หลอก 1 ครั้ง หากถูก 2/3

ครั้ง ในแต่ละจุดถือว่าปกติ หากถูกแค่ 1/3 ครั้งให้ตรวจซ้ำที่จุดเดิมอีก 3 ครั้ง หากยังถูก $\leq 1/3$ ครั้งถือว่าสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันตนเอง (protective sensation) ที่จุดนั้น (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 วิธีตรวจโมโนฟิลาเมนต์ให้ขอเป็นรูปตัว C เล็กน้อยทิ้งไว้ 1 วินาที

การประเมินสภาพหลอดเลือดส่วนปลาย โดยการคลำชีพจร dorsalis pedis และ posterior tibialis และวัดค่า ABI (Ankle Brachial Index) โดยการคลำชีพจร และเครื่องวัดความดันโลหิตโดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรเท้าเบาหวานเป็นเวลา 3 เดือน ในผู้ป่วยที่มีชีพจรผิดปกติหรือ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลปานกลางขึ้นไประบบกระดูกและกล้ามเนื้อโดยประเมินลักษณะเท้าผิดปกติ ได้แก่ Hallux varus/ valgus นิ้วหัวแม่เท้าเก Claw toe นิ้วเท้าแฉ่นที่ข้อต่อ metatarsophalangeal joint แฉ่นที่ข้อนิ้วส่วนต้น และข้อนิ้วส่วนปลาย Hammer toe นิ้วแฉ่นที่ข้อต่อ metatarsophalangeal joint และ ข้อนิ้วส่วนปลาย แฉ่นที่ข้อนิ้วส่วนต้น Charcot' joint โครงสร้างเท้า/ข้อเท้าผิดปกติ Arch of foot : normal, flat foot, high arch foot ประเมินตำแหน่งของตาปลาและแผลที่เท้า ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า^{5,6,7} เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติจริงและการรักษา โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูง

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางการแพทย์เป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ อาชีพ

ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ประวัติเคยมีแผลที่เท้า ประวัติเคยถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา ประวัติสูบบุหรี่ ค่า FBS HbA_{1c} ประวัติความเหมาะสมของรองเท้าที่ใส่ ประวัติเคยได้รับรองเท้าเบาหวานจากโรงพยาบาล การสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้ากล้ามเนื้อเท้าอ่อนแรงชีพจรผิดปกติ ค่า ABI หนังสือที่เท้า ลักษณะเท้า และอุ้งเท้ากับการเกิดแผลเท้าเบาหวาน โดยใช้ Pearson Chi-square test ในกรณีข้อมูลน้อยกว่า 20% และใช้ Fisher's Exact test ในกรณีข้อมูลมากกว่า 20% และระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการศึกษา

ผู้เป็นเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเท้าเบาหวานแผนกเวชกรรมฟื้นฟู ตั้งแต่ก่อตั้งคลินิกเดือนพฤศจิกายน 2556 - พฤษภาคม 2557 จำนวน 2,217 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 1,592 คน (ร้อยละ 71.8) เพศชายจำนวน 625 คน (ร้อยละ 28.2) มีอายุเฉลี่ย 58.5 ± 11.5 ปี มีอายุ 51-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 34.4) รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ หลังวัยเกษียณ 61-70 ปี (ร้อยละ 25.8) และกลุ่มอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 18.2) มีอาชีพทำนามากที่สุด (ร้อยละ 66.3) รองลงมาคืออาชีพพ่อบ้าน/ แม่บ้าน (ร้อยละ 18.7) และรับราชการ (ร้อยละ 6.6) ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน (ร้อยละ 76.7) โรคแทรกซ้อนจากเบาหวานพบที่ไต 329 คน (ร้อยละ 14.8) มากที่สุด รองลงมาคือ ที่ตา 143 คน (ร้อยละ 14.8) และที่เท้า 45 คน (ร้อยละ 2.0) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีแผลที่เท้า 152 คน (ร้อยละ 6.9) ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา 45 คน (ร้อยละ 2) ส่วนใหญ่ถูกตัดนิ้วเท้าข้างซ้าย 1 ข้าง มากที่สุด (ร้อยละ 0.05) ผู้ป่วยสูบบุหรี่ 143 คน (ร้อยละ 6.5) มีผู้ป่วยใส่รองเท้า ที่ไม่เหมาะสมต่อเท้าเบาหวาน 424 คน (ร้อยละ 19.1) มีผู้ป่วยเคยได้รับรองเท้าเบาหวานจากโรงพยาบาล 808 คน (ร้อยละ 36.4) ผู้ที่ตอบคำถามข้อนี้ส่วนใหญ่พอใจในรองเท้า ที่ได้รับ 333 คน (ร้อยละ 15.0) แต่มีผู้ป่วยที่ใส่เป็นบางวัน 219 คน (ร้อยละ 9.9) หรือไม่ได้ใส่เลย 27 คน (ร้อยละ 1.2)

จากการตรวจประเมินเท้าพบผู้ป่วยที่สูญเสียความรู้สึกในการป้องกันตนเอง จากการตรวจด้วย Simmes Weinstein monofilament เบอร์ 5.07 ขนาด 10 กรัม พบผิดปกติที่เท้าขวา 349 คน (ร้อยละ 15.7) เท้าซ้าย 349 คน (ร้อยละ

15.7) ตำแหน่งที่มีการสูญเสียความรู้สึกมากที่สุดในช่วงขา คือ big toe 265 คน (ร้อยละ 12.0) ส่วนข้างซ้ายคือ 5th metatarsal head (ร้อยละ 10.5) โดยส่วนใหญ่สูญเสียความรู้สึกทั้ง 4 จุดทั้ง 2 ข้าง 170 คน และ 171 คน (ร้อยละ 7.7, 7.7) ในเท้าข้างขวา และข้างซ้ายตามลำดับ มีผู้ป่วยซีพจรที่ตำแหน่ง dorsalis pedis ผิดปกติ 185 และ 181 คน (ร้อยละ 8.3, 8.2)* ในเท้าข้างขวา และข้างซ้ายตามลำดับ พบผู้ป่วยที่มีค่า ABI ผิดปกติ (< 0.8) จำนวน 4 คน ในเท้าขวา (ร้อยละ 0.002) และ 2 คน เท้าซ้าย (ร้อยละ 0.001) พบผู้มีหนังด้านแข็งที่เท้า ร้อยละ 4.9 ในเท้าแต่ละข้าง พบเท้าผิดรูปร้อยละ 37.8 ในเท้าแต่ละข้าง โดยพบลักษณะ claw toes มากที่สุด

(ร้อยละ 27 ในเท้าแต่ละข้าง) รองลงมาคือ hallux valgus 149 และ 164 คน (ร้อยละ 6.7, 7.4) ในเท้าขวาและซ้ายตามลำดับ พบอุ้งเท้าผิดปกติ 180 และ 196 คน (ร้อยละ 8.2, 8.9) ในเท้าขวาและซ้ายตามลำดับ โดยพบอุ้งเท้าแบนมากกว่าเท้าแบน 150 และ 163 คน (ร้อยละ 6.8, 7.4) ในเท้าขวาและซ้ายตามลำดับ มีผู้มีแผลที่เท้า 1 ข้าง 26 และ 24 คน (ร้อยละ 1.2, 1.1) ในเท้าขวาและซ้ายตามลำดับ ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ 1,594 และ 1,593 คน (ร้อยละ 71.9, 71.9) ในเท้าขวาและซ้ายตามลำดับ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการเกิดแผลที่เท้า

ปัจจัยเสี่ยง	p-value		Odd ratio	
	Rt	Lt	Rt	Lt
1. เพศ	0.020	0.291	0.46 (0.24-0.9.)	0.68 (0.33-1.39)
2. อายุ	0.160	0.002*	0.72 (0.36-1.45)	1.16 (0.58-2.31)
3. อาชีพ	0.906	0.725	-	-
4. ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน	0.603	0.052	-	-
5. ประวัติการเคยมีแผลที่เท้า	<0.001**	<0.001**	38.19 (17.97-81.16)	22.62 (11.02-46.44)
6. ประวัติการถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา	<0.001**	<0.001**	18.71 (7.93-44.15)	34.71 (15.50-77.71)
7. ประวัติสูบบุหรี่	0.160	0.759	3.23 (0.72-14.50)	1.46 (0.39-5.47)
8. FBS	0.231	0.348	1.55 (0.75-3.17)	1.42 (0.68-2.93)
Mean (±SD)	166.8 (±71.9)			
9. HbA1C	0.342	0.324	0.94 (0.92-0.95)	0.94 (0.92-0.95)
Mean (±SD)	9.8 (±2.5)			
10. ความเหมาะสมของรองเท้า	1.000	0.791	0.96 (0.32-2.91)	1.13 (0.41-3.11)
11. การไม่เคยได้รับรองเท้า ร.พ.	<0.001**	<0.001**	2.19 (1.42-3.37)	2.24 (1.42-3.51)
12. impaired sensation	<0.001**	<0.001**	0.10 (0.05-0.21)	0.08 (0.04-0.16)
13. impaired motor	<0.001**	<0.001**	10.59 (4.78-23.46)	22.61 (7.91-64.61)
14. impaired pulse				
- Dorsalis pedis	<0.001**	0.008*	-	-
- Tibialis posterior	0.011*	0.008*	-	-
15. ABI	0.145	0.851	0.20 (0.39-2.15)	22.61 (7.91-64.61)
16. หนังแข็ง	0.995	0.566	-	-

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการเกิดแผลที่เท้า (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	p-value		Odd ratio	
	Rt	Lt	Rt	Lt
17. ลักษณะเท้า	<0.001**	<0.001**	-	-
- claw toes	<0.001**	<0.001**	-	-
- hammer toes	0.090	0.393	-	-
- halluxvarus	0.397	0.878	-	-
- hallux valgus	0.258	0.016*	-	-
- charcot joint	0.826	0.831	-	-
18. arch of foot	0.005*	<0.001**	-	-

* $p < 0.05$, ** $p \leq 0.001$

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ประวัติภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ประวัติสูบบุหรี่ ค่า FBS, HbA1C ความเหมาะสมของรองเท้า ค่า ABI การมีหนังแข็งที่เท้า hammer toes, hallux varus, hallux valgus* และ charcot' joint ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 166.8 ± 71.9 ค่า HbA1C เฉลี่ย 9.8 ± 2.5

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีแผลที่เท้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในเท้าเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95%CI = 38.19 (17.97-81.16) และ 22.62 (11.02-46.44) ในเท้าข้างขวาและข้างซ้าย ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่ใส่รองเท้าที่ได้รับจากโรงพยาบาล ใส่เป็นบางวัน ร้อยละ 9.9 หรือไม่ได้ใส่เลย ร้อยละ 1.2 เนื่องจากรองเท้าใหญ่ ไม่พอดี ใส่ไม่สะดวกเดินแล้วรองเท้าชนกันทำให้หกล้ม ไม่สววยลิ้มใส่ ขี้เกียจใส่ อายุคนอื่นเพราะใส่แล้วเหมือนคนเป็นโรคโดนขโมย สูญหาย คิดว่าตัวเองไม่เป็นไรจึงไม่ได้ใส่ ไม่ค่อยได้เดิน ใส่ไม่สบายเดินลำบาก รองเท้าลื่น ไม่ชิน คิดว่าไม่สามารถป้องกันการเกิดแผลได้ กลัวสกปรก กลัวขาด กลัวเก่า และชำรุด ซึ่งสามารถนำข้อมูลดังกล่าว มาคิดหาแนวทางปรับปรุงการให้ความร่วมมือในการใส่รองเท้าที่ได้รับมากขึ้นต่อไป

จากการประเมินพบว่าเท้าผิดปกติ ร้อยละ 37.8 ในเท้าแต่ละข้าง claw toes มากที่สุด (ร้อยละ 27 ในเท้า

แต่ละข้าง)²¹ ลักษณะเท้าที่ผิดปกติสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้าอีก ตำแหน่งที่เกิดแผล หรือหนังหนา ตาปลา คือ ปลายนิ้ว ตำแหน่งที่ผู้ป่วย เสียความรู้สึกในการป้องกันตนเองมากที่สุดในเท้าข้างขวา เท้าที่ผิดปกติ นอกจากสาเหตุกล้ามเนื้อในเท้าอ่อนแรงทำให้เกิดความไม่สมดุลของเท้า มีปัจจัยอื่นอีกทั้งทางด้านกายภาพและสรีรวิทยา ในการเดิน มีผู้ป่วยเท้าเบาหวานที่มีปลายประสาทเสื่อม โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ claw toe กับกล้ามเนื้อในเท้าอ่อนแรง ซึ่งไม่สัมพันธ์กัน จึงเป็นสาเหตุของลักษณะเท้าที่ผิดปกติแบบ claw toe ไม่ใช่จากภาวะความไม่สมดุลของเท้าเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยอื่นทั้งด้านกายภาพ สรีรวิทยา ลักษณะการเดินด้วย⁸

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้า ทั้ง 2 ข้าง คือประวัติการเคยเป็นแผลที่เท้า เคยถูกตัดนิ้ว/ขา/เท้า ไม่เคยได้รองเท้าเบาหวานจากโรงพยาบาล การสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้า การอ่อนแรงในกล้ามเนื้อเท้า การคล้ำสีพจที่เท้าผิดปกติ มีลักษณะเท้าที่ผิดปกติ ลักษณะนิ้วเท้าแบบ claw toes และลักษณะอุ้งเท้าที่ผิดปกติ การสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าเพียงข้างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ และ hallux valgus น่าจะเป็นจาก statistical error ปัจจัยที่คาดว่าน่าจะสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลับไม่เป็นเช่นนั้น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน และค่า FBS และ HbA_{1c} จากการเก็บรวบรวมประวัติ

ภาวะแทรกซ้อน การชักประวัติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุอาจไม่ทราบว่าตนเอง มีภาวะแทรกซ้อนจาก เบาหวาน จึงทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน⁹ ส่วนค่า FBS และ HbA_{1c} เก็บจากระบบ hos xp ได้ค่า FBS จำนวน 1,200 คน และ HbA_{1c} จำนวน 580 คน ยังไม่สามารถใช้เป็นตัวแทน ของประชากรทั้ง 2,217 คน จึงทำให้ผลคลาดเคลื่อน ส่วน ปัจจัยเรื่องค่า ABI น่าจะเป็นไปในแนวทางเดียวกับปัจจัย การคลำชีพจรผิดปกติแต่กลับไม่มีความสัมพันธ์อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติอาจเป็นได้จากทั้งจำนวนของ ABI ข้างขวา = 152, ABI ข้างซ้าย n = 61 ซึ่งอาจมีปริมาณ น้อยเกินไป เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด 2,217 คน และอีกสาเหตุคือ human error ในการวัดค่า ABI ส่วนการพบความผิดปกติ ที่ tibialis posterior pulse น้อยกว่า dorsalis pedis pulse อาจเป็นเพราะ anatomy ที่อยู่ลึกกว่า dorsalis pedis pulse อยู่แล้ว

สรุป

การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า อันจะนำมาสู่การตัด นิ้ว/เท้า/ขา เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะหากผู้ป่วยมีประวัติ เคยเป็นแผลที่เท้าแล้วก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผล ที่เท้าทันที 20-30 เท่า¹⁰ ของผู้ที่ไม่มียาประวัติดังกล่าวโดย อ้างอิงจากการศึกษานี้ และอีกทั้งแผลเท้าเบาหวานหาก เป็นแล้วยังทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากรในการรักษาเนื่องจาก ผู้ป่วยมักเป็นแผลเรื้อรัง รักษายาก ซึ่งการป้องกัน ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า การบริหารเท้า และการหมั่น ตรวจเท้าด้วยตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ การ เลือกรองเท้าที่เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจาก สหสาขาวิชาชีพ การนัดตรวจประเมินเท้าเป็นระยะ และ มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเมื่อพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับ ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.ศศิณัฐ ศรีโรจน์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ คุณพรนัชชา กาดิวงศ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์ข้อมูล เจ้าหน้าที่แผนกกายภาพ ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และ คุณน้ำทิพย์ เนตรวงศ์ ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Multicenter Research Group on Diabetes Mellitus. Vascular complication in non-insulin dependent diabetics in Thailand. *Diabetics Res ClinPract* 1994; 25 : 61-9.
2. Aekplakorn W, Stolk RP, Neal B, Suriyawongpaisal P, Chongsuvivatwong V, Cheepudomwit S, et al. The prevalence and management of diabetes in Thai adults : The international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. *Diabetes Care* 2003; 26 : 2758-63.
3. Fryberg RG. Team approach toward lower extremity amputation prevention in diabetes. *J AmerPod Assoc* 1997; 87 : 305-12.
4. Thirapatarapong W, Srisawasdi G, Epidemiology and direct cost diabetes-related lower extremity amputation at Siriraj hospital. *J Thai Rehabili Med* 2008; 18(2) : 65-9.
5. กุลภา ศรีสวัสดิ์ และนพพร ชัชวาลพาณิชย์. คู่มือการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการป้องกันและการดูแลปัญหาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. 2552.
6. ณัฐพงษ์ โฆษิตนันทน์. ตำราการป้องกันและรักษาโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. มปท. 2556.
7. รัชฎา สหะวอรกุลศักดิ์. การศึกษาความชุกตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า. *J Prapokklao HospCin Med Educat Center* 2013; 30(1) : 71-82.
8. Alavi A, Sanjari M, Haghdooost A, Sibbald RG. Common foot examination features of 247 Iranian patients with diabetes. *Int Wound J* 2009; 6(2) : 117-22.
9. Edward J, Jessie H, Victoria S, Ruby C, Denise R, Douglas G. A Prospective Study of Risk Factors for Diabetic Foot Ulcer. *Diabetes Care* 1999; 22(8) : 1036-1042.
10. Ledoux WR, Shofer JB, Smith DG, et al. Relationship between foot type, foot deformity, and ulcer occurrence in the high-risk diabetic foot. *JRehabil Res Dev* 2005; 42(5) : 665-72.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

: กรณีศึกษา

Nursing of Breast Cancer Surgery Received Chemotherapy

: Report of 2 Case

มยุรี ประคำทอง¹
Mayuree Prakhamtong¹

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการรักษา มะเร็งเต้านม นิยมรักษาแบบร่วมกัน การผ่าตัดเต้านมออก ร่วมกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นวิธีหนึ่งที่นิยมที่สุด การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมจึงมีความสำคัญยิ่ง โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูลจากสถิติ ปี 2554-2556 มีการรักษามะเร็งเต้านม จำนวน 868, 570 และ 503 ราย โดยการผ่าตัดเต้านมที่มีการเลาะเอาต่อมน้ำเหลือง ได้รักแร้ออก ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้หลังผ่าตัด คือ เลือดออก ภาวะ seroma คั่ง ทำให้มีผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ดังนั้นผู้ศึกษาทำการศึกษา กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 2 ราย ที่มารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการ ประเมินผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค้นหาปัญหาและ การวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาลได้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรง และลดอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ผลลัพธ์คือผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัดตามแผนการพยาบาล ตามขั้นตอน และพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ แต่ต้อง ได้รับการพัฒนาด้านแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม, การพยาบาลผู้ป่วย

¹การพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม

Abstract

Breast cancer is a major public health problem of all countries worldwide. Currently the breast cancer has trend to increase. Currently, the most popular treatment were the combination chemotherapy which the use of chemotherapy combination with other treatment because it will make the good results of treatment. The combination therapy with mastectomy and chemotherapy are the most popular treatment method. From the statistics of breast cancer on treatment by mastectomy and treatment with chemotherapy in patients from 2011-2013 with a total of 868, 570 and 503 respectively. Breast Surgery by using the method of modified radical mastectomy (MRM) may have the complications that encountered with seroma retention of the shoulder and arm during the postoperative. Some patients may have an infection of the wound. The complication after receiving chemotherapy were Neutropenia (low white blood cells) that occur together with other disturbing symptoms that resulting from chemotherapy such as nausea, vomiting, loss of appetite, mouth sores and hair loss. As a result, it will effect to the quality of life of patients. The nursing is very important to help alleviate such interference including prevent and reduce complications, severity and mortality rate of breast cancer

Keywords : Breast cancer, Nursing care

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโรค ได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2020¹ ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และมักเกิดในประเทศกำลังพัฒนา โรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตของสตรีทั่วโลก พบผู้ป่วยรายใหม่ ปีละ 910,000 ราย และเสียชีวิตปีละ 502,000 ราย พบมากที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกา

โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่ามะเร็งเต้านมมีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งทั้งหมด² แนวโน้มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2556 มีจำนวน 401, 377 และ 412 คนตามลำดับ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกและรักษาตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดใน ตั้งแต่ปี 2554-2556 มีจำนวน 868, 570 และ 503 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวน มากที่สุดในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาเห็นว่า พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการดูแลให้การพยาบาล ให้ความรู้ความเข้าใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ยอมรับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษา การใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด³⁻⁵ การให้ยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง ให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัดเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย คือ

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นหญิงไทย วัย 53 ปี การวินิจฉัยโรค Carcinoma Right Breast การผ่าตัด Right Modified radical mastectomy with Lymphnode dissection ผลทางพยาธิวิทยา invasive ductal carcinoma with multiple foci lymphatic invasive and mucinoma carcinoma (Stage III) ขณะผ่าตัด เสียเลือด 100 CC. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60mmHg - 130/80 mmHg

ชีพจร 60-84 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที หลังเอาท่อระบายน้ำเหลืองออก พบภาวะ seroma คั่ง ได้รับเคมีบำบัด สูตร FAC regimen ยาที่ได้รับคือ 5-Fluouracil, Doxorubicin, Cyclophosphamide⁶. ในระยะรับยาเคมีบำบัด มีความวิตกกังวลมาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผอมว่อง มีแผลในช่องปาก ทีมพยาบาลได้วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยใช้หลัก METHOD⁷⁻⁸ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การมาตรวจและรับยาตามนัดทุกครั้ง การรับยาให้ครบตามแพทย์สั่งและการสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ป่วยรายนี้รับยาเคมี จนครบ 6 cycle.

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นหญิงไทย วัย 64 ปี การวินิจฉัยโรค Carcinoma Left Breast การผ่าตัด Left Modified radical mastectomy ผลทางพยาธิวิทยา Metastatic carcinoma of axillary Lymphnode (Stage IIB) ขณะผ่าตัด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/68 mmHg - 138/82mmHg. ชีพจร 60-84 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที หลังการผ่าตัด ไม่มี seroma คั่ง แผลดีดีดใหม่เมื่อครบ 7 วัน ได้รับเคมีบำบัดสูตร AC regimen ยาที่ได้รับคือ Doxorubicin และ Cyclophosphamide. ในระยะรับยาเคมีบำบัด มีความวิตกกังวลมาก อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในช่องปาก เบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยมาก ผอมว่อง มีอาการทรุดลงใน cycle ที่ 6 เกิดภาวะ Neutropenia (เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิตต่ำ) มีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ถ่ายอุจจาระเหลว มีไข้ร่วมด้วย อุณหภูมิ 37.9 - 38.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตต่ำลง วัดได้ 80/60mmHg ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ได้รับการรักษาพยาบาลโดยรับสารน้ำ ยา ปฏิชีวนะ ทีมพยาบาลได้วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เฝาระวังอาการติดเชื้อของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อาการดีขึ้นตามลำดับ แต่น้ำหนักผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมาก (32 กิโลกรัม BMI=13.07) แพทย์งดยาเคมีบำบัด ใน cycle ที่ 6 มีการวางแผนการจำหน่ายใช้หลัก METHOD ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การมาตรวจและรับยาตามนัดทุกครั้ง การรับยาให้ครบตามแพทย์สั่ง การสังเกตอาการผิดปกติ แจกคู่มือการดูแลตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ประสานงาน HHC ให้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 1 หญิงไทยวัย 53 ปี รูปร่างสันทัด สูง 155 เซนติเมตร น้ำหนักตัวแรกเริ่ม 56.5 กิโลกรัม มาด้วยอาการคลำพบก้อนที่เต้านมขวา โตประมาณ 2 เซนติเมตร แพทย์ทำ Biopsy ผลพยาธิวิทยา Invasive ductal carcinoma grade 3 with lymphatic invasion จึงนัดมาผ่าตัดและรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การวินิจฉัยโรค Carcinoma Right breast Staging T2N2M0 not Free margin ผลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด invasive ductal carcinoma with multiple foci lymphatic invasive and focal mucinous carcinoma และผลของ Lymphnode Right axilla invasive ductal carcinoma metastasis 9/12 (Staging III)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลตรวจเลือดก่อนผ่าตัด Hb 13 mg /dl, Hct 39%, Platelet 251,000 cell, WBC 5,300 cell/m3 Neutrophill 50%

การรักษา ได้รับการผ่าตัด Right Modified radical mastectomy with Lymphnode dissection ขณะผ่าตัด เสียเลือด 100 cc หลังผ่าตัด วัดสัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ใส่ท่อ Redivac drain ไว้ 6 วัน จึงถอดออกรวม content ทั้งหมด 130 cc แผลดีดี ไม่มีติดเชื้อ จำหน่ายกลับบ้าน นัดตัดไหมเมื่อครบ 7 วัน นัด 2 สัปดาห์เพื่อรักษาด้วยเคมีบำบัด

การรักษาด้วยเคมีบำบัด ใช้สูตร FAC regimen ซึ่งมีจำนวน 6 รอบ แต่ละรอบห่างกัน 21 วัน ในแต่ละรอบนอนโรงพยาบาล 2 วัน ยาเคมีบำบัดที่ได้รับ มีดังนี้ 5-Fluorouracil, Doxorubicin, Cyclophosphamide วันแรกที่ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด มีภาวะ seroma คั่งรักษาโดยใช้กระบอกฉีดยาและเข็มเบอร์ 18 เจาะ seroma ออก ได้ serum สีเหลืองปนแดงจางออก 140 cc

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 2 หญิงไทยวัย 64 ปี ผิวดำแดง รูปร่างผอม น้ำหนักตัวแรกเริ่ม 38.3 กิโลกรัม สูง 156.5 เซนติเมตร มาด้วยอาการคลำพบก้อนที่เต้านมซ้ายโตประมาณ 2 เซนติเมตร แพทย์ทำ Biopsy ได้ผลพยาธิวิทยา Invasive ductal carcinoma and fibrocystic disease แพทย์นัดมาผ่าตัดและรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การวินิจฉัยโรค Carcinoma Left breast Staging T2N1M0

ผลการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด Metastasis carcinoma

of axillary Lymphnode (IIB)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และพยาธิวิทยา ผลการตรวจเลือดก่อนผ่าตัด ปกติ (Hb 12.8 gm/dl, Hct 38.3%, Platelet 259,000 cell/m³, WBC 7,700 cell/m³, Neutrophill 67%, Lymphocyte 28%, Na 146 mmol/L, K 3.8 mmol/L, Cl 105 mmol/L, Co₂ 31 mmol/L

การรักษา ได้รับการผ่าตัด Left modified radical mastectomy ขณะผ่าตัดสูญเสียเลือด 10 cc หลังผ่าตัดวัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับยาลดความดันโลหิต Atenolol 50 mg 1 tab oral bid pc จนจำหน่าย ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 gm IV ทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 วัน หลังผ่าตัดวันแรกมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก ได้รับยาฉีดเข้าหลอดเลือดอาการดีขึ้น On Radivac drain วันแรก content ออก 60 cc สีแดงเข้ม หลังจากนั้น content ลดลงเรื่อยๆ ออกวันละ 40 - 50 cc ต่อวัน สีจางลง on Redivac drain ไว้ 16 วัน จนไม่มี Content ออก แพทย์จึงให้ off Redivac drain แผลผ่าตัดดีดี มีอาการชาแขนเล็กน้อย แพทย์ให้จำหน่าย และนัดมา รักษาต่อด้วยเคมีบำบัด

การรักษา หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ แพทย์นัดมา รักษาด้วยเคมีบำบัด สูตร AC regimen มีจำนวน 6 รอบ แต่ละรอบห่างกัน 21 วัน ในแต่ละรอบนอนโรงพยาบาล 2 วัน ยาเคมีบำบัดที่ได้รับมีดังนี้ Doxorubicin, Cyclophosphamide

ผลลัพธ์

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตามมาตรฐานการรักษาพยาบาล จนอาการดีขึ้นตามลำดับ และรักษาต่อด้วยยาเคมีบำบัดผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับยาเคมีบำบัด จนครบ 6 cycle แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาเคมีบำบัด ไม่ครบ 6 cycle (ได้รับถึง cycle ที่ 5) เนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน และมีภาวะแทรกซ้อนคือภาวะ Neutropenia (เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ) จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะเห็นได้ว่า การให้คำแนะนำและการรับรู้ในการปฏิบัติตัว หลังรับยาเคมีบำบัดที่ถูกต้องของผู้ป่วยมีผลต่อการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักเห็นความสำคัญในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนการประเมินสุขภาพ 11

แบบแผนของ Gordon มาช่วยในการประเมินเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมในขณะที่ที่อยู่โรงพยาบาลและก่อนจำหน่าย ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายสุขภาพให้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที บทเรียนที่ได้รับครั้งนี้แสดงให้เห็นช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติทางการพยาบาลซึ่งเป็นโอกาสอันดี ที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังการผ่าตัดเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมและรับยาเคมีบำบัด ปัญหาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงก่อนผ่าตัดเนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องโรคเมะเร็งเต้านม และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองมาก หลังผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนคือเกิด seroma คั่ง ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจนครบ cycle ที่ 6 โดยไม่มีภาวะติดเชื้อหรือน้ำหนักลด พยาบาลได้วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลวางแผนการจำหน่ายเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับและสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกและรับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด แต่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดเกิดภาวะ Neutropenia (ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ) และมีการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร พยาบาลได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การบริหารไหลเพื่อป้องกันข้อไหล่ติดและแขนบวม ผู้ป่วยรายนี้ พบปัญหาว่าใน cycle ที่ 6 ไม่สามารถรับยาเคมีบำบัดได้เนื่องจากมีภาวะ Neutropenia (ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ) และมีการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร อูจจะระว่งได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและสารน้ำ จนอาการดีขึ้นตามลำดับ น้ำหนักผู้ป่วยรายนี้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมาก ค่า BMI=13.05 ได้เชิญญาติและโภชนาการมาวางแผนร่วมกัน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร

อาการดีขึ้นตามลำดับแพทย์จึงให้กลับบ้านและนัดมาดูแลต่อเนื่องเป็นระยะๆ ประสานให้พยาบาลงาน HHC รับทราบข้อมูลเพื่อติดตามเยี่ยมที่บ้าน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด คือภาวะ seroma คั่ง ในผู้ป่วยรายที่ 1 จากการรักษาผู้ป่วยรายนี้ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองไว้ 6 วัน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ใส่สายระบายน้ำเหลืองไว้ 16 วัน และไม่เกิดภาวะ seroma คั่ง แนวทางปฏิบัติในการดูแลท่อระบายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีแนวทางปฏิบัติที่คล้ายคลึงกัน หลังผ่าตัดผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานของการได้รับยาเคมีบำบัดคือภายใน 4 อาทิตย์หลังผ่าตัด อาการบวมที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วย มีดังนี้คือ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสชาติของอาหารเปลี่ยนไป เกิดแผลในช่องปาก อ่อนเพลียอ่อนล้าไม่มีแรง ผมร่วง ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากในระยะรับยาเคมีบำบัดในการจัดการอาการดังกล่าวขึ้นกับ 3 องค์ประกอบ คือ 1. ด้านบุคคลประกอบด้วยลักษณะบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา ลักษณะของสรีระวิทยาซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล 2. ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3. ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย^{10,11} การตอบสนองมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับผู้ป่วยรายที่ 1 พบว่ามีการดูแลตนเองที่ดีทั้งของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการนำเอาแนวทางปฏิบัติที่ได้รับจากทีมพยาบาล นำไปปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอาการดีขึ้นตามลำดับ ความทุกข์ทรมานลดลง สภาพจิตใจและอารมณ์ดีขึ้น ได้รับยาเคมีบำบัดจนครบ 6 cycle ส่วนผู้ป่วยรายกรณีที่ 2 อายุมาก 64 ปี ผอม BMI ต่ำอยู่ในเกณฑ์ 13-15 ขาดการดูแลจากครอบครัวเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความพร่องใน 3 องค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น พยาบาลและทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการจัดการ เริ่มจากการระบุปัญหา การวางแผนเป้าหมายสำหรับวางแผนกิจกรรมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการคือ สภาพอาการของผู้ป่วย การทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น คุณภาพชีวิตและการดูแลตนเองที่ดี ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการทรุดลงไม่สามารถรับยาเคมีบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง พยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยนักโภชนาการ พยาบาลงาน HHC และญาติ

ได้วางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย มีการส่งต่อข้อมูลติดตามเยี่ยมที่บ้านจน อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ตามอัตรภาพ แต่เป็นการแก้ไขปัญหาล่าช้าเพราะผู้ป่วยไม่สามารถรับยาเคมีบำบัดต่อได้ใน cycle ที่ 6 บทเรียนที่ได้ในครั้งนี้แสดงให้เห็นช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นโอกาสอันดีที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรในทีมสุขภาพ บุคลากรทางการพยาบาล ควรตระหนักถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับยาเคมีบำบัด ทั้งด้านการรับรู้ ด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

2. สาเหตุส่วนใหญ่ผู้ป่วยขาดความรู้ ละขาดการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป ในเรื่องของการตรวจเต้านมในระยะเริ่มแรก โดยใช้สื่อต่างๆ ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือ หอกระจายข่าวตามหมู่บ้าน

3. ควรมีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยบุคลากรทางการแพทย์ หรือ บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม ให้กับประชาชนอย่างน้อยปีละครั้งให้ครบ 100% และมีการประเมินติดตามตัวชีวิตอย่างเข้มงวด

4. มีการรณรงค์ในเรื่องมะเร็งเต้านม เพื่อให้ประชาชนรับทราบและตระหนักถึงอันตราย เมื่อเป็นมะเร็งทำให้เกิดความสูญเสียตามมา หลายอย่างทั้งชีวิต และทรัพย์สิน

5. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มมากขึ้น โดยหาแนวทางร่วมกันทุกภาคส่วน โดยเฉพาะกระทรวงศึกษาธิการ ควรบรรจุความรู้ในด้านภาวะสุขภาพ สอดแทรกในบทเรียนในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา จนถึงมหาวิทยาลัย ให้รู้และเข้าใจในการป้องกัน และปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

6. ควรมีการคัดกรองผู้ป่วยโดยการค้นหาผู้ป่วยให้ครอบคลุมในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติกร นิลมานันต์ และคณะ. การสำรวจประสบการณ์ที่พบบ่อย และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย. โครงการวิจัย ทู่นสนับสนุนมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
2. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลมหาสารคาม. สถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. มหาสารคาม : โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2555. (เอกสารอัดสำเนา)
3. ธนินญา น้อยเปี้ยง. การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
4. นันทวิช ลิทธิรักษ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555. 57(1) : 47-60.
5. พัทธรินทร์ วิเศษพานิชย์. คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
6. มงคล ตาสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FAC. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
7. พวงรัตน์ เชาวะเจริญ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
8. อรุณี เจตศรีสุภาพ และ สุรพล เวียงนนท์. การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง. พิมพ์ครั้งที่ 1 ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2550.
9. เพียงใจ โดตาปกร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
10. Crane, R. **Breast Cancer : Oncology Nursing** (4th ed.), St. Louis : Missouri; 2001.
11. Verhoef, J. Prevention of infection in the neutropenic patient. *Clinical Infection Diseases*; 2004, 359-367.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastro Intestinal Bleeding) : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Upper Gastro Intestinal Bleeding : 2 Case Study

วิภาพร อธิกุล¹
Wipaporn Ithikul¹

บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (Upper gastrointestinal bleeding) เป็นภาวะฉุกเฉินทางเดินอาหารที่มีความสำคัญที่สุดเนื่องจากเป็นภาวะที่พบบ่อยและเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางความรู้และความเข้าใจในตัวโรค เทคนิคในการห้ามเลือดโดยเฉพาะการส่องกล้องและการผ่าตัด ดังนั้นเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารต้องได้รับการประเมินและช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ได้แก่ การส่องกล้องทางเดินอาหาร (Endoscopic therapy) จำเป็นและควรตรวจภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อใช้ในการหาสาเหตุและการหยุดเลือด หากการรักษาด้วยการส่องกล้องไม่สามารถระบุตำแหน่งหรือหยุดเลือดได้ ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องอย่างเร่งด่วนเพื่อหาตำแหน่งเลือดที่ออกและหยุดเลือด การรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงทีเท่านั้นจึงจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะเลือดออกได้

กรณีศึกษา : เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (Upper gastrointestinal bleeding) จำนวน 2 ราย โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาโรงพยาบาลด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสด ถ่ายดำ ชีต ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Acute duodenal ulcer bleeding ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็น ulcer at Posterior Lesser curvature with active bleed fail sclerotherapy ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาเสี่ยงต่อชีวิตที่สำคัญคือ Hypovolemic shock และ cardiac arrest ได้รับการรักษาโดยการทำให้ cardiac resuscitation และ blood volume supplementary ก่อนที่ผู้ป่วยรายที่ 1 จะได้รับการผ่าตัด Explore Laparotomy with Duodenostomy with Suture stop bleeding with Pyloroplasty และก่อนที่ผู้ป่วยรายที่ 2 จะได้รับการผ่าตัด Explore Laparotomy with Gastrotomy with suture stop bleeding หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและสังเกตอาการภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะการไหลเวียนของโลหิต โดยได้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการวางแผนทางการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรายละ 11 ปัญหา การพยาบาลที่สำคัญคือการประเมินและดูแลในปัญหา Hypovolemic shock, Cardiac arrest และการช่วยฟื้นคืนชีพ การดูแลเพื่อลดความเจ็บปวด การดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลในเรื่องความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การดูแลเพื่อป้องกันแผลติดเชื้อ การฟื้นฟูสภาพและการได้รับการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้น แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ และนัดพบแพทย์อีกครั้งเพื่อประเมินผลการรักษา 2 สัปดาห์

¹กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ผลลัพธ์ : กรณีศึกษาครั้งนี้สามารถสร้างแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนที่มีความรุนแรงของปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการพยาบาลที่แม่นยำในการประเมินภาวะระบบไหลเวียนล้มเหลว การเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพโดยการทำงานเป็นทีมที่มีการตัดสินใจอย่างทันท่วงที รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างรีบด่วนทันทีที่มีภาวะฉุกเฉิน รวมไปถึงการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมองค์รวมสามารถลดอัตราการตายและความพิการลงได้ และสิ่งที่สำคัญคือการให้ข้อมูลผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

คำสำคัญ : ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน, ภาวะ Hypovolemic shock, การพยาบาล

Abstract

Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a potentially life-threatening abdominal emergency that remains a common cause of hospitalization. UGIB is defined as bleeding derived from a source proximal to the ligament of Treitz. Endoscopy is the primary diagnostic investigation in patients with acute upper gastrointestinal bleeding to stop the amount of blood transfusions and allows treatments to be delivered that can stop bleeding and reduce the risk of re-bleeding. is recommended.

