

วารสาร

โรงพยาบาลมหาสารคาม

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2557

MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL

Vol. 11 No. 2 May - August 2014



เจ้าของ :

โรงพยาบาลมหาสารคาม

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์สุนทร	ยนต์ตระกูล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม	
นายแพทย์สุรกิจ	ยศพล
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	
นายแพทย์ไพฑูริย์	อัศวรณบดี
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการปฐมภูมิ	
นายวิฑูริ์	บุญทา
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	
นางเสาวลักษณ์	ชมภูหลง
รองผู้อำนวยการฝ่ายพยาบาล	
นายแพทย์พรชัย	พัชรตันอรุณกร
รองผู้อำนวยการฝ่ายการเงินการคลัง	
นายแพทย์วิระศักดิ์	ศรีชวนชื่นสกุล
รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาคุณภาพฯ	

บรรณาธิการ :

นายแพทย์บวร	แสนสุโพธิ์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ	

กองบรรณาธิการ :

นายแพทย์ธนิ	ฐิติพรรณกุล
แพทย์หญิงธนพร	มุขาทพร
แพทย์หญิงสุใจ	บุรณะบัญญัติ
ทันตแพทย์หญิงธนาภรณ์	อุณหนันท์
นายแพทย์เพิ่มศักดิ์	นามวิจิตร
นายแพทย์วิวัฒน์	ติยะไพฑูริย์สิน
แพทย์หญิงวิภาวดี	แสนโคตร
แพทย์หญิงกนกวรรณ	ฐสกุล (แก้วเขียว)
แพทย์หญิงธนาพร	นันท์ธนาพานิช
แพทย์หญิงอัจฉริยา	แสนมี
เภสัชกรหญิงกาญจนาภรณ์	ทองไกรรัตน์
นายประเวศ	โต๊ะเงิน
นางบุญมี	สันโคธ
นางสาวคมสันต์	จริยรวิชัย

ผู้ประสานงาน-ประชาสัมพันธ์ :

นางสุภากร	ผ่องอุดม
นายวิระยุทธ	บุญหลัง

สำนักงาน :

ห้องสมุด (วารสารวิชาการ) โรงพยาบาลมหาสารคาม
168 ถนนผดุงวิทย์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
อี - เมล์ Supa-Jour@hotmail.com
โทรศัพท์ 0-4374-0993-6 ต่อ 269
โทรสาร 0-4371-1433

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ :

- | | |
|---|---------------|
| 1. อาจารย์ ดร.สร้อย | อนุสรณ์ธีรกุล |
| อาจารย์ประจำคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นอาจารย์ | |
| 2. อาจารย์ ดร.บัวรุณ | ศรีชัยกุล |
| อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหาสารคาม | |
| 3. นายธนิ | ฐิติพรรณกุล |
| นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านพยาธิวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม | |
| 4. อาจารย์ ดร.ภญ.ภัทรีรินทร์ | กิตติบุญญาคุณ |
| อาจารย์ประจำคณะเภสัชกรรมมหาวิทยาลัยมหาสารคาม | |
| 5. อาจารย์ ดร.สุพัตรา | วัฒนเสน |
| อาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น | |
| 6. นางชนะใจ | จรูญพัฒน์กุล |
| พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลมหาสารคาม | |
| 7. อาจารย์ ดร.เสฐียรพงษ์ | ศิริวินา |
| นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด | |
| 8. อาจารย์ ดร.สุวดี | โลวิกรม |
| อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขมหาวิทยาลัยขอนแก่น | |

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎี งานวิจัย บทความพิเศษ บทความพื้นวิชา รายงานผู้ป่วย รวมทั้งปกิณกะ 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

บทความที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ถือเป็นผลงาน
วิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ วิจัย คอลงจนเป็นความเห็นส่วนตัว
ของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไปและผู้ประพันธ์
จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

ถ้อยแถลง จาก บก.

สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านและชาวสาธารณสุขทุกท่าน

เมื่อไม่นานมานี้ มีเหตุแผ่นดินไหวรุนแรงที่ภาคเหนือของประเทศไทย หลายสถานที่ได้รับความเสียหาย แต่ยังมีผู้เสียชีวิต ทีม บก.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ขอส่งกำลังใจไปยังผู้ประสบภัยทุกท่าน โดยเฉพาะสถานที่สำคัญหลายแห่ง โรงพยาบาลเชียงรายนุเคราะห์ บ้านเรือนจังหวัดเชียงราย และเขตพื้นที่ใกล้เคียง ที่ได้รับผลกระทบภัยธรรมชาติครั้งนี้

สุดท้าย วารสารฉบับนี้ได้รับการตอบรับ จากทุกท่านเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นติดต่อเพื่อขอรายละเอียดจากผลงานในวารสารฉบับก่อนหน้า หรือเป็นเจ้าของผลงานที่มีบทความส่งเข้ามาอย่างมากมาย และส่วนใหญ่เป็นผลงานเผยแพร่เพื่อการประเมินปรับระดับ แต่ทีมงานบก.ได้ทุ่มเทความพยายามอย่างมาก โดยเฉพาะท่านอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และในบางครั้งอาจผิดพลาดบ้างในส่วนของทีมผู้ประสานงาน ช่วงนี้เจ้าหน้าที่มีภารกิจมาก จนส่งผลให้ส่งข้อมูลไปยังฐานข้อมูล TCI ล่าช้าบ้างแต่ในส่วนฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข อัฟโหลดขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอยู่ในช่วงย้ายสำนักงานใหม่ และกองบรรณาธิการหลายท่าน ก็ติดภารกิจการสอนนักศึกษาแพทย์ เพื่อผลิตแพทย์ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญของชาติ

ถึงกระนั้น ทีมงานก็ยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ท่านได้ส่งบทความและผลงานวิชาการเพื่อให้เราเป็นสื่อกลางในวารสารนี้ต่อไป และยังมีฉบับพิเศษ เร็วๆ นี้ ครับผม

นายธนิส วิถีพรรณกุล

บรรณาธิการ



วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2557



1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งเสริมสุขภาพของ นักศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ณัฐพร ศุภแสงรัตน์, ศุวดี ไตรวิกรม

9 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการ กินยาแบบ DOTS (Direct observe treatment short course) ในเขตอำเภอดอนมดแดง จังหวัด อุบลราชธานี

ณัฐกา วรรณแก้ว

13 การศึกษาการใช้ Classic LMA, Proseal LMA และ I-gel โดยเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จ ระยะเวลา ที่ใช้ในการใส่ และระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว โดย ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว และสามารถหายใจได้เอง

ณภัฏ วัฒนบุตร, จันทิมา ภู่มาลี, รัชดาพร พงษ์ศิคราพันธ์, ทนุพันธ์ ไซเงิน

20 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารก แรกเกิดในโรงพยาบาลต่าง

บดินทร์ จักรแก้ว

28 การสนับสนุนขององค์การที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนิน งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชื่นชม จังหวัด มหาสารคาม

ประมวล ไชยไวยา

34 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้วิธีตรวจสอบ การบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลเบญญลักษ ณเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

ปราณี โสพล



41

ผู้ป่วยที่มีเพ็บวิวในหูและเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7
เป็นอัมพาต : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ปวีณา ภักดีไทย

46

ผลของโปรแกรมเมนูลดเสี่ยงเบาหวานร่วมกับการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
บริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชุมชน
อภิสิทธิ์ 2 ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

พัชรี ไชยมะณี, ปวีวรรณ ศรีร้อยกุล, สุพัตรา วัฒนแสน

53

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะความดันโลหิต
ต่ำ จากการฉีดยาชาเฉพาะที่เข้าทางช่องน้ำไขสันหลัง
เพื่อผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์

เพชรกร ไชยมณี, พงศพัฒน์ สัตโตะภาส

60

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรค
เบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
โรงพยาบาลลำโรงท่า อำเภอลำโรงท่า จังหวัดสุรินทร์