Comparative case study : Two UGIBleeding patientspresented with hematemesis and melena stools were admitted in the hospital. One of themwas diagnosed asAcute duodenal ulcer bleeding while the other one was diagnosed ulcer at posterior lesser curvature with active bleed fail scerotherapy.The importantfor life risk problems were hypovolemic shock and cardiac arrest.The hemodynamic stability and cardiac resuscitation have been done before getting the surgerywith Laparotomy Explore Duodenostomy Suture with Pyloroplasty stop bleeding for first case and Explore Laparotomywith Gastrotomy with suture stop bleeding for the second case.Respiratory failurewas the major problem issue after operation and respiratory ventilator were needed.There were 11 problems for care of patientswith bleeding in the digestive tractonusing the concept of the health plan and11conventions of theGordonapproach. The result of this study showed that the effective nursing care to evaluation and interventionof hemodynamic stability and resuscitation, pain management, wound care, respirator care, rehabilitation,and health education in order to improve clinical problem, increase mortality and morbidityin the period of the crisisuntil the phase distribution of the convalescent phase.After it has been taken care of by medical and nursing care that patients in both did not cause complications after surgery and can divorce respirator. Patients and families were able to return home.

Keywords : Upper Gastro Intestinal Bleeding, Hypovolemic shock, Nursing care

บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (Upper gastrointestinal bleeding) เป็นภาวะฉุกเฉินทางเดินอาหารที่มีความสำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นภาวะที่พบบ่อย และเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางความรู้และความเข้าใจในตัวโรค เทคนิคในการห้ามเลือดโดยเฉพาะการส่องกล้อง และการผ่าตัด ปัจจุบันเป็นที่แน่ชัดว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารต้องได้รับการประเมินและช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ได้แก่ การส่องกล้องทางเดินอาหาร (Endoscopic therapy) จำเป็นและควรตรวจภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อใช้ในการหาสาเหตุและการหยุดเลือด หากการรักษาด้วยการส่องกล้องไม่สามารถระบุตำแหน่งหรือหยุดเลือดได้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องอย่างเร่งด่วนเพื่อหาตำแหน่งเลือดที่ออกและหยุดเลือด การรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงทีเท่านั้นจึงจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะเลือดออกได้¹

จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารเข้ารับการรักษาในไอซียูประมาณปีละ 300,000 คน ที่เลือดออกในทางเดินอาหารอย่างเฉียบพลัน ประมาณร้อยละ 10 ที่ถึงแก่กรรม จากข้อมูลกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น พบสถิติผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี 2554-2556 มีจำนวน 1,401 ราย, 1,303 ราย และ 1,101 ราย ตามลำดับ และรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ปีละ 1,118 ราย, 1,048 ราย และ 824 ราย ตามลำดับ

พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิก

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (Upper gastrointestinal bleeding) หมายถึง การที่เลือดออกในทางเดินอาหารตั้งแต่หลอดอาหาร, กระเพาะอาหาร, ลำไส้เล็ก ส่วนดูโอดินัม (Ligament of Treitz)

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน มีสาเหตุที่พบบ่อย คือ

1. แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (peptic ulcer) หมายถึง การมีบาดแผลของทางเดินอาหาร

ชั้นเยื่อบุกระเพาะอาหาร (mucosa) ตั้งแต่บริเวณหลอดอาหาร (esophagus) ถึงลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) แต่ส่วนมากพบในกระเพาะอาหาร (gastric)

พยาธิสภาพ การเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นเนื่องจากการเสียสมดุลระหว่างการหลั่งกรดไฮโดรคลอริกมากผิดปกติ จึงทำให้เยื่อบุอาหารมีจำนวนลดลง เลือดไปเลี้ยงน้อยลงและเกิดแผล จากสถิติพบว่าเชื้อแบคทีเรียชนิด *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) มีส่วนทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารร้อยละ 90 และแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นร้อยละ 75 นอกจากนี้บริเวณที่ปลอดภัย *H. pylori* ยังทำให้เกิดแผลกระเพาะอาหารได้ จากผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่ก่อให้เกิดกระเพาะอาหารอักเสบหรือแผลในกระเพาะอาหาร เช่น ยาแก้ปวด ยาต้านการอักเสบในกลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs, Non steroidal anti-inflammatory drugs) ผลข้างเคียงจากยากลุ่มนี้ส่งผลมีการทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหารโดยตรง และยังพบว่าเคมีบำบัด ไซยาไนด์ แอลกอฮอล์ ยังทำให้เยื่อของกระเพาะอาหารมีจำนวนลดลงเกิดแผลได้ง่ายและทำให้แผลหายช้าบริเวณที่มีเลือดออกมากคือกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น

2. หลอดเลือดดำบริเวณหลอดอาหารโป่งพอง (esophageal varices) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมากของผู้ป่วยโรคตับอักเสบ ตับแข็ง มะเร็งตับ โดยพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคตับแข็งจะมีเลือดออกง่ายเรียกว่า variceal hemorrhage เนื่องจากมีความดันของหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง (portal hypertension) เกิดจากการตีบแคบหรืออุดตันของเส้นเลือด ทำให้มีน้ำมโต และมีการเชื่อมติดกัน ระหว่างหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงบริเวณของหลอดเลือดส่วนปลายของหลอดอาหารส่วนต้นและเกิดภาวะ Shock ได้

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ ชักประวัติถึงปัจจัยสาเหตุที่เกิดเลือดออกที่พบได้บ่อย เช่น ulcer, stress, liver disease, varices, alcoholism ประวัติการใช้ยาซึ่งอาจจะรบกวนการแข็งตัวของเลือดหรือเพิ่มโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น aspirin, anti coagulant, NSAID ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ดื่มชา กาแฟ เป็นขั้นตอนการซักถามอาการที่สำคัญได้แก่ การอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ อาการซีดหรืออาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่แบบเฉียบพลัน⁵

2. การตรวจร่างกาย การตรวจบริเวณท้องว่ากดเจ็บหรือคลำได้ก้อนหรือไม่ หรือภาวะท้องมาร (ascitis) หรือไม่ ตรวจทางทวารหนักเพื่อดูว่ามีถ่ายอุจจาระเป็นเลือดดำหรือถ่ายเป็นเลือดแดงสด ผู้ที่มีภาวะช็อคอยู่ก่อนหรือตาตัวเหลืองหรือไม่

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากการตรวจดูความเข้มข้นของเลือดแล้ว (Hct) ควรดูการทำงานของไต (BUN, creatinine) อาจช่วยบ่งบอกว่ามีเลือดออกทางเดินอาหาร นอกจากนี้การตรวจดูการทำงานของตับ (liver function test : LFT) และการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ PT, PTT, INR และ platelet count

4. การสวนล้างทางสายยาง (nasogastric lavage) เป็นสิ่งที่จำเป็นที่ควรทำในผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ถ้าดูดสายยางได้เลือดแดง แสดงว่ายังมีเลือดออก (active bleeding) ในกรณีที่สวนล้างทางสายยางแล้วไม่มีเลือดออกแสดงว่าเลือดออกได้หยุดไปแล้วหรืออาจเป็นเลือดออกทางเดินอาหารส่วนล่าง (lower GI bleeding)

5. การส่องกล้องทางเดินอาหาร (endoscopy/gastroscopy) เป็นการตรวจที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการหาสาเหตุและตำแหน่งของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งจำเป็นและควรตรวจภายใน 24 ชั่วโมง นอกจากจะใช้เป็นการวินิจฉัยหาสาเหตุและตำแหน่งแล้วยังใช้เป็นการรักษาเพื่อห้ามเลือด³

อาการและอาการที่แสดงทางคลินิก

1. อาเจียนเป็นเลือด ซึ่งอาจเป็นเลือดสด (hematemesis) ถ้าเป็นเลือดออกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก ดูโอติ้นม บางครั้งเมื่อเลือดโดนกับกรดในกระเพาะอาหาร สีของเลือดจะเปลี่ยนสีคล้ายกาแฟดำได้ coffee-ground

2. ถ่ายดำ (malena) ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ ที่มีลักษณะ ดำ เปียก เหนียว เหมือนกับยางมะตอย และมีกลิ่นเหม็นรุนแรงผิดไปจากกลิ่นทั่วไปของอุจจาระ ทั้งนี้เนื่องจากเลือดที่ผ่านกรดในกระเพาะอาหารจะมีปฏิกิริยากับกรดในกระเพาะอาหารเปลี่ยนให้สีของเลือดกลายเป็นสีดำและมีลักษณะดังกล่าว

3. ถ่ายเป็นเลือดสีแดงสด (hematochezia) เป็นอาการที่พบในภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนจำนวนมาก หรือลำไส้ใหญ่ (เป็นภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนล่าง)

4. อาการของการเสียเลือด (symptom of blood loss) ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะเป็นลม ใจสั่น หรือมีภาวะช็อค เช่น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว และหมดสติเป็นต้น

การรักษา

ก่อนที่จะหาสาเหตุการตกเลือดในทางเดินอาหาร ต้องประเมินสภาพของผู้ป่วยโดยรีบด่วนว่ามีการสูญเสียเลือดไปมากน้อยเพียงใด และประเมินความรีบด่วนในการดูแลรักษา

1. การรักษาตามอาการ ตรวจจลัญญาณชีพ ที่สำคัญคือความดันเลือดและชีพจร ถ้ามีการตกเลือดประมาณ 1,000 มม. จะทำให้เกิดความดันเลือด Systolic ต่ำกว่า 100 มม.ปรอท หรือความดันเลือดลดลงในท่าลุกนั่ง (postural hypotension) 10 ถึง 15 มม.ปรอท และชีพจรเร็วกว่า 100 ถึง 120 ครั้ง/นาที บางครั้งผู้ป่วยจะรู้สึกวิงเวียนศีรษะเวลานั่งแสดงว่าเวลานั่งแล้วความดันเลือดลดลง ในผู้ป่วยโรคนี้นี้ต้องได้รับการแก้ไขตามอาการและแก้ไขภาวะช็อคจากการเสียเลือดอย่างเฉียบพลัน ด้วยการให้สารน้ำและเลือดทดแทนอย่างรวดเร็วและงดน้ำงดอาหารทางปาก ใส่สายยางทางจมูกลงสู่กระเพาะอาหารเพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออก¹

2. การส่องกล้องทางเดินอาหาร (Endoscopic therapy) จำเป็นและควรตรวจภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อใช้ในการหยุดเลือดตามสาเหตุและเทคนิควิธีต่างๆตามแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณา เทคนิคของ endoscopic therapy หลักๆ ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ injection therapy และ thermo coagulation โดยทั่วไปแล้ว injection therapy จะสามารถหยุดเลือดได้ชั่วคราวเท่านั้น ส่วนการทำ thermo coagulation ด้วย heater probe หรือ bipolar probe จะสามารถหยุดเลือดได้ถาวรกว่าเพราะสามารถทำลายเส้นเลือดที่ผิดปกติปรกติได้เลย โดยสรุปการทำ endoscopic therapy จะสามารถหยุดเลือดได้ประมาณ 90% ของผู้ป่วยทั้งหมด³

การรักษาเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่ไม่ใช่เกิดจากหลอดเลือดโป่งพองจะใช้การส่องกล้อง gastro-scope

- ใช้คลิปปหนีร่วมกับฉีดยา adrenalin
- ใช้ด้วยความร้อนร่วมกับการฉีด adrenalin
- ใช้ Fibrin or thrombin ร่วมกับการฉีด adrenalin

3. ให้ยา H2-receptor antagonist เพื่อช่วยลดกรดในกระเพาะอาหารสำหรับผู้ป่วยที่ตกเลือดจากแผล Peptic ulcer ถึงแม้ว่ายาต่างๆ จะสรุปว่าไม่สามารถช่วยทำให้เลือดหยุดจากการให้ยาชนิดนี้ แต่การให้ยาสามารถหวังผลว่าจะไม่ไประคายเคืองแผล ซึ่งอาจจะทำให้เลือดออกมาได้ภายหลังจากหยุดแล้ว และการให้ยากลุ่ม Somatostatin ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง Variceal bleeding เพื่อทำให้ลด Variceal pressure⁴

4. Balloon temponade การใส่ balloon temponade เป็นการหยุดเลือดชั่วคราว ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่แย่มากที่ไม่สามารถจะส่องกล้องหรือจะนำไปผ่าตัดได้เป็นเพียงแค่การยื้อระยะเวลาที่ Resuscitation, เตรียมเลือดมาให้หรือรอเวลาเพื่อแก้ไข Coagulopathy ก่อนที่จะทำหัตถการใดๆ ต่อไป balloon temponade ที่ใช้กันมากในปัจจุบัน ได้แก่ Sengstaken-Bleakmore tube³

5. การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นวิธีการที่รักษาด้วยวิธีการข้างต้นแล้วยังหยุดเลือดไม่ได้หรือขนาดของแผลในกระเพาะอาหารมีขนาดใหญ่ หรือในผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากยังไม่สามารถระบุตำแหน่งเลือดที่ออกได้จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องอย่างเร่งด่วนเพื่อหาตำแหน่งเลือดที่ออกและหยุดเลือด การรักษาที่เหมาะสมอย่างทันเวลาที่เท่านี้จึงจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะเลือดออกได้¹

กรณีศึกษาเป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

ผู้ป่วยรายที่ 1 มาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสด ถ่ายดำ วิงเวียน เหนื่อยอ่อนเพลีย 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล จึงไปโรงพยาบาลชุมชน วัดสัญญาณชีพ content NG เป็น coffee ground ถ่ายดำมีเลือดปน Hematocrit 34 vol% ต่อมา Hematocrit ลดลงเป็น 28 vol% ความดันโลหิตลดลง 90/60 mm Hg ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลศูนย์ ถึง ER ปรีกษาแพทย์ศัลยกรรม ประเมินอาการและตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดคุยรู้เรื่อง ความดันโลหิต 100/60 mmHg. ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที content NG เป็นเลือดคล้ำ Hct. 25 vol% ให้ออกซิเจน เจาะเลือด CBC BUN Cr Electrolyte Liver function Test PT PTT INR จงเลือด ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำเป็น Acetar 1000 cc v drip ใส่สายสวนปัสสาวะ set Gastroscope on call ส่งต่อผู้ป่วยไป ward ผู้ป่วยอาเจียน

เป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็น Melena ความดันโลหิต 70/40 mmHg Hct. 19 vol% หายใจหอบ ต่อมา cardiac arrest CPR 10 นาที on Endotracheal tube ให้ยา ให้เลือด มีสัญญาณชีพ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Explore Laparotomy c Duodenostomy c suture stop bleed c pyloroplasty การวินิจฉัยครั้งสุดท้ายเป็น Acute duodenal ulcer bleeding

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีประวัติเคยได้รับการรักษาด้วยโรค Upper gastrointestinal bleeding ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสด 3 ครั้ง ถ่ายดำ 5 ครั้ง ไปรักษาโรงพยาบาลชุมชน Hct. 22 vol% content NG เป็นเลือดสด ความดันโลหิต 70/40 mmHg ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ความดันโลหิต 70/40 mmHg. ให้ยา Dopamine 200 mg in 5%D/W 100 cc ที่ 10 cc/hr ส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่น ถึง ER Hct. 19 vol% สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 78/49 mmHg. ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง เหงื่อออก ตัวเย็น content NG เป็นเลือดสด set Gastroscope on call ผลเป็น Ulcer at Posterior Lesser curvature with active bleed fail sclerotherapy ได้รับการรักษา ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Explore Laparotomy with Gastrotomy with suture stop bleed

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ CBC (Complete Blood Count) ผู้ป่วยรายที่ 1 Hct. 15.9 vol% platelet 88 ผู้ป่วยรายที่ 2 Hct. 19.2 vol% platelet 89

ผลการตรวจ Blood Nitrogen (BUN) Creatinin อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งสองราย

ผลการตรวจ Electrolyte พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 Potassium 5.34 mmol/L มีภาวะ Hyperkalemia และมีภาวะ Metabolic Acidosis ผู้ป่วยรายที่ 2 ค่า Electrolyte ปกติ

ผลการตรวจการแข็งตัวของเลือด PT INR, PTT (Prothombin Time INR, Partial Thomboplastin Time) พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 และผู้ป่วยรายที่ 2 มีค่า PT INR, PTT prolong โดยผู้ป่วยรายที่ 1 PT 17.8 sec INR 1.47, PTT 47.5 sec ผู้ป่วยรายที่ 2 PT 18.8 sec INR 1.69, PTT 33.1 sec

ผลการตรวจ การทำหน้าที่ของตับ LFT (Liver Function Test) ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า Albumin ต่ำ

ผลการตรวจโดยการส่องกล้องทางเดินอาหาร

ส่วนบน ผู้ป่วยรายที่ 1 ผลเป็น duodenal ulcer ผู้ป่วยรายที่ 2 Ulcer at Posterior Lesser curvature

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน ของ Gordon ได้นำมาเป็นแนวทางในการ

ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านกาย จิต สังคม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของคนทั้งคนที่จะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุล การพยาบาลที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ดังตารางต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ระยะแรกเริ่ม	1. มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน 2. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง และการกำซาบเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปริมาตรเลือดพร่องจากการสูญเสียเลือดและน้ำทางเดินอาหาร 3. มีภาวะ Metabolic Acidosis 4. มีภาวะไม่สมดุลย์ของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ จากการเสียเลือดและสารอิเล็กโทรไลต์ 5. ญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขาดความรู้เกี่ยวกับโรค	1. มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน 5. ญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขาดความรู้เกี่ยวกับโรค
ระยะต่อเนื่อง	1. เสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 4. ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง 5. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากดื่มน้ำดอาหารทางปาก 6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 4. ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง 5. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากดื่มน้ำดอาหารทางปาก 6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด
ระยะจำหน่าย	1. ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	1. ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

การพยาบาล

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การพยาบาลที่ให้ในหอผู้ป่วยคือ ประเมินอาการและตรวจสอบสัญญาณชีพเพื่อป้องกันภาวะช็อค ภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินความเจ็บปวด สังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การช่วยเหลือกิจกรรม การฟื้นฟูสภาพและการได้รับการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

สรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็น Acute duodenal ulcer bleeding ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Explore Laparotomy c Duodenostomy c suture stop bleed c pyloroplasty มีปัญหา Hypovolemic shock และ cardiac arrest การพยาบาลที่สำคัญคือ การพยาบาลภาวะ Hypovolemic shock การติดตามสัญญาณชีพ และการประเมินภาวะเสียเลือด การพยาบาลหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็น Ulcer at Posterior Lesser curvature with active bleed fail sclerotherapy ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Explore Laparotomy with Gastrotomy with suture stop bleed มีปัญหา Hypovolemic shock การพยาบาลที่สำคัญคือการพยาบาลภาวะ Hypovolemic shock การติดตามสัญญาณชีพ การประเมินภาวะเสียเลือด และการพยาบาลหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายอาการดีขึ้นหลังผ่าตัดสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยนัด Follow up 2 สัปดาห์

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากมีการสูญเสียเลือดภายในเวลารวดเร็ว โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon เป็นแนวทางในการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านกาย จิต สังคม ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย การดูแลและแก้ไขภาวะวิกฤตเบื้องต้นตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อป้องกันภาวะ Hypovolemic shock และช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ในผู้ป่วยที่มี cardiac arrest ทุกกระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาล เกิดจากทีมงานที่มีความรวดเร็ว และมีความรู้ความสามารถ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ปลอดภัย ไม่เสียชีวิต โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแรก รับควรมีการพัฒนาการดูแลเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความเชี่ยวชาญในการประเมินภาวะวิกฤตด้านร่างกาย ในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่สำคัญ คือ ภาวะ Hypovolemic shock, ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน, ภาวะ Electrolyte Imbalance และภาวะวิกฤตด้านจิตใจ ถ้าไม่ได้รับการประเมิน และการพยาบาลที่เหมาะสม จะนำไปสู่ภาวะ cardiac arrest และอาจเสียชีวิตได้ การศึกษานี้ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาล การทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนจำหน่ายในการดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งมีความสำคัญยิ่งในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน รวมถึงการจัดให้มีการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้พร้อมอยู่เสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. กำพล กลั่นกลิน, บุญหลง ศิวะสมบุญ และองอาจ ไพโรจน์ทรงกูร. **อาการของโรคทางเดินอาหารที่พบบ่อยและการบำบัด**. กรุงเทพมหานคร : พี.บี. ฟอเรน บุคส์ เซนเตอร์. 2538.
2. วิจิตร ฤกษ์ และคณะ. **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม**. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์. 2556.
3. สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ และอุดม คชินทร. **เลือดออกในทางเดินอาหาร**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร. 2553.
4. สุเทพ กลชาณวิทย์ และปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์. **โรคทางเดินอาหารและการรักษา 1**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547.
5. **Upper Gastrointestinal Bleeding**. เข้าถึงได้จาก : http://en.wikipedia.org/wiki/Upper_gastrointestinal_bleeding [in 2013, Oct 27].
6. Sag Puagthong Krai. **เลือดออกในทางเดินอาหาร**. เข้าถึงได้จาก : <http://haamor.com/th/เลือดออกในทางเดินอาหาร/> (วันที่สืบค้นข้อมูล: 15 กันยายน 2557)

การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

The Development of Discharge planning Model for patient with stroke

วราภรณ์ ศรีนครา¹
Waraporn Srinasara¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลนครพนม และศึกษาผลการพัฒนาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความรู้และความสามารถและความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) โดยทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย (Routine to Research : R2R) ระหว่างตุลาคม 2555 ถึงธันวาคม 2556 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน ผู้ดูแลจำนวน 30 คน และบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน

ผลการวิจัย : รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 วิธี คือ แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสหสาขาวิชาชีพ, รูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากการประเมินผลการพัฒนาแบบพบว่าหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีระดับคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.308, p < .01$) ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ในระดับมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.27, p < 0.01$) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (98.52%)

สรุปผลการวิจัย : กระบวนการพัฒนาที่เป็นความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงาน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติการวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : รูปแบบการวางแผนจำหน่าย, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

The Development of Discharge planning Model for patient with stroke

วราภรณ์ ศรีนครา¹
Waraporn Srinasara¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลนครพนม และศึกษาผลการพัฒนาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความรู้และความสามารถและความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) โดยทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย (Routine to Research : R2R) ระหว่างตุลาคม 2555 ถึงธันวาคม 2556 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน ผู้ดูแลจำนวน 30 คน และบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน

ผลการวิจัย : รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 วิธี คือ แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสหสาขาวิชาชีพ, รูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากการประเมินผลการพัฒนาแบบพบว่าหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีระดับคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.308, p < .01$) ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ในระดับมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.27, p < 0.01$) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (98.52%)

สรุปผลการวิจัย : กระบวนการพัฒนาที่เป็นความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงาน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติกรวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : รูปแบบการวางแผนจำหน่าย, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

Abstract

The purpose of the action research were to develop the discharge planning model for patients with stroke at Nakhon Phanom hospital and to investigate the effect of the discharge planning development on activity of daily living of the patients, caregiver's knowledge, satisfaction of patients and caregivers, The development process consisted of 4 steps 1) situation analysis to identify problem 2) Developed the discharge planning model 3) Implementation 4) Evaluation. The subjects included of 30 patients and 30 caregivers and eight persons of multidisciplinary were included.

The results revealed that the discharge planning model for patients with stroke comprised of 3 strategic 1) care map for patients with stroke by multidisciplinary 2) education model for patients and caregiver 3) referring for continuity care after the discharge planning was implemented, the results of this study showed that mean scores of patient's activity of daily living after discharge for 30 days were statistically higher than scores before discharge ($t = 5.308$, $p < 0.01$). The mean scores of caregiver's knowledge after discharge for 30 days were statistically higher than scores before discharge ($t = 20.27$, $p < 0.01$). The satisfaction levels of patients and caregivers were highest level (98.52%).

The result of this study indicated the discharge planning model development by multidisciplinary teams throughout the process of participatory action research is one of the effective discharges planning strategy.

Keywords : discharge planning model, stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานถึงสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ปี 2548 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในแต่ละปี 5.7 ล้านคน¹ และคาดการณ์ว่า ในปี 2558 จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 6.5 ล้านคน ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ในผู้ที่มีอายุ 15-59 ปี² สำหรับประเทศไทย สถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี 2552 พบคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13,353 คน เฉลี่ยวันละ 36 คน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในเพศหญิง และอันดับ 3 ในเพศชาย³ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพนม ปี 2555 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษา จำนวน 649 คน ระยะเวลาเฉลี่ย 3.2 วัน ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายให้กลับบ้านเร็วขึ้น โดยเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้ว แพทย์จะส่งต่อผู้ป่วยปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย แต่ผู้ป่วยบางรายก็ไม่ถูกส่งไปพบนักกายภาพบำบัด ส่วนบทบาทของพยาบาลจะเป็นการแนะนำและสอนให้ญาติดูแลความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว หากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ก็จะส่งญาติไปฝึกหัดทำอาหารป้อนที่ฝ่ายโภชนาการ ปัญหาของการสอนและแนะนำที่มักพบได้คือ บุคคลที่ได้รับการสอนไม่ใช่บุคคลที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือผู้ที่ได้รับการสอนสาธิตไม่ใช่คนเดิม ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลหรือฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงมักถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่มีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สถิติหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม ในปี 2555 พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 11.7 ซึ่งปัญหาของการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับจากการนอนนานจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ปัจจัยหนึ่งก็คือผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ เมื่อพิจารณา

กิจกรรม การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อดูแลต่อเนื่อง พบว่า การวางแผนจำหน่ายไม่มีความต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุมการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ขาดการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ และที่สำคัญไม่ได้นำครอบครัวและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลทำให้การวางแผนจำหน่ายที่ผ่านมาไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาการพัฒนาด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ซึ่งเป็นการทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย (Routine to Research : R2R) รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและศึกษาผลการพัฒนาต่อความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึงธันวาคม 2556 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตัน มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ระหว่าง 50-95 คะแนน มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จำนวน 30 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้และยินดีเข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรส บุตร ญาติ หรือผู้ที่สนิทในครอบครัวจัดทำมาเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลจิตเวช และพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แบบประเมินดัชนี บาร์ธเอล เอ ดี แอล

(Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁴ ซึ่งประเมินกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำ การเคลื่อนไหวกายในบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ-ปัสสาวะ

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวัดความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการบริการตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยขาดเจ็บศีรษะ

โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติค่าที่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพนม

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี โรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.33 รองลงมา เบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.33 และมีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) ในระดับปานกลาง ค่าคะแนน 50-70 มากที่สุด ร้อยละ 86.67 ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 มีอายุระหว่าง 36-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.68 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.67 และเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 53.33 ด้านปัญหาจากการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ พบว่า เกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน ขาดการดูแลที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ดูแล/ญาติ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการได้รับข้อมูลต่างๆ จากทีมสุขภาพยังไม่เพียงพอที่จะสร้างความมั่นใจในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยได้ ไม่มีผู้ดูแลประจำ ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบการเตรียมความ

พร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่จะกระทำโดยพยาบาล การมีส่วนร่วมที่ยังไม่ชัดเจน และขณะเดียวกันรูปแบบการให้ความรู้การฝึกทักษะที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมและไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ขาดการประเมินและที่สำคัญไม่ได้นำครอบครัวและผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ด้วยสาเหตุดังกล่าวจึงทำให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ผ่านมาไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ และกำหนดให้พยาบาลหัวหน้า หอผู้ป่วยหรือพยาบาลหัวหน้าเวร ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน มีหน้าที่ติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Care Maps) แนวปฏิบัติทางคลินิกของสหสาขาวิชาชีพ (Clinical practice guideline, CPGs) ร่วมกันกำหนดข้อความที่เป็นข้อเสนอแนะถึงวิธีการปฏิบัติ ที่ช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ส่วนด้านพยาบาลได้จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาล (Clinical nursing practice guideline, CNPG)

รูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลประกอบด้วย

- การกำหนดแผนการสอน
- จัดการสอนให้ความรู้ในเรื่องโรค เรื่องยา การให้อาหาร การจัดสภาพแวดล้อม การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ
- การฝึกทักษะให้ผู้ดูแล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย และการขับถ่าย

- ประเมินผลความรู้และทักษะของผู้ดูแล

การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

- กำหนดประเภทผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- จัดตั้งศูนย์บริการด้านอุปกรณ์การแพทย์
- กำหนดขอบเขตรับผิดชอบในการติดตามเยี่ยม

บ้าน

- กำหนดช่องทางในการสื่อสารข้อมูล โดยใช้ระบบ Refer Link ในการส่งต่อข้อมูล และส่งข้อมูลตอบกลับภายใน 1 เดือน และสร้างทีมพยาบาลดูแลต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความรู้ของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 59.25 หลังจำหน่าย 30 วัน ผู้ป่วย

มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 70.55 เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย 30 วัน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.308, p < 0.01$) ตารางที่ 1, 2 และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย 30 วัน ($n = 30$)

คะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1) การรับประทานอาหาร (10)	6.15	2.09	6.84	2.47	-1.837	.083
2) การลุกจากที่นอน (10)	๗6.84	2.47	7.63	2.56	-1.844	.083
3) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (5)	3.67	2.26	4.47	1.57	-1.372	.187
4) ใช้ห้องสุขา (5)	4.46	2.29	5.78	1.87	-2.535	.021*
5) การอาบน้ำ (5)	2.17	2.53	4.65	1.87	-5.218	.002**
6) การเคลื่อนไหวภายในบ้าน (15)	8.03	2.56	9.50	2.67	-2.535	.003*
7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (10)	3.94	2.09	5.52	2.83	-2.364	.03*
8) การสวมใส่เสื้อผ้า (10)	5.00	2.88	6.51	2.80	-2.935	.021**
9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (10)	9.37	1.57	9.73	0.97	-1.78	.081
10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (10)	9.62	1.87	10.00	0.00	-1.08	.131
รวม	59.05	15.97	70.55	14.74	-5.308	.000**

* $p < .05$ ** $p < .01$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้กับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ($n = 30$)

ความรู้	คะแนนเต็ม	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		t	p-value
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1) อาการที่ต้องมาพบแพทย์	4	1.5	.51	3.7	.65	-15.983	.000*
2) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และการดูแล	8	1.9	.71	7.6	.60	-43.035	.000*
3) การดูแลเรื่องอาหาร	4	1.9	.71	3.9	.36	-14.419	.000*
4) การดูแลเรื่องยา	4	2.0	.68	3.9	.22	-13.784	.000*
5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	5	1.7	.65	4.8	.52	-17.592	.000*
6) การฟื้นฟูสภาพ	5	1.6	.50	4.9	.36	-31.389	.000*
รวม	30	10.6	3.76	28.8	2.65	20.270	.000*

* $p < 0.01$

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (n = 30)

การบริการที่ได้รับ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1) ความสะดวกรวดเร็วในการบริการ	28(93.33)	2(6.67)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
2) ทีมผู้ให้การดูแลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล/ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น	30(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
3) การดูแลด้วยกิริยา ท่าทางสุภาพของทีม ให้การดูแลสุภาพ	30(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
4) การทำงานร่วมกันของแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ	30(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
5) ความรวดเร็วในการส่งผู้ป่วยไปตามจุดต่างๆ เช่น ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ห้องกายภาพบำบัด ฯลฯ	30(100.00)	2(6.67)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
6) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค อาการและ อาการแสดง การรักษาพยาบาลและ วิธีการปฏิบัติ ตัวขณะอยู่โรงพยาบาล	30(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
7) การตอบข้อซักถามของทีมสุขภาพเมื่อมี ปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่	30(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
8) ความเชี่ยวชาญของทีมสุขภาพในการ ดูแลรักษา	30(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
9) การได้รับคำแนะนำ/สอน/สาธิตในการ เตรียมตัว เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน	30(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
รวม	266(98.52)	4(1.48)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)

การอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ ได้ใช้การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร เภสัชกร พยาบาลจิตเวช และพยาบาลที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง มีผลลัพธ์ดีกว่าที่ใช้รูปแบบเดิมโดยประเมินจากความรู้ผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และความพึงพอใจในการบริการ การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนี้สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เด่นชัดยิ่งขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผนแก้ไข ปัญหา และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองนำไปทดลองปฏิบัติ ซึ่งการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาได้ช่วยให้ทีมสุขภาพร่วมมือกันให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยผสมผสานกันอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมในมิติการดูแล แต่ละวิชาชีพได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตรงกับความเป็นจริงที่สามารถปฏิบัติได้ทุกฝ่ายโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ ปัจจัยหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาครั้งนี้คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ได้เรียนรู้ความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ได้กำหนดให้ผู้ดูแลเข้าร่วมในกระบวนการดูแลตั้งแต่เริ่มแรก อีกปัจจัยหนึ่งคือการประสานงานและการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและ

จำเป็นในการบริหารทีมดูแลผู้ป่วย ทบาทผู้ประสานงาน ต้องเด่นชัดและมีคุณภาพ เนื่องจากการเชื่อมโยงสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ และเป็นการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและเป็นกุญแจสำคัญในการกระตุ้นช่วยเหลือและสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น⁷ ซึ่งพบว่าการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) หลังการจำหน่าย 30 วัน ถึงแม้ว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในการศึกษาจะอยู่ในระดับกลางเช่นเดิม อาจเป็นได้ว่าการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นั้น จำเป็นต้องใช้ระยะเวลา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะฟื้นตัวภายใน 3-6 เดือนแรก ถึงแม้จะพบว่าการฟื้นตัวจะเร็วในช่วง 3 เดือนแรก ขณะที่ผู้ป่วยแต่ละรายก็จะมีการฟื้นตัวแตกต่างกันทั้งความเร็วในการฟื้นตัวและจุดสิ้นสุดในการฟื้นตัว โดยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ขนาด ตำแหน่ง ชนิด ความรุนแรงของพยาธิสภาพ ระยะเวลาที่เริ่มการรักษา และการฟื้นฟูโรคประจำตัวร่วม⁴ ประกอบกับผู้ป่วยกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี

ด้านความรู้ของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายนี้ ได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลอย่างมีแบบแผน จากทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ และมีการประเมินผลทุกครั้งที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{7, 8, 9, 10} พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สูงขึ้น

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายครั้งนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้เน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนดูแลร่วมกัน¹ ระบบคุณภาพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากเช่นกัน^{7, 8, 9, 10}

การวิจัยครั้งนี้ได้กระบวนการพัฒนาดูแลผู้ป่วยที่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นในการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีม มีการสื่อสารในทีมชัดเจน ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World stroke day (Online). [Cited 2010 oct 12]: available from: URL:[http://www.worldstrokecampaign.org/media/pages/About world stroke Day, 2010. aspx](http://www.worldstrokecampaign.org/media/pages/About%20world%20stroke%20Day,%202010.aspx).
2. Stroke, Cerebrovascular accident. (Online). [Cited 2010 Oct 12]: available from : URL:[http://www.who.int/topics/cerebrovascular accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular-accident/en/)
3. คณะทำงานศึกษาภาวะโรค สำนักงานพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศที่สุขภาพที่สูญเสียไป : 20 โรคร้ายที่ทำลายช่วงชีวิตของคนไทย ปี 2552. กรุงเทพฯ : บริษัท เดอะกราฟฟิโก ซิสเต็ม จำกัด, 2552.
4. ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; ม.ป.ป.
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประสาทวิทยา; 2552.
6. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs N J; Prentice-Hall.; 1977.
7. เยาวลักษณ์ หาญวชิรพงศ์, ไพรวลัย พรหมดี, ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย และ สุวรรณ ชาติพิทักษ์. การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น; 2549.
8. จารึก ธานีรัตน์. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
9. ไพรวลัย พรหมดี. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น (รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
10. Chantrakot P. The development of discharge planning model for patients with head injury. North-Eastern Division 2013; 31(3) : 186-194.
11. วราภรณ์ ประทุมพันธ์. รูปแบบการบริหารทีมสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาระบบบริการโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง: ศึกษากรณีโรงพยาบาลขอนแก่น (รายงานการศึกษาระดับปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการบริหารการพัฒนาคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม The Development of nursing practice Guidelines for ventilator-associated pneumonia at surgical intensive care unit in Mahasarakham hospital

วไลพร ปักเคระกา¹
Walaipon Pukkaeraka¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับบริบทหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล และศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น ศึกษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2556 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557 โดยมีวิธีดำเนินการ 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ระยะทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ และระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน จำนวน 13 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 245 ราย เก็บข้อมูลโดยการสังเกต และใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนการวิจัยมีค่าเฉลี่ย 20.10 ครั้ง/1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจลดลงเหลือ 11.93 ครั้ง/1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือบุคลากรขาดความรู้ ทักษะและความตระหนักในการปฏิบัติ ขาดรายละเอียดของการปฏิบัติ และแนวปฏิบัติบางประเด็นไม่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาแนวโดยจัดอบรมสัมมนา สะท้อนแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุและการแก้ปัญหาจน บุคลากรเกิดการตระหนักรู้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประสานผู้บริหารขออนุมัติอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้องจากร้อยละ 72.90 เพิ่มขึ้นร้อยละ 92.80 และความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นอยู่ระดับสูง

คำสำคัญ : การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

Abstract

The study was based on the concept of participation action research. The purpose of this study was to develop a model of nursing practice for the prevention of ventilator-associated pneumonia, evaluation by observation of implementation on ICU nurse, practices for the prevention of ventilator-associated pneumonia and the incidence of ventilator-associated pneumonia in surgical intensive care unit and the satisfaction for nurses who worked in the surgical intensive care unit. Action research method was used consisting of four phases. The first phase was the situational analysis of VAP and the ICU nurses, practices for the prevention of ventilator-associated pneumonia. The second phase was development of practice guideline. The third phase was the implementation phase. The fourth phase was the evaluation phase. The samples were divided into two groups including 13 nurses who worked in a surgical intensive care unit of Mahasarakham hospital and 245 patients who were admitted into this unit between August 2013 to February 2014. The data were collected through observation and questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics, frequency, percentage and standard deviation.

After the model was implemented, it was found that the incidence of VAP decreased from 20.10 : 1,000 VD to 11.93 : 1,000 VD. The factors contributed to the increasing number were: inadequate knowledge of health personnel, skill, and awareness concerning VAP prevention, practice guideline had unclear standard and non practicable. This study was develop model of nursing practice, promoting clinical practice guidelines by using the educational training, providing feedback, displaying a monitorial poster, and supporting the personal protective ventilator-associated pneumonia equipments, nurse compliance to the clinical practice guideline was higher than before in all activities from 72.90% to 92.80%. Finally nurses were satisfied with the model at the high level

Keywords : ventilator-associated pneumonia, participation action research

บทนำ

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator - Associated Pneumonia : VAP) หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 48 ชั่วโมง หรือหลังถอดเครื่องช่วยหายใจ 72 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบมากเป็นอันดับที่สองรองจากการติดเชื้อในกระแสเลือด¹ โดยผู้ป่วยที่รักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดติดเชื้อเพิ่มขึ้น 6-21 เท่า² ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจวันแรกมีโอกาสเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 24% และวันที่ 4 มีโอกาสเกิด 48%³ จากการศึกษา Tao และคณะ⁴ อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 398 แห่ง ในโรงพยาบาลประเทศจีน พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 20.8 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Vent Day : VD) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในระหว่าง 15.3-18.8 ครั้งต่อ 1,000 VD⁵ ผลการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้วันนอนในหอผู้ป่วยหนักเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นและอัตราการตายเพิ่มขึ้น⁶ และจากการศึกษาการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร⁷ พบว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 9.2 ครั้ง ต่อ 1,000 VD โดยพบอุบัติการณ์สูงสุดในหอผู้ป่วยหนักผู้ป่วยศัลยกรรม 26.6 ครั้ง/VD และผู้ป่วยที่ติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีอัตราการตาย คิดเป็นร้อยละ 31.6 ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 3-152 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 48,503.50 บาทต่อครั้ง

สถิติโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2554-2555 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 10.12 ครั้ง/1,000 VD เพิ่มขึ้นเป็น 13.75 ครั้ง/1,000 VD หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมปี 2554-2555 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 11.92 ครั้ง/1,000 VD และ 16.43 ครั้ง/1,000 VD ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ของโรงพยาบาลที่กำหนดให้อุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจไม่เกิน 10.0 ครั้ง/1,000 VD (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2553) และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ งานควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลได้กำหนดแนวทาง

ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจประกอบด้วย 6 หมวดกิจกรรม ได้แก่ หมวดที่ 1 การทำความสะอาดมือ หมวดที่ 2 การทำความสะอาดช่องปากและฟัน หมวดที่ 3 การจัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัว หมวดที่ 4 การให้อาหารทางสายให้อาหาร หมวดที่ 5 การดูแลเสมหะ หมวดที่ 6 การดูแลท่อช่วยหายใจและส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจ และได้นำสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน จากการสุ่มสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในงานหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติไม่ครบทุกขั้นตอนในแต่ละหมวดกิจกรรม ปฏิบัติไม่เป็นแนวเดียวกัน ขาดความรู้ความตระหนักต่อการปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาแนวทางปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรมีผลให้ผู้ปฏิบัติปฏิบัติตามแนวปฏิบัติถูกต้องมากขึ้นอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง และบุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่จะส่งผลให้บุคลากรตระหนักในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาปฏิบัติใช้
3. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 13 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนใช้แนวทางปฏิบัติ สิงหาคม 2556 ถึงตุลาคม 2556 จำนวน 114 ราย และหลังใช้แนวทางปฏิบัติ ธันวาคม 2556 ถึงกุมภาพันธ์ 2557 จำนวน 131 ราย รวม 245 ราย

โดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ดำเนินการเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาล โดยการสุ่มสังเกต ใช้ตารางประมาณค่าของกลุ่มตัวอย่างของเครจซ์และมอร์แกน⁹ จำนวนครั้งที่ต้องสังเกต = 205 ครั้ง/เดือน สังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วย 13 ราย เป็นเวลา 3 เดือน

ระยะดำเนินการพัฒนา มีการทบทวนเอกสาร ตำรา หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และโดยนำข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มีสาระสำคัญ 6 หมวดกิจกรรม มาใช้และได้ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ได้เท่ากับ .93, .95 และ .89 ตามลำดับ ดำเนินการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจตามข้อเสนอแนะ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรหาความเที่ยงของโพลิตและฮังเกอร์¹⁰ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 จัดอบรม ให้ความรู้

เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจแก่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โดยการใช้แบบทดสอบ สาทิต และสาทิตย้อนกลับการปฏิบัติ จนปฏิบัติตามทุกกิจกรรม 100%

ระยะทดลอง นำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โดยการกระตุ้นให้ปฏิบัติตามทุกขั้นตอน มีสื่อกระตุ้นการล้างมือ มีการนิเทศ โดยพยาบาลหัวหน้าเวร รวมทั้งในกระบวนการรับส่งเวร เปิดโอกาสให้พยาบาลได้ซักถามข้อสงสัย

หลังทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ เป็นเวลา 1 เดือน ได้สุ่มสังเกตและบันทึกการปฏิบัติของพยาบาล โดยใช้วิธีสุ่มสังเกตพยาบาลเหมือนก่อนนำแนวทางที่พัฒนาแล้วไปปฏิบัติเวลา 3 เดือน รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ตามแบบฟอร์ม

ระยะประเมินผล มีการเปรียบเทียบการปฏิบัติของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

พยาบาลสามารถปฏิบัติ ตามแนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 72.90 กิจกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุดคือ การทำความสะอาดมือ ร้อยละ 56.10 ในหัวข้อการล้างมือ ครบ 7 ขั้นตอน และล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วยและอุปกรณ์ หลังการส่งเสริมการนำแนวทางปฏิบัติมาใช้พบว่าพยาบาล ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 92.80 เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.90 กิจกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุดคือ การเทน้ำค่างสายทุก 2 ชั่วโมง โดยได้แก้ไขให้ทำพร้อมกิจกรรมพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนดำเนินการส่งเสริมการนำแนวทางปฏิบัติมาใช้เฉลี่ย 20.10 ครั้ง/1,000 VD และหลังการใช้แนว

ปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 11.93 ครั้ง/1,000 VD พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง

ด้านความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการแนวปฏิบัติครั้งนี้ อยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 4.91 และจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นในหอผู้ป่วยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

การล้างมือที่มีประสิทธิภาพ ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการสะอาด/ปราศจากเชื้อ หลังสัมผัสสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย สัมผัสผู้ป่วย และสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย โดยน้ำยาที่ใช้สำหรับการล้างมือ คลอเฮกซีนกลูโคเนต 4% (chlorhexidine gluconate) หรือแอลกอฮอล์ 70% ผสมกลีเซอรอล 1-3 เปอร์เซ็นต์¹¹ การดูแลจัดทำนอนและการพลิกตัว¹² การดูดเสมหะ¹³ และการให้อาหารทางสายยาง

1) ประเมินอาการที่บ่งบอกว่าต้องการดูดเสมหะ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนดูดเสมหะ

2) จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูง 30 - 45 องศา และจัดตะแคงหน้าไปด้านตรงข้ามกับกลีบปอดที่ต้องการดูดเสมหะ

3) พยาบาลผู้ดูดเสมหะล้างมือให้สะอาดและสวมถุงมือปราศจากเชื้อ และผ้าปิดปาก-จมูก ผู้ช่วย ล้างมือให้สะอาด สวมถุงมือสะอาดและผ้าปิดปาก-จมูก ก่อนดูดเสมหะ

4) ดูดเสมหะในช่องปาก แล้วเปลี่ยนสายดูดเสมหะ และถุงมือปราศจากเชื้อใหม่

5) ก่อนดูดเสมหะผู้ช่วยให้ออกซิเจน 100% นาน 4-5 ครั้ง

6) ผู้ดูดเสมหะ ดูดเสมหะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ สอดสายดูดเสมหะครั้งหนึ่งไม่เกิน 10 - 15 วินาที ควรใช้แรงดูดในผู้ใหญ่ไม่เกิน 80 - 120 mmHg ดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล

7) ระหว่างดูดเสมหะผู้ช่วยให้ออกซิเจน 100% นาน 4-5 ครั้ง

8) ดูดเสมหะแต่ละรอบไม่เกิน 3-4 ครั้ง

9) หลังดูดเสมหะผู้ช่วยให้ออกซิเจนในเครื่อง 100% นาน 4-5 ครั้ง

10) พยาบาลผู้ดูดเสมหะ/ผู้ช่วยล้างมือหลังดูดเสมหะ

11) บันทึกลักษณะ สี ปริมาณเสมหะ และอาการของผู้ป่วย

การให้อาหารทางสายยาง¹¹

1) ใส่สายอาหารทางปาก (rogastric tube) ถ้าไม่มีข้อห้าม

2) จัดเตรียมอาหารและอุปกรณ์ให้อาหารด้วยเทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อใช้อาหารที่เตรียมไว้ไม่เกิน 12 ชั่วโมง

3) ดูดเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่งก่อนให้อาหาร

4) จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาถ้าไม่มีข้อห้าม

5) ทดสอบว่าสายให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารทุกครั้ง

6) ประเมิน gastric content ที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารถ้ามีอาหารค้างในกระเพาะอาหารน้อยกว่า 200 ซีซี ให้ feed อาหารได้ แต่ถ้ามีอาหารค้างมากกว่า 200 ซีซี ให้งดแล้วประเมินซ้ำอีก 1 ชั่วโมงถัดมา ถ้ายังมีอาหารค้างในกระเพาะอาหารมากกว่า 200 ซีซี ให้รายงานแพทย์ทราบ¹⁴

7) ให้อาหารไหลเข้าสู่กระเพาะอาหารผู้ป่วยตามแรงโน้มถ่วงอย่างช้าๆ

8) หากผู้ป่วยไอระหว่างให้อาหารให้หยุดปั๊มสายให้อาหารจนกว่าจะหยุดไอแล้วให้อาหารต่อ

9) ใส่ น้ำสะอาด 50 ml ล้างสายกรณีไม่มีข้อห้าม

10) หลังจากให้อาหาร จัดผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงต่ออีกอย่างน้อย 1 ชั่วโมงดูดเสมหะ

11) เปลี่ยนสายให้อาหาร (oral gastric) ทุก 7 วัน การดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน มีหลักการปฏิบัติดังนี้¹⁵

1) จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศา

2) วัด cuff pressure ของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในช่วง 20-30 mmHg

3) ดูดน้ำลายในปากก่อนทำความสะอาดช่องปากและฟัน

4) ทำความสะอาดช่องปากและฟัน โดยใช้ไม้พิน สำลีชุบน้ำยา 0.125 % Chlorhexidine gluconate เช็ดบริเวณฟัน เยื่อภายในปาก ลิ้น เพดานปาก ทุก 4 ชั่วโมง ร่วมกับการแปรงฟัน เช้า-เย็น

5) เปลี่ยน Oral airway เช้า - เย็น

6) ทาครีมฝีปากให้ชุ่มชื้นทุกครั้งหลังทำความสะอาดหรือกรณีที่ปากแห้ง

การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ท่อช่วยหายใจ

- 1) ดูแลท่อทางเดินหายใจอยู่ในตำแหน่งเดิมไม่ให้ดึงรั้ง เลื่อนหลุดเปลี่ยนพลาสติก stab มุมปาก ทุกเวรตึก หรือเมื่อมีความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุด
- 2) ดูแลน้ำในเครื่องที่ทำความชื้นให้พอเหมาะโดยใช้ น้ำกลั่นปราศจากเชื้อ
- 3) เทน้ำที่ค้างสาย ทั้งเป็นระยะๆ ทุก 2 ชั่วโมง
- 4) เปลี่ยนสายต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจตามกำหนด 7 วันด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และเมื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่
- 5) เช็ดข้อต่อต่างๆ ด้วย 70% แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังปลดข้อต่อ
- 6) วัด cuff pressure ให้อยู่ในช่วง 20-30 mmHg ทุกเวร
- 7) เปลี่ยน Ambu bag ทุก 24 ชม.

การอภิปรายผล

จะเห็นได้ว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม ควรเน้นถึงความสะดวก การจัดทำนอน และการพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลเสมหะ กิจกรรมการดูแล ท่อช่วยหายใจและส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับศึกษาการวิจัยเชิงพัฒนาในต่างประเทศ¹⁶ ที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรมเช่นเดียวกัน

สำหรับกระบวนการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยงาน โดยการให้ความรู้ฝึกอบรม จัดหาวัสดุอุปกรณ์ ให้เพียงพอ กระตุ้นให้สร้างความตระหนัก สามารถลดการเกิดเชื้อปอดอักเสบได้ ก็สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่¹⁷ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.75 เป็นร้อยละ 94.42

อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จาก 20.10 ครั้ง/1,000 VD ลดลงเหลือ 11.93 ครั้ง/1,000 VD

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์¹⁰ ที่วิเคราะห์สถานการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของบุคลากรทางการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ รูปแบบวิธีปฏิบัติ โดยการสนทนากลุ่ม การให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติพบว่า อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดลงจาก 10.77 ครั้ง/1,000 VD เหลือ 0.00 ครั้ง/1,000 VD ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดผู้ป่วยจะต้องพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกายในทางเสื่อมลง โดยเฉพาะระบบภูมิคุ้มกันที่ทำหน้าที่ลดลงทำให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของแอนติบอดีและความสามารถในการตอบสนองต่อแอนติเจนลดลง¹⁸ ดังการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 67 มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 33¹⁹

ด้านความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล ต่อแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นอยู่ร้อยละ 98.30 อยู่ระดับสูง เนื่องจากแนวทางปฏิบัติเกิดจากการประชุมกลุ่ม การร่วมกันกำหนดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานทำให้นำไปใช้ได้ง่าย และอิงหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถนำไปใช้แล้วเห็นผลบุคลากรจึงเกิดความพึงพอใจตระหนัก และเห็นความสำคัญในการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาล การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสู่หน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกันให้นำแนวทางปฏิบัตินี้ไปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติการทางการพยาบาล
2. ควรนิเทศ ติดตาม สนับสนุนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอน และแก้ไขปัญหาพร้อมกัน หากเกิดอุบัติการณ์ขึ้น
3. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สุนทร ยนต์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาให้คำปรึกษาในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่าน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาสารคามและขอบคุณกำลังใจจากเพื่อนๆ ทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. Steven, M.K., & Jonathon, D.T. Ventilator-associated pneumonia : Diagnosis, treatment, and prevention. Clinical Microbiology Reviews; 2006. (19 : 637-657).
2. Houston, S., Gentry, L.O.,V., Dao, T., Zabanch, F.,& Sabo, Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia using an Evidence-Base Practice Approach; 2003.
3. Metheny, N.A. Preventing respiratory complications of tube feeding : evidence-based practice. American journal of Critical Care, 2006; (15. 360-369).
4. Lili Tao., (2011) Device- associated infection rates in 398 intensive care unit in Shanghai, China : International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) findings. International journal of Infection Disease; 2011 (15 : e774-e780).
5. สายสมร พลดงนอก และคณะ. ปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์. Journal Medication Association Thailand; 2006. (79(1), 89-95).
6. สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, สุสันต์ อาศนะเสน, มณฑกานติ ตระกูลดิษฐ์, ศรีเบญจา ไวยพิเชษฐ์ และสมพร สันติประสิทธิ์กุล. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. จดหมายเหตุมหาวิทยาลัยแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2548. (88(10), 70-74).
7. ธฤติ สารทศิลป์. ผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย 19; 2552. 1 (มกราคม-เมษายน) : 6-19.
8. Kemmis, S., & Mc Taggart, R. The action research Planner. Geelong, Australia : DeakinUniversity; 1988.
9. บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
10. เบญจวรรณ นครพัฒน์. การพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพฯ; 2555.
11. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. หลักและแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เชียงใหม่. เชียงใหม่ : มิ่งเมือง; 2554.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Ventilator-Associated Pneumonia (VAP), 2009. Event. 1-12. Retrieved June, 13, 2011, (from www.cdc.gov/nhsn).

13. Dodek, P., Keenan, S., Cook, D., Heyland, D., & Jacka, M. Evidence-base clinical practice Guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Annals Of Internal Medicine*; 2004. (141, 305-313).
14. Chen, Y. C. Critical analysis of the factor associated with enteral feeding in preventing VAP: A systematic review. *Journal of Chinese Medication Association*; 2009. (72(4), 171-178).
15. Munro, C.L., Grape, M.J., Jones, D.J., McClish, D.K., & Sessler, Chlohexidine; toothbrushing, and preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill adults. *American Journal of Critical Care*; 2009. (18, 428-437).
16. วันดี ศรีเรืองรัตน์. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลหาดใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา; 2555.
17. เพ็ญศรี ปักกังวะยัง. การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น; 2550.
18. ฤทัย สกุลแรมรุ่ง. วิทยานิพนธ์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
19. ศรีวรรณ เรืองวัฒนา. สถานการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลลำพูน. *จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย*; 2548. (15(2), 44-53).

ประสบการณ์ดูแลสุขภาพกายหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน แบบเปิดของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก โรงพยาบาลมหาสารคาม

A Study of Health Care Experience of Femoral Fracture Patients After Open Reduction Internal Fixation at MahaSarakhm Hospital

วันเพ็ญ วรามิตร¹, ถิตาพร วงษาไฮ², ชมนภัส นราสร³, พัชรี ภาระไข⁴, สุวคนธ์ กุรัตน์⁵, ประภัสสร วงษ์ศรี⁶, ศิวพล ศรีแก้ว⁷
Wanpen Waramit¹, Thitaporn Wongsahai², Chomnapat Narasop³, Patcharee Parakho⁴, Suwakon Kurat⁵, Papatsorn Wongsri⁶, Siwapol Srikaew⁷

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ภายหลังได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิดในโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2557 ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก จำนวน 8 ราย มีแพทย์ประจำหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ จำนวน 2 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามวิธีการโคไลซี

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก จำนวน 8 ราย เป็นชาย 7 ราย หญิง 1 ราย มีอายุระหว่าง 17-46 ปี ส่วนใหญ่ประสบอุบัติเหตุจราจรยานยนต์ล้มรักษาโดยการผ่าตัดเปิดร่วมกับใส่แผ่นเหล็กตาม (Broad DCP) จำนวน 7 ราย ใส่แท่งเหล็ก (Interlocking nail) จำนวน 1 ราย

สรุปผลการศึกษาค้นคว้านี้ ได้ความหมายการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก จากมุมมองของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) รู้สึกเฉย ๆ 2) รู้สึกมั่นใจว่ามีเหล็กตามไว้แล้ว และ 3) รู้สึกว่าแพทย์เก่งสามารถรักษาได้ และประสบการณ์ดูแลสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) การดูแลสุขภาพหลังผ่าตัด 2) ประโยชน์และความสำคัญต่อชีวิตหลังผ่าตัด 3) ผลกระทบต่อการใช้ชีวิต 4) ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูก 5) ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะกระดูกหักซ้ำและภาวะความล้มเหลวของแผ่นโลหะตามกระดูกขาในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิดผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก, ประสบการณ์

^{1,2,3}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

^{4,5,6}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

⁷พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

Abstract

The research was a phenomenological qualitative research aiming at studying the meaning of health and experience of femoral fracture patients after open reduction internal fixation (ORIF) at MahaSarakhm Hospital. The time of study was from March to July 2014. The informants were 8 femoral fracture patients, 2 doctors from the Orthopedics surgery ward, 7 head nurse of the ward and registered nurses and 1 physical therapist. The collection of data employed in-depth interview. The data were analyzed with content analysis based on the Colaizzi method.

The results revealed the following: By interviewing 8 femoral fracture patients -7 males and 1 female - aged between 17 to 46, it was found that most of them had a motorcycle crash. The treatment for 7 cases was ORIF with broad DCP and for 1 case was using interlocking nail. The results are as follows:

1. The meaning of health after receiving ORIF, from the perspective of the femoral fracture patients, comprised 3 main points: 1) feeling indifferent; 2) feeling confident having the broad DCP; and 3) feeling that the doctor was smart to cure the patient successfully.

2. The health care experience after receiving ORIF comprised 5 main points: 1) the health care after the operation; 2) the use and importance for life after the operation; 3) the effect on living; 4) the complication after the operation; and 5) help needed from medical personnel comprises.

The results can be useful for developing guidelines for the prevention of re-fracture and implant failure at the hospital in the future

Keywords : Health Care Experience, Open Reduction Internal Fixation, Femoral Fracture Patient

บทนำ

อุบัติการณ์การเกิดกระดูกต้นขาหักเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ เนื่องจากกระดูกต้นขาเป็นกระดูกท่อนยาวที่มีขนาดใหญ่และแข็งแรงที่สุด รวมทั้งรับน้ำหนักที่สำคัญของร่างกาย สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้กระดูกต้นขาหักในกลุ่มประชากรทั่วไป ได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนน สำหรับในผู้ใหญ่มักพบสาเหตุมาจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ และในผู้สูงอายุจะมีสาเหตุจากการหกล้ม¹ ปัญหาอุบัติเหตุทางจราจรจึงถือเป็นปัญหาระดับโลก ซึ่งเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดภาวะกระดูกหักในประเทศแถบตะวันตก ภาวะกระดูกต้นขาหัก พบมากเป็นอันดับ 3 ของภาวะกระดูกหักที่พบในผู้ใหญ่² หรือพบประมาณ 15-20 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี³ สำหรับในประเทศไทยแต่ละปีมีสถิติผู้ได้รับบาดเจ็บที่มีภาวะกระดูกหักเป็นจำนวนมาก ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากอุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากรถมอเตอร์ไซด์ โดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีกระดูกหักมักประสบอุบัติเหตุที่รุนแรง และเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงาน⁴

เมื่อเกิดภาวะกระดูกต้นขาหัก การรักษาโดยส่วนใหญ่ มักต้องทำการผ่าตัดตามกระดูกที่หัก ปัจจุบันการผ่าตัดตามหลักที่ต้นขาเป็นวิธีการรักษากระดูกขาหักที่ใช้แพร่หลายที่สุดในโรงพยาบาลแต่เมื่อจำนวนครั้งที่ต้องทำผ่าตัดมากขึ้นเท่าไร โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนก็มากขึ้นตามกัน³ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังผ่าตัด ได้แก่ กระดูกติดช้า กระดูกไม่ติด และภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก (Implant failure) เป็นภาวะที่แผ่นโลหะสูญเสียหน้าที่ยึดตรึงกระดูกขาหักให้อยู่นิ่งก่อนกระดูกติดคืนในแนวปกติ ได้แก่ แผ่นเหล็กหัก งอ หรือสกรูถอน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกขา ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก ได้แก่ ข้อเคลื่อน (Secondary dislocation) กระดูกไม่ติด (Non-union) กระดูกหักซ้ำ (Re-fracture) และการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก ซึ่งมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การหักของกระดูกแบบ Complex และคุณภาพของกระดูกไม่ดี และด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ การทำ Reduction และตำแหน่งที่ใส่แผ่นตามโลหะไม่เหมาะสม² จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา⁵ พบว่าปัจจัยที่

มีผลต่อการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูกต้นขาของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกส่วนใหญ่มาจากการลื่นล้ม ร้อยละ 40 การเดินลงน้ำหนักก่อนแพทย์อนุญาต ร้อยละ 35 กระดูกไม่ติดร้อยละ 5 และการติดเชื้อที่กระดูก ร้อยละ 2.5 ผลของการหักคือสกรูถอนและแผ่นโลหะหัก การรักษาที่ได้รับหลังการเกิดการหักคือการผ่าตัดตามหลักใหม่และใส่ฝือกเป็นต้นนอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะ ได้แก่ 1) ปัจจัยจากการบาดเจ็บของผู้ป่วย เช่น ลักษณะการหักของกระดูก การบาดเจ็บร่วมกับระบบอื่น 2) ปัจจัยจากการรักษา เช่น การยึดตรึงกระดูกไม่เพียงพอ การไม่ปลูกถ่ายกระดูกในกรณีที่มีกระดูกหักรุนแรง การติดเชื้อที่กระดูก 3) ปัจจัยด้านลักษณะประชาชน เช่น เพศ อายุ สถานภาพ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายของพยาบาล⁶ ถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความล้มเหลวของแผ่นโลหะตามกระดูกที่กระดูกต้นขาสองกลาง ได้แก่ เพศ จำนวนกระดูกที่ถูกยึดด้วยสกรู จำนวนของผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกต้นขาแบบละเอียด และระยะเวลาที่เดินโดยใช้ไม้เท้าพยุง การผ่าตัดใส่แผ่นโลหะตามกระดูกที่กระดูกต้นขาสองกลางหักยังเป็นวิธีที่ได้ผลดีในการรักษา โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือจำกัดในการใส่แท่งโลหะตามกระดูก หากแต่จะใช้เทคนิคในการผ่าตัดที่เหมาะสม เลือกใช้เหล็กที่มีความยาวเพียงพอ ปลูกเพาะกระดูกใหม่ (Bone grafting) เมื่อมีข้อบ่งชี้ รวมไปถึงการแนะนำ ติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะระยะเวลาที่เดินโดยใช้ไม้เท้าพยุง เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะล้มเหลวของแผ่นเหล็กที่อาจจะเกิดขึ้น

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม พบภาวะกระดูกขาหักเป็นปัญหาที่สำคัญลำดับที่ 5 ของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อและในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2554 -2556) มีผู้ป่วยที่กระดูกขาหักและได้รับการผ่าตัดตามโลหะและจำหน่ายกลับบ้านต้องมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 6 เดือนหลังการผ่าตัดด้วยภาวะกระดูกหักซ้ำหรือการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูกขา ซึ่งเป็นสถิติที่สูงขึ้น คือ ร้อยละ 1.12 (จำนวน 15 ราย) ร้อยละ 1.41 (จำนวน 9 ราย) และร้อยละ 1.56 (จำนวน 14 ราย) ตามลำดับ ถึงแม้ว่าที่แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ มีแผนการดูแลผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดตามโลหะสำหรับพยาบาล

แต่ยังไม่มีแผนการดูแลผู้ป่วย แบบสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจนจากการรวบรวมปัญหาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น การเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันไม่ถูกวิธี และการลงน้ำหนักก่อนแพทย์อนุญาต การได้รับข้อมูลยังไม่ครอบคลุมในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การนั่งส้วม การใช้กายอุปกรณ์การดูแลตนเอง การขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ส่วนปัญหาด้านการรักษาพบว่าทีมแพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์จบใหม่ (Young staff) และยังมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยน้อย ปัญหาด้านองค์การพบว่ารูปแบบองค์กรยังไม่เหมาะสม ขาดการเชื่อมโยงการทำงาน ซึ่งส่งผลเสียต่อผู้ป่วยเนื่องจากต้องผ่าตัดซ้ำ ทำให้กระดูกขา มีรอยโรคเพิ่มขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมากขึ้นจากปัญหาดังกล่าวข้างต้น หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาลมหาสารคามได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงสนใจศึกษาความหมายของการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในและประสบการณ์ดูแลสุขภาพภายหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิดของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักว่ามีความหมายอย่างไร และประกอบด้วยปัจจัยมิติใดบ้าง โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งคำนึงถึงการดูแลสุขภาพจากตัวผู้ป่วยผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูกขา ที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและหน่วยงานศัลยกรรมกระดูกและข้อต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความหมายการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน และประสบการณ์ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ภายหลังได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิด โรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์ดูแลสุขภาพภายหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิด

ของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักและหรือผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักซ้ำที่เข้ารับการรักษารื้อหรือเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2556-2557 จำนวน 8 ราย ผู้ให้ข้อมูลรองประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ และนักกายภาพบำบัด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามหลักการของไคไลซี⁷

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ในด้านข้อมูลทั่วไป พบผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก จำนวน 8 ราย เป็นชาย 7 ราย หญิง 1 ราย มีอายุระหว่าง 17-46 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด อยู่ในวัยเรียนและวัยทำงาน สิทธิบัตรข้าราชการพยาบาล ใช้สิทธิบัตรทองและพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถปฏิเสธประวัติโรคกระดูกพรุน ไม่มีปัญหาการมองเห็นหรือการได้ยินระยะเวลานอนรักษาอยู่โรงพยาบาล ประมาณ 7-14 วัน สูงสุดประมาณ 2 เดือน ลักษณะที่อยู่อาศัยบ้านไม้สองชั้น มีประวัติสูบบุหรี่ และเคยดื่มเหล้า จำนวน 2 ราย แต่เลิกดื่มเหล้าตั้งแต่เกิดอุบัติเหตุผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยทุกรายจะเป็นบุคคลในครอบครัว ลักษณะการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากการขับเคลื่อนยานยนต์ล้ม ชนิดการหักของกระดูกหักเป็นแบบปิดและแบบเปิด และไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย รักษาโดยการผ่าตัดเปิดร่วมกับใส่แผ่นเหล็กตาม (Broad DCP) จำนวน 7 ราย ใส่แท่งเหล็ก (Interlocking nail) ยึดสกรูจำนวน 10 ตัว จำนวน 1 ราย ไม่มีการปลูกถ่ายกระดูกร่วมด้วย สาเหตุที่ทำให้กระดูกต้นขาหักซ้ำเกิดจากลงน้ำหนักก่อนกำหนด จำนวน 1 ราย กายอุปกรณ์ที่ใช้คือ Axillary crutches จำนวน 8 ราย

2. ด้านความหมายของการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิดของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก

ผู้ป่วยให้ความหมายการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิด หรือการมีเหล็กในร่างกายนหลังผ่าตัดประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก มักให้สัมภาษณ์ว่าดังนี้

1) “รู้สึกเฉย ๆ” “ไม่รู้สึกรู้ว่ามีเหล็กอยู่ในร่างกายดัง

คำกล่าวที่ว่า “มีเหล็กตามในร่างกาย รู้สึกเฉยๆ เจ็บมา กินยาก หาย ไม่อายเพื่อน” “ก็คือเก่า(เหมือนเดิม) แผลหะ ครับ ย่าง (เดิน)ไปทางไหนก็คือเก่า (เหมือนเดิม)”

2) “รู้สึกมั่นใจว่ามีเหล็กตามไว้แล้ว” ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่ามีเหล็กตามกระดูกไว้แล้ว ดังคำกล่าวที่ว่า “รู้สึกแปลกๆ มั่นใจอยู่ว่ามันจะหาย เห็นหมู (เพื่อน) พี่เป็นก็หาย ทุกราย ตกใจแรกๆ หลังๆ มาคืออยู่ครบ บ่เคยพ้อ (ไม่เคยพบ) มาก่อนครบ บ่เคยเกิดกับเจ้าของ (ไม่เคยเกิดกับตนเอง) แต่พอเกิดมาแล้วกะ(ก็)ดี ดีกว่าบ่ (ไม่) มีเหล็กตาม”

3) “รู้สึกว่าการแพทย์เก่ง สามารถรักษาได้” คิดว่าแพทย์สามารถรักษาให้หายได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “คิดว่ามนุษย์นี้ซ่อมได้ หมอนิ (นี้) เก่งสามารถซ่อมได้”

3. ประสพการณ์ดูแลสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก

ประสพการณ์ดูแลสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก ของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก การดูแลสุขภาพหลังผ่าตัด “ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล” ภายหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิด ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลอย่างเคร่งครัด ดังคำกล่าวที่ว่า “ใส่เหล็กตามแล้วรู้สึกว่ดีขึ้นกลับไปอยู่บ้านได้สองอาทิตย์เดินแบบที่คุณหมอบอก ได้ไม่เท่าไปเดิน ไปอยู่บ้านเดินได้ปกติ ไม่เจ็บไม่ปวดเลยถ้าปรับเปลี่ยนให้่งหย่อนขาหรือชักโครกสามารถปรับเปลี่ยนได้ บ่ (ไม่) มีปัญหาในการเห็ด (ทำ)” “หลังใส่เหล็กตามแล้ว พยายามบ่ขยับตัว (ไม่ขยับบ่อยๆ) ไม่งอขาเวลาใช้ไม้ มีชุดป้องกันเวลาอาบน้ำ ทำแผลวันละครั้งอาหารการอยู่การกิน กินเนื้อหมู ดูแลอาหารอย่างดี ทำแผลที่ อนามัยทุกวัน” “ปกติแล้วดื่มสุรา กะ (ก็) กินนิดๆ หน่อยๆ ช่วงที่ผ่าตัด ไม่แตะเลย 3 ปีกินบ่เที่ยว (ไม่กินไม่เที่ยว) เพราะว่าขาบ่ (ไม่) ดีคำแนะนำก็มีอยู่สมุดเพิ่น (ท่าน) ให้ไป”

ประโยชน์ ความสำคัญต่อชีวิตหลังผ่าตัดประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือประเด็นหลักที่ 1 “จำเป็นต้องผ่าตัดเนื่องจากต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว” ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า การผ่าตัดมีความสำคัญเนื่องจากต้องมีหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า “ใส่เหล็กแล้วกะ (ก็) เคื่องอยู่ คิดนำเมีย (เป็นห่วงภรรยา) ถ้าบ่เห็ดไผสเห็ด (ถ้าไม่ทำ ใครจะทำ) ให้เมียกิน”

ประเด็นที่ 2 “เชื่อมั่นว่าการผ่าตัดช่วยให้หายได้”

ดังคำกล่าวที่ว่า “ผ่าตัดเป็นสิ่งที่ช่วยให้กระดูกเชื่อมกัน กระดูกมันต้องติดกันเพราะมีเหล็กตามไว้ถ้าสมมุติเราใช้ไม้เดินแล้วพลาด เราก็งมีเหล็กตามช่วยไว้อยู่ บ่ (ไม่) ให้พลิก ให้ลื้อคไว้ เป็นแนว (การ) รับประกันว่าขา (กระดูก) จะติดกัน ”

ด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือประเด็นที่ 1 “กระดูกหักทำให้ชีวิตลำบาก” ดังคำกล่าวที่ว่า “หักรอบนี้ บ่(ไม่) มีกำลังมันเมื่อย (เหนื่อย) ไปเลย ยกขาบ่ (ไม่) ได้เลย มันยกบ่ (ไม่) ขึ้น บ่ (ไม่) เกรียด แต่คิดว่าลำบากเจ้าของ (ตนเอง) เสา (หาย) แล้วจะบ่เห็ดหยัง(จะไม่ทำอะไร) ลืออยู่เมาะๆเมะๆ (อยู่เฉยๆ หรืออยู่กับที่)” ประเด็นที่ 2 “กลัวไม่หาย” ดังคำกล่าวที่ว่า “บ่ได้เห็ด (ไม่ได้ทำ) งานหักใหม่ บ่ (ไม่) ออกกำลังกายเกิน ช่วงแรกผ่าใหม่ๆ ขาอเข้าบ่ (ไม่) สุด เส้นตึง เจ็บ ค่อยดัด ดึงเข้ามา เจ็บ ย้าน (กลัว) เดินบ่ (ไม่) ได้ ”

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดกระดูกหัก ประเด็นหลักที่ 1 “การติดเชื้อ”จากการให้ข้อมูลของผู้ป่วยคิดว่าปัญหาที่ทำให้กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำไม่ทราบ ว่าเกิดจากอะไร แต่แผลมีการติดเชื้อตั้งแต่ก่อนออกจากโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า “สิ่งที่ทำให้กลับมารักษซ้ำ บ่(ไม่รู้) กลับมาโรงพยาบาลเพราะเป็นหนอง อนามัยล้างแผลให้บางเทื่อ (บางครั้ง) แผลบ่ (ไม่) เคยถูกน้ำ แผลเป็นสุ (รู) น้อย ๆ ครับ ตอนออกไปยังไม่ได้ตัดไหม ไปตัดไหมที่โรงพยาบาลก็ยังมี สุ (รู) น้อย ๆ อยู่ ลาม (ลุกลาม) มาเลย”

ประเด็นหลักที่ 2 “กระดูกหักซ้ำ” ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากกระดูกหักซ้ำ โดยมีปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง และจากอุบัติเหตุหลั่ม ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยลงน้ำหนักก่อนกำหนด เนื่องจากคิดว่าไม่เป็นอะไร ดังคำกล่าวที่ว่า “ผมว่ามันบ่เป็นหยัง (ไม่เป็นอะไร) ผมกะเลยย่างเลยครับ หักครั้งสอง สตาร์ทมอเตอร์ไซด์ ใช้ขาข้างผ่านี่ละครับ ” “สองอาทิตย์เพิ่น (ท่าน) นัดมาเอกซเรย์ ตัดไหมครับ ให้คำแนะนำ ใช้ไม้ ปฏิบัติตาม หลังจากนั้นนัดเดือนหนึ่ง มาตรวจอีก ได้เอกซเรย์ทุกเทื่อ (ครั้ง) เลยครับ ให้เบิ่ง (ดู) นำซุมให้เบิ่ง มาตรวจรอบสองกะ (ก็) ดี พอกลับไปบ้าน เริ่มมั่นใจเต็มที่ แผลหาย ใหมตัดแล้ว บ่ (ไม่) เจ็บ รออีกอาทิตย์ไปโรงเรียน เริ่มบ่ (ไม่) ค่อยใช้ไม้ เอาไว้ห้อง ไว้เหือนแน (ไว้บ้านน้อย) เริ่มย่าง (เดิน) เอง หลังจากนั้นประมาณ