รัตนชัย รัตนโคตร

68

การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องที่มีภาวะข้อคจากเลือดออก
ในหลอดอาหาร

รัตนา รัตนอำภา

75

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวาย
เฉียบพลัน ตามกรอบทฤษฎีการรื้อถอน : กรณีศึกษา

วันทนีย์ ชัยเกียรติยศ

84

ปริมาณแคลอรีที่ผู้ป่วยได้รับขณะเข้า รักษาในหอผู้ป่วย
วิกฤติอายุรกรรม โรงพยาบาลปราสาท

ศนิทพงษ์ พองจันทร์สม



92 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับขาเทียมระดับเหนือเข่า
และใต้เข่า
สุวิมล เจริญศักดิ์

98 ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของมารดาครรภ์แรก
ที่คลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
ชญานิ ศรีสุโข่ง สร้อย อนุสรณ์ศิริกุล

107 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร
CUP เสดภูมิ-ทุ่งเขาหลวง อำเภอเสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง
จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2555
อภรณ์ นันโท

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 หน้า ก 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

พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา

วิทยาศาสตร์บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR FOR HEALTH PROMOTION OF STUDENTS IN FACULTY OF PUBLIC HEALTH, KHON KAEN UNIVERSITY

ณัฐพร สุแสงรัตน์*, สุวลี โลวีรกรณ์**

Nattaporn SUSAENGRTAN*, Suwalee LOWIRAKORN**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งเสริมสุขภาพและภาวะโภชนาการของนักศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1-4 หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2555 จำนวน 142 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ความรู้ด้านโภชนาการ ทักษะการบริโภคอาหาร รูปแบบการบริโภคอาหาร แบบสอบถามอาหารที่บริโภคย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ความถี่ในการบริโภคอาหาร และประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ดัชนีมวลกาย และปริมาณสารอาหารและพลังงานที่ได้รับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2555

ผลการวิจัย : นักศึกษามีความรู้ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.6 ทักษะการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 62.7 โดยอาหารส่วนใหญ่ในแต่ละมื้อเป็นอาหารจานเดียว และข้าวราดแกง นักศึกษาเกือบทุกคนไม่บริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ คิดเป็นร้อยละ 95.8 นักศึกษาบริโภคอาหารจานด่วน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 83.1 ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่นักศึกษาได้รับโดยเฉลี่ย เมื่อเปรียบเทียบกับค่าร้อยละ Thai DRI พบว่า พลังงานที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 53.52 โปรตีนที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 78.98 สัดส่วนการกระจายพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 45.68 : 17.12 : 37.20

สรุปผลการศึกษา : นักศึกษาได้รับพลังงานและสารอาหารต่ำกว่าปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน และควรลดสัดส่วนของไขมันในอาหารลง ดังนั้นควรส่งเสริมความรู้และทัศนคติในเรื่องประโยชน์และโทษในการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ซึ่งทำให้นักศึกษามีสุขภาพที่ดี และช่วยลดโอกาสการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคตด้วย

คำสำคัญ : ภาวะโภชนาการ, พฤติกรรมบริโภค, อาหารส่งเสริมสุขภาพ.

*นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Abstract

The purpose of this study was to describe food consumption behavior for health promotion and nutritional status of 142 students of Faculty of Public Health, Khon Kaen University. General information, knowledge in nutrition, attitude toward food consumption, food consumption pattern, 24-hour recalled dietary intake, food frequencies and nutrition status based on body mass index were collected by questionnaire and weigh and height measurement during June to September 2012. Data were analyzed using descriptive statistics.

The result of the study revealed that the average score of nutrition knowledge was 86.6% had high score. Concerning the attitude toward food consumption, 62.7%

Amount of energy and nutrients intake comparing to Thai DRI, energy intake was 53.52% and protein intake was 78.98%. Proportion of carbohydrate:protein:lipid was 45.68:17.12:37.20.