อาทิตย์นี้มีความรู้สึกปวด ย่าง(เดิน)มีเสียงดัง อึกๆ ก่อนมันจะหัก ” ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยลงน้ำหนักก่อนกำหนด เนื่องจากต้องการทราบว่าจะเป็นอะไรหรือไม่ หรืออยากลองดูว่าจะมีปัญหาอะไรหรือไม่ ดังคำกล่าวที่ว่า“หลังจากดูแลอย่างดี ความอยากลอง ความขี้ขลาดของหนู (เพื่อน) ของชาวบ้าน มาพูดให้ฟัง เพื่อน(ท่าน)เคยผ่าเคยใส่มาก่อน สองเดือน ก็เลยอยากลอง อยากเดินบ้าง อยากใช้ชีวิตประจำวันคือ(เหมือน)เก่า เวลาไปโรงเรียนใช้ไม้อยู่แรกๆ พอใช้ไป อยากอายุหนู อยากอายน้อง อยากอายุผู้สาว คิดว่าเจ้าของเขา(นาย) ว่าโดน(นาน) แล้ว หมอเพื่อน(ท่าน)กะ(ก็) บอกอยู่ว่าเพิ่งไปลงน้ำหนัก แต่มีความอยากลอง เดินไปแล้วเพื่อมันเข้ากันมันติดกัน หนู (เพื่อน) ว่า ถ้าอย่างหลาย (ถ้าไม่เดินมาก)ขามันสิ (จะ) ลีบ ลองย่าง (เดิน)เลย” “คิดพอยู่เพื่อน(นึกถึงอยู่ว่าท่าน)บอกอย่าว่าอย่า ถึ้มไม้เด้อ (อย่าทิ้งไม้) ย่าง (เดิน)ไปสามก้าว กะ(ก็) ลองเบ็งมีมือ (ครึ่ง) เดียวนี้ละที่ลอง เป็นเลยแะ(ทันที)”

ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุหกล้ม ทำให้กระดูกหักซ้ำ ดังคำกล่าวที่ว่า“กลับบ้านไปล้ม บ้านมันลื่น หนูจะล้มขาข้างนี้ก็เลยลงน้ำหนักด้วย ฟันไม่เปิกคะ”

ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ออกมาเยี่ยมบ้าน ดังคำกล่าวที่ว่า“บ่ (ไม่)มีคนตามเยี่ยมบ้านอนามัย พี่นกะบ่มาได้ (เจ้าหน้าที่อนามัยก็ไม่มีใครมา) มีแต่ส่งความมาให้ไปหา” ผู้ป่วยต้องการให้สอนหรือให้คำแนะนำด้านการดูแลตนเอง การทำกายภาพบำบัด ดังคำกล่าวที่ว่า“มีกายภาพมาสอนให้ทำ คำแนะนำไม่ให้แผลถูกน้ำ ให้ออกกำลังกายอยากให้อสอนเรื่องการออกกำลังกาย ” มีการติดตามเยี่ยมบ้านทางจดหมาย “ก็อาจมีการสอบถามทางจดหมาย” “มีการสอบถามเยี่ยมทางจดหมายเพราะสะดวกกว่า ได้มีเวลาในการตอบหลังทำงาน”

ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ด้านข้อมูลทั่วไป ผู้ให้สัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) แพทย์เฉพาะทางกระดูกและข้อ จำนวน 2 ราย มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย 6-7 ปีและอีก 1 ราย มีประสบการณ์ประมาณ 1 ปี แต่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยกระดูกและข้อประมาณ 4 ปี สมัยเรียนเป็นแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ 2) หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม

กระดูกและข้อ จำนวน 1 ราย พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จำนวน 5 ราย พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ราย มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกและข้อ นานประมาณ 3-10 ปี ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหักซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการตามกระดูกด้วยโลหะอาจเกิดจากอุบัติเหตุซ้ำ การลงน้ำหนักก่อนกำหนด ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา ปัญหากระดูกหักซ้ำ พบมากในผู้ป่วยที่มีอายุค่อนข้างน้อย “การฟื้นตัวเร็วอยู่แล้วอาจทำให้เขาชะล่าใจ เขาไม่ทำตามคำแนะนำของเรา อีกกลุ่มหนึ่งคือกลุ่มที่ไม่มีครอบครวดดูแลเยอะ แตกต่างเนื่องจากกลุ่มที่มีญาติดูแล นอกจากผู้ป่วยแล้วจะมีญาติมาช่วยรับฟัง คนที่อยู่คนเดียวจะห่วงปากท้องของตัวเองก่อนการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านเน้นย้ำการปฏิบัติตัวการลงน้ำหนักก่อนกำหนด การทำ VDO เกี่ยวกับ complication น่าจะช่วยให้ ”

หอผู้ป่วยมีระบบการดำเนินงานที่ชัดเจนมีทีมแพทย์ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษา ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีการปฏิบัติตัวขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลไม่ถูกต้องขาดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หน่วยงานต้องการระบบการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดกระดูกหักซ้ำ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติดูแล ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังและให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ มูลนิธิต่าง ๆ

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านความหมายการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิดของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักผู้ป่วยให้ความหมายการมีเหล็กในร่างกาย ประกอบด้วยประเด็นหลัก 3 ข้อ คือ 1) รู้สึกเฉย ๆ 2) รู้สึกมั่นใจว่ามีเหล็กตามไว้แล้ว และ 3) รู้สึกว่าแพทย์เก่ง สามารถรักษาได้ซึ่งการให้ความหมายดังกล่าว สอดคล้องกับคำกล่าวของนักวิชาการหลายท่าน ที่รักษาผู้ป่วยกระดูกหักการผ่าตัดตามเหล็กภายในช่วยให้กระดูกส่วนที่หักอยู่ในแนวเดิม ติดกันดี และหายเร็วขึ้น เครื่องยึดตรึงกระดูกที่ใส่เข้าไปในร่างกายเป็นวัสดุที่ร่างกายยอมรับและไม่เกิดปฏิกิริยาขับไล่โลหะที่ใส่นั้น เป็นโลหะเฉื่อยที่ร่างกายไม่ค่อยทำปฏิกิริยาต่อกัน การรับรู้ของผู้ป่วยภาคอีสานต่อการผ่าตัด ในด้านความหมายการผ่าตัดว่า

ทำให้หายจากความเจ็บป่วยจากอาการโรคที่เป็นอยู่ การผ่าตัดเป็นความเชื่อมั่นในแพทย์ผู้ผ่าตัดเพราะจะทำให้หายจากโรคที่เป็นอยู่

ประสบการณ์ดูแลสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดยืดตึงกระดูก พบว่า 1) ด้านการดูแลสุขภาพหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลอย่างเคร่งครัด โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ช่วงที่ป่วย ไปทำแผลสม่ำเสมอ 2) ประโยชน์ ความสำคัญต่อชีวิตหลังผ่าตัด จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยคิดว่าการผ่าตัดมีประโยชน์และมีความสำคัญต่อชีวิต เนื่องจากตัวผู้ป่วยต้องมีหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว การผ่าตัดจะช่วยรักษากระดูกหักได้ 3) ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตภายหลังการผ่าตัดยืดตึงกระดูกภายในแบบเปิด ผู้ป่วยให้ข้อมูลถึงผลจากการผ่าตัดว่าทำให้ชีวิตมีความลำบาก บางคนกลัวว่าไม่หาย 4) ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด พบว่าภายหลังการผ่าตัดยืดตึงกระดูกภายในแบบเปิดผู้ป่วยบอกเล่าถึงประสบการณ์การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลสาเหตุที่ทำให้เกิดการหักซ้ำ ได้แก่

การติดเชื้อของแผลผ่าตัดโดยผู้ป่วยไม่ทราบว่าเกิดจากสาเหตุอะไร การหักล้มเนื่องจากขาดความระมัดระวัง การเดินลงน้ำหนักก่อนแพทย์อนุญาต เนื่องจากมีความคิดว่าไม่น่าจะเป็นสาเหตุให้กระดูกหักซ้ำได้ บางคนต้องการทดสอบดูว่าจะมีปัญหกระดูกหักหรือไม่⁵ ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียการยืดตึงของแผ่นโลหะตามกระดูกต้นขาส่วนใหญ่ที่พบคือล้มล้มเดินลงน้ำหนักก่อนแพทย์อนุญาต กระดูกไม่ติดและการติดเชื้อที่กระดูก

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย อุบัติเหตุหกล้ม และการติดเชื้อ ดังนั้นควรพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีระบบการติดตามแนวโน้มการรักษาและติดตามทางโทรศัพท์ในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการลงน้ำหนัก และมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างเป็นรูปธรรม และศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะกระดูกหักซ้ำต่อไป

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สุนทร ยนต์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม นายแพทย์วีระศักดิ์ ศรีชวนชื่นสกุล ผู้เชี่ยวชาญและตรวจสอบเครื่องมือในการทำทำวิจัยครั้งนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัชคนธ์ แพรขาว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์ ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ และอาจารย์สุคนธ์ ทองดอนบม กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

1. Reynold April. The fractured femur. **Radiologic technology** 2013; 84(3) : 273-291.
2. Appelt A., Suhm N., Baier M. and Meeder P.J. Complications after intramedullary stabilization of proximal femur fractures : a retrospective analysis of 178 patients. **European Journal of Trauma and Emergency Surgery** 2007; 3 : 261-267.
3. Lakhey S., Maheshwari J. and Malhotra R. Factor affecting implant failure in fracture of the shaft of femur. **Journal of Nepal Medical Association** 2003; 42 : 197-200.
4. ชัชวาล จันทะเพชร. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจร. **วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉินไทย** 2552; ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน.
5. ต้อม จันทพงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูกต้นขาของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. **สวรงค์ประชารักษ์เวชสาร** 2553; 9(3) : 142-156.
6. กริช ธีรลีกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะลิ่มเลือดของแผ่นโลหะตามกระดูกต้นขาส่วนกลาง. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์** 2555; 27(2).
7. Speziale, H.J. and Carpenter, D.R. **Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative**. 4th. ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. กาญจนา อุப்புญ, วราภรณ์ เชื้ออินทร์, ทิพย์วรรณ มุกนำพร และคณะ. การรับรู้ของผู้ป่วยอีสานต่อการผ่าตัด : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐ. **ศรีนครินทร์เวชสาร** 2551; 23(3).

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
The evaluation of the developed of TB patient care system in
Chiang Yuen hospital, Chiang Yuen district, Mahasarakham province

ศักดิ์สิทธิ์ ศรีทุมขันธ์¹
Saksit Sritoomkhan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลเชียงยืน เป็นการศึกษาระยะพรรณนาโดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เลือกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจงในคณะกรรมการวัณโรคในโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ รวมจำนวน 68 คน ระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา พบว่าผลการประเมินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การดำเนินงานคือคณะกรรมการวัณโรคระดับ CUP และระดับตำบล มีการลงนามข้อตกลงร่วมกันระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาล ในการดำเนินงานวัณโรคในชุมชน จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคส่งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง มีการพัฒนาศักยภาพให้ได้มาตรฐาน มีระบบการคัดกรองวัณโรคในผู้รับบริการ มีระบบช่องทางด่วนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีระบบ DOT โดยอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 คน อย่างไรก็ตาม หลังการพัฒนา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.91) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี (ร้อยละ 87.45) ปี 2556 พบ อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด เพียงร้อยละ 82.89 อัตราการเปลี่ยนเสมหะจากบวกเป็นลบ ร้อยละ 83.33 เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตถึงร้อยละ 9.62 ส่วนคุณภาพการตรวจเสมหะในการวินิจฉัยผู้ป่วยยังต่ำ (ร้อยละ 61.37) ดังนั้น จึงควรมีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลที่เป็นระบบทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางส่วนยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องสาเหตุ การป้องกันวัณโรคและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค ดังนั้น จึงควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติให้มากขึ้น และควร DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ให้ครบทุกราย รวมทั้งทบทวนการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคทุกรายเพื่อหาแนวทางป้องกันต่อไป

คำสำคัญ : การประเมินผล, การพัฒนาระบบ, ผู้ป่วยวัณโรค

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

This evaluation research aimed to evaluate the development of TB patients care system in Chiang Yuen hospital by CIPP model. The study designed a qualitative and a quantitative study. The investigator conducted with 68 persons and purposive sampled from the TB committee in Chiang Yuen hospital and the TB undertaker in Tumbon health promoting hospital. The study collected data during 1-30 June 2014. The data were analyzed using descriptive by frequency distributions, percentage and mean.

The result of the study was the CUP TB committee and Tumbom, had the agreement signed between Subdistrict Administrative Organization and hospital for TB operation in the community. But there were 4 tumbon only, which had the TB patients care pattern send to the Tumbon health promoting hospital, the clinic development to standardised, the TB screening system, the TB patients care hotlink system, DOT system by 3 health volunteers and the undertakers changes always which made the development of discrete. Another, the forward data and the coordination in the hospital had no good. The patients received the TB education from the health officials and health volunteers. However, the most patients had the moderate of the TB education after the development (66.91%). While the most patients (87.45%) had the self care behavior to good. In 2013, had the successfully ratio of the pulmonary TB treatment, was 82.89%. The secretion changing ratio from positive to negative was 83.33%. Because the patients was died for 9.62% and the quality of secretion evaluation for diagnosis was low (61.37%). Therefore, it should be coordination and forward the data for internal and external system in the hospital. Some patients also lack of accurate education about the cause of TB, TB prevention and the people who are risk of TB. So it should be to educate for patients and care giver and DOT by health officials and health volunteers in all cases. Including a review of all deaths in TB patients to seek futher prevention

Keywords : The evaluation, the development system, Patients with tuberculosis

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายๆ ประเทศทั่วโลก สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และแรงงานเคลื่อนย้าย ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากล และต้องการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานไว้ว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรคแล้ว ความชุกของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 14 ล้านคน โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ และในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ ประมาณ 8.8 ล้านคน เสียชีวิตปีละ 1.7 ล้านคน นอกจากนี้การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ก็ส่งผลต่อระบาดวิทยาของวัณโรค โดยทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยซึ่งจัดเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีสูง

องค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และใน พ.ศ. 2555 องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 86,000 รายต่อปี หรือคิดเป็น 124 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งกรมควบคุมโรค ได้รายงานผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ พบว่า มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาประมาณ 65,000 รายต่อปี โดยประมาณร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อและมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่ง ยังไม่เข้าถึงระบบการรักษา¹ ซึ่งจากรายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี 2552-2554 พบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (898, 915 และ 946 ตามลำดับ)

โรงพยาบาลเชียงยืนเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ดูแลรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอำเภอเชียงยืนและอำเภอชื่นชม ประกอบด้วย 12 ตำบล 163 หมู่บ้าน 20,433 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งสิ้น 86,943 คน รพ.สต. 16 แห่ง มีบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด 251 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ค้าขาย และรับจ้างตามลำดับ ภาศิเครือข่าย ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 13 แห่ง โรงเรียน 59 แห่ง สถานศึกษาเอกชน 5 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 28 แห่ง ส่วนภาศิเครือข่ายอื่นๆ

ได้แก่ วิทยุชุมชน หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน คลินิกแพทย์ และร้านขายยา เป็นต้น

โรงพยาบาลเชียงยืน ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเขตพื้นที่อำเภอเชียงยืนและอำเภอชื่นชม จากการดำเนินงาน ปี 2554-2556 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรับการรักษา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (120, 111 และ 130 รายตามลำดับ)⁴ ซึ่งโรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมาตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา โดยมีการจัดบริการตามมาตรฐานครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร อาคารสถานที่ ระบบบริการ และด้านการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของการพัฒนาระบบดังกล่าวว่าบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดบ้าง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยประเมินผลเพื่อประเมินผลอย่างเป็นระบบโดยใช้แบบจำลองการประเมินผลแบบชิป (CIPP Model) ซึ่งผลจากการวิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขและส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประเมินผลโดยใช้รูปแบบ CIPP Model มีการรวบรวมเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 13-28 มิถุนายน 2557 โดยกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแล จำนวน 55 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 13 คน รวมทั้งสิ้น 68 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบตรวจสอบรายการ การทบทวนเอกสาร แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบตรวจสอบรายการการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ แหล่งข้อมูลที่สำคัญ คือผู้รับผิดชอบงานวัณโรคและผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเชียงยืนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมด้วยแบบ

สอบถาม โดยชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกโรค โดยผู้วิจัยเอง หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทันที

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูล (Content analysis) โดยข้อมูลที่ได้ในแต่ละวัน หลังจากตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูล แล้วนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นจึงตีความหมายของข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์ และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

ผลการศึกษา

จากการดำเนินงานโรคโรงพยาบาลเชียงใหม่ พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งก่อนการพัฒนาพบว่าเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่-ขึ้นชม ไม่มีนโยบายด้านโรค ผู้บริหารและบุคลากรไม่เห็นความสำคัญของงานโรค ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่มีคลินิกโรคที่ชัดเจน ไม่มีระบบการส่งต่อ และการติดตามผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้อัตราการขาดการรักษาสูง และอัตราการรักษาหายขาดต่ำ ดังนั้น ผู้รับผิดชอบงานโรค คณะกรรมการ PCT และ IC จึงได้ประชุมทบทวนการดำเนินงาน และกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานตามแนวทางโรคแห่งชาติ และกำหนดให้โรคโรคเป็น 1 ใน 5 กลุ่มโรคที่สำคัญของโรงพยาบาล และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2550 โดยจัดบริการตามมาตรฐานครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร อาคารสถานที่ ระบบบริการ และด้านการพัฒนาคุณภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรค ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโรคแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ควบคุม ป้องกัน รักษาโรคระดับ CUP มีการจัดส่งแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายทุกแห่ง

ปัจจุบันนำเข้า จากเดิมการดำเนินงานโรคมีเพียงผู้รับผิดชอบคลินิกโรค ฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค

เป็นผู้ดำเนินการ ไม่มีระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้รับบริการ การให้บริการไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ดังนั้นคณะกรรมการ PCT และ IC จึงมีมติให้จัดตั้งคลินิกโรค ซึ่งแยกจากแผนกผู้ป่วยนอกและอยู่ห่างจากผู้ป่วยอื่นๆ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกัน และรักษาโรค ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่และขึ้นชมและปรับปรุงคำสั่งให้เป็นปัจจุบันทุกปี ยกเว้นปี 2554 เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานโรค และในปี 2555-2556 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยนายก อบต. ประธาน อสม. ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และร่วมกันจัดทำบันทึกข้อตกลงระหว่าง อบต. และโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันควบคุมโรค ในชุมชน 4 ตำบล ส่วนผู้รับผิดชอบงานโรคได้รับการอบรมวิชาการด้านโรคอย่างต่อเนื่อง และจัดประชุมวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ใน CUP และประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโรค แก่ อสม. อย่างต่อเนื่องอย่างไรก็ตามพบว่ายังมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางคนที่มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วยโรค แสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย และในปี 2554 ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างของโรงพยาบาลและปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานโรค โดยงานโรคเป็นส่วนหนึ่งของแผนกผู้ป่วยนอกพิเศษกลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลได้สนับสนุนการดำเนินงานโรค ในการรักษาพยาบาล การอบรมวิชาการ และการรณรงค์โรคแต่ไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้รับผิดชอบจึงได้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคามและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่นในการจัดทำโครงการโรคต่างๆ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังได้จัดทำบทความเกี่ยวกับโรคส่งให้ทุกหมู่บ้านประชาสัมพันธ์ในวันวันโรคโลก รวมทั้งพัฒนาแนวทางการให้ความรู้โรคแก่ผู้ป่วยและญาติให้มีความครบถ้วนและครอบคลุมประเด็นสำคัญมากขึ้น จัดทำคู่มือผู้ป่วยพร้อมทั้งเบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคให้สามารถสอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมง จัดอบรม อสม. โรค ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้มากขึ้น ประชาชนทั่วไป มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรค

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลเชียงใหม่ไม่มีนโยบายและคณะกรรมการโรค ไม่มีแนวทางการดำเนินงานและ

ส่งต่อผู้ป่วย ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นระบบผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ดังนั้นจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกัน รักษาวัณโรค เพื่อร่วมกันกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จัดทำแนวทางการดำเนินงานวัณโรคและแจ้งผู้เกี่ยวข้องใน CUP ส่วนผู้รับผิดชอบงานวัณโรคได้ประชุมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ และประสานงานกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยมีการประสานงานในการวางแผนงาน/โครงการ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารวัณโรค การจัดอบรม และประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน นอกจากนี้ ยังจัดทำแนวทางการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยส่งข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ภายใน 7 วัน และกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง มีการคัดกรองวัณโรคในผู้รับบริการ ส่วน อสม. คัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและกลุ่มเสี่ยง สำหรับการติดตามประเมินผลนั้น ไม่มีระบบการติดตามประเมินผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ดังนั้น จึงได้บูรณาการ งานวัณโรคเข้าไปในงานนิเทศติดตามของ CUP ปีละ 2 ครั้ง ซึ่งงานวัณโรคเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินผลการปฏิบัติงาน (KPI) ระดับจังหวัดอีกด้วย

คณะกรรมการวัณโรคระดับ CUP ที่ประกอบด้วย สหวิชาชีพ มีนโยบายที่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางการดำเนินงานวัณโรค ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคณะกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคในชุมชน มีบันทึกข้อตกลงระหว่าง อบต. และโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันควบคุมวัณโรคในชุมชน แต่ไม่ครอบคลุมทุกตำบล มีระบบการประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล แต่ไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย และคัดกรองวัณโรคในผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแนวทางการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีการนิเทศงานจากระดับเขตและจังหวัด ส่วนอำเภอมีการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีละ 2 ครั้ง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลเชียงยืน

ก่อนการพัฒนา	กระบวนการพัฒนา	หลังพัฒนา
1. ไม่มีนโยบายวัณโรค	แต่งตั้งคณะกรรมการวัณโรคและกำหนดนโยบายวัณโรคให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	มีนโยบายวัณโรค โดยจัดให้เป็น 1 ใน 5 กลุ่มโรคที่สำคัญของโรงพยาบาล
2. ไม่มีคณะกรรมการวัณโรค	แต่งตั้งคณะกรรมการ ที่ประกอบด้วย สหวิชาชีพในโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอเชียงยืนและชื่นชม	มีคณะกรรมการวัณโรคระดับ CUP และในชุมชน บันทึกข้อตกลงระหว่าง อบต. และโรงพยาบาลเชียงยืนเพื่อร่วมกันควบคุมวัณโรคในชุมชน แต่ไม่ครอบคลุมทุกตำบล
3. ไม่มีแนวทางการดำเนินงาน	กรรมการ PCT และ IC ทบทวนกระบวนการทำงานและจัดทำแนวทางการดำเนินงาน แล้วแจ้งผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลเชียงยืน (ต่อ)

ก่อนการพัฒนา	กระบวนการพัฒนา	หลังพัฒนา
4. ไม่มีแนวทางการส่งต่อและประสานงาน	กรรมการ PCT และ IC ทบทวนกระบวนการทำงาน และจัดทำแนวทางการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค	มีแนวทางการส่งต่อและประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล แต่ไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน
5. ไม่มีแนวทางการติดตามประเมินผล	บูรณาการในการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ของ CUP	มีแผนการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง และรายงานผลการนิเทศให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทราบทุกครั้ง

จากการการประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 55 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 59.03 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพเกษตรกร มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง ร้อยละ 83.64 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดและมีประวัติการป่วยวัณโรคของคนในครอบครัว โดยผู้ที่ทำหน้าที่กำกับกินยา คือบุตรหลาน จากการประเมินความรู้ พบว่ามากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องวัณโรคในระดับปานกลาง โดยทุกคนมีความรู้ถูกต้องในเรื่องการตรวจวินิจฉัยระยะเวลาในการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาที่ควรไปพบแพทย์ เวลาในการกินยารักษา แต่พบว่าทั้งหมดมีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องสาเหตุ วิธีการป้องกัน และผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องวัณโรคจากเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคเมื่อมารับยาตามนัด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และ อสม. ที่ไปเยี่ยมบ้าน และหออกระจายข่าวในหมู่บ้าน ในช่วงที่มีการณรงค์วัณโรคโลก จากการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับดีในเรื่องการกินยา การไปพบแพทย์ตามนัด การเก็บยา อาการข้างเคียงจากยาที่ต้องรีบไปพบแพทย์ การดูแลตัวเองเมื่อมีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย และการนำเสมหะไปตรวจตามนัดทุกครั้ง อย่างไรก็ตามพบว่าไม่ถึงหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างที่มีการขากเสมหะใส่ถุงแล้วนำไปเผาหรือฝัง ซึ่งจากการการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดได้รับการดูแลที่ดีจากคนในครอบครัวทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ โดยผู้ที่ทำหน้าที่ DOT ส่วนใหญ่เป็นคน ในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา

บุตร หลาน และพบว่า มีผู้ป่วยเพียง 3 รายเท่านั้นที่ได้รับการ DOT โดย อสม.

ปัญหาอุปสรรค พบว่า คลินิกวัณโรคไม่มีการสรุปข้อมูลผู้ป่วยและผลการรักษาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่รับผิดชอบทราบและการติดตามเยี่ยมบ้านยังทำไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานวัณโรคบ่อย ส่วนการ DOT โดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังทำได้น้อย

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ ควรพัฒนาระบบการ DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ให้ครบทุกราย รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านให้ได้ตามเกณฑ์ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่แกนนำสุขภาพ เช่น อสม. ผู้นำชุมชน ในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลที่ดีจากชุมชน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

หลังการพัฒนามีนโยบายวัณโรค โดยกำหนดให้เป็น 1 ใน 5 กลุ่มโรคที่สำคัญของโรงพยาบาล มีคณะกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกันและรักษาวัณโรคระดับอำเภอ ตั้งแต่ปี 2550 ประกอบด้วย สหวิชาชีพในโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 2 แห่ง และปรับปรุงคำสั่งให้เป็นปัจจุบันทุกปี ยกเว้นปี 2554 มีคณะกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกันวัณโรคในชุมชน และมีบันทึกข้อตกลงระหว่าง อบต. และโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันควบคุมวัณโรคในชุมชน แต่ไม่ครอบคลุมทุกตำบล ส่วนผู้รับผิดชอบงานวัณโรคได้รับการอบรมวิชาการด้านวัณโรคและโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง มีการจัดประชุมวิชาการวัณโรคแก่เจ้าหน้าที่

ใน CUP มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวัณโรค แก่ อสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางคนมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วยวัณโรค แสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย นอกจากนี้โรงพยาบาลยังได้จัดทำบทความเกี่ยวกับวัณโรค ส่งให้ทุกหมู่บ้านประชาสัมพันธ์นอกจากนี้ยังพัฒนาแนวทางการให้ความรู้วัณโรคแก่ผู้ป่วยและญาติให้มีความครบถ้วน และครอบคลุมประเด็นสำคัญมากขึ้นมีการจัดทำคู่มือผู้ป่วยวัณโรค พร้อมทั้งเบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคให้ผู้ป่วยสามารถสอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้มากขึ้น ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย³ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวัณโรคจากแผ่นพับ/ใบปลิว/เอกสารมากที่สุด รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการจัดประชุม/อบรม² ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเองจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อไปรับยา และ อสม. ที่ไปเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ยังได้จัดทำแนวทางการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยกำหนดให้คลินิกวัณโรคส่งข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ภายใน 7 วัน และ

กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนามยทุกผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนในผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยและผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มเยาวชนผลกระทบจากปัญหามีระบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในผู้มารับบริการ ส่วน อสม. คัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและกลุ่มเสี่ยง หากพบมีอาการสงสัยวัณโรคให้ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการติดตามผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคให้เข้ารับการตรวจรักษาตามระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. โรงพยาบาลควรทบทวนการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคทุกรายเพื่อหาแนวทางป้องกันต่อไป
2. ควรกำหนดให้เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทุกแห่งติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคให้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีการส่งรายงานการเยี่ยมบ้านแก่คลินิกวัณโรค
3. ควรพัฒนาระบบ DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ให้ครบทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และรักษาหายขาด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2556. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. เอกสารฉบับร่าง.
2. สมชาย เทเวลา และศรีนรรัตน์ ระหา. 2550. การปรับตัวต่อปัญหาการเจ็บป่วยและแนวทางการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยครอบครัวและชุมชน ตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและระบบสาธารณสุข. 1 (2 : ฉบับเสริม), 236-245.
3. วิชุดา เสพสมุทร และช่อทิพย์ บรมนรรัตน์. 2554. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ งานป้องกันและควบคุมโรควัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาคร. เอกสารประกอบการประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 26 สิงหาคม 2554
4. โรงพยาบาลเชียงยืน. 2556. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค โรงพยาบาลเชียงยืน. เอกสารประกอบการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (KPI) จังหวัดมหาสารคาม ประจำปี 2556.
5. Daniel L.Stufflebeam, 2007. Evaluation Models. nded.Springer : Netherlands.

**ผลของโปรแกรมประยุกต์การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมาธิบำบัด
ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด ต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

**The Effect of Application Health Promotion Program by Meditation
Therapy and Rubber Chain Exercise on Behavioral Modification
of Ischemic Heart Disease Prevention among Hypertensive at
Phra Ajarn Ban Thanagaro Hospital, Sakon Nakhon Province.**

ศิลปกรณ์ งอยจันท์ศรี¹, ญัฐจารพร พิชัยณรงค์², ปิติ ทั้งไพศาล³
Sinlapakorn Ngoyjansri¹, Natchaporn Pichainarong², Piti Tangpaisarn³

บทคัดย่อ

โรคหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมาธิบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไขมัน LDL-Cholesterol ในเลือด มากกว่า 130 มก./ดล. มีอายุระหว่าง 40-70 ปี จำนวน 34 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired t - test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระดับ LDL-Cholesterol ในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบนและล่าง ลดลงแตกต่างจากก่อนการทดลอง ส่วนค่าดัชนีมวลกาย ลดลงไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

โดยสรุป โปรแกรมประยุกต์การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมาธิบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับ LDL-Cholesterol ในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง และค่าดัชนีมวลกาย ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้.

คำสำคัญ : สมาธิบำบัดแบบ SKT, การออกกำลังกายด้วยยางยืด, โรคหัวใจขาดเลือด

¹นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

²อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

³นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Ischemic Heart Disease leads to illness and death for people in the world and Thailand. Which, the cause is born from health behavior that inappropriates to suit. This research aims to study the Effect of Application Health Promotion Program by Meditation Therapy and Rubber Chain Exercise on Behavioral Modification of Ischemic Heart Disease Prevention among Hypertensive at Phra Ajarn Ban Thanagaro Hospital, Sakon Nakhon Province. The samples consisted of Hypertensive, 130 mg. /dl LDL- Cholesterol level, 40-70 years, the sample consisted of 34 persons. The program lasted for 12 weeks. The data were collected by interviewing schedule. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation; Paired t - test for testing hypotheses.

Research results revealed that, after the experiment, the experimental group had higher mean scores of perception of susceptibility, perception of severity, expectation in the consequence of prevention, expectation in self-efficacy and had better preventive behavior concerning eating, exercise and anxiety than before the experiment with statistically significant ($p < 0.05$). The LDL- Cholesterol levels, the systolic and diastolic blood pressures levels were down different from before the experiment but body mass index levels was down not different from before the experiment.

In conclusion, the application of health promotion program by meditation therapy and rubber chain exercise could be effective for change behaviors to reduce the LDL- Cholesterol levels, the systolic and diastolic blood pressures levels and body mass index levels to prevention Ischemic Heart Disease among Hypertensive

Keywords : meditation therapy SKT model, rubber chain exercise, Ischemic Heart Disease

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) เป็นความผิดปกติของหัวใจชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เนื่องจากเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือดแดงโคโรนารีทำให้หลอดเลือดแดงแคบลงหรือมีการอุดตันจนไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ จึงเกิดการเสียสมดุลระหว่างปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจกับความต้องการเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและออกซิเจน ถ้าเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะสั้นและไม่รุนแรง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้เรียกว่าโรคหัวใจขาดเลือด ถ้ามีอาการรุนแรงถึงขั้นที่ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้เรียกว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง พิการ เสียชีวิต¹ โรคหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกอย่างน้อย 17 ล้านคนต่อปี หรือประมาณหนึ่งในสามของการตายทั้งหมดทั่วโลก องค์การอนามัยโลกกำหนดให้โรคหัวใจเป็นภัยร้ายแรงคร่าชีวิตมนุษย์ ทั่วโลก 792 คนต่อวันหรือชั่วโมงละ 33 คน ในประเทศไทยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายมานานกว่า 20 ปี มีแนวโน้มอัตราป่วยและอัตราตายสูงขึ้นเรื่อยๆ²

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีหลายสาเหตุทั้งทางพันธุกรรม ความเสื่อมหรือความบกพร่องของร่างกายตามเพศ อายุ การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ความอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และความเครียดหากมีปัจจัยเสี่ยงมากก็ยังมีโอกาสเกิดโรคมามากเป็นทวีคูณ สาเหตุโรคดังกล่าวล้วนเกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิตและเกิดจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ความเครียด เป็นต้น แต่พฤติกรรมต่างๆ นี้สามารถปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องและเหมาะสมได้

จากรวบรวมการเกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับมี LDL-Cholesterol ในเลือดผิดปกติ พบว่า การลดระดับไขมันในเลือดโดยการรับประทานเพียงอย่างเดียวจะสามารถลดระดับไขมันที่ผิดปกติลงได้ ร้อยละ 20 แต่เมื่อรับประทานยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะสามารถลดระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติเพิ่มจากเดิม ร้อยละ 19.00

ซึ่งปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่า ภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติสามารถควบคุมได้โดย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย, การลดน้ำหนักตัว, การงดสูบบุหรี่, การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้ดีจะต้องมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติร่วมด้วย³ แต่ที่ผ่านมา ความล้มเหลวของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคคือการไม่สามารถคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากบุคคลมีการรับรู้แต่ไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นการที่จะส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องได้ จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่ง Pender กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตได้นั้น เป็นผลมาจาก มโนทัศน์ 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ - การรับรู้, ปัจจัยร่วม และตัวชี้แนะการกระทำ⁴

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger ร่วมกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด และเน้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร ส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยยางยืด⁵ และการผ่อนคลายความเครียดโดยประยุกต์ใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT⁶ โดยมุ่งหวังว่าเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวโรคหัวใจขาดเลือด มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสามารถควบคุมระดับไขมัน LDL-Cholesterol ในเลือด ค่าความดันโลหิต และค่าดัชนีมวลกายได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมาธิบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

รูปแบบและวิธีการวิจัย

เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีอายุ 40-70 ปี ที่มารับบริการ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2556 จำนวน 34 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมออย่างน้อย 3 เดือน แต่ไม่เกิน 10 ปี รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (Enalapril 5 mg 1 tab x1) และรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือด (Simvastatin 20 mg 0.5 tab x 1) มีระดับ LDL-Cholesterol ในเลือด > 130 มก/ดล. มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ไม่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการปฏิบัติตัวในแต่ละวัน ใน 3 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย โปรแกรมประยุกต์การส่งเสริมสุขภาพ คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด วิดีทัศน์

ชุดตัวอย่างอาหาร ยางยืดเพื่อใช้ในการออกกำลังกาย แผ่นพับ เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิตที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ใช้ Paired t - test กำหนดระดับนัยสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.50 มีอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 61.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.40 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 88.20 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.80 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 79.40 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว ร้อยละ 14.70 มีระยะ เวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี และมากกว่า 6 ปีขึ้นไปเท่ากัน คือ ร้อยละ 44.10 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มีระดับ LDL-Cholesterol ในเลือดผิดปกติ 1-5 ปี ร้อยละ 70.60

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ภายหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกัน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลัง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด	1.70	0.36	2.70	0.27	-12.10	<0.001*
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	1.71	0.36	2.45	0.38	-7.30	<0.001*
3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	1.80	0.41	2.72	0.21	-13.37	<0.001*
4. ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	1.66	0.33	2.74	0.17	-18.34	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการผ่อนคลายความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง (n= 34)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
1. ด้านการควบคุมอาหาร	2.54	0.37	3.25	0.37	-8.27	<0.001*
2. ด้านการออกกำลังกาย	1.84	0.71	3.10	0.55	-8.23	<0.001*
3. ด้านการผ่อนคลายความเครียด	2.60	0.44	3.55	0.40	-9.61	<0.001*
พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดโดยรวม	2.31	0.39	3.30	0.30	-12.59	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับ LDL-Cholesterol ในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง (n= 34)

ระดับ LDL-Cholesterol ในเลือด (มก./ดล.)		ก่อนการทดลอง (n=34)		หลังการทดลอง (n=34)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<130	(ปกติ)	-	-	9	26.50
130-159	(สูง)	20	58.80	17	50.00
≥ 160	(สูงมาก)	14	41.20	8	23.50
max, min		224, 131		188, 103	

การเปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิตตัวบนหลังระดับเสี่ยงสูง (>140 mmHg) ลดลงเหลือ ร้อยละ 8.80 ดังการทดลองพบว่า ระดับค่าความดันโลหิตตัวบน ลดลง ตารางที่ 4 อยู่ในระดับปกติ (<120 mmHg) ร้อยละ 29.40 และอยู่ใน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามค่าความดันโลหิตตัวบน ก่อนและหลังการทดลอง (n= 34)

ค่าความดันโลหิตตัวบน (mmHg)		ก่อนการทดลอง (n=34)		หลังการทดลอง (n=34)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<120	(ปกติ)	4	1.80	10	29.40
120-139	(สูง)	18	52.90	21	61.80
>140	(สูงมาก)	12	35.30	3	8.80
max, min		150, 100		140, 100	

การเปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิตตัวบนหลังการทดลองพบว่า ระดับค่าความดันโลหิตตัวล่าง หลังการทดลองพบว่า ระดับค่าความดันโลหิตตัวล่างลดลง

อยู่ในระดับปกติ (< 80 mmHg) เพิ่มขึ้นร้อยละ 41.20 และอยู่ในระดับเสี่ยง (80 - 89 mmHg) ลดลงเหลือร้อยละ 50.00 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามค่าความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนและหลังการทดลอง (n= 34)

ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)		ก่อนการทดลอง (n=34)		หลังการทดลอง (n=34)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
< 80	(ปกติ)	8	23.50	14	41.20
80 - 89	(เสี่ยง)	25	73.50	17	50.00
> 90	(เสี่ยงสูง)	1	3.00	3	8.80
max, min		90, 60		90, 60	

การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงไม่แตกต่าง

จากก่อนการทดลองแต่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 34 คนสามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นได้ทุกคนดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละจำแนกตามค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังการทดลอง (n= 34)

ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)		ก่อนการทดลอง (n=34)		หลังการทดลอง (n=34)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
18.50 - 22.99	(ปกติ)	5	14.70	5	14.70
23.00 - 24.99	(น้ำหนักเกิน)	7	20.60	8	23.50
25.00 - 29.99	(อ้วน)	18	52.90	17	50.00
≥30.00	(อ้วนมาก)	4	11.80	4	11.80
max , min		36.98, 20.13		36.52, 19.72	

การอภิปรายผล

โปรแกรมประยุกต์การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมาร์ตโฟนร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและความสามารถในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับสูงผลของการเปลี่ยนแปลงเกิดจากการจัดกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม

ป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด มีการสาธิต และฝึกปฏิบัติ มีการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตัวในแต่ละวัน ติดตามผลของการจัดกิจกรรมจากการบันทึกวิเคราะห์ผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียดจากผลการวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับสูง ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดขึ้นจากการจัดกิจกรรม การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวและระดับความดัน

โลหิต ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร แนะนำวิธีการเลือกรับประทานอาหารประเภทต่างๆ วิธีประกอบอาหาร การปรุงอาหาร เสนอเมนูอาหาร ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายด้วยยางยืด 10 ท่า และการผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT

ระดับไขมัน LDL - Cholesterol ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง การควบคุมอาหาร ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายด้วยยางยืด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การผ่อนคลายความเครียดมีการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 58.80

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย ลดลงไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองแต่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้นได้ เมื่อหาค่า Odds Ratio มีค่า 0.88 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่จัดให้เป็นปัจจัยป้องกันสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ กิจกรรมการผ่อนคลายด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT โดยการมีส่วนร่วม การลงบันทึกกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน คือ การแจ็กคู่มือ แผ่นพับ การกระตุ้นเตือนด้วยคำพูด และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจในการปฏิบัติตัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และนายแพทย์ปิติ ทั้งไพศาล ที่คอยให้คำแนะนำตลอดการศึกษานี้ นายแพทย์โสภณ วันโทยจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร เจ้าหน้าที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาล พระอาจารย์แบน ธนากโร ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมโปรแกรมและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จันทรคำ ยอดดี. ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการดูแลตนเองในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนະชัย จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2555.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2549.
3. Roger, R.W. Protection Motivation Theory. Health Education Research Theory and Practice, I, 153 - 161. Protection Motivation Theory of fear appeals and attitude change. Journal of Psychology, 1983 : 93-114.
4. Pender NJ. Health Promoting in Nursing Practice. Exercise and Health, 1996 : 185-205.
5. เจริญ กระบวนรัตน์. ยางยืดพิชิตโรค. กรุงเทพฯ : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2549.
6. สมพร กันทรดุษฎี - เติร์มชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 11, กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลสาธาณสุข คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.

รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

A Model of Alcohol-Free Village Development in Sri-Suk Sub district, Kantharawichai District, Mahasarakham Province

ศุภกิจ มะธิโตปะนะ¹
Supakit Matitopanam¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษากระบวนการสร้างรูปแบบ การดำเนินงานตามรูปแบบและการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบวิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นแกนนำหมู่บ้าน จำนวน 42 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t - test

ผลการวิจัย : พบว่าได้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การจัดตั้งกรรมการดำเนินงานและผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน การอบรมให้ความรู้ ข้อบังคับหมู่บ้าน สัญญาประชาคม การประชาสัมพันธ์ และการกระจายข่าวสาร การติดตาม ดูแล ช่วยเหลือจากคณะกรรมการดำเนินการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินงานตามรูปแบบ พบว่า การดำเนินงานหลังการพัฒนาในทุกด้านโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผล : รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กิจกรรมเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ส่งผลให้การพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า มีการพัฒนา และการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ดีขึ้น ส่งผลต่อการเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และเกิดอัตลักษณ์และปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า คือ “การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกภาคส่วน การยอมรับและการปฏิบัติตามข้อบังคับหมู่บ้าน สัญญาประชาคม”

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า, การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Objective : To study the procedure builds the format, operating follows the format, develop a alcohol-free village Sri-Suk Sub district, Kantharawichai District, Mahasarakham Province

Method and Materials : The purpose of this action research by action through AIC technique, 42 key community informants were purposively selected. Data were collected by using a questionnaire. Descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation were employed for data analyses and Paired t-test.

Result : The findings indicated the developed model a alcohol-free village included these aspects opinion participation, forming a committee to coordinate and take responsibilities, training and field study, setting village regulation, public relation and information dissemination, follow-up and supervising, community assistance and stakeholder collaboration. After implementing the developed the alcohol-free village, the outcomes of operation in each aspect and overall were improved better than before, ($p < .05$).

Conclusion : The study results revealed that developed alcohol-free village Sri-Suk Sub district, Kantharawichai District, Mahasarakham Province which comprised of several potential activities using AIC technique was an effective strategy to improve community participation with a great change. Therefore, the model could be applied as a strategy to improve community participation and identity born and successful factors “included stakeholder collaboration, acceptance and performing according in the village regulations”. Therefore, it should further applied in other similar areas

Keywords : Model of Alcohol-Free Village Development, Appreciation Influence Control (AIC)

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ระบุให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และจัดให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดประเภทหนึ่งที่มีฤทธิ์ทำลายจิตประสาท¹ ผลของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกายในปริมาณแอลกอฮอล์ที่ยังไม่มากจะไปขัดขวางการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ระบบประสาททำงานได้ไม่ดี สติ สัมผัสญญะลดน้อยลง และเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้น จะไปยับยั้งการทำงานของระบบกระตุ้นประสาทส่วนกลางเกิดอาการเมเมา ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสลดลง ไม่สามารถทรงตัวได้ ความจำเลอะเลือนขาดความรับผิดชอบชั่วขณะ ความยับยั้งชั่งใจทำให้เกิดปัญหาสังคมตามมา เช่น อุบัติเหตุการจราจร ปัญหาครอบครัวขาดความอบอุ่น หรือครอบครัวอาจจะแตกแยก ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาทางด้านสาธารณสุข ปัญหาต่อสุขภาพร่างกายทั้งระบบสมอง หลอดเลือด และหัวใจ ระบบทางเดินอาหาร นอกจากนั้นจะทำให้เกิดโรคพิษสุราเรื้อรังแล้วยังพบว่าคนที่ติดสุรามักจะมีปัญหาความผิดปกติทางจิตใจสูงกว่าคนที่ไม่ได้ดื่มสุรา

การศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2549 ที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีมูลค่าสูงถึง 5,491.2 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากผู้ป่วยนอก 2,488.1 ล้านบาท และผู้ป่วยใน 3,003.1 ล้านบาทสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการบริการผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 55 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด² นอกจากนั้น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้บริโภคเอง คนรอบข้าง รวมถึงต่อสังคม ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการสูญเสียผลิตภาพผู้ที่อยู่ในวัยกำลังแรงงาน สถานะของการดื่มมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียผลิตภาพในการทำงานโดยรวม ผู้ที่ดื่มอย่างอันตรายมาก ผู้ที่เคยดื่ม และผู้ที่ดื่มบ้าง มีสัดส่วนการสูญเสียประสิทธิภาพการทำงาน โดยรวมมากกว่าผู้ที่ไม่เคยดื่ม³

เหตุผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนพบว่าสาเหตุมาจากความแตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิง ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางสังคม

ทางฐานะทางสังคมของแต่ละคน สถานะภาพสมรส และระดับการศึกษา อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าสาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์จะเกิดจากปัจจัยใดก็ตามผลที่ตามมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ก็ก่อให้เกิดผลเสียในหลายด้านซึ่งปัญหาที่พบบ่อยคืออุบัติเหตุจราจร สาเหตุจากการเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางบก 5 อันดับแรก คือ เมาสุรา ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด ขับรถตัดหน้ากระชั้นชิด ขับรถตามกระชั้นชิด และขับรถไม่ชำนาญ และจากสถิติของผู้ที่เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางจราจรจำแนกตามประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าเมื่อปี พ.ศ. 2533 ผู้ที่เคยดื่มแอลกอฮอล์มีอัตราการตายด้วยอุบัติเหตุสูงถึง ร้อยละ 77.12 และจากสถิติผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดปี พ.ศ. 2529 - 2533 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า พบแอลกอฮอล์น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์, 40-79 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์, 80-119 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และเท่ากับหรือมากกว่า 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เป็นร้อยละ 6.0, 8.1, 10.3 และ 37.5 ตามลำดับ⁴

นอกจากนั้นพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสามีและ/หรือภรรยา ยังส่งผลกระทบต่อภาระการทำความรุนแรงของสามีต่อภรรยา โดยทั้งที่สามีดื่มฝ่ายเดียว หรือสามีและภรรยาดื่มทั้งสองฝ่าย มีโอกาสเสี่ยงต่อที่ถูกสามีกระทำความรุนแรงมากกว่ากลุ่มภรรยาและสามีไม่ดื่ม ทั้งนี้เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ความกล้าแสดงออกและการกระทำต่าง ๆ ทั้งในด้านดีและไม่ดีต่อบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะการแสดงออกในด้าน ไม่ดี เช่น การใช้คำพูดคำหยาบ ก้าวร้าว ข่มขู่ หรือหยาบคาย รวมถึงการใช้กำลังแสดงความรุนแรง พุบตีทำร้ายร่างกาย⁵

ในเขตอำเภอกันทรวิชัย พบว่า จำนวนการเกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในปี 2554 จำนวน 560 ราย เสียชีวิต 8 ราย บาดเจ็บรุนแรงถึงขั้นพิการ จำนวน 2 ราย และบาดเจ็บเล็กน้อย จำนวน 550 ราย ซึ่งมีแนวโน้ม การเกิดอุบัติเหตุในอัตราที่สูง และจากข้อมูลดังกล่าว จำนวนการเกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประชาชนในเขตตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จำนวน 34 ราย เสียชีวิต 1 ราย และบาดเจ็บเล็กน้อย จำนวน 33 ราย⁶

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในประชาชนในตำบลศรีสุข ที่ดื่มสุรา จำนวน 30 ราย พบว่าอายุเฉลี่ย 36.4 ปี

จบการศึกษาประถมศึกษา รายได้เฉลี่ย 2,500-6,500 บาท ต่อเดือน เครื่องดื่มที่ดื่มคือเหล้าขาว ร้อยละ 92 เบียร์ ร้อยละ 10 สาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ คือ มีเพื่อน แนะนำให้ดื่ม ร้อยละ 42.45 รองลงมาคือ เห็นเพื่อนบ้าน ร้อยละ 31.23 มีบุคคลในครอบครัวดื่ม ร้อยละ 20.56 และอยากดื่มเอง ร้อยละ 8.55 สำหรับเหตุผลในการดื่มมากที่สุด คือดื่มเพื่อแก้ปวดเมื่อย คลายกล้ามเนื้อหลังการทำงาน ร้อยละ 50.21 รองลงมาคือดื่มเพื่อช่วยเจริญอาหาร ร้อยละ 32.36 ดื่มเพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 10.56 ดื่มเพื่อคลายเครียด เพื่อความสนุกสนาน ร้อยละ 10.38 และตลอดจนมีการ ดำเนินการหมู่บ้านปลอดเหล้า ตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่เริ่มดำเนินการ ในปี พ.ศ. 2554 พบว่ารูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านปลอดเหล้า ที่ผ่านมายังประสบปัญหาหลายประการทำให้การพัฒนาค่อนข้างช้า จากการสำรวจความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินการหมู่บ้านปลอดเหล้า พบว่า มีปัญหาหลายด้านดังนี้ การประชุมวางแผนขาดการประชุมที่ต่อเนื่อง การกำหนดการประชุมเป็นหน้าที่ของประธาน ขาดการประชุมงาน การประชุม การแต่งตั้งคณะกรรมการ การมีความชัดเจนแต่ไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ ขาดความร่วมมือ การประชาสัมพันธ์ไม่เป็นระบบทั่วถึงและต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ดำเนินการไม่ชัดเจน การช่วยเหลือดูแลกันของคณะกรรมการไม่มีการดำเนินการที่ชัดเจน ๆ ของผู้สูงอายุ บริหารจัดการ และมีส่วนร่วมเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข เป็นผู้ให้การสนับสนุนดูแลติดตามนิเทศงานเป็นครั้งคราว การดำเนินงานของคณะกรรมการดำเนินการหมู่บ้านปลอดเหล้า ค่อนข้างจะโดดเดี่ยวขาดพลังผลักดัน สนับสนุนจากองค์กรอื่น ๆ รวมถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือภาคประชาชนเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานหมู่บ้านปลอดเหล้า ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์

ซึ่งในการแก้ปัญหาการดำเนินงานหมู่บ้านปลอดเหล้า ต้องควรประกอบด้วยทุกส่วน ที่จะต้องร่วมมือกัน และคณะกรรมการดำเนินการหมู่บ้านปลอดสุรา จะต้องแสดงศักยภาพในการทำงาน ตลอดจนมีบทบาทในการที่จะแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ ในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องจึงควรเริ่มที่คณะกรรมการดำเนินการหมู่บ้านปลอดเหล้า ดังนั้น ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ที่ส่วนเกี่ยวข้องในการติดตามนิเทศงาน จึง

มีความสนใจในการพัฒนาหารูปแบบหมู่บ้านปลอดเหล้า ตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) ซึ่งเป็นกลวิธีหลักเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้าการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นกลวิธีสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานใด ๆ ประสบความสำเร็จ^๑ เพราะการพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนนั้น คือการเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เป็นการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการสร้างรูปแบบ การดำเนินงาน ตามรูปแบบ และการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปลอดเหล้า ตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติ จำนวน 42 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกคัดเข้า คือ 1) เป็นประชาชนในตำบลศรีสุข ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่านออกเขียนได้มีสภาพร่างกายที่พร้อมจะร่วมทำกิจกรรมได้ 3) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย 4) เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ผู้นำชุมชนมีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย

และกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคัดออก คือ 1) ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้มีสภาพร่างกายที่พร้อมจะร่วมทำกิจกรรมได้ 2) ไม่มีความยินดีที่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2555 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test, กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คณะกรรมการดำเนินการ (ผู้นำชุมชน อบต. อสม. ครู จนท.สาธารณสุข พระสงฆ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กศศ. ตัวแทนประชาชน) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานะทางสังคม และแบบ

สอบถามการดำเนินงานหมู่บ้านปลอดเหล้า เป็นคำถามลักษณะปลายปิด เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ก่อนการดำเนินงานพัฒนา

การดำเนินการวิจัย มี 4 ระยะ คือ ระยะการวางแผน ปฏิบัติวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ การดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า กำหนดแนวทางการวางแผนปฏิบัติ (มกราคม 2555) 1) เก็บข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้าที่ผ่านมา ก่อนดำเนินการพัฒนางาน 2) ประชุม/สนทนากลุ่ม กับแกนนำ หมู่บ้าน (ผู้นำชุมชน อบต. อสม. ครู จนท.สาธารณสุข พระสงฆ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กศศ. ตัวแทนประชาชน) ตามปัญหาและส่วนขาด นำเสนอข้อมูลการวิเคราะห์ร่วมกันวางแผนกำหนดกรอบแนวทางและแผนการปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ใช้ระยะเวลา 1 วัน 3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาหมู่บ้านปลอดสุรา กับแกนนำหมู่บ้าน (ผู้นำชุมชน อบต. อสม. คร. จนท.สาธารณสุข พระสงฆ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กศศ. ตัวแทนประชาชน) โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) และขั้นตอนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control : C) โดยการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม เทคนิคกระบวนการกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย ระยะเวลา 2 วัน

ระยะการดำเนินการปฏิบัติการพัฒนางานตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด (มกราคม 2555) เป็นการจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ เพื่อให้ได้ตามเป้าประสงค์ เช่น ประชุมให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ในชุมชน จัดกิจกรรมรณรงค์งดสูราในวันพระวันสำคัญต่างงานศพปลอดเหล้า มีการประกาศเกียรติให้แก่ผู้ที่เลิกเหล้าสำเร็จ เครือข่ายการเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคเหล้า และภาคีเครือข่ายอื่นๆ

ระยะประเมินผลโดยการสังเกตการปฏิบัติ (มกราคม 2555) การนิเทศ ติดตามสนับสนุน ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำครั้งที่ 1

ระยะการสะท้อนผลผลการปฏิบัติ (มีนาคม 2555)

1) จัดเวทีประชุมการจัดการความรู้การดำเนินงาน

การพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ของแกนนำหมู่บ้าน (ผู้นำชุมชน อบต. อสม. ครู จนท.สาธารณสุข พระสงฆ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กศศ. ตัวแทนประชาชน) เพื่อร่วมกันทบทวนแนวทาง ผลการปฏิบัติงาน ปัญหาข้อขัดแย้ง สรุปประเด็นที่จะใช้ประกอบเป็นการวางแผนการดำเนินงานต่อไป มีกำหนดระยะเวลา 1 วัน 2) การนิเทศ ติดตามสนับสนุน ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำ ครั้งที่ 2 ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า 3) สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อหาข้อมูลปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาการดำเนินงานการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า 4) วัดผลการดำเนินงานการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า โดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ หลังการพัฒนา

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะประชากรของคณะกรรมการดำเนินการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.38) มีอายุระหว่าง 45 - 54 ปี (ร้อยละ 38.10) รองลงมา อายุ 35 - 44 ปี (ร้อยละ 28.57) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.58 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.67) รองลงมาเป็นโสด (ร้อยละ 23.81) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 69.05) รองลงมาอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 11.90) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 38.10) รองลงมาต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 23.81) รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 6,425 บาท การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 45.24) รองลงมาเป็นประถมศึกษา (ร้อยละ 19.05) และปวช./ปวส./อนุปริญญา (ร้อยละ 19.05) และคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า เห็นว่า ก่อนการพัฒนา มีการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน คือ ด้านการวางแผนของชุมชน ด้านการดำเนินกิจกรรมในชุมชน อยู่ในระดับน้อย ด้านการติดต่อประสานงาน อยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการพัฒนามีการดำเนินงานโดยรวมและรายด้านพัฒนาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากและ ภายหลังการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า มีการพัฒนาเป็นรายด้านและโดยรวมพัฒนาดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

ปัจจัยความสำเร็จประกอบด้วย

1) การดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ต้อง

อาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) คณะกรรมการดำเนินการ การพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน 3) การยอมรับ รักษากฎกติกา สัญญาประชาคม และการเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคเหล้าอย่างต่อเนื่อง 4) การประชาสัมพันธ์การดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ควรเป็นไปโดยสม่ำเสมอ 5) มีการประชุมติดต่อกันเป็นประจำ ติดตามผลการดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้าอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในหมู่บ้าน ได้มีการกำหนดกฎของหมู่บ้านลาด หมู่ที่ 14 ตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

1) ห้ามค้ายาเสพติดผิดกฎหมายทุกประการ 2) ห้ามทะเลาะวิวาท หรือก่อเหตุรำคาญต่อบุคคลอื่น 3) ห้ามเสพยาเสพติดผิดกฎหมายทุกประการ 4) ห้ามขับขี่ยานยนต์และรถจักรยานยนต์เสี่ยงดังภายในหมู่บ้าน 5) ห้ามส่งเสียงดังอันเป็นเหตุให้เกิดความรำคาญแก่บุคคลอื่นในหมู่บ้าน 6) ห้ามผู้ดื่มเหล้าจนครองสติไม่ได้เข้าไปในสถานประกอบพิธีทางศาสนา 7) ห้ามเลี้ยงสัตว์ หรือก่อเหตุให้เกิดโรคภัยหรือส่งกลิ่นเหม็นในหมู่บ้าน 8) ห้ามยิงปืนในหมู่บ้าน โดยไม่มีเหตุจำเป็น 9) คณะกรรมการหมู่บ้านต้องมาประชุมทุกครั้งเมื่อมีการประชุม

ผู้วิจัยให้ความสำคัญในการออกติดตาม ควบคุม กำกับ กระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง จึงได้ส่งหมู่บ้านลาดเข้ารับการประเมินผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน จึงได้รับรางวัลบุคคลยอดเยี่ยมแห่งปี รางวัลอีสานทองคำ เป็นรางวัลด้านการรณรงค์ ผู้ไม่ดื่ม ไม่สูบ จังหวัดมหาสารคาม ประจำปี 2557 และเกิดอัตลักษณ์ในพื้นที่ คือ “การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกภาคส่วน การยอมรับ และการปฏิบัติตามข้อบังคับหมู่บ้าน สัญญาประชาคม”

สรุปผลและวิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การที่จะดำเนินการพัฒนาหมู่บ้าน ปลอดเหล้า ให้สำเร็จได้นั้น สิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งคือการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกภาคส่วน การยอมรับ และการปฏิบัติตามข้อบังคับหมู่บ้าน สัญญาประชาคม⁹ เรื่องรูปแบบการละเลิกเหล้าสู่ความยั่งยืน โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา ได้รูปแบบการดำเนินงานต่อเนื่องเรื่องการลด

ละ เลิกเหล้า โดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) โครงสร้าง มีคณะกรรมการดำเนินงานจากตัวแทนจากทุกภาคส่วนในชุมชน (2) บทบาทหน้าที่มีการแบ่งเป็นคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ ครอบคลุมและความเหมาะสม (3) กระบวนการดำเนินงาน มีการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนและจะใช้เสียงส่วนใหญ่ ให้เป็นมติของที่ประชุม (4) เกิดกฎ กติกา ข้อบังคับของชุมชน โดยชุมชนมีมติยอมรับพร้อมที่จะปฏิบัติตาม (5) การเฝ้าระวัง ค้นหาปัญหาและติดตามประเมินผล (6) แผนการดำเนินงานต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนผลที่ได้ภายหลัง การดำเนินงานตามรูปแบบ ช่วยให้ผู้ดื่มเหล้าทั้งหมด 174 คน ลดการดื่มเหล้าได้ โดยร้อยละ 87.4 ไม่ดื่มเหล้าเทศกาลเข้าพรรษาหลังออกพรรษา มีการลดการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งความถี่และปริมาณของการดื่มโดยมีการดื่มห่างๆ 1 ครั้ง/เดือนหรือน้อยกว่าร้อยละ 12.6 ดื่มในปริมาณเดิมแต่ลดความถี่ลงเหลือ 1-2 ครั้ง/เดือนและจากการประเมินติดตาม 1 ปี พบว่าหยุดดื่มได้ 25 คน คิดเป็นร้อยละ 14.36 ประชาชนมีความพึงพอใจในโครงการถึงร้อยละ 98.6 (ส่วนที่เหลือคือไม่แสดงความคิดเห็น) เกิดโครงการต่อเนื่อง ได้แก่ โครงการลดเหล้าในเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา ปี 2 โครงการกฐินปลอดเหล้าปี 2549 และลดยกรงเหล้าของเยาวชน ผลสำเร็จที่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของประชาชนจากการควบคุมด้วยกลไกของชุมชนเองผลักดันให้เกิดกระแสแห่งความร่วมมือ ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์จากโครงการ จนเกิดความต้องการที่จะดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บ้านบ่อน้อย ได้รับเลือกให้เป็น หมู่บ้านต้นแบบในการดำเนินงานเพื่อลด ละ เลิกเหล้า ของจังหวัดมหาสารคาม เป็นหมู่บ้านตัวอย่างที่สามารถศึกษาดูงานสำหรับพื้นที่ใกล้เคียงได้เป็นอย่างดี¹⁰ ได้ศึกษารูปแบบ การพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มแกนนำหมู่บ้าน พบว่า ได้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็น การจัดตั้งกรรมการดำเนินงานและผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน การอบรมให้ความรู้ การศึกษาดูงาน ข้อบังคับหมู่บ้านสัญญาประชาคม การประชาสัมพันธ์ และการกระจายข่าวสาร และหลังการพัฒนาในทุกด้านโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 อีกทั้งควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไป
ประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

ควรมีปัจจัยอะไรที่มีผลต่อการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หรือ
มีปัจจัยอะไรที่ส่งผลให้ต้องเลิกทำกิจกรรมต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว ภายหลังจาก
การใช้กระบวนการในรูปแบบการวิจัยนี้ผ่านไป 1-3 ปี เพื่อ

2. ควรมีการศึกษากระบวนการวิจัยเรื่องการ
ดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านปลอดเหล้า ในวงรอบต่อไป
เพิ่มอีก เพื่อติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและช่วย
ให้การดำเนินการได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ ฐิติบุญสุวรรณ และคณะ. ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการขาดงานและด้วยประสิทธิภาพการทำงาน
จากการบริโภคแอลกอฮอล์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 3(1), 102-112, 2552.
2. นันทิยา วิสุทธิภักดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มสุราของนิสิตชาย ในหอพัก
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
3. ประพัตร์ เนรมิตพิทักษ์กุล และคณะ. ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ของประชากรไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2(4), 594-602, 2550.
4. พงษ์เดช สารการ และเยาวเรศ คำมะนาด. พฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการกระทำรุนแรงของ
สามีต่อภรรยา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 3(8), 589-597, 2552.
5. โรงพยาบาลกันทรวิชัย. รายงานประจำปี. มหาสารคาม : โรงพยาบาลกันทรวิชัย, 2554.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข. รายงานประจำปี. มหาสารคาม : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข,
2554.
7. วรพจน์ พรหมสัตยพรด. “การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือการวิจัย,” ใน เอกสารประกอบการสอนวิชาหลักการ
ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาสารคาม : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 43, 2546.
8. สมาคมป้องกันปัญหาจากสุราในประเทศไทย. คู่มือรณรงค์ป้องกันปัญหาจากสุรา. กรุงเทพฯ ม.ป.พ., ม.ป.ป.
9. สร้างศักดิ์ ไสมสุข. รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปลอดสุรา จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553. 22.

การบริโภคอาหารว่างและความรู้เกี่ยวกับอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนชุมชนโนนสมบูรณ์ ในเขตพื้นที่ชนบท อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

Snack Consumption and Knowledge about Healthy Snacks of Grade 4-6 Students of Chumchonnonsoomboon School Located in Rural Area, Kaosuankwang District, Khon Kaen Province

สุพัตรา มหาชัย¹, เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤษ²
Suphattra Mahachai¹, Kiatirat Kunarattanapruk²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการบริโภคอาหารว่าง และความรู้เกี่ยวกับอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนชุมชนโนนสมบูรณ์ พื้นที่ชนบท อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนชุมชนโนนสมบูรณ์ ทั้งชายและหญิงจำนวน 93 คน ใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกการบริโภคอาหารว่าง และแบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ปริมาณสารอาหารด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrients และหาความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของการบริโภคอาหารว่างประเภทที่ดีต่อสุขภาพกับระดับความรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ โดยใช้สถิติ Fisher's exact test ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา : พบว่าประเภทของอาหารว่างที่นักเรียนในชนบทชอบบริโภค คือขนมซองหรือขนมถุง แหล่งของอาหารว่างที่นักเรียนบริโภคส่วนใหญ่ได้จากสหกรณ์โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 86 มีอาหารว่างที่นักเรียนบริโภคมากที่สุดคืออาหารว่างเข้า ส่วนประเภทของอาหารว่างที่นักเรียนบริโภคบ่อยครั้ง (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์) หรือบ่อยครั้งมาก คือนมและผลิตภัณฑ์ ขนมซองหรือขนมถุง ด้านปริมาณพลังงานที่ได้รับจากอาหารว่างของนักเรียนมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 616.6 กิโลแคลอรีต่อวัน ($Q_1 - Q_3 = 484.3 - 871.7$) หรือร้อยละ 37.8 ของปริมาณพลังงานอ้างอิงที่เด็กไทยในวัยนี้ควรได้รับ ซึ่งมากกว่าปริมาณที่กำหนดไว้ ส่วนปริมาณพลังงานที่ได้รับจากอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 244.3 กิโลแคลอรีต่อวัน ($Q_1 - Q_3 = 167.5 - 351.9$) นักเรียนส่วนใหญ่ร้อยละ 60.2 มีความรู้เกี่ยวกับอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังพบว่าความถี่ของการบริโภคอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ ประเภทผลไม้, ถั่ว, พืชหัว และธัญพืช, นมและผลิตภัณฑ์ กับระดับความรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน

คำสำคัญ : อาหารว่าง, อาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ, ความรู้เกี่ยวกับอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ

¹นักศึกษานิเทศศาสตร์ สาขาวิชาโภชนาการเพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²รองศาสตราจารย์ภาควิชาโภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Abstract

Objective : This research aimed to study snack consumption and knowledge about healthy snacks of grade 4-6 students of Chumchonnonsoomboon School, located in the rural area of Kaosuankwang district, Khon kaen province. Cross-sectional descriptive research The sample population of this research were 93 grade 4-6 students of Chumchonnonsoomboon School. Data were collected by questionnaires, food record of snack consumption, and 24 - hour dietary recall. Data were collected during November to December 2012. Data from questionnaires and food record of snack consumption were analyzed using descriptive statistic. INMUCAL-nutrients were used for analyzing nutrients. The relationship between frequency of healthy snack consumption and knowledge about healthy snacks of grade 4-6 students were analyzed using Fisher's exact test at the 0.05 level of significance.

Results : revealed that junk food was the most popular type of snacks of students in the rural area. The source of snacks of most students was school cooperation stores (86%). The snack time of most students was mid morning. The type of snacks that most students often consumed (4-6 times per week) or very often consumed was milk and milk products, and junk foods. The median value of energy from the snack consumption of the students was 616.6 kcal per day ($Q_1 - Q_3 = 484.3 - 871.7$) or 37.8% of Dietary Reference Intakes (DRI). which was more than the recommended level. The median value of energy from the healthy snack consumption of the students was 244.3 kcal per day ($Q_1 - Q_3 = 167.5 - 351.9$). Most students (60.2%) had knowledge about healthy snacks at good level. In addition, it was also found that there was statistically different relationship between the frequency of healthy snack consumption (such as fruits, nuts and grains, milk and milk products) and the level of knowledge about healthy snacks of students

Keywords : snacks, healthy snacks, knowledge about healthy snacks

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศต่างๆ ได้มีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว รวมทั้งเทคโนโลยีในการผลิตอาหารที่มีรูปแบบการผลิตที่หลากหลาย และมีสื่อโฆษณาที่สามารถเข้าถึงได้ทั่วทุกครัวเรือน ทำให้มีการซื้ออาหารได้ง่ายจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2549 พบว่าเด็กวัยเรียนทั่วโลก 22 ล้านคน มีภาวะโภชนาการเกิน และยังคงพบว่า เด็กชั้นประถมศึกษาถึงร้อยละ 46.8 รับประทานขนมกรุบกรอบเป็นประจำและร้อยละ 31.3 ดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ¹ และจากการสำรวจการบริโภคขนมของเด็กประถมศึกษาในจังหวัดจันทบุรียังพบว่า ขนมกรุบกรอบเป็นขนมที่เด็กนิยมบริโภคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.06 รองลงมาคือ ไอศกรีม/หวานเย็นรสต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 34.76² จากผลการสำรวจในเด็กไทย พบว่า แหล่งที่มาของพลังงานส่วนเกินในเด็กส่วนใหญ่มาจากเครื่องดื่มและขนมซึ่งมีปริมาณไขมันและน้ำตาลสูง และยังคงพบว่าเด็กอายุ 3-15 ปี ได้รับพลังงานจากขนมและเครื่องดื่มมากถึงร้อยละ 16-27 ของพลังงานที่ควรได้รับจากอาหารทั้งหมดใน 1 วัน³ และเนื่องจากโรงเรียนชุมชนโนนสมบูรณ์ เป็นโรงเรียนที่อยู่ในเขตชนบท ซึ่งโรงเรียนมีการจัดอาหารกลางวันและมีร้านค้าสหกรณ์จำหน่ายขนม เครื่องดื่มและผลไม้ พร้อมทั้งมีร้านค้าประจำหมู่บ้านหลายแห่ง ทำให้นักเรียนสามารถเข้าถึงการบริโภคได้ง่าย ส่งผลให้เด็กเลือกประเภทและชนิดของขนมได้หลากหลาย และสามารถบริโภคได้บ่อยไม่จำกัดจำนวนครั้ง จึงส่งผลในด้านปริมาณของพลังงานและสารอาหารที่ได้รับจากการบริโภคอาหารว่าง ซึ่งอาหารว่างที่เด็กนักเรียนเลือกซื้อทั้งที่ดีและไม่ดีต่อสุขภาพ ผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เด็กมีการบริโภคอาหารว่างได้อย่างถูกวิธีและสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานต่างๆ ในการพัฒนาเด็กให้เติบโตอย่างเต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการบริโภคอาหารว่างและความรู้เกี่ยวกับอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนชุมชนโนนสมบูรณ์

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งชายและหญิง ประจำปีการศึกษา 2555 ของโรงเรียนชุมชนโนนสมบูรณ์ จำนวน 93 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียนและครอบครัว แบบวัดความรู้และแหล่งความรู้ของนักเรียน แบบบันทึกการบริโภคอาหารว่างที่นักเรียนบริโภคใน 7 วัน และแบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2555 มีรายละเอียดโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถามแยกตามชั้นเรียน จากนั้นให้นักเรียนจดบันทึกมื้ออาหารว่างและชนิดอาหารว่างที่นักเรียนบริโภคใน 1 วัน โดยใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารว่างที่นักเรียนบริโภคใน 7 วัน จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง โดยเก็บข้อมูลจากนักเรียนคนละ 3 วันต่อเนื่องกัน เป็นวันธรรมดา 2 วัน และวันหยุด 1 วัน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับอาหารว่างและการบริโภคอาหารว่าง จากแบบบันทึกการบริโภคอาหารว่าง วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ปริมาณสารอาหารที่นักเรียนบริโภคนำมาวิเคราะห์ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับใน 1 วัน โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สารอาหารสำเร็จรูป สำหรับปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับ แสดงผลข้อมูลเป็นค่ามัธยฐาน (เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ) และร้อยละของปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน (Dietary Reference Intake; DRI)⁴ ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของการบริโภคประเภทอาหารว่างกับความรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับอาหารว่าง ที่ดีต่อสุขภาพโดยใช้สถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ มีจำนวน 93 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 39.8 เพศหญิง ร้อยละ 60.2 อายุเฉลี่ย 11.1 ปี (SD=0.9) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ส่วนใหญ่

ร้อยละ 48.4 อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท อาชีพหลักของบิดาและมารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 46.2 ส่วนแหล่งข้อมูลเรื่องอาหารว่างได้รับจากครูมากที่สุด ร้อยละ 48.8

แหล่งที่มาของอาหารว่างที่นักเรียนบริโภคส่วนใหญ่

บริโภคมาจากสหกรณ์โรงเรียน (ร้อยละ 86.0) รองลงมาเป็นร้านค้าในโรงเรียน (ร้อยละ 43.0) และร้านค้าภายนอกโรงเรียน (ร้อยละ 34.4) ร้านสะดวกซื้อในเมือง (ร้อยละ 12.9) และร้านค้าอื่นๆ เช่น ร้านค้าในชุมชน (ร้อยละ 3.2) ความรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับอาหารว่าง

ตารางที่ 1 ประเภทของอาหารว่างกับความถี่ของการบริโภคอาหารว่างประเภทต่างๆ ของนักเรียน (n=93)

ประเภทอาหารว่าง	จำนวนครั้งที่บริโภคอาหารว่าง			
	ไม่บริโภค จำนวนคน (ร้อยละ)	1-3 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวนคน (ร้อยละ)	4-6 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวนคน (ร้อยละ)	≥7 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวนคน (ร้อยละ)
ผลไม้	11 (11.8)	37 (39.8)	21 (22.6)	24 (25.8)
ผัก	76 (81.7)	16 (17.2)	1 (1.1)	-
ถั่ว พืชหัว และธัญพืช	24 (25.8)	36 (38.7)	25 (26.9)	8 (8.6)
นมและผลิตภัณฑ์	9 (9.7)	35 (37.6)	23 (24.7)	26 (28.0)
อาหารว่างประเภทเบเกอรี่	88 (94.6)	5 (5.4)	-	-
ขนมซองหรือขนมถุง	7 (7.5)	40 (43.0)	36 (38.7)	10 (10.8)
อาหารว่างอื่นๆ ขนมจีบ ซาลาเปา	58 (62.4)	27 (29.0)	6 (6.4)	2 (2.2)
ลูกกวาด ลูกอม ช็อกโกแลต	66 (71.0)	24 (25.8)	3 (3.2)	-
ไอศกรีม	80 (86.0)	13 (14.0)	-	-
ขนมหวานของไทย	64 (68.8)	25 (26.8)	2 (2.2)	2 (2.2)
อาหารว่างประเภททอด ปิ้ง ย่าง	32 (34.4)	47 (50.5)	12 (12.9)	2 (2.2)
เครื่องดื่ม	21 (22.6)	47 (50.5)	15 (16.1)	10 (10.8)

ตารางที่ 2 ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับจากการบริโภคอาหารว่างและอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง (n=93)

พลังงานและสารอาหาร	ปริมาณสารอาหาร ที่ได้รับจากอาหารว่าง ที่ดีต่อสุขภาพ	ปริมาณสารอาหารที่ได้รับ จากอาหารว่างทั้งหมด	
		ปริมาณสารอาหาร	ร้อยละ DRI
พลังงาน (กิโลแคลอรี/วัน)			
Median (Q1 - Q3)	244.3 (167.5 - 351.9)	616.6 (484.3 - 871.7)	37.8 (29.5 - 51.6)
95% CI Median	240.7 - 316.8	636.1 - 763.7	38.7 - 46.6
คาร์โบไฮเดรต (กรัม/วัน)			
Median (Q1 - Q3)	40.0 (29.3 - 59.2)	101.9 (78.1 - 140.6)	-
95% CI Median	40.6 - 53.5	101.7 - 125.3	
ไขมัน (กรัม/วัน)			
Median (Q1 - Q3)	5.8 (3.5 - 9.3)	18.3 (14.9 - 24.8)	-
95% CI Median	5.8 - 8.1	18.7 - 22.1	

ตารางที่ 2 ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับจากการบริโภคอาหารว่างและอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพของนักเรียน
กลุ่มตัวอย่าง (n=93) (ต่อ)

พลังงานและสารอาหาร	ปริมาณสารอาหาร ที่ได้รับจากอาหารว่าง ที่ดีต่อสุขภาพ	ปริมาณสารอาหารที่ได้รับ จากอาหารว่างทั้งหมด	
		ปริมาณสารอาหาร	ร้อยละ DRI
โปรตีน (กรัม/วัน)			
Median (Q1 - Q3)	6.1 (3.9 - 8.8)	15.3 (11.2 - 20.6)	37.3 (27.2 - 50.5)
95% CI Median	5.9 - 8.6	15.0 - 18.4	37.0 - 45.4
แคลเซียม (มิลลิกรัม/วัน)			
Median (Q1 - Q3)	144.1 (63.3 - 228.2)	191.5 (129.4 - 305.8)	19.1 (12.9 - 30.6)
95% CI Median	140.3 - 238.5	200.4 - 299.5	20.0 - 29.9
เหล็ก (มิลลิกรัม/วัน)			
Median (Q1 - Q3)	0.8 (0.5 - 1.5)	2.4 (1.9 - 3.5)	16.0 (11.6 - 22.2)
95% CI Median	0.9 - 1.1	2.5 - 3.0	16.2 - 19.8
วิตามินเอ (ไมโครกรัม/วัน)			
Median (Q1 - Q3)	40.9 (21.7 - 79.5)	76.6 (50.7 - 121.6)	12.8 (8.4 - 20.3)
95% CI Median	46.2 - 82.6	81.5 - 122.0	13.6 - 20.3
วิตามินบี 1 (มิลลิกรัม/วัน)			
Median (Q1 - Q3)	0.1 (0.1 - 0.2)	0.3 (0.2 - 0.6)	33.6 (22.1 - 67.6)
95% CI Median	0.1 - 0.3	0.5 - 0.8	52.4 - 85.9

นักเรียนที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารว่างอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.7 ระดับต่ำ ร้อยละ 16.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของการบริโภคอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพกับระดับความรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ

ความถี่ในการบริโภคผักกับระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.161$) ส่วนความถี่ในการบริโภคผลไม้, ถั่ว, พืชหัว และธัญพืช, นม และผลิตภัณฑ์ พบว่า กับระดับความรู้ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$, $p=0.000$, $p=0.003$ ตามลำดับ) และประเภทของอาหารว่างกับความถี่ของการบริโภค

บทสรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอาหารว่างที่นักเรียนชอบ บริโภคมากที่สุดคือขนมซองหรือขนมถุงซึ่งอาหารว่าง

ประเภทนี้จะมีส่วนประกอบของน้ำตาล แป้ง รวมทั้งปริมาณโซเดียม ผลจากการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการบริโภคขนมของเด็กชั้นประถมศึกษาในจังหวัดนนทบุรี⁴ ขนมที่เด็กบริโภคนั้นเป็นขนมที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ร้อยละ 80.86 และเมื่อนำขนมทั้งหมดมาจำแนกตามลักษณะทางกายภาพ ขนมกรุบกรอบเป็นขนมที่เด็กนิยมบริโภคมากที่สุด¹ เด็กชั้นประถมศึกษาานิยม บริโภคขนมกรุบกรอบ ซึ่งขนมเหล่านี้มีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ² เด็กอายุ 3-15 ปี นิยมบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล และอาหารว่างที่บริโภคมีปริมาณโซเดียมสูง ส่วนแหล่งที่มาของอาหารว่างที่นักเรียนส่วนใหญ่บริโภค พบว่า ได้มาจากสหกรณ์และร้านค้าในโรงเรียน จากการสอบถามสหกรณ์และร้านค้าในโรงเรียน พบว่า มีการขายอาหารว่างประเภทขนมซองหรือขนมถุง ผลไม้ ถั่วและธัญพืช นมและผลิตภัณฑ์ จึงน่าจะเป็นสาเหตุให้นักเรียนมีความนิยมในการบริโภคอาหารว่างประเภทนี้⁷ สถานที่ซื้อ ขนมขบเคี้ยวของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ซื้อจากโรงอาหาร ของโรงเรียนและร้าน

สะดวกซื้อ โดยขนมขบเคี้ยวประเภทมันฝรั่งเป็นขนมขบเคี้ยวที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 27.4 บริโภคทุกวันมากที่สุด ส่วนขนมขบเคี้ยวประเภทถั่วเป็นขนมขบเคี้ยวที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 29.2 ไม่นิยมบริโภคมากที่สุด

นักเรียนส่วนใหญ่มีความถี่ในการบริโภคอาหารว่าง ทั้ง 4 มื้อ ได้แก่ อาหารว่างก่อนมื้อเช้า อาหารว่างเช้า อาหารว่างบ่าย อาหารว่างเย็น อยู่ในช่วงบ่อย (4-6 วันต่อสัปดาห์) ซึ่งแตกต่างกับเกณฑ์การเลือกขนมและอาหารว่างแก่เด็ก⁶ กำหนดไว้ว่า อาหารว่างเป็นอาหารที่บริโภคระหว่างมื้อหลัก ควรบริโภคไม่เกิน วันละ 2 มื้อ ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง บริโภคอาหารว่างที่ความถี่ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งการบริโภคอาหารว่างโดยมีจำนวนมื้อที่มากเกินไป (มากกว่าวันละ 2 มื้อ) อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพร่างกายของเด็กในด้านความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่อาจจะตามมาเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ แต่อย่างไรก็ตาม ปริมาณที่เด็กบริโภคอาหารว่างก็มีส่วนสำคัญถึงแม้ว่าในแต่ละวันเด็กจะบริโภคอาหารว่างบ่อยครั้ง แต่ถ้าปริมาณพลังงานจากอาหารว่างอยู่ในเกณฑ์ที่ควรได้รับต่อวัน (150 กิโลแคลอรีต่อวัน) และบริโภคอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ พร้อมทั้งบริโภคอาหารครบ 3 มื้อ อาจจะทำให้เด็กมีสุขภาพที่ดีได้

ในด้านความถี่ของประเภทอาหารว่าง พบว่า อาหารว่างที่นักเรียนส่วนใหญ่บริโภคบางครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์) คือ อาหารว่างประเภทเครื่องดื่ม ประเภททอด-ปิ้ง-ย่าง และขนมซองหรือขนมถุง ที่นักเรียนบางส่วนบริโภค บ่อยครั้ง (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์) คือ ขนมซองหรือขนมถุง ถั่วและธัญพืช นมและผลิตภัณฑ์ ส่วนอาหารว่างที่นักเรียนบางคนบริโภคบ่อยมาก คือ นมและผลิตภัณฑ์ ผลไม้ ขนมซองหรือขนมถุง และเครื่องดื่ม⁶ เด็กบริโภคขนมซองที่มีแป้งและไขมันปริมาณมาก โดยบริโภคเฉลี่ยวันละ 3-4 ครั้ง ส่วนเครื่องดื่มที่นิยมบริโภคมากที่สุด คือ น้ำอัดลม ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากอาหารว่างที่นักเรียนบริโภคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.7 คือ นมและผลิตภัณฑ์ ส่วนประเภทอาหารว่างที่กลุ่มตัวอย่างไม่บริโภคมากที่สุดคือ เบเกอรี่ ไอศกรีม และอาหารว่างที่มีผักเป็นส่วนประกอบ สาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการบริโภคน้อย

การประเมินปริมาณพลังงานจากการบริโภคอาหารว่างทั้งหมดของนักเรียน พบว่า มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 616.6 กิโลแคลอรีต่อวัน แบ่งเป็นอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ 244.3 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งเมื่อเทียบกับปริมาณพลังงานจาก

การบริโภคอาหารว่างที่แนะนำให้เด็กบริโภคต่อวัน ของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย⁷ ค่าพลังงานที่ได้รับจากขนมเมื่อเทียบกับปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันคือ ร้อยละ 16-27 จากการศึกษาในครั้งนี้ นักเรียนได้รับพลังงานจากอาหารว่างที่นักเรียนบริโภคทั้งหมดในปริมาณที่สูงมากหรือประมาณร้อยละ 37.8 ของพลังงานที่ต้องการ⁸ โดยเฉลี่ยเด็กได้รับพลังงานจากขนมและอาหารว่างประมาณ 495 กิโลแคลอรี หรือเทียบเท่าร้อยละ 30 ของพลังงานที่ต้องการต่อวัน ซึ่งมากกว่าปริมาณมาตรฐานที่ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กำหนดไว้ว่าควรบริโภคอาหารว่างไม่เกินวันละ 2 มื้อ และพลังงานจากอาหารว่างโดยเฉลี่ยไม่ควรเกินมื้อละ 100-150 กิโลแคลอรี สำหรับเด็กอายุ 12-15 ปี จากเกณฑ์จำกัดสารอาหารในอาหารว่าง ปริมาณไขมันหรือน้ำมันควรได้รับจากอาหารว่างไม่เกิน 5 กรัมต่อวันหรือ 2.5 กรัมต่อมื้อ และปริมาณน้ำตาลไม่ควรเกิน 24 กรัมต่อวัน หรือ 12 กรัมต่อมื้อ แต่จากการศึกษา พบว่านักเรียนบริโภคอาหารว่างที่มีปริมาณไขมันเกินเกณฑ์ที่กำหนดคือ 18.3 กรัมต่อวัน และปริมาณน้ำตาลหรือคาร์โบไฮเดรต 101.9 กรัมต่อวัน ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงมากกว่า 3 เท่าของปริมาณที่กำหนดต่อวัน แต่อย่างไรก็ตาม ปริมาณไขมันที่ได้รับจากการบริโภคอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพของนักเรียนก็มีปริมาณที่ใกล้เคียงกับเกณฑ์ที่กำหนด คือ 5.8 กรัมต่อวัน ปริมาณพลังงานที่นักเรียนได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้ อาจเกินความต้องการของร่างกายและอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายได้ในอนาคต

สำหรับปริมาณวิตามินและเกลือแร่ พบว่ามีวิตามินซีและวิตามินบี 1 ที่นักเรียนได้รับมากกว่าร้อยละ 50 ของปริมาณที่ควรได้รับต่อวัน อาหารว่างที่เด็กบริโภคควรมีสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายต่อไปไม่น้อยกว่า 2 ชนิด ได้แก่ โปรตีน ธาตุเหล็ก แคลเซียม วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 หรือใยอาหาร โดยแต่ละชนิดมีปริมาณไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10 ของปริมาณที่ควรได้รับต่อวัน พบว่า เด็กได้รับปริมาณวิตามินและเกลือแร่จากการบริโภคอาหารว่าง เกินเกณฑ์ที่กำหนด

ในด้านความรู้ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับดี รองลงมาคือมีความรู้ระดับปานกลาง ซึ่งนักเรียนจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ เช่น อาหารว่างที่ควรบริโภค อาหารว่างที่ทำลายสุขภาพ จากการสอบถามนักเรียน พบว่า นักเรียนได้รับ

ความรู้และคำแนะนำจากครูเป็นส่วนใหญ่ พ่อแม่ และดูจากรายการโทรทัศน์ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเรียนเกิดความรู้และประสบการณ์⁶ เด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 94.2 รับรู้ผลิตภัณฑ์ขนมขบเคี้ยวจากโฆษณาทางโทรทัศน์ ร้อยละ 90.8 มีความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องของการบริโภคขนมขบเคี้ยวมากเกินไปอาจก่อให้เกิดโรคอ้วน แต่เด็กร้อยละ 26.7 ไม่มีความรู้ว่าการบริโภคขนมขบเคี้ยวมากเกินไปอาจทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เป็นประโยชน์จากอาหารมื้อหลักลดลง

ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของการบริโภคอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพกับระดับความรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับอาหารว่าง พบว่า เด็กที่มีความรู้ในระดับดีทั้งหมดมีความถี่ในการบริโภคผักน้อยกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์

อาจจะเนื่องมาจากในพื้นที่ไม่ค่อยมีอาหารว่างที่มีผักเป็นส่วนประกอบ แหล่งของผักที่เด็กบริโภคส่วนใหญ่ได้จากอาหารหลักที่บริโภคพร้อมครอบครัวและเป็นผักที่มีรสชาติหวาน จากการสอบถามการบริโภคผักของเด็ก พบว่า เด็กไม่ชอบบริโภคผักที่มีสีเขียว เพราะคิดว่าผักสีเขียวทุกชนิดมีรสชาติขม ไม่อร่อย จึงส่งผลให้เด็กมีความถี่ในการรับประทานผักน้อยลง ผักที่นักเรียนรับประทานส่วนใหญ่จะอยู่ในอาหารว่างหรือเป็นเครื่องเคียงกับอาหารว่าง เช่น สาหร่ายห่อหมู ส้มตำ ยำต่างๆ ลูกชิ้นปิ้งหรือทอด ที่มีแตงกวาหรือกะหล่ำปลีเป็นเครื่องเคียง เป็นต้น และจากการสำรวจอาหารว่างที่นักเรียนรับประทานพบว่า นักเรียนบริโภคผักคิดเป็นร้อยละ 14.9 ซึ่งผักที่นักเรียนบริโภคส่วนใหญ่เป็นผักที่มีรสหวาน ได้แก่ แตงกวา กะหล่ำปลี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรามจิตติ. ข้อมูลโครงการ Child watch ระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2549-2551 “สภาวะด้านสุขภาพอนามัย” 2549. ค้นเมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2554, จาก http://www.childwatchthai.org/project_search_result.php
2. อุไรพร จิตต์แจ่ม, ประไพศรี ศิริจักรวาล, กิตติ สรณเจริญพงศ์, ปิยดา ประเสริฐสม และผุสดี จันทร์บาง. พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่าง ของเด็ก 3-15 ปี. กรุงเทพฯ : กองสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2547
3. คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
4. บุญเอื้อ ยงวานิชกร และผุสดี จันทร์บาง. การบริโภคขนมของเด็กประถมศึกษา ในจังหวัดนนทบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข 2546; 26(2) : 65-74
5. อารยา ตั้งวิฑูรย์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างและขนม ของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอหาดใหญ่ : ความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2550.
6. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. ขนมและอาหารว่างสำหรับเด็ก 2 ปีขึ้นไป. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2549.
7. ปิยฉัตร พรหมเพ็ชร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กวัยเรียน ในเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคหกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550

การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา (Drug-Drug Interactions : DDIs) ในงานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบรบือ

The Study of Drug-Drug Interactions at pharmacy outpatient department of Borabue hospital

สุวรรณี บุญยภัทรากุล¹

Suwannee Boonyapatharakul¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ในการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาและเพื่อประเมินการตอบรับและแก้ไขของแพทย์ โดยได้เก็บข้อมูลจากแผนกบริการผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาราชการ ระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2557 โดยใช้โปรแกรม DRUG INTERACTION FACTS ON DISC FOR WINDOW - JANUARY 1999 EDITION และเอกสารอ้างอิงจาก Drug Interaction Analysis and Management 2007 และ Drug Interaction Fact 2008 มีเภสัชกรเป็นผู้ประเมินเมื่อมียาในใบสั่งยามากกว่า 2 รายการขึ้นไปต่อหนึ่งใบสั่งยา

ผลจากการศึกษาพบว่าใบสั่งยาจำนวน 9,976 ใบ อุบัติการณ์ที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาถึง 1,021 ใบสั่งยา คิดเป็น 10.23% และมีการสั่งยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างยากับยา จำนวน 2,841 ครั้ง จำนวนใบสั่งยาเมื่อแยกตามระดับความรุนแรงที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาแบบมีนัยสำคัญระดับ 1 คือ 6.57% (185/2841) นัยสำคัญระดับ 2 คือ 36.85% (1037/2841) และ 11.16% (314/2841) 13.36% (376/2841), 32.05% (902/2841) เป็นนัยสำคัญระดับ 3, 4, 5 ตามลำดับ เมื่อมีการขอคำปรึกษาจากแพทย์ จากการพบปัญหาการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา แบบมีนัยสำคัญระดับ 1 จำนวน 185 ใบ มีการตอบรับและแก้ไขจากแพทย์ จำนวน 98 ใบสั่งยา (52.97%)

สรุปผลจากการศึกษานี้ สามารถนำไปปรับปรุงพัฒนางานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา ร่วมกับทีมสุขภาพ โดยพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการสั่งจ่ายยาในคู่มือที่อาจจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อให้การเกิดอันตรายจากการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาน้อยที่สุด ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการได้รับยา และนำไปสู่การได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาของผู้ป่วย

คำสำคัญ : ปฏิกิริยาระหว่างยากับยา, งานบริการผู้ป่วยนอก

¹เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบรบือ

Abstract

The objectives of this study were to investigate the incidence of drug-drug interactions to evaluate the acceptance rate of physician consulted by pharmacist to address drug-drug interaction problems.

This study was a prospective descriptive research, conducting at pharmacy outpatient department, Borabue Hospital. The software program called “DRUG INTERACTION FACTS ON DISC FOR WINDOW-JANUARY 1999 EDITION” and Drug Interaction Analysis and Management 2007, Drug Interaction Fact 2008 were used for indentifying drug-drug interactions found from the prescriptions containing at least two prescribed medicines. Data were collected during the working hours at pharmacy outpatient between March and April 2014. It was found that the incidence of drug-drug interactions were 10.23% per prescription. (1,021 prescriptions out of 9,976 in totals) From this figure, the number of drug-drug interaction problems were 2,841 in total. The incidence of drug-drug interaction problems indentified of significant level 1 was 6.57% (185/2841) followed by 36.85% (1037/2841) of significant level 2, 11.16% (314/2841), 13.36% (376/2841) and 32.05% (902/2841) at significant level 3,4,5 respectively. The acceptance rate of physicians consulted by pharmacist to address drug-drug interaction problems (significant level 1) was 52.97% (98/185)

This study can be applied to improve drug safety in health promoting hospital in order to decrease adverse events particularly drug-drug interactions. Finally, the most effectiveness of development will enhance to patients in part of saety and benefit from drug prescription

Keywords : Drug-Drug Interactions, Out-patient Department

บทนำ

ปฏิกิริยาระหว่างยาเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มในการเกิดอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น เนื่องมาจากในปัจจุบันมียาที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับในการรักษาจำนวนมากมายหลายชนิด หลายรูปแบบ ทำให้สามารถก่อให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้มาก ปฏิกิริยาระหว่างยาเกิดขึ้นเมื่อระดับยาหรือพารามิเตอร์ทางเภสัชจลนศาสตร์ของยา หรือฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาตัวหนึ่งในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปเมื่อได้รับยาตัวอื่นร่วมด้วย ซึ่งผลของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาอาจส่งผลในการเพิ่มหรือลดฤทธิ์ในการรักษาหรือก่อให้เกิดอาการข้างเคียงได้และอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย¹ จากรายงานของสมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Society of Health-System Pharmacists) พบว่าร้อยละ 11.00 ของปัญหาการใช้ยาแล้วมีอันตรายถึงชีวิต มีสาเหตุมาจากการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา² และข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสหรัฐอเมริกา (U.S. Food and Drug Administration) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากปฏิกิริยาระหว่างยามีความแตกต่างกันมาก พบความคลาดเคลื่อนทั้งหมดของปฏิกิริยาระหว่างยาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นประมาณ 3-5% ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล^{3,4} จากการศึกษาในสถานพักฟื้นแห่งหนึ่งในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 2,355 คน ช่วงเวลาในการทำการศึกษานาน 2 ปี พบอุบัติการณ์ของการได้รับยาที่มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในผู้ป่วยถึงร้อยละ 32.00^{5,6} ประเทศไทย มีการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากการศึกษาในผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทวิทยาที่ได้รับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาของผู้ป่วยร้อยละ 16.93⁷ และในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจของงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ พบอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาร้อยละ 34.58⁸ จากการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช พบว่าอุบัติการณ์การส่งจ่ายยาที่มีแนวโน้มจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่ตรวจพบขั้นต้นจากคำสั่งการใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 69.71 และอุบัติการณ์การส่งจ่ายยาเมื่อพิจารณาจากรายละเอียดในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 49.52⁹ และพบการใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ร้อยละ 27 จากการศึกษาอุบัติการณ์

การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 40 ราย พบปฏิกิริยาระหว่าง ยาที่คาดว่าจะเกิด potential drug interaction ร้อยละ 77.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยพบอันตรกิริยาที่คาดว่าจะเกิดใน 67 คู่ จากคู่ยาทั้งหมด 739 คู่ คิดเป็นความถี่ 107 ครั้ง เหตุการณ์เหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่สามารถเฝ้าระวังและลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้โดยการตรวจคัดกรองใบสั่งยาก่อนการส่งมอบยาอันเป็นบทบาทและความรับผิดชอบที่สำคัญประการหนึ่งที่เภสัชกรควรตระหนักให้ความสำคัญ

โรงพยาบาลบรบือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2548 จากนั้นในปี พ.ศ. 2551 และ ปี พ.ศ. 2554 ได้ผ่านการประเมินซ้ำการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลบรบือได้ให้บริการด้านยาแก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในเวลาราชการเปิดให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และนอกเวลาราชการจ่ายยาผู้ป่วยนอกเวลาราชการ โดยเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในเวลาเฉลี่ยวันละ 570 คน การพัฒนางานคุณภาพของฝ่ายเภสัชกรรมมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และการเฝ้าระวังปฏิกิริยาระหว่างยาเป็นงานคุณภาพที่สำคัญงานหนึ่งที่ฝ่ายเภสัชกรรมตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาอุบัติการณ์การส่งจ่ายยาที่มีแนวโน้มการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ณ งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ โรงพยาบาลบรบือ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการเฝ้าระวังการส่งจ่ายยาที่มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาของฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนและสหสาขาวิชาชีพ และเป็นการพัฒนางานคุณภาพในด้านระบบยาของโรงพยาบาลบรบือ รวมถึงเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการได้รับยา และได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การส่งจ่ายยาที่มีแนวโน้มการเกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยา
2. เพื่อหาอุบัติการณ์การส่งจ่ายยาที่มีแนวโน้มการเกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาจากการส่งจ่ายยา

บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ และเพื่อหาอัตราการตอบรับของผู้สั่งจ่ายยา ต่อ การขอคำปรึกษาจากเภสัชกรเมื่อเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา แบบมีนัยสำคัญ จากการสั่งจ่ายยานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ โรงพยาบาลบรบือ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบไปข้างหน้า (prospective descriptive study) กลุ่มตัวอย่าง คือใบสั่งยานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในเวลาราชการทุกใบที่มีรายการยาตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไป เครื่องมือในการศึกษามี 1) ใบสั่งยานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ (8.00 - 16.00 น.) 2) โปรแกรม DRUG INTERACTION FACTS ON DISC FOR WINDOW-JANUARY 1999 EDITION เอกสารอ้างอิงจาก Drug Interaction Analysis and Management 2007 และ Drug Interaction Fact 2008 ซึ่งเภสัชกรงานบริการเภสัชสนเทศรวบรวมข้อมูล สำหรับใช้เป็นฐานข้อมูลในโปรแกรม Hos Xp ในส่วนของการจ่ายยา เก็บข้อมูลใบสั่งยาในเวลาราชการ (8.00 - 16.00 น.) ในช่วงเดือนมีนาคม - เมษายน 2557 รูปแบบการศึกษา โดยการจัดทำแบบบันทึกข้อมูลคู่ยาในการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาจากนั้นศึกษาใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทำการตรวจสอบและบันทึกคู่ยาที่มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา โดยเน้นที่การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ระดับ

ความมีนัยสำคัญ (significant), ความเร็วในการเกิดปฏิกิริยา (onset), ระดับความรุนแรงของปฏิกิริยา (severity), ระดับความมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน (documentation), กลไกของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (mechanism), ผลของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (effect) และการจัดการเมื่อเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (management) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ เพื่อหาอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและการตอบรับของผู้สั่งจ่ายยาต่อการขอคำปรึกษาจากเภสัชกรในใบสั่งยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา และจากการศึกษาแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์การเกิดอุบัติการณ์ระหว่างยากับยา พบว่ามีระดับนัยสำคัญ ระดับที่ 1-5 ซึ่งจากการทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพ ได้ข้อตกลงว่าเภสัชกรจะขอรับคำปรึกษากับแพทย์ หรือผู้สั่งจ่ายยาเฉพาะคู่ยาที่มีระดับนัยสำคัญระดับที่ 1 ซึ่งเป็นการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่รุนแรงและอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้

ผลการศึกษา

ส่วนของอุบัติการณ์การสั่งจ่ายยาที่มีแนวโน้มการเกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาจากการสั่งจ่ายยา งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในเวลาราชการจากจำนวนใบสั่งยาจำนวน 9,976 ใบ พบใบสั่งยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาจำนวน 1,021 ใบ (10.23%) ปฏิกิริยาระหว่างยาจำนวน 2,814 ครั้ง รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ณ งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ใบสั่งยาทั้งหมด	9,976	100
ใบสั่งยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา	1,021	10.23
จำนวนครั้งของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา	2,814	-
-significant 1	185	6.57
-significant 2	1,037	36.85
-significant 3	314	11.16
-significant 4	376	13.36
-significant 5	902	32.05

การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในระดับนัยสำคัญระดับที่ 1 ในคู่ยาที่มีการเกิดมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ Isoniazid + Rifampicin, Digoxin + Furosemide, Digoxin + Hydrochlorothiazide, การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในระดับ

นัยสำคัญระดับที่ 2 ในคู่ยาที่มีการเกิดมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ Aspirin + Glipizide, Propylthiouracil + Propranolol, Aspirin + Enalapril ดังแสดงในตาราง 2-3

ตาราง 2 คู่ยาและจำนวนครั้งของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในระดับนัยสำคัญระดับที่ 1 ตามอุบัติการณ์การเกิด 3 อันดับแรก

ลำดับ	คู่ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1	Isoniazid + Rifampicin	159	85.95
2	Digoxin + Furosemide	9	4.86
3	Digoxin + Hydrochlorothiazide	7	3.78

ตาราง 3 คู่ยาและจำนวนครั้งของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในระดับนัยสำคัญระดับที่ 2 ตามอุบัติการณ์การเกิด 3 อันดับแรก

ลำดับ	คู่ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1	Aspirin + Glipizide	684	65.96
2	Propylthiouracil + Propranolol	129	12.44
3	Aspirin + Enalapril	46	4.44

ส่วนผลการศึกษาลักษณะการตอบสนองของผู้ส่งจ่ายยาต่อการขอคำปรึกษาจากเภสัชกร ดังแสดงในตาราง 4 และผลการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา Isoniazid + Rifampicin การ

ขอคำปรึกษากับผู้ส่งจ่ายยา และการตอบรับของผู้ส่งจ่ายยาแสดงในตาราง 5

ตาราง 4 คู่ยา ที่เภสัชกรต้องขอคำปรึกษากับผู้ส่งจ่ายยา

คู่ยาที่มีระดับนัยสำคัญระดับที่ 1	อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
1. Isoniazid + Rifampicin	ยา Rifampicin อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการ metabolism ของ Isoniazid ทำให้เกิดความเป็นพิษต่อตับ เพิ่มขึ้น
2. Digoxin + Furosemide	ยา Furosemide จะทำให้เกิดการขับ potassium และ magnesium ออกทางปัสสาวะมากขึ้น ทำให้เกิดความผิดปกติของ electrolyte ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิด digitalis-induced arrhythmias
3. Digoxin + Hydrochlorothiazide	ยา HCTZ จะทำให้เกิดการขับ potassium และ magnesium ออกทางปัสสาวะมากขึ้น ทำให้เกิดความผิดปกติของ electrolyte ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิด digitalis-induced arrhythmias

ตาราง 4 คู่ยา ที่เภสัชกรต้องขอคำปรึกษากับผู้ส่งจ่ายยา (ต่อ)

คู่ยาที่มีระดับนัยสำคัญระดับที่ 1	อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
4. Aspirin + Ibuprofen	การใช้ยา Aspirin และ Ibuprofen ร่วมกัน อาจจะทำให้ผลการรักษาของยา Ibuprofen ลดลง และผลจากการป้องกันโรคหัวใจในการใช้ยา lowdose ของ Aspirin ลดลง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น
5. Gemfibrozil + Simvastatin	การใช้ยา Gemfibrozil และ Simvastatin ร่วมกันอาจทำให้เกิด Myopathy และ Rhabdomyolysis ได้
6. Digoxin + Erythromycin	ยา Digoxin จะถูกเปลี่ยนเป็น inactive metabolites โดย normal flora ในทางเดินอาหาร เมื่อผู้ป่วยได้รับยา Erythromycin ซึ่งมีผลเปลี่ยนแปลง normal flora ในทางเดินอาหารร่วมด้วย จะทำให้ยา Digoxin ถูกดูดซึม และทำให้ระดับยาในเลือดเพิ่มมากขึ้น
7. Tramadol + Fluoxetine	การใช้ยา Tramadol และ Fluoxetine ร่วมกันอาจทำให้เกิด Serotonin syndrome
8. Enalapril + Spironolactone	การใช้ยา Enalapril และ Spironolactone ร่วมกันอาจทำให้ผู้ป่วยมีระดับ potassium ในเลือดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง

ตาราง 5 ข้อมูลการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา Isoniazid + Rifampicin การขอคำปรึกษากับผู้ส่งจ่ายยา และการตอบรับของผู้ส่งจ่ายยา

Drugs	Drug Interactions	จำนวนครั้ง	ผลการดำเนินการ
Isoniazid + Rifampicin	Significant : 1 Onset : Delayed Severity : Major Documentation : Probable	3	แพทย์สั่งตรวจการทำงานของตับ และสังเกตอาการทางคลินิกของผู้ป่วย จากนั้นสั่งดยาทั้งสองตัวชั่วคราว เนื่องจากผู้ป่วยมีการทำงานของตับที่ผิดปกติมาก (ค่า SGOT และ SGPT มากกว่า 3 เท่าของค่าปกติ)
Isoniazid + Rifampicin	Significant : 1 Onset : Delayed Severity : Major Documentation : Probable	2	แพทย์เปลี่ยนเวลาการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยให้รับประทานยา Isoniazid 3*1 pc เข้า และ Rifampicin 1*1 hs
Isoniazid + Rifampicin	Significant : 1 Onset : Delayed Severity : Major Documentation : Probable	65	แพทย์สั่งให้ใช้ยาต่อไปเนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาร่วมกัน และเพิ่มคำสั่งให้มีการติดตามค่าการทำงานของตับในนัดครั้งถัดไป
Isoniazid + Rifampicin	Significant : 1 Onset : Delayed Severity : Major Documentation : Probable	2	แพทย์สั่งหยุดการใช้ยาทั้งสองตัวเนื่องจากค่า enzyme มีความผิดปกติมาก และสั่งจ่ายยา ETHAM (400) 2*1 hs Ofloxacin (100) 2*2 pc, Streptomycin (750 mg) im จ-ศ และนัดติดตาม 1-2 สัปดาห์ เพื่อดูค่า enzyme ตับอีกครั้ง

สรุปผล

การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาจะเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้แพทย์ / ผู้สั่งใช้ยา และเภสัชกร เพิ่มความระมัดระวังในการใช้ยารักษาผู้ป่วยมากขึ้น และการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ควรจะมีการนำไปพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการส่งจ่ายยาในผู้ป่วยที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ซึ่งอาจจะ

ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อให้การเกิดอันตรายจากการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาน้อยที่สุด ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการได้รับยา และนำไปสู่การได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ หัวหน้างานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ที่ให้การสนับสนุนให้มีการทำวิจัย และให้ความร่วมมือ การบริหารจัดการด้านข้อมูล ส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุวัฒนา จุฬวัฒน์นทล. ปฏิกริยาระหว่างยา. ใน : เฉลิมศรี ภูมิมางกูร, กฤตติกา ตัญญาแสนสุข, บรรณาธิการ. **โสตถกรรมศาสตร์**. กรุงเทพฯ : นิวมิตร์ไทยการพิมพ์ (1996) จำกัด, 2543 : 204.
2. Kelly WN, Marcellino K. **Potential risks and prevention, part 3 : Drug-induced threats to life**. AM J Health-Syst Pharm 2001; 58 : 1399-405.
3. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. **Systems analysis of adverse drug events**. ADE Prevention Study Group. JAMA 1995; 274(1) : 35-43.
4. Raschetti R, Morgutti M, Menniti-Ippolito F, Belisari A, Rossignoli A, Longhini P, et al. **Suspected adverse drug events requiring emergency department visits or hospital admissions**. Eur J Clin Pharmacol 1999; 54(12) : 959-963.
5. Van Dijk KN, Devries CS, Van Den Berg PB, Brouwers RBJ, De Jong-Van Den Berg LTW. **Occurrence of potential drug-drug interactions in nursing home residents**. Inter J Pharm Prac 2001; 9 : 45-52.
6. Doucet J, Jegou A, Noel D et al. **Preventable and non-preventable risk factors for adverse drug events related to hospital admissions in the elderly : A prospective study**. Clinical Drug Invest 2002; 22 : 385-92.
7. อรุณช ทองจันดี, อ้อยทิพย์ กันท้วม. **การติดตามปฏิกริยาระหว่างยาของยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท [โครงการพิเศษปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต]**. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
8. จารุณี จันทรประพาฬ, ปอรวลย์ อ่ำกัลด. **ปฏิกริยาระหว่างยาที่พบในใบสั่งยาของผู้ป่วยโรคหัวใจ [โครงการพิเศษ ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต]**. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
9. Dhana N. **Drug-induced admissions to Siriraj Hospital [Thesis of Master of Science in Pharmacy (clinical Pharmacy)]**. Bangkok : Faculty of graduate Studies, Mahidol University; 1997.
10. Hansten PD, Horn JR. **Drug interactions Analysis and Management**. St Louis, MO : Facts& Comparisons (Wolters Kluwer Health); 2007
11. Tatro DS, **Drug interaction Facts : The authority on drug interactions**. Missouri : Wolters Kluwer Health Company; 2008

ตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม

อนันต์ ต่อสกุลแก้ว¹, รุ่งเรือง แสนโกษา², อาภากร เขจรักษ์³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีผลของมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อสร้างตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมของการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเชิงปริมาณ ศึกษาประชากร สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 221 แห่ง โดยใช้สูตรทราโรวี ยามาเน่ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 144 แห่ง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlations) และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า

- 1) ระดับมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคามภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีมาตรฐานสถานพยาบาลอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 3.76 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.89
- 2) ปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 3 ตัวแปร จากทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) (.680) เพศของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (.410) และ การต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน (.249) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .726 โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัว มีอำนาจการพยากรณ์หรือสามารถร่วมกันทำให้เกิดความแปรผันของมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ได้ ร้อยละ 52.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

¹เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

³เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

3) การสร้างตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม จากสมการพยากรณ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Y) และคะแนนมาตรฐาน (Z) คือ $Y = 2.450 + 1.121$ (ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) + .456 (เพศของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล) + .340 (การต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน) และ $Z = .568$ (ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) + .256 (เพศของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล) + .145 (การต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน) ประกอบกับผลสรุปจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshops) จากข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะเพื่อประกอบการสร้างตัวแบบการพัฒนา ได้แก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคควรวางระบบหรือกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ กำหนดแนวทางและบทบาทหน้าที่ในการตรวจสอบ ควบคุม และกำกับให้สถานพยาบาลทุกประเภทปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล 2541 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม และควรดำเนินการเฝ้าระวังและประเมินผลการดำเนินงาน อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ควรมีส่วนร่วมในการพัฒนากลไกการบังคับใช้กฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ตัวแบบการพัฒนา, มาตรฐานสถานพยาบาลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

บทนำ

จากการที่ประเทศไทย จะเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในปลายปี 2558 การเตรียมความพร้อมพัฒนาระบบ บริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน รองรับการแข่งขัน มาตรฐานอาเซียน กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมให้สถาน พยาบาลทุกแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งธุรกิจสพ- นวตส่งเสริมสุขภาพ คลินิกเสริมความงามและคลินิก ทันตกรรมที่มีศักยภาพ ให้เร่งพัฒนาระบบบริการให้ได้ มาตรฐานเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขัน¹ เพื่อให้การ ขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานบริการสุขภาพให้ได้ มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ และ ตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม เป็นส่วนราชการในส่วนภูมิภาค ซึ่ง มีภารกิจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ สุขภาพ จึงมีความตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญในการ นำนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพสู่การ ปฏิบัติ โดยควบคุม กำกับดูแลให้สถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ตามพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งมี ลักษณะการให้บริการสุขภาพตามสถานพยาบาลแต่ละ ประเภทที่แตกต่างกัน โดยต้องประกอบกิจการและ ดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานสถานพยาบาลแต่ละ ประเภทตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อให้บริการสุขภาพที่ ปลอดภัยได้มาตรฐานแก่ประชาชนผู้บริโภค ดังนั้น ผู้วิจัย ในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงาน และได้รับ มอบหมายให้ดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม จึงมีความสนใจที่จะ ศึกษา “ตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภท ที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม”

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของมาตรฐานสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัด มหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานสถาน พยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ใน จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อสร้างตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถาน

พยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) เพื่อเป็น ข้อเสนอรูปแบบการพัฒนาหรือแนวทางการดำเนินงาน พัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบและวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยประชากรและกลุ่ม ตัวอย่าง ได้แก่ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ ค้างคืน (คลินิก) ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จากทั้ง 13 อำเภอ ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ตามพระราชบัญญัติพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 221 แห่ง² กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane)³ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 144 แห่ง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sam- pling) โดยสุ่มแบบระดับชั้นหรือแบบชั้นภูมิในระดับอำเภอ และลักษณะประเภทของสถานพยาบาล และวิธีการสุ่ม อย่างง่ายโดยศึกษาในระหว่างเดือนตุลาคม 2556 - เดือน พฤษภาคม 2557 ซึ่งศึกษาจากข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ วิชาชีพ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วย ไว้ค้างคืน (คลินิก) ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล ที่เป็นปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ และลักษณะ การให้บริการของสถานพยาบาล มาตรฐานสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัด มหาสารคาม ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ลักษณะของ สถานพยาบาล 2) การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถาน พยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่า รักษาพยาบาล ค่าบริการและสิทธิผู้ป่วย 3) การประกอบ กิจการและการดำเนินการสถานพยาบาล 4) ชนิดและ จำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และ 5) ว่าด้วยการจัดให้มีรายงาน หลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบ วิชาชีพใน สถานพยาบาลและผู้ป่วย และเอกสารอื่นที่ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสำรวจ แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ เป็นข้อมูลทั่วไป ของผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ ค้างคืน (คลินิก) ตอนที่ 2 เป็นข้อมูลลักษณะเฉพาะของ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

ตอนที่ 3 เป็นข้อมูลการตรวจประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัด มหาสารคาม ตามมาตรฐานทั้ง 5 ด้าน ตอนที่ 4 เป็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม

ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม เครื่องมือที่ใช้โดยร่างตัวแบบตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม ที่ผู้วิจัยนำผลจากวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เป็นร่างตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลฯ นำเข้าสู่กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) กลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ได้แก่ คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลจังหวัด คณะกรรมการเปรียบเทียบปรับจังหวัด และคณะทำงานที่คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม แต่งตั้ง จำนวน 15 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยประชุมกลุ่มย่อย (Focus Groups) แล้วนำผลการประชุมกลุ่มย่อยทั้งหมดมาสรุปและอภิปรายผลระดมสมอง (Brain Storming) ในที่ประชุมใหญ่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกการวิพากษ์วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจ ผู้วิจัยนำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปตามขั้นตอน ได้แก่ การตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องครบถ้วนของแบบสำรวจทุกฉบับ การบันทึกข้อมูลจากแบบสำรวจลงโปรแกรมสำเร็จรูปโดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้ค่าคะแนนจากการจำแนกรายข้อ ในแบบสำรวจการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาล ดังนี้⁴ มาตรฐานสถานพยาบาลสูงมาก (25-31ข้อ) กำหนดให้ 5 คะแนน มาตรฐานสถานพยาบาลสูง (19-24 ข้อ) กำหนดให้ 4 คะแนน มาตรฐานสถานพยาบาลปานกลาง (13-18 ข้อ) กำหนดให้ 3 คะแนน มาตรฐานสถานพยาบาลต่ำ (7-12 ข้อ) กำหนดให้ 2 คะแนน มาตรฐานสถานพยาบาลต่ำมาก (1-6 ข้อ) กำหนดให้ 1 คะแนน การแปลผลความหมายของค่าเฉลี่ยระดับมาตรฐานสถานพยาบาล โดยการเปรียบเทียบกับ

ค่าเฉลี่ยที่ตั้งไว้และสร้างสมการพยากรณ์ความสัมพันธ์โดยและวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) พรรณนารายละเอียด หาความหมาย และอธิบายความ ใช้วิธีวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) วิเคราะห์ข้อมูลการวิพากษ์/วิจารณ์และข้อเสนอแนะ โดยการจัดกลุ่มประเด็นสำคัญ (Grouping) แล้ว coding ถ้อยคำสำคัญ จากนั้นสรุปเรียบเรียงถ้อยคำใหม่โดยการอธิบายขยายความ (Explanation) เพื่อให้เกิดความชัดเจนในรายละเอียด แล้วสร้างตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม แล้วหาความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎี ของ Denzin. N^o สรุปผลการวิเคราะห์ตีความเทียบเคียงกับบริบทตามกรอบแนวคิดการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัยเป็นสถิติพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและลักษณะเฉพาะของสถานพยาบาล และวิเคราะห์ระดับมาตรฐานสถานพยาบาล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบกับเกณฑ์ค่าเฉลี่ยที่ตั้งไว้วิเคราะห์ ใช้ในการทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (r) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis=R) พยากรณ์ค่าอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significant .05)

ผลการวิจัยจากการวิเคราะห์ระดับมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า โดยภาพรวม มีมาตรฐานสถานพยาบาล

อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย (x) เท่ากับ 3.76 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.89 เมื่อจำแนกระดับมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม โดยพิจารณาจากการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลทั้งหมด จำนวนทั้งหมด 31 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามมาตรฐานสถานพยาบาลถูกต้องอยู่ในระดับสูง (19-24 ข้อ) จำนวน 76 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.80 รองลงมาปฏิบัติตามมาตรฐานสถานพยาบาลถูกต้องอยู่ในระดับสูงมาก (25-31 ข้อ) จำนวน 26 แห่ง (18.10%) ปฏิบัติตามมาตรฐานสถานพยาบาลถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (13-18 ข้อ) จำนวน 24 แห่ง (16.70%) และปฏิบัติตามมาตรฐานสถานพยาบาลถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ (7-12 ข้อ) จำนวน 18 แห่ง (12.50%)

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงการใช้สถิติทดสอบการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis = MRA) โดยตัวแปรประเภทกลุ่ม Nominal Scale และอันดับ Ordinal Scale ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy) และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ของตัวแปรต้นหรือตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดจำนวน 6 ตัว ได้แก่ เพศของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(x1)ผู้ดำเนินการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่ในสถานพยาบาลอื่นหรือในหน่วยราชการอื่น (x2) ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) (x3) การต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน (x4) ลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล (x5) และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในปี 2556 (x6) พบว่า ไม่มีตัวแปรพยากรณ์ คู่ใดมีปัญหาความสัมพันธ์กันเองสูง เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทุกคู่มีค่าระหว่าง 0.033-0.709 ($r < 0.75$) ดังนั้น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) น้อยกว่า 0.75 จึงไม่เกินข้อตกลงของการวิเคราะห์ด้วยสถิติ MRA ที่นัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิเคราะห์ค่าการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis= MRA) เพื่อหาค่าอำนาจการพยากรณ์ของแต่ละปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม จากตัวแปรต้น จำนวน 6 ตัวแปร ซึ่งเป็นการวิเคราะห์โดยเลือกเฉพาะตัวแปรพยากรณ์ที่ส่งผลต่อตัวแปรตามสูง จึงใช้วิธีการค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได (Stepwise Regression) ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยวิธีขั้นบันได (Stepwise Multiple Linear Regression)

ชุดของตัวพยากรณ์ที่ดี	R	R ²	R ² Adjusted	SE _{est}	R ² Change	F	P
x3	.680	.463	.459	.658	.463	122.210**	.000**
x3 x1	.713	.509	.502	.630	.046	72.990**	.000**
x3 x1 x4	.726	.528	.517	.620	.019	52.110**	.000**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม มีจำนวน 3 ตัวแปร จากทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) (x3) เพศของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (x1) และการต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน (x4) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .726 โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัว มีอำนาจในการพยากรณ์หรือสามารถร่วมกันทำให้เกิดความแปรผันของมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

ได้ร้อยละ 52.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม โดยสร้างสมการพยากรณ์ จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าน้ำหนักความสำคัญหรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของตัวแปรพยากรณ์ (b, ?) ทั้ง 3 ตัว และค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (a) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยใช้ตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 6 ตัว เพื่อพยากรณ์ตัวแปรตาม

ตัวพยากรณ์	b	β	SE _b	t	p
- ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก) (x3)	1.121	.568	.126	8.926	.000**
- เพศของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (x1)	.456	.256	.111	4.111	.000**
- การต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน (x4)	.340	.145	.144	2.365	.019*
R = .726		R ² = .528		SE _{est} = .620	
		a = 2.450		F = 52.110	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ตัวแปรตามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 2 ตัว คือ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก) (x3) และเพศของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (x1) ส่วนตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ตัวแปรตามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ตัว คือการต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน (x4) โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .726 มีค่าอำนาจการพยากรณ์หรือค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R²) เท่ากับ .528 ค่า F เท่ากับ 52.110 ค่าความคลาดเคลื่อนการพยากรณ์ (SE_{est}) เท่ากับ .620 และมีค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (a) เท่ากับ 2.450 โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์หรือทำนายได้ ร้อยละ 52.80 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของตัวแปรพยากรณ์ ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) เท่ากับ 1.121, .456, และ .340 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของตัวแปรพยากรณ์

ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .568, .256, และ .145 ตามลำดับ เขียนเป็นสมการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม ในรูปแบบคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$Y = 2.450 + 1.121 (\text{ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)}) + 0.456 (\text{เพศของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล}) + 0.340 (\text{การต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน})$$

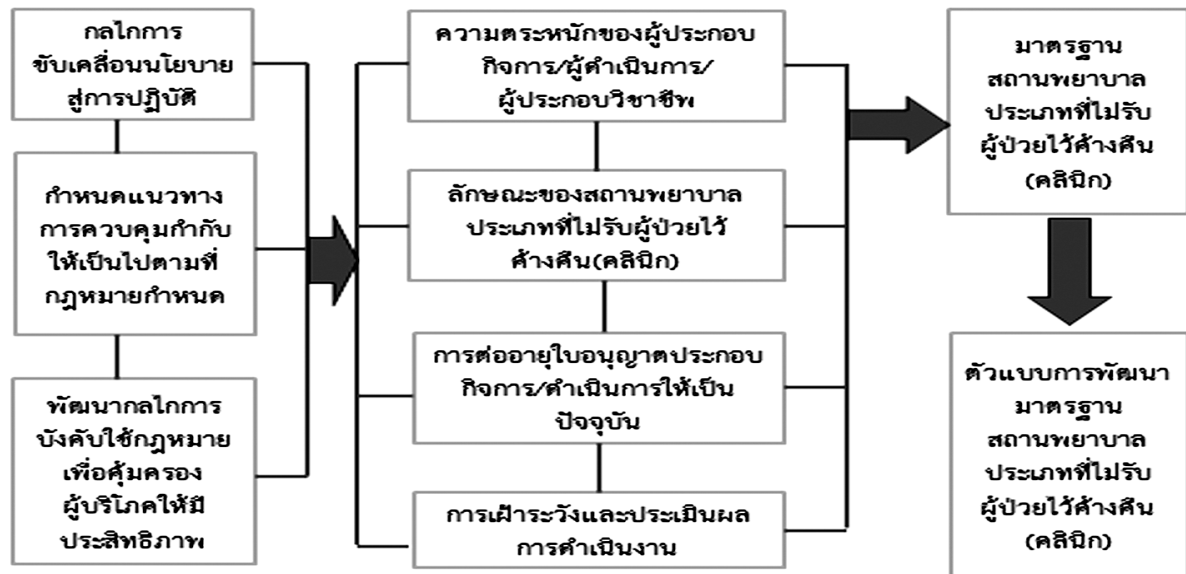
สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .568 (\text{ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก)}) + 0.256 (\text{เพศของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล}) + 0.145 (\text{การต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน})$$

การสร้างตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม

สร้างตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม จากสมการพยากรณ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

การถดถอยพหุคูณของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานประกอบกับผลสรุปจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshops) ผู้วิจัยนำเสนอเป็นตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม ตามผังมโนทัศน์ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม

อภิปรายผล

จากการวิจัย ตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลและข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์และการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษครั้งแรกในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งจากการศึกษาผลงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบผลงานวิจัยที่สอดคล้องและสนับสนุน อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541ฯ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ทุกประเภทจะต้องจัดทำรายงานสถานะของผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลว่าเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่ในสถานพยาบาลอื่นหรือในหน่วยราชการอื่น และต้องรายงานลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลทุกประเภท รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในปีที่ผ่านมาเพื่อประกอบการพิจารณาต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ดังนั้น การศึกษาวิจัยและสร้างตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วย

ไว้ค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดมหาสารคาม จึงถือเป็นแนวทางการพัฒนาเพื่อดำเนินการในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ได้ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านบริการสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล 2541 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม ควรวางระบบหรือกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
2. หน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่ทำหน้าที่ ควบคุม กำกับดูแลการปฏิบัติตามมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล 2541 ต้องกำหนดแนวทางการการควบคุม กำกับให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด
3. หน่วยงานส่วนภูมิภาค ที่ควบคุม กำกับ และ

ตรวจสอบการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่มารับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล 2541 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม ควรดำเนินการเฝ้าระวังและประเมินผลการดำเนินงาน อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนควรมีส่วนร่วมในการพัฒนากลไกการบังคับใช้กฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินสัมฤทธิ์ผลของตัวแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่มารับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

2. ควรศึกษาทดลองโดยนำแบบการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่มารับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ไข ปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2555-2558. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : นนทบุรี, 2554.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. เอกสารอัดสำเนา.มหาสารคาม, 2556.
3. Yamane, Taro. Statistics : An Introductory Analysis. 2 nd cd. New York : Harper and Row, 1973.
4. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2545.
5. Denzin,N. The Research Action in Sociology. London : Butterworth. 1970.

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด The Quality of Work Life of Nurse at Kasetwisai Hospital

อาภรณ์ ถนัคคำ¹

Arpron tanatka¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบและศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล โดยศึกษาจากข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล เกษตรวิสัย ที่ปฏิบัติงานในแผนกงานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน งานผ่าตัด งานห้องคลอด งาน ป้องกันและงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 64 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบสอบถามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ 0.83 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และ T-test, One way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ประกอบด้วย เงินเดือนและค่าตอบแทน ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในการทำงาน ความภาคภูมิใจในการทำงาน ความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน ความ สมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่นๆ ภาวะเศรษฐกิจและความเกี่ยวข้องกับสังคม ความสัมพันธ์กับ ผู้บังคับบัญชา ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณา รายด้าน มี 7 องค์ประกอบที่มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม ในการทำงาน ด้านความภาคภูมิใจในการทำงาน ด้านภาวะเศรษฐกิจและความเกี่ยวข้องกับสังคม ด้านความสัมพันธ์ กับผู้บังคับบัญชา ด้านความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน และด้านความสมดุล ระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่นๆ ส่วนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน อยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงาน พยาบาลมีอายุระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง เงินเดือน ไม่แตกต่างกัน และพยาบาลที่มีการศึกษา สถานภาพการสมรส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล, โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

The purposes of this descriptive study were : to investigate the Factor of quality of work life nurse at Kasetwisai Hospital, to study the quality of work life of nurse at Kasetwisai Hospital, and to compare the quality of work life nurse at Kasetwisai Hospital and Factor of quality of work life nurse is Age, Status, Education, Experience, salary and Position. The sample comprised 64 nurse who worked at Kasetwisai Hospital. They were selected by department. Questionnaires were used as research tools and comprised two sections : demographic data and Factor of quality of work life nurse at Kasetwisai Hospital. The questionnaires were tested for validity and reliability. The reliability of the sections were 0.83. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Factor Analysis, One way ANOVA and Independent t-test.

The major findings were as follow : Factor nurse were Compensation and Salary, Safe and Health Working Condition, to be proud of work, Social Integration in the Work Organization, Work and the Total Life Space, Economy and The Social Relevance of work life, Interactive of the Supervisor, Future Opportunity for Continued Growth and Security. Nurse rated the quality of work life at High level. Salary Nurse rated the quality of work life at Moderate level. to compare the quality of work life nurse at Kasetwisai Hospital and Factor of quality of work life nurse is Age, Experience, position, salary were No difference. and Education, Marry Status were difference at .05 level

Keywords : Quality of work life of nurse, Kasetwisai Hospital

บทนำ

คนหรือบุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อการบริหารองค์กร การบริหารงานขององค์กรจะประสบผลสำเร็จได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับบุคลากรในองค์กร ถ้าบุคลากรในองค์กรมีความรู้ความสามารถในงานที่รับผิดชอบ มีการร่วมมือร่วมใจ มีความสามัคคี และมุ่งสู่วัตถุประสงค์เดียวกัน งานนั้นก็จะสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้ ดังนั้นในการบริหารบุคคล ผู้บริหารต้องสามารถเข้าถึงความต้องการของบุคลากรในองค์กรและผสมผสานความต้องการนั้นให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร บทบาทที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งของผู้บริหารที่จะทำให้การดำเนินงานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพสูง ผู้บริหารต้องมีหลักการมุ่งใจที่ดีประเด็นหนึ่งที่ผู้บริหารควรให้ความสนใจก็คือคุณภาพชีวิตของคนในองค์กร หรือเรียกว่าคุณภาพชีวิตการทำงาน

คุณภาพชีวิตการทำงานเป็นลักษณะการทำงานที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกเป็นสุขจากสภาพที่ตนเอง 'ได้รับขณะปฏิบัติงาน' ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน สำหรับการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล ปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้บุคลากรไม่พึงพอใจในงาน² คือ ความไม่ชัดเจนและแน่นอนของนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพของผู้บังคับบัญชา สภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ภาระงานที่มากไม่สมดุลกับอัตรากำลังของผู้ปฏิบัติงาน ค่าตอบแทนน้อย เวลาทำงานที่ไม่แน่นอน ทำให้ชีวิตส่วนตัวและครอบครัวมีปัญหาและสัมพันธภาพที่ตึงเครียดระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชา ส่วนปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในการทำงาน ได้แก่ การได้รับการยอมรับและยกย่องในการทำงาน ความรู้สึกรับผิดชอบในการทำงาน ลักษณะงานที่ท้าทาย การได้รับความก้าวหน้าในหน้าที่การงานที่ทำ และการเจริญเติบโตของงานที่ทำ องค์ประกอบที่เอื้อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน แต่จากสภาพปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้คนทุกกลุ่ม ทุกวงการ รวมทั้งผู้ประกอบการ วิชาชีพ เนื่องจากรัฐมีการควบคุมค่าใช้จ่าย มีการจำกัดการว่าจ้างและนโยบายหลักประกันสุขภาพทางด้าน

สาธารณสุข ทำให้มีผู้ใช้บริการโรงพยาบาลมากขึ้น สถานบริการสาธารณสุขจึงได้รับผลกระทบโดยตรง อัตรากำลังของผู้ปฏิบัติงานไม่สมดุลกับผู้มาใช้บริการโดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานและยังพบว่าสัมพันธภาพของเพื่อนร่วมงานส่งผลต่อการทำงานของพยาบาล ทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการทำงานจากลักษณะการทำงานดังกล่าวย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง แต่อยู่ในระดับ M2 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะการให้บริการสาธารณสุขใน 4 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีงานด้านการบำบัดรักษาประมาณร้อยละ 75 มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 556 ราย และจำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 58 ราย ในขณะที่มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 64 คน กระจายทำงานอยู่ในทุกกลุ่มงานบริการ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่มีหน้าที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้มารับบริการตลอด 24 ชั่วโมง เวลาในการปฏิบัติงานจึงแตกต่างจากวิชาชีพอื่น จากภาระงานที่หนัก ผู้มารับบริการในแต่และวันมีจำนวนมากขึ้น อุบัติการณ์การเกิดโรคและแนวโน้มเป็นเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกิดความเครียด สัมพันธภาพของเพื่อนร่วมงานส่งผลต่อการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และมีผลต่อคุณภาพบริการในแต่ละหน่วยบริการ อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่ได้เป้าหมายตามเกณฑ์ชีวิตที่กำหนดไว้ และจากสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล ความแออัดของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละหน่วยบริการ ส่งผลให้พยาบาลซึ่งปฏิบัติการพยาบาลใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดโรคฉวยโอกาสได้ นอกจากนั้นยังพบอีกว่าบุคลากรทางการแพทย์มีปัญหาเรื่องหนี้สิน ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและทำงานผิดพลาดบ่อยซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลและพัฒนางานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) อธิบายระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน 8 ด้าน โดยกำหนดการแปลความหมายของน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยในแต่ละช่วงและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ดังนี้ กรณีเปรียบเทียบ 2 กลุ่มใช้สถิติ T-test และกรณีเปรียบเทียบมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว One way ANOVA

โดยประชากรศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ในแผนกงานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผ่าตัด งานวิสัญญีงานห้องคลอด งานป้องกันและงานควบคุมการติดเชื้องานให้คำปรึกษา งานบริหารการพยาบาล จำนวน 64 คน ระหว่างวันที่ 15-30 มิถุนายน 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการศึกษา

พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-45 ปี คิดเป็น ร้อยละ 42.19 อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 40.5 ปี มีสถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 73.44 โสด ร้อยละ 26.56 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.31 ปริญญาโท ร้อยละ 4.69 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ส่วนใหญ่ทำงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.50 รองลงมาทำงาน 5-10 ปี ร้อยละ 26.56 และทำงานต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 23.44 พบน้อยที่สุดทำงานมากกว่า 10-15 ปี ร้อยละ 12.50

ปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี ปฏิบัติงานสูงสุด 35 ปี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 84.37 พยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร ร้อยละ 15.63 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีเงินเดือนต่ำกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 51.56 รองลงมา มีเงินเดือน 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 31.25 และเงินเดือนตั้งแต่ 30,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 17.19 เงินเดือนต่ำสุด 11,230 บาท เงินเดือนสูงสุด 53,080 บาท

พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเกษตรวิสัย มีคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($x = 4.00$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเกษตรวิสัย มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับมาก 7 ด้าน ได้แก่ ด้านความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านความภาคภูมิใจในการทำงาน ด้านความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่นๆ ด้านภาวะเศรษฐกิจและความเกี่ยวข้องกับสังคม ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกับปัญหา ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ส่วนคุณภาพชีวิตการทำงานด้านที่ระดับปานกลางได้แก่ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน

วิจารณ์

จากการศึกษารั้วนี้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย มี 8 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง ได้รับยุติธรรมเพียงพอหรือไม่ กับลักษณะงานที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายและปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้น มีความซับซ้อนของโรคมากขึ้น และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ระดับปฏิบัติการปฏิบัติงานช่วงเวลากลางคืน ทั้งนี้หากมองในมุมมองค่าตอบแทนและการมีคุณค่าของมนุษย์แล้ว พยาบาลที่ปฏิบัติงานเสี่ยงต่อความปลอดภัยในชีวิตควรได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับผลการวิจัยของโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่¹ พบว่าพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งบริหารและพยาบาลประจำการ มีคุณภาพชีวิตการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมอยู่ในระดับปานกลาง และยังสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบในการกำหนดคุณภาพซึ่งการทำงาน Lewin² และยังสอดคล้องกับผลวิจัยของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลบรรยากาศ

จริยธรรมในกลุ่มพยาบาลการมีส่วนร่วมในงานของบุคลากร กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคกลาง³

ด้านความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในการทำงาน อยู่ในระดับมาก หอผู้ป่วยในมีการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ดี เช่น มีห้องแยกโรคมีการแบ่งโซน ผู้ป่วย มีผู้ป่วยไม่แออัดมากมีอากาศถ่ายเทสะดวก มีวัสดุอุปกรณ์ให้ปฏิบัติงานเพียงพอ ปลอดภัย และพยาบาลทุกคนได้รับการฝึกใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง ขณะทำงานโดยใช้หลักป้องกันการแพร่กระจาย (Universal precaution) รวมทั้งการป้องกันอัคคีภัย อุบัติภัย มีการฝึกซ้อม ทุกปีมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ มีการตรวจสุขภาพบุคลากร ทุกปี ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตการทำงาน ของ Huse และ Coming⁴

ด้านความภาคภูมิใจในการทำงานพยาบาล อยู่ในระดับมาก เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพวิสัยทัศน์รู้สึกรับผิดชอบในความสามารถของผู้บริหารที่นำพาโรงพยาบาลไปสู่เป้าหมาย ได้สำเร็จ⁵ ซึ่งพนักงานมีคุณภาพชีวิตการทำงานด้านความภาคภูมิใจในองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีบรรยากาศเป็นกันเอง มีการปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นทีม ผู้บังคับบัญชาให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงเมื่อมีปัญหาหรือมีอุปสรรค ในการปฏิบัติงาน มีความเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน มีความเป็นสมาชิกขององค์กร การปฏิบัติงานด้วยความราบรื่น องค์กรนั้นจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้⁶

ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่นๆ อยู่ในระดับมาก การให้บริการพยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติงาน 3 ช่วงเวลาคือ เช้า บ่าย ดึก ซึ่งพยาบาลต้องหมุนเวียนกันมาปฏิบัติงานใน 3 ช่วงเวลาปกติจะได้ปฏิบัติงาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีสิทธิลาหยุดพักผ่อน ลาป่วย ลากิจได้ และงานที่รับผิดชอบไม่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจ ได้พักผ่อน มีการมอบอำนาจ ให้มีอิสระต่อการตัดสินใจในการทำงาน จากลักษณะงานที่มีความเป็นวิชาชีพ จึงทำให้พยาบาลปฏิบัติงานโดยยึดหลักคุณธรรมและจริยธรรมหรือจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติงาน⁷ พยาบาลจึงมีความอดทนและมีความเสียสละถึงแม้ว่าการทำงานจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตส่วนตัว

ด้านภาวะเศรษฐกิจและความเกี่ยวข้องกับสังคมอื่นๆ อยู่ในระดับมาก⁸

ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา อยู่ในระดับมาก ได้จัดระบบงานมีการมอบอำนาจตามความรู้ความสามารถ มีการจัดทำแผนงาน จัดองค์กร จัดการด้านบุคลากร ควบคุมกำกับงาน เพื่อลดปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเกิดผลประโยชน์แก่ผู้ใช้บริการให้โอกาสบุคลากร ได้รับการพัฒนาตนเอง มีการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อฝึกอบรมเพื่อเกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีการดำเนินงานวิชาการเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ มีทักษะ มีคุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงาน ของ Lewin

ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน อยู่ในระดับมาก โรงพยาบาลมีระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามเกณฑ์ของ กพร. อย่างเป็นธรรม มีการเลื่อนขั้นเงินเดือนของพยาบาลและทุกกลุ่มตามเกณฑ์ ที่กำหนดส่วนการเลื่อนตำแหน่งมีเกณฑ์กำหนด และยังมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการชุดต่างๆ ของโรงพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลได้รับการยกย่องและมีความมั่นคงในการทำงานสอดคล้องกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงาน ของ Walton, R.E.

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับมากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง¹⁰ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง^{7,11} ส่วนการกระจายอำนาจไปสู่ผู้ปฏิบัติ โดยให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ในทีมและสิ่งที่จะช่วยให้เกิดบรรยากาศองค์กรที่ดีเหมาะสมแก่การทำงาน ได้แก่ การมีการบังคับบัญชาที่ดี การที่สมาชิกมีขวัญและกำลังใจในการทำงานดี จะเสริมสร้างให้เกิดบรรยากาศที่ดี

พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเกษตรวิสัยมีความแตกต่างกันทั้งด้านอายุ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในการทำงาน ความภาคภูมิใจในการทำงาน ความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่นๆ ด้านภาวะเศรษฐกิจและความ เกี่ยวข้อง

กับสังคม ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกับญาติ ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงานแตกต่างกัน ในส่วนคุณภาพชีวิตการทำงานกับสุขภาพจิตของผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีอายุต่างกันไม่ส่งผลต่อสุขภาพจิต คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹² อายุไม่มีความสัมพันธ์ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐกรุงเทพมหานคร

พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน คุณภาพชีวิตในการทำงานด้านความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านความภาคภูมิใจในการทำงาน ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่นๆ ด้านภาวะเศรษฐกิจและความเกี่ยวข้องกับสังคม ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกับญาติ ด้านความก้าวหน้า และความมั่นคงในงาน ไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านความสัมพันธ์ภายในหน่วยงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05¹¹ บรรยาการองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้ มีสถานภาพการสมรสต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ¹³ เรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานของจังหวัดบุรีรัมย์ สถานภาพการสมรสแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานไม่แตกต่างกัน การศึกษาต่างกัน ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิต

ด้านอื่นๆ และด้านภาวะเศรษฐกิจและความเกี่ยวข้องกับสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมไม่แตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลประจำการ การศึกษาโรงพยาบาลจังหวัดในเขตสาธารณสุข 3 พยาบาลประจำการมีคุณภาพชีวิตการทำงานแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา¹³

ในส่วนโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่างกัน พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงานไม่แตกต่างกัน ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ⁹

พยาบาลวิชาชีพที่มีเงินเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงานไม่แตกต่างกัน จากปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า เงินเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในระดับต่ำมาก¹⁰ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล เงินเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยพยาบาลที่มีเงินเดือนที่สูงกว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าแสดงถึงเงินเดือนที่สูงขึ้น ทำให้ไม่ต้องการค่าตอบแทนเวรภัยดีการทำงานล่วงเวลา ทำให้ได้ทำงานในช่วงเวลาปกติและมีเวลาให้กับชีวิตส่วนตัวมากขึ้นจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเกษตรวิสัย พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยที่อนุญาตให้ศึกษาวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. บุศรา กาญ. **วัฒนธรรมองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
2. บุญแสง ชีระภากร. **การปรับปรุงคุณภาพชีวิตในการทำงาน จุลสารพัฒนาข้าราชการพลเรือน**. 1 (มกราคม-มีนาคม); 2533.
3. ประภาพร นิกรเพสย์. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศจริยธรรมในกลุ่มงานการพยาบาล การมีส่วนร่วมในงานของบุคลากรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
4. Huse, E.F., and Commings, T.T. **Organization development and change**. 3rd ed. Minnesotar West Publishing; 1985.
5. มาริสสา ทรงพระ. **คุณภาพชีวิตในการทำงานกับการผูกพันต่อองค์การของพนักงานระดับปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมอัญมณีและเครื่องประดับในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง; 2546.
6. Newstrom, J.W., and davis, K. **Organizational behavior human behavior at work**. 10th ed. New York : McGraw-Hill; 1997.
7. ทศนา บุญทอง. **ปฏิรูประบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์; 2543.
8. ชาญชัย อาจีนสมาจาร. **พฤติกรรมในองค์กร**. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ; 2535.
9. นียดา ผุยเจริญ. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
10. วงเดือน เลหาวัฒนภิณู และคณะ. **คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี**. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี; 2552.
11. อรุณี เอกวงศ์ตระกูล. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในงานบรรยากาศองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
12. ฟ่ำไผ่ พุ่มเกิด. **คุณภาพชีวิตการทำงานกับสุขภาพจิตของผู้ช่วยเหลือคนไข้โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2547.
13. ทศนันท์ ทูมมานนท์. **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับการผูกพันต่อองค์การของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจังหวัดในเขตสาธารณสุข 3**. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา; 2541.

ผลของการนวดมดลูกต่อการหดตัวของมดลูก ในมารดาหลังคลอด

THE EFFECTS OF UTERINE MASSAGE ON UTERINE CONTRACTION DURING POSTPARTUM PERIOD

อุมาสวรรค์ ชูหา¹, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล²
Umasawan Choocha¹, Soiy Anusorntheerakul²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการนวดมดลูกต่อการหดตัวของมดลูกในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
รูปแบบวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาตั้งครรภ์เดี่ยว ไม่เคยผ่านการคลอด อายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ จำนวน 11 ราย ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลมารดาหลังคลอดและแบบบันทึกการหดตัวของมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดมดลูกจนหดตัวดีทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด เปรียบเทียบปริมาณเลือดและระดับยอดมดลูกกับค่ามาตรฐาน โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย : พบว่าค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกจนมดลูกหดตัวดี เท่ากับ 2.32 ± 0.11 นาที ระยะเวลาที่ใช้น้อยที่สุดในการนวดมดลูก คือ 1 นาที 35 วินาที ระยะเวลาที่ใช้มากที่สุดในการนวดมดลูก คือ 3 นาที 20 วินาที

ปริมาณเลือดที่ออกใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเฉลี่ย 57 ± 17.03 ซีซี ปริมาณเลือดที่ออกใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เฉลี่ย 63.27 ± 18.23 ซีซี ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติและปริมาณเลือดที่ออกน้อยกว่าค่ามาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

ระดับยอดมดลูกหลังคลอดทันทีที่มีค่าเฉลี่ย 10.95 ± 1.10 เซนติเมตร 2 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ย 12.31 ± 1.23 เซนติเมตร และหลังคลอด 24 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ย 9.54 ± 1.49 เซนติเมตร

ระดับยอดมดลูกลดลงใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด เมื่อเปรียบเทียบกับ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เท่ากับ 2.77 ± 0.71 เซนติเมตร หรือประมาณ 1.09 ± 0.28 นิ้ว ซึ่งมีค่าลดลงมากกว่าค่ามาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

คำสำคัญ : การนวดมดลูก, การหดตัวของมดลูก, มารดาหลังคลอด

¹นักศึกษานิเทศศาสตร์ สาขาวิชาการพัฒนาระบบสารสนเทศ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Abstract

Objective : The purpose of this clinical trial research was to study the effects of uterine massage on uterine contraction within 24 hours during postpartum period. The participants were 11 nulliparous, singleton pregnancy, and gestational age 37-42 weeks and gave birth at Mahasarakham Hospital. The research instruments were data record postpartum period and data record uterine contraction. The participants got massage the uterus until it got contracted every 15 minutes for two hours during the postpartum period. Blood loss and level of height of fundus were compared with the standard score and analyzed by using Wilcoxon signed rank test.

Results : Time average of uterine massage until contracted was 2.32 ± 0.11 minutes. The minimum time of massaging was one minute and thirty - five seconds and the maximum was three minute and twenty seconds.

The mean of blood loss within 2 hours during postpartum period was 57 ± 17.03 ml., and within 24 hours of postpartum was 63.27 ± 18.23 ml. The amount of bleeding was below the standard score and statistical significantly different ($P < 0.01$).

The mean of height of fundus after immediately delivery were 10.95 ± 1.10 cm., after 2 hours postpartum period were 12.31 ± 1.23 cm., and after 24 hours postpartum period were 9.54 ± 1.49 cm.

As the heights of fundus between after 24 hours and after 2 hours of postpartum decreased more the standard score and statistical significantly different ($P < 0.01$)

Keywords : Uterine massage, Uterine contraction, Postpartum period

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดาทั่วโลก พบได้ถึงร้อยละ 25 ของมารดาที่ตายทั้งหมด¹ และพบมากที่สุดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งระยะที่มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดมากที่สุดคือระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด² จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ในปี 2553, 2554 และ 2555 คิดเป็น 10.2, 8.9 และ 17.6 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ และพบอัตราการตายมากที่สุดในภาคใต้ของประเทศไทย รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ³ สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี พบมากถึงร้อยละ 704 ซึ่งผลกระทบจากการที่มดลูกหดตัวไม่ดี จะทำให้เสียเลือดมากจนเกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตในที่สุด⁵

วิธีการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ดีที่สุดคือการเฝ้าระวังตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ภายหลังรกคลอดทันทีที่ควรนวดมดลูกบริเวณยอดมดลูกจนมดลูกหดตัวดี โดยนวดมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด^{1,5} เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ห้องคลอดเป็นแผนกที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ประกอบกับมารดาหลังคลอดมีความเหนื่อยล้าจากการคลอดไม่สามารถนวดมดลูกเองได้ และบางรายไม่สามารถให้ทารกดูดนมมารดาได้ทันที จึงทำให้กระบวนการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกลดลง ซึ่งโรงพยาบาลมหาสารคามยังพบ อัตราการตกเลือดหลังคลอดในปี 2554 ร้อยละ 0.69 โดยสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ว่า หลังคลอดมารดาจะต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ซึ่งรวมถึงการตกเลือดหลังคลอดด้วย⁶ และโรงพยาบาลมหาสารคามยังคงใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดคือ นวดมดลูกหลังคลอดทุก 15 นาทีจำนวน 4 ครั้ง ในชั่วโมงต่อมา นวดมดลูกทุก 30 นาทีจำนวน 2 ครั้ง ซึ่งแตกต่างกับคำแนะนำการนวดมดลูกหลังคลอดของ WHO¹ และ FICO⁵ และยังคงพบอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอด ดังนั้น ผลการศึกษาที่ได้ น่าจะเป็นแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเลือด เปรียบเทียบระดับยอดมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการนวดมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดกับค่ามาตรฐาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองทางคลินิก (Clinical trial research design) โดยกลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 20 - 34 ปี อายุครรภ์ครบกำหนด ตั้งครรภ์เดี่ยว ไม่เคยผ่าน การคลอดเป็นมารดาที่คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 29 กิโลกรัมต่อตารางเมตร Hct. ก่อนคลอด ≥ 33 vol% คัดคะแนนน้ำนักรกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500 - 3,999 กรัม ไม่มีปัญหาหรือข้อบกพร่องในการให้นมแม่หลังคลอด ที่มาคลอดในโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2556

□ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณสำหรับการทดลองกลุ่มเดียว⁷ ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2 P (1 - P)}{d^2}$$

Z เป็นค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นกำหนดที่ 95% (α 0.05) สำหรับค่าทดสอบทางเดียว มีค่าเท่ากับ 1.96 P เป็นค่าสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดที่คาดว่าจะพบในประชากร (อัตราการตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลมหาสารคาม เท่ากับร้อยละ 0.69 d เป็นค่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้น (โดยกำหนดความผิดพลาดไว้ 5%) หรือเท่ากับ 0.05 แทนค่าในสูตร n ได้เท่ากับ 11 คน

□ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ข้อมูลมารดาหลังคลอด ข้อมูลการหดตัวของมดลูก และเครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ เครื่องชั่งดิจิตอล ฝ้านามัย ถูซับเลือด สายเทปวัด

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในแผนกฝากครรภ์และขอความร่วมมือในการวิจัยจากมารดาที่มาฝากครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป เมื่อมารดาตอบตกลงและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการเซ็นชื่อยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยและผู้วิจัยติดตามอาสาสมัคร จนกระทั่งเข้าสู่ระยะรอคลอด ศึกษาประวัติการฝากครรภ์จากสมุดบันทึกการฝากครรภ์ บันทึกการคลอด ตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้อีกครั้งเมื่ออาสาสมัครคลอดรกแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบอีกครั้งหากอาสาสมัครไม่อยู่ในเกณฑ์มีการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการคลึงมดลูกหลังคลอดรกทันทีจนมดลูกหดตัวดี ประเมินระยะเพาะปัสสาวะก่อนวัดระดับยอดมดลูกโดยใช้สายเทปวัด โดยเริ่มวัดจากขอบบนของกระดูกหัวหน่าว จนถึงยอดมดลูก ทำเครื่องหมายที่ขอบบนของกระดูกหัวหน่าวไว้สำหรับการวัดในครั้งต่อไป หลังเย็บแผลเสร็จใส่ผ้าอนามัยให้มารดาหลังคลอด จากนั้นจึงเริ่มทำการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการนวดมดลูกจนมดลูกหดตัวดีมีลักษณะเป็นก้อนกลมแข็ง สามารถคลำได้ทางหน้าท้องและพัก 15 นาที เมื่อพักครบ 15 นาทีแล้วทำการนวดมดลูกต่อ ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด แล้วลงบันทึกในแบบเก็บข้อมูล

□ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนเลือดที่ออกหลังคลอด 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง ระดับยอดมดลูกหลังคลอดทันที, 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและไม่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง

□ การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE562167 ลงวันที่ 19 กันยายน 2556 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ 002/2556 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2556

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้คลอดเท่ากับ 25.90 ± 5.46 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 38.81 ± 0.98 สัปดาห์ ส่วนสูงผู้คลอดเฉลี่ย 158.82 ± 5.54 เซนติเมตร น้ำหนักก่อนคลอดเฉลี่ย 68.20 ± 10.72 กิโลกรัม BMI ก่อนคลอดเฉลี่ย 26.99 ± 3.54 กก./Hct. ก่อนคลอดเฉลี่ย 34.63 ± 1.68 vol% และค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอด ดังตารางที่ 1, 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกหลังคลอด

ระยะเวลาในการนวดมดลูก	ระยะเวลาที่นวดน้อยที่สุด	ระยะเวลาที่นวดนานที่สุด
15 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 40 วินาที	3 นาที 20 วินาที
30 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 55 วินาที	3 นาที 16 วินาที
45 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 56 วินาที	3 นาที 15 วินาที
60 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 49 วินาที	3 นาที 15 วินาที
1 ชั่วโมง 15 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 35 วินาที	3 นาที 18 วินาที
1 ชั่วโมง 30 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 55 วินาที	3 นาที 10 วินาที
1 ชั่วโมง 45 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 40 วินาที	3 นาที 15 วินาที
2 ชั่วโมงหลังคลอด	1 นาที 36 วินาที	2 นาที 48 วินาที
ค่าเฉลี่ย	1 นาที 46 วินาที	3 นาที 7 วินาที

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอดหลังการนวดมดลูกทุก 15 นาทีกับปริมาณเลือดมาตรฐาน

ปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอด (ซีซี)	Median	Z	p-value
หลังคลอด 2 ชั่วโมง	63		
ค่ามาตรฐาน	80	-2.812	0.005**
หลังคลอด 24 ชั่วโมง	65		
ค่ามาตรฐาน	160	-2.936	0.003**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การนำค่ากลางของระดับยอคมดลูกหลังคลอดทันที, 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดมาเปรียบเทียบกันพบว่า ระดับยอคมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงแรก มีระดับยอคมดลูกสูงกว่าระดับยอคมดลูกในระยะหลังคลอดทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบ

ค่ากลางระดับยอคมดลูกหลังคลอด 2 ชั่วโมงกับค่ากลางระดับยอคมดลูกหลังคลอด 24 ชั่วโมง พบว่า ระดับยอคมดลูกหลังคลอด 24 ชั่วโมง มีค่าลดลงและมีค่าน้อยกว่า 2 ชั่วโมงหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับยอคมดลูกหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างกับค่ากลางระดับยอคมดลูกหลังคลอด

ระดับยอคมดลูกหลังคลอด (เซนติเมตร)	Median	Z	p-value
ระดับยอคมดลูกหลังคลอดทันที	11		
ระดับยอคมดลูกหลังคลอด 2 ชั่วโมง	12	-3.035	0.002**
ระดับยอคมดลูกหลังคลอด 2 ชั่วโมง	12		
ระดับยอคมดลูกหลังคลอด 24 ชั่วโมง	9	-2.952	0.003**
ระดับยอคมดลูกที่ลดลงเฉลี่ย	2.5		
ค่ามาตรฐาน	1	-2.952	0.003**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกจนหดตัวดีในทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 2.32 ± 0.11 นาที ระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกอยู่ระหว่าง 1 นาที 35 วินาที - 3 นาที 20 วินาที/ครั้ง เวลาการนวดมดลูกแต่ละครั้งน้อยกว่าข้อเสนอแนะของ American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]⁹ ที่แนะนำให้นวดมดลูกหลังคลอดแต่ละครั้งนาน 5 - 10 นาที และจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ Uterine atony พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกจนหดตัวดีอยู่ระหว่าง 2 นาที 30 วินาที - 5 นาที มดลูกจึงจะไม่ล้าและหดตัวดี¹⁰ ทั้งนี้ เนื่องจากการนวดมดลูกตามข้อเสนอแนะ ACOG⁹

เป็นการนวดที่ใช้ทั้งในมารดาครรภ์แรกและในมารดาครรภ์หลัง ทั้งที่มีภาวะเสี่ยงและไม่มีภาวะเสี่ยง ส่วนการศึกษา มารดาครรภ์เดียวและไม่เคยผ่านการคลอดเท่านั้น ที่ทำให้ระยะเวลาในการนวดมดลูกน้อยกว่าข้อเสนอแนะของ ACOG จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการนวดมดลูกในมารดาครรภ์แรกใช้ระยะเวลาการนวดมดลูกน้อยกว่ามารดาครรภ์หลังและมารดาที่มีภาวะ Uterine atony ซึ่งใช้เวลามากขึ้นในการนวดมดลูก เนื่องจากมารดาครรภ์หลังความตึงตัวของมดลูกลดลง ดังนั้นในขณะที่นวดมดลูกจะต้องพิจารณาระดับการหดตัวของมดลูกในมารดาหลังคลอดแต่ละคนเป็นรายๆ ไป ปริมาณเลือดที่ออกใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าปริมาณ

เลือดที่ออกใน 2 ชั่วโมงแรกเฉลี่ย 57 ± 17.03 ซีซี 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเฉลี่ย 63.27 ± 18.23 ซีซี และปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอดมีค่าน้อยกว่าค่ามาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) เมื่อมีการนวดมดลูกหลังคลอดโดยกลัมน้ำนมมดลูกจะหดตัวและหดสั้นเข้า จึงเกิดการบีบรัดหลอดเลือดไว้ทำให้เลือดออกน้อยลง¹¹ และจากการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากมารดาที่เป็นกลุ่มประชากรศึกษา เป็นมารดาที่ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อนกลัมน้ำนมมดลูกยังมีความตึงตัวสูงประกอบกับขนาดของทารกและระยะเวลาคลอดทั้ง 3 ระยะ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อได้รับการกระตุ้นการหดตัวโดยการนวดมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จึงทำให้มดลูกหดตัวดี ปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอดจึงลดลงน้อยกว่าค่ามาตรฐาน ระดับยอคมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าหลังคลอดทันที ระดับยอคมดลูกอยู่ระหว่างสะดือกับหัวหน้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.95 ± 1.10 เซนติเมตร หลังคลอด 2 ชั่วโมง ระดับยอคมดลูกสูงขึ้นอยู่ระดับสะดือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.31 ± 1.23 เซนติเมตร และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าระดับยอคมดลูกลดลงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.54 ± 1.49 เซนติเมตร โดยระดับยอคมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดสูงกว่าระดับยอคมดลูกในระยะหลังคลอดทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) อธิบายได้ว่า หลังคลอดทันทีกลัมน้ำนมมดลูกจะลดขนาดลงทันที มดลูกจึงลอยตัวสูงขึ้น มาอยู่ระหว่างสะดือกับหัวหน้าจากนั้น 1 ชั่วโมง ต่อมามดลูกจะลอยตัวสูงขึ้นมาอยู่ที่ระดับสะดือเนื่องจากการหย่อนของช่องคลอดผนังมดลูกส่วนล่างและกลัมน้ำนมของพื้นเชิงกราน (pelvic floor) เป็นสาเหตุที่ทำให้มดลูกลอยตัวสูงขึ้นได้¹² ส่วนระดับยอคมดลูก 24 ชั่วโมงหลังคลอด มีค่าลดลงมากกว่าค่ามาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ภายหลังคลอดมดลูกเกิดการหดตัวและคลายตัว ส่งผลให้เส้นเลือดที่แทรกอยู่ตามเยื่อหุ้มมดลูกถูกบีบ ทำให้เลือดมาเลี้ยงมดลูกได้น้อยลง¹¹ มดลูกจึงเกิดการเหี่ยวฝ่อ มดลูกจึงมีขนาดลดลงในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด จากการศึกษาาระดับยอคมดลูกหลัง 24 ชั่วโมง มีค่าลดลงเฉลี่ย 2.77 ± 0.71 เซนติเมตร หรือประมาณ 1.09 ± 0.28 นิ้ว ซึ่งลดลงมากกว่าค่ามาตรฐาน แสดงให้เห็นว่าการนวดมดลูกหลังคลอดทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นวิธีการกระตุ้นให้มดลูกเกิดการหดตัวได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ จึงควรนำหลักการนวดมดลูกทุก 15 นาที

มาใช้กับมารดาหลังคลอดในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการตกเลือดและลดภาวะช็อคของมารดาหลังคลอด ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล : วิธีการนวดมดลูกทุก 15 นาทีในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดสามารถกระตุ้นให้มดลูกหดตัวได้เป็นอย่างดี การนวดมดลูกทุก 15 นาทีไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาหลังคลอด และช่วยให้จำนวนเลือดที่ออกใน 2 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดมีปริมาณเลือดที่ออกน้อยกว่าค่ามาตรฐาน ช่วยลดการสูญเสียเลือดหลังคลอดได้และระดับยอคมดลูกใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดลดลงมากกว่าค่ามาตรฐานด้วย จึงควรสนับสนุนให้มีการนวดมดลูกทุก 15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งในหน่วยงานที่มีเจ้าหน้าที่ ในการให้การพยาบาลไม่เพียงพอ ควรจะสอนให้ญาตินวดมดลูกให้มารดาหลังคลอดเพื่อเป็นการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกและลดการสูญเสียเลือดหลังคลอด

จากการวิจัยพบว่า การนวดมดลูกผ่านทางหน้าท้องในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกและตั้งครรภ์เดี่ยว ที่ไม่เคยผ่านการคลอด ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดหรือไม่มีภาวะ uterine atony มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกจนหดตัวดี ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 2 นาที 30 วินาที/ครั้ง ดังนั้นในกรณีที่จะสอนให้ญาติหรือมารดาหลังคลอดนวดมดลูกเองจึงสามารถนำไปใช้เป็นเวลาอ้างอิงในมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้

ด้านการวิจัย :

1. ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่มีขนาดมากขึ้นและให้มีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาทั้งในมารดาครรภ์แรกและในมารดาครรภ์หลัง เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงใช้กับประชากรทั่วไปได้
2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในมารดา กลุ่มเสี่ยงเปรียบเทียบกับปริมาณเลือดที่ออกและระดับยอคมดลูกในระยะ 2 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาหลังคลอด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta 2009; Retrieved 2012 July 31, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf
2. สุกัญญา ปรีชญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. การพยาบาลสตรีในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : นันทพันธ์ พรินติ้ง; 2553.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556. ค้นเมื่อ 23 เมษายน 2557 จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation>
4. Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. Am Fam Physician. 2007 Mar 15; 75 (6) : 875-882.
5. International Federation of Gynaecology and Obstetrics [FIGO]. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Int J Gynecol Obstet 2012; 117 : 108-118.
6. เพ็ญใจ เจริญวัฒนกุล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. ใน ธีรดี จิรสินธิปก และคณะ (บรรณาธิการ). มาตรฐานการบริการพยาบาลทางสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข; 2551.
7. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 1977.
8. McKinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. Maternal-Child Nursing. 2nd ed. USA : Elsevier Saunders; 2005.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists : Postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 2008; 108(4) :1039 - 1047.
10. Andreatta P, Perosky J, Johnson TRB. Two-provider technique for bimanual uterine compression to control postpartum hemorrhage. J Midwifery Womens Health 2012; 57 : 371-375.
11. Murray SS, McKinney ES. Foundation of maternal-newborn nursing. 4th ed. USA : Saunders Elsevier; 2006.
12. Pillitteri A. Maternal & child health nursing : care of childbearing & childbearing family. 8th ed. China : Lippincott; 2010.

การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

A Case Study of Septic Shock Management in Mahasarakham Hospital

เอื้อพงศ์ ลิ้มปพนาสิต¹Uaepong Limpapanasit¹

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) และโดยเฉพาะภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) เป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี ปัจจุบันมีการนำกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เรียกว่า Surviving Sepsis Campaign มาใช้กันอย่างแพร่หลายรวมทั้งในโรงพยาบาลมหาสารคาม กรณีศึกษานี้เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี มาด้วยอาการไข้สูงหนาวสั่น 2 วัน ปัสสาวะแสบขัดและมีสีขุ่น ปวดบริเวณเอวทั้ง 2 ข้าง มีโรคประจำตัวเป็นนิ่วในไต เคยรักษาโดยการผ่าตัดไตข้างขวาเมื่อปี 2555 ตรวจร่างกายพบว่ามีภาวะ septic shock จึงได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลมหาสารคาม (Mahasarakham's sepsis protocol) โดยมีเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาซึ่งต้องทำให้ได้ภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังวินิจฉัย (early goal directed therapy) ได้แก่ ค่า central venous pressure 8-12 mmHg ค่า mean arterial pressure (MAP) $\geq$ 65 mmHg ปัสสาวะออก $\geq$ 0.5 ml/kg/hr และ ค่า central venous oxygen saturation (ScvO₂) $\geq$ 70 % พบว่าเมื่อได้ให้การรักษาตามเป้าหมายแล้ว อาการผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยตาม Surviving Sepsis Campaign ให้ครอบคลุมเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การติดเชื้อในกระแสเลือด, โรงพยาบาลมหาสารคาม

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

Abstract

Due to the high mortality rate, sepsis and septic shock became important health problems currently. Surviving Sepsis Campaign, is widely used for septic patients, including Mahasarakham hospital. This case study is Thai, 66-years-old male patient presented with high grade fever, chills and dysuria. He had pain on both flanks and had history of right kidney stone, treated by surgery in 2012. After the patient had a physical examination, septic shock was diagnosed and treated by Mahasarakham's sepsis protocol. The treatment goals (early goal directed therapy), central venous pressure 8-12 mmHg, mean arterial pressure (MAP) $\geq$ 65 mmHg, urine output $\geq$ 0.5 ml/kg/hr and the central venous oxygen saturation (ScvO₂) $\geq$ 70%, were achieved within 6 hours. Patient was improved without severe complications and had early hospital discharge. Therefore, the application of septic care process according to Surviving Sepsis Campaign will benefit for patients with quality and efficiency

Keywords : Surviving Sepsis Campaign, Mahasarakham hospital

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของภาวะ sepsis ประมาณ 75-150 รายต่อ 100,000 ประชากร หรือมากกว่า 50,000-100,000 รายต่อปี โดยจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในโรงพยาบาล^{1,2} ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีมักจะมีภาวะแทรกซ้อนตามมา และเสียชีวิตได้จากภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ dysfunction syndrome; MODS) จากรายงานของ Russell พบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (severe sepsis) มีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 25-30% และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 40-70% ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock)³ ซึ่งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยก็ประสบปัญหาดังกล่าวเช่นเดียวกัน พบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ คือประมาณ 65% ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดในแผนกอายุรกรรม (ข้อมูลปี 2554) และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีอัตราการเสียชีวิตโดยเฉลี่ยประมาณ 20% (ข้อมูลปี พ.ศ. 2553-2555)

สาเหตุของปัญหาดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรก ความล่าช้าในการให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการตรวจหาแหล่งติดเชื้อก่อนได้ยาปฏิชีวนะ การไม่สามารถฟื้นคืนระบบไหลเวียนโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกได้ภายใน 6 ชั่วโมงแรก หรือความล่าช้าในกระบวนการติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงในขณะรักษา เป็นต้น^{4,5}

การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอาศัยเกณฑ์ของ 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference^{6,7}

Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) เป็นภาวะที่มีการอักเสบแพร่กระจายทั่วไปในร่างกาย การวินิจฉัยภาวะ SIRS ผู้ป่วยต้องมีอาการทางคลินิกต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ

- Body temperature > 38.3°C หรือ < 36°C
- Pulse rate > 90/min
- Respiratory rate > 20/min หรือ PaCO₂ < 32 mmHg
- White blood cell count (WBC) > 12,000/mm³

หรือ < 4,000/mm³ หรือมีเม็ดเลือดขาวชนิด band form > 10%

Sepsis คือ ภาวะ SIRS ที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งในร่างกาย

Severe sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่มีปัญหาอวัยวะเสียหายที่ (organ dysfunction) ร่วมด้วยอย่างน้อยอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Sepsis-induced hypotension
- Lactate > upper normal limit
- Urine output < 0.5 mL/kg/hr เป็นเวลามากกว่า 2 ชั่วโมงแม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ
- Acute lung injury (PaO₂/FiO₂ < 250 ในกรณีที่ไม่มีการ pneumonia หรือ < 200 ในกรณีที่มีการ pneumonia)
- Creatinine > 2.0 mg/dL
- Bilirubin > 2 mg/dL
- Platelet count < 100,000/mm³
- Coagulopathy (International normalized ratio > 1.5)

Septic shock คือ ภาวะ Sepsis ที่ผู้ป่วยยังคงมี hypotension แม้ได้รับการรักษาด้วยสารน้ำจนเพียงพอแล้ว (>30 ml/kg)

การนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เรียกว่า Surviving Sepsis Campaign ซึ่งได้รับการเผยแพร่ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2004 โดย Society of Critical Care Medicine และ European Society of Intensive Care Medicine มาใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย เนื่องจากเป็นวิธีการดูแลรักษาที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่าสามารถลดจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้จริง⁷⁻¹¹ โดย Surviving Sepsis Campaign มีการปรับปรุงมาจนถึงฉบับล่าสุดซึ่งตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2013 มีประเด็นสำคัญอยู่ที่การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะ severe sepsis และ septic shock ให้ได้ตามเป้าหมายสำคัญภายใน 6 ชั่วโมงแรก หลังวินิจฉัย (early goal directed therapy) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้เริ่มนำ Surviving Sepsis Campaign ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล เป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (Mahasarakham's sepsis protocol) ใช้ในดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยนำสู่การปฏิบัติจริงในกลุ่มงานอายุรกรรม ในเดือนตุลาคม 2555 โดย

เน้นที่การวินิจฉัยให้ได้อย่างรวดเร็ว การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสม รวมทั้งการฟื้นคืนระบบไหลเวียนโลหิตตามเป้าหมาย ในการดูแลรักษาซึ่งต้องทำให้ได้ภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังวินิจฉัย (early goal directed therapy) ดังนี้

1. พัฒนาใบคำสั่งแพทย์ (doctor's order sheet) สำหรับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อเป็นแนวทางสำหรับแพทย์ผู้รักษา และให้การรักษาทันทีห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทันทีหลังการวินิจฉัย คือ การเจาะเลือดโดยเฉพาเพราะเชื้อในเลือด การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยของแพทย์ การให้สารน้ำ การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต และโดยมีเป้าหมายที่ต้องทำให้ได้ภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังวินิจฉัย ดังนี้ ค่า central venous pressure อยู่ระหว่าง 8-12 mmHg ค่า mean arterial pressure มากกว่า 65 mmHg มีปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 ml/kg/hr และ ค่า central venous oxygen saturation มากกว่า 70%

2. พัฒนาแบบบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย sepsis/severe sepsis/septic shock ในช่วง 6 ชั่วโมงแรก เพื่อประเมินผลการรักษาตามเป้าหมายที่ต้องทำให้ได้ภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังวินิจฉัย ได้แก่ ค่า central venous pressure ค่า mean arterial pressure ปริมาณปัสสาวะที่ออกต่อชั่วโมง และ ค่า central venous oxygen saturation

3. พัฒนาทักษะแพทย์ใช้ทุนและจัดระบบพี่เลี้ยงในการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลมหาสารคาม การเลือกให้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม รวมถึงการรักษาให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องทำให้ได้ภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังวินิจฉัย รวมทั้งพัฒนาทักษะการทำ central line ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกเพื่อประเมินค่า central venous pressure และ ค่า central venous oxygen saturation

4. จัดทำแนวทางการเบิกจ่ายยาปฏิชีวนะที่จำเป็นในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้ระบบ Fast track คือ เพื่อความรวดเร็วในการให้ยาปฏิชีวนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำการพัฒนาแนวทางปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยของกลุ่มงานอายุรกรรม ผลลัพธ์เบื้องต้นที่ได้รับและข้อจำกัดจากการนำมาใช้ในการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาแนวทางปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 66 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ 2 วัน โดยมีไข้สูงหนาวสั่น เป็นเกือบตลอดวัน ปัสสาวะแสบขัดและมีสีขุ่น ปวดบริเวณเอวทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการไอ ไม่มีอาการปวดท้อง อาเจียนหรือถ่ายเหลว ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียมาก จึงได้มาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วย : มีโรคประจำตัวเป็นนิ่วในไต เคยรักษาโดยการผ่าตัดไตข้างขวาเมื่อปี 2555 และโรคต่อมลูกหมากโต ล่าสุดทานยา doxazosin(2) 2x1 oral hs.

ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ปฏิเสธการใช้ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน หรือยาสมุนไพร ปฏิเสธประวัติเข้าป่า หรือลุยน้ำ และประวัติครอบครัว : ไม่มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยอาการเดียวกัน

ผลตรวจร่างกายแรกพบ :

Vital signs : body temperature (BT) 40.6 °C, pulse rate(PR) 130/min, respiratory rate(RR) 24/min, blood pressure(BP) 91/58 mmHg, mean arterial pressure(MAP) 69 mmHg

General appearances : Thai old male, looked acutely ill

HEENT : not pale, no jaundice, no neck vein engorgement

Heart : normal S1S2, no murmur

Lung : no adventitious sound

Abdomen : soft, not tender, no hepatosplenomegaly

CVA : tenderness both sides

Extremities : normal

Neurological signs : grossly intact

Laboratory examination:

Urinalysis : specific gravity 1.020, protein trace, glucose negative, ketone negative, RBC 3-5 cell/mm³, WBC 100-200 cell/mm³

CBC : Hb 10.9 g/dL, Hct 32.5%, WBC 6440/mm³ (Neutrophil 56%, Lymphocyte 14%, Band form 26%), Plt 129000/mm³

Blood chemistry : BUN 44 mg/dL, Cr 3.5 mg/dL, Na 137 mEq/L, K 4.0 mEq/L, Cl 98 mEq/L, HCO₃ 14 mEq/L

LFT : Alb 3.0 g/dL, Glb 3.6 g/dL, TB 0.8 mg/dL,
DB 0.3 mg/dL, ALT 16 U/L, AST 23 U/L, ALP 92 U/L

PT 13.6 seconds, PTT 37.9 seconds, INR 1.1

CXR: no infiltration

EKG 12 leads : normal sinus rhythm, rate 120/min

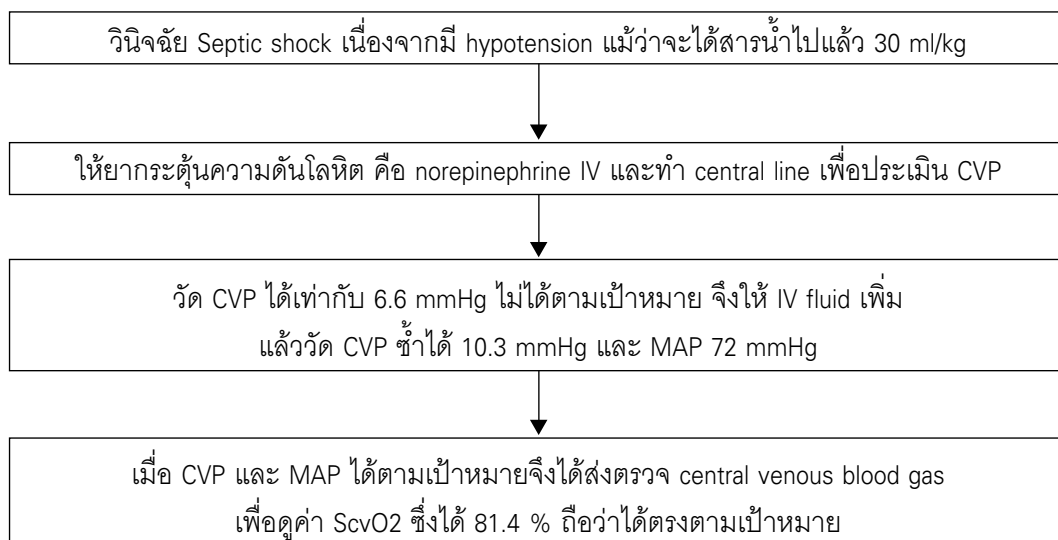
การดำเนินโรคขณะนอนโรงพยาบาล:

1/3/57 ผู้ป่วยมาถึงที่ห้องฉุกเฉินเวลา 16.00 น. ได้รับการประเมินว่ามีภาวะ sepsis โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลมหาสารคาม (Mahasarakham's sepsis protocol) ดังนี้ 1) มีภาวะ SIRS (BT > 38.3°C, HR > 90/min และ RR > 20/min) ร่วมกับ 2) มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection; UTI) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ UTI with sepsis แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินจึงได้สั่งให้ยาปฏิชีวนะคือ Ceftriaxone 2 gm IV ซึ่งผู้ป่วยได้รับยาที่เวลา 17.10 น. โดยระหว่างรอรับการรักษาได้มีการตรวจวัดสัญญาณชีพซ้ำที่เวลา 17.00 น. พบว่ามีปัญหาความดันโลหิตต่ำ BP 80/50 mmHg, MAP 60 mmHg จึงได้รับการให้สารน้ำ คือ normal saline (NSS) ไปรวม 1000 ml วัดความดันโลหิตซ้ำที่เวลา 17.50 หลังให้สารน้ำครบ ได้ BP 91/50 mmHg, MAP 63 mmHg จึงได้ admit เข้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และได้วินิจฉัยเพิ่มเติมว่ามีภาวะ severe sepsis เนื่องจากมี septic induced hypotension

หลัง admit ได้มีการติดตามอาการผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงสำหรับผู้ป่วย severe sepsis/ septic shock โดยได้มีการติดตาม vital sign ทุก 1 ชม พบว่า

ที่เวลา 19.00 น. มีปัญหาความดันโลหิตลดต่ำลง วัดได้ BP 86/55 mmHg, MAP 65 mmHg แพทย์อายุรกรรมจึงได้ให้การรักษาโดยการให้ NSS IV อีก 500 ml และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น imipenem 250 mg IV q12h g วัดความดันโลหิตซ้ำที่ 20.00 น. พบว่าได้ BP 87/57 mmHg, MAP 67 mmHg แพทย์ได้ให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะ septic shock เนื่องจากมีภาวะ hypotension แม้ว่าจะได้สารน้ำไปแล้ว 30 ml/kg แพทย์จึงได้ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต คือ norepinephrine 4 mg in 5% dextrose water 250 ml IV 10 ml/hr และได้ตัดสินใจทำ central line ทาง right internal jugular vein เพื่อประเมิน central venous pressure (CVP) เมื่อเวลา 21.00 น. ผลคือวัด CVP ได้เท่ากับ 9 cmH₂O (6 mmHg) บ่งบอกว่าปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนยังไม่เพียงพอ จึงได้ให้ NSS IV อีก 200 ml แล้ววัด CVP ซ้ำ ณ เวลา 22.00 น. ได้ 14 cmH₂O (10 mmHg) และ BP 91/62 mmHg, MAP 72 mmHg โดย norepinephrine อยู่ที่ 30 ml/hr เมื่อ CVP และ MAP อยู่ในเกณฑ์ปกติแล้วจึงได้ส่งตรวจ central venous blood gas เพื่อดูค่า ScvO₂ พบว่าได้ 81.4% ถือว่าได้ตรงตามเป้าหมายของการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign ภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังการวินิจฉัย

2/3/57 หลังจากนั้นได้มีการปรับยา norepinephrine เป็นระยะเพื่อคงความดันโลหิตให้ค่า MAP > 65 mmHg โดยผู้ป่วยได้ขนาดสูงสุดคือ 58 ml/hr ที่เวลา 05.00 น. จากนั้นสามารถปรับลดยา norepinephrine ลงได้เรื่อยๆ ใช้เริ่มลดลง ปัสสาวะเริ่มออกมากขึ้น อาการเหนื่อยลดลง และอาการอื่นๆ ดีขึ้นตามลำดับ



3/3/57 สามารถหยุดยา norepinephrine ได้ ณ เวลา 8.00 น. ไม่มีไข้แล้ว ปัสสาวะออกดี ปวดหลังลดลง ตรวจเลือดพบ BUN และ Cr เพิ่มขึ้นเป็น 62 และ 4.1 mg/dL ตามลำดับ

4/3/57 ไม่มีไข้ ติดตามผลเลือด BUN 75 mg/dL และ Cr 3.6 mg/dL แนวโน้มหน้าที่การทำงานของไตดีขึ้น

5/3/57 ผล hemoculture เป็น Escherichia coli ซึ่งไวต่อยาปฏิชีวนะกลุ่ม cephalosporin จึงได้ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และสั่งยาปฏิชีวนะ คือ cefdinir(100) 1x3 oral pc. และได้นัดตรวจติดตามในอีก 2 สัปดาห์ข้างหน้าเพื่อทำ ultrasound kidney เนื่องจากถือว่าเป็น complicated UTI และประเมินอาการอีกครั้ง

วิจารณ์และสรุปผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีปัญหาคความดันโลหิตต่ำ เมื่อได้รับการรักษาโดยให้สารน้ำรวมทั้งหมด 1500 ml แล้วพบว่าความดันโลหิตยังต่ำอยู่ จึงเข้าเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะ septic shock

มีภาวะ SIRS (BT > 38.3 °C, HR > 90/min และ RR > 20/min)

มีต้นเหตุจากการติดเชื้อในกรณีนี้คือติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

มีความดันโลหิตต่ำแม้จะได้รับสารน้ำไปในปริมาณที่เหมาะสมแล้วก็ตาม (30 ml/kg)

โดยการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะ septic shock นั้น ตาม Surviving Sepsis Campaign ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาซึ่งต้องทำให้ได้ภายใน 6 ชั่วโมงแรก ดังนี้⁷

ค่า central venous pressure (CVP) 8-12 mmHg

ค่า mean arterial pressure (MAP) $\geq$ 65 mmHg

ปัสสาวะออก $\geq$ 0.5 ml/kg/hr ดังนี้

ค่า central venous oxygen saturation (ScvO₂) $\geq$ 70%

มีการศึกษาที่รักษาจนได้เป้าหมายข้างต้นภายใน 6 ชั่วโมงแรกซึ่งเรียกว่า early goal directed therapy นี้สามารถลดอัตราการตายภายใน 28 วัน (28-day mortality) ลงได้ถึง 15.9% อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยใช้แนวทาง

การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เริ่มจากการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ septic shock ได้ตั้งแต่แรกตามเกณฑ์การวินิจฉัย และทำ central line เพื่อประเมินค่า CVP โดยในระหว่างกระบวนการใส่สาย central line ได้มีการให้ยา norepinephrine เพื่อเพิ่มความดันโลหิตให้ผู้ป่วยไปก่อนเมื่อวัด CVP พบได้เท่ากับ 9 cmH₂O (6.6 mmHg) แพทย์จึงให้ NSS IV เพิ่มอีก 200 ml แล้ววัด CVP ซ้ำได้ 14 cmH₂O (10.3 mmHg) เมื่อค่า CVP ได้ตามเป้าหมายแล้ว (8-12 mmHg) จึงได้เพิ่มขนาดยา norepinephrine จนได้ค่า MAP $\geq$ 65 mmHg และได้ส่ง central venous blood gas ต่อ พบว่าได้ 81.4% ถือว่าทำได้ตามเป้าหมายภายในเวลา 6 ชั่วโมง ยกเว้นเรื่องปัสสาวะออกน้อย ซึ่ง 6 ชั่วโมงแรก ปัสสาวะออกรวม 70 ml (ประมาณ 0.2 ml/kg/hr) แต่หลังจากนั้น ปัสสาวะก็ออกดีขึ้นตามลำดับหลังจากความดันโลหิตคงที่ โดยในช่วง 6 ชั่วโมงแรกนั้น ได้มีการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยใช้แบบบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงสำหรับผู้ป่วย severe sepsis/septic shock ติดตามสัญญาณชีพ CVP และปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อความรวดเร็วในการแก้ไข ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

หลังจากที่ให้การรักษาผู้ป่วยจนได้ตามเป้าหมาย ซึ่งต้องทำให้ได้ภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังวินิจฉัยแล้ว พบว่าอาการผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจาก septic shock ตามมา และสามารถหยุดยา norepinephrine ได้ในที่สุด เมื่อผลเพาะเชื้อในเลือดกลับมาพบว่ามีการติดเชื้อ Escherichia coli จึงได้ปรับยาปฏิชีวนะเป็น cefdinir ตามความไวของเชื้อต่อยา และให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 5 หลังจากนอนโรงพยาบาล

กรณีศึกษารายนี้เป็นตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ septic shock ของโรงพยาบาลมหาสารคามที่ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นตามมาตรการของ Surviving Sepsis Campaign ผลการรักษาที่ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย และใช้เวลานอนโรงพยาบาลสั้น เนื่องจากสามารถวินิจฉัยภาวะ septic shock และเริ่มกระบวนการรักษาจนบรรลุเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามพบว่าในผู้ป่วยบางรายก็ยังไม่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้แม้ว่าจะทำตามแนวทางปฏิบัติแล้วก็ตาม จากการทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลมหาสารคามตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555

พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ผู้ป่วยที่มีปัญหาความดันต่ำนานกว่าจะได้รับการช่วยฟื้นฟู ระบบไหลเวียน (prolonged shock) เช่น ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน และผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อดื้อยา แทรกซ้อน จึงควรให้ความสำคัญกับการอบรมฝึกทักษะ แก่บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีความเชี่ยวชาญในและใช้แนวทางปฏิบัติดังนี้

1. พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ตั้งแต่เนิ่นๆ เริ่มตั้งแต่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ห้องฉุกเฉิน และในหอผู้ป่วย
2. การสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วย sepsis and septic shock ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน การจัดประชุมวิชาการ ประจำปีเพื่อความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในระดับจังหวัด
3. ฝึกอบรมผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมมือกับ

หน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ (infection control; IC) และบุคลากรในหอผู้ป่วยเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

โดยปัจจุบันกำลังอยู่ในกระบวนการพัฒนาให้ผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock ทุกคนได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งเมื่อมีข้อมูลในการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดนี้มากขึ้น จะได้มีการศึกษาต่อยอดเพื่อเปรียบเทียบว่าผลลัพธ์ของการรักษาที่เป็นของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเองเมื่อเทียบกับที่อื่นจริงแล้ว แตกต่างกันหรือไม่เป็นประโยชน์ในการนำเอาข้อมูลดังกล่าวมาใช้พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กนก พิพัฒน์เวช; ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสาร วัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต 2551; 29 : 135-44.
2. Chuesakoolvanich K; Septic death in adults at Surin Hospital : an investigation of real-life clinical practice vs. empirical guidelines. J Med Assoc Thai 2007; 90 : 2039-46.
3. Russell JA; Management of sepsis. N Engl J Med 2006; 355 : 1699-713.
4. Bloos F, Thomas-Ruddel D, Ruddel H, et al; Impact of compliance with infection management guidelines on outcome in patients with severe sepsis : a prospective observational multi-center study. Crit Care. 2014; 18(2) : R42.
5. Gao F, Melody T, Daniels DF, et al; The impact of compliance with 6-hour and 24-hour sepsis bundles on hospital mortality in patients with severe sepsis: a prospective observational study. Crit Care. 2005;9(6):R764-70.
6. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, et al; 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31 : 1250-1256.
7. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock : 2012. Crit Care Med. 2013; 41(2) : 580-637.
8. Castellanos-Ortega A, Suberviola B, Garcia-Astudillo LA, et al; Impact of the Surviving Sepsis campaign protocols on hospital length of stay and mortality in septic shock patients : results of a three-year follow-up quasi-experimental study. Crit Care Med. 2010; 38(4) : 1036-43.
9. Cardoso T, Carneiro AH, Ribeiro O, et al; Reducing mortality in severe sepsis with the implementation of a core 6-hour bundle : results from the Portuguese community-acquired sepsis study (SACiUCI study). Crit Care. 2010; 14(3) : R83.
10. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al; Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group: Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 2001; 345:1368-1377
11. Nguyen HB, Corbett SW, Steele R, et al; Implementation of a bundle of quality indicators for the early management of severe sepsis and septic shock is associated with decreased mortality. Crit Care Med. 2007; 35(4) : 1105-12