So that, nutrition knowledge and attitude toward the advantage and disadvantage of food consumption should be provided to the students in order to correct their improper behaviors for being healthy, finally.

Keywords : status nutritional, food consumption behavior, health promotion food.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นในปัจจุบันนี้ โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตทั้งหมดจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1-4 (พ.ศ. 2534-2552) พบว่าอัตราความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้น ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 21.4 ใน พ.ศ. 2551-2552 โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 เป็น 6.9 รวมถึงภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.3 เป็น 19.4¹ โรคที่กล่าวเบื้องต้นถือเป็นโรควิถีชีวิต คือ ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อโรค แต่เกิดมาจากสาเหตุการใช้วิถีชีวิตแบบสังคมคนเมืองสมัยใหม่ ที่มีพฤติกรรมกินเปลี่ยนแปลงไป โดยบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มเพิ่มขึ้น กินผักผลไม้ไม่พอ และขาดการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้คนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น วัยเรียนและวัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวล้วนมีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กอย่างมาก โดยทั่วไป วัยรุ่นมักมีกิจกรรมมากมาย ทั้งที่โรงเรียนและกิจกรรมหลังเลิกเรียน สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกินของวัยรุ่น วัยรุ่นจะกินอาหารนอกบ้านมากขึ้น จะเริ่มซื้อและเตรียมอาหารกินเองมากขึ้น จะชอบกินอาหารแปลกใหม่ และปฏิเสธอาหารแบบเดิมๆ จากการที่วัยรุ่นมีกิจกรรมต่างๆ มาก มักจะกินอาหารไม่เป็นเวลา อาจจะงดอาหารบางมื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมื้อเช้า² ซึ่งสาเหตุหนึ่งของปัญหาโภชนาการในวัยรุ่นนั้นมาจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม จึงพบว่า เด็กช่วงวัยนี้มีปัญหา ทั้งการขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การบริโภคอาหารมื้อหลัก ครบ 3 มื้อ ทุกวัน บริโภคผัก ทุกมื้อ บริโภคผลไม้ทุกวัน ดื่มนมเป็นประจำทุกวัน ดื่มน้ำเปล่าในเวลาอาหารว่าง ดื่มนมในเวลาอาหารว่าง และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือการบริโภคที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคน้ำอัดลม

ทุกวัน ดื่มน้ำอัดลมเป็นอาหารว่าง ดื่มน้ำผลไม้เป็นอาหารว่าง การบริโภคอาหารวันละ 2 มื้อ คือ กลางวัน และเย็น³ นักศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต จัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งส่งผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค นอกจากนี้ นักศึกษายังได้ที่มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนาคตเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน โดยการให้ความรู้ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงผู้อื่นนั้น ต้องเริ่มจากตัวเองเป็นอันดับแรก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งเสริมสุขภาพ และภาวะโภชนาการของนักศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อทราบถึงพฤติกรรมการบริโภคของนักศึกษา ซึ่งนำไปสู่การวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้เหมาะสมและเป็นแบบอย่างการบริโภคที่เหมาะสมของวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งเสริมของนักศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รูปแบบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 142 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2555 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เทียบกับปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคประจำวันสำหรับคนไทย อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี หรือ Thai RDI (Thai Recommended Daily Intakes) แสดงข้อมูลปริมาณและสารอาหารที่ได้รับเป็นค่าเฉลี่ยและค่าเฉลี่ยร้อยละของ Thai RDI ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 95%CI ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ หรือแสดงเป็นค่ามัธยฐาน (Median) ควอไทล์ที่ 1-3 (Q1-Q3) 95%CI ในกรณีแจกแจงไม่ปกติ วิเคราะห์ข้อมูลความถี่ในการบริโภคอาหารโดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่และ หาค่าร้อยละแสดงผลข้อมูล

โดยแจกแจงความถี่เป็นครั้ง/สัปดาห์หรือไม่รับประทานเลย เป็นจำนวน และร้อยละ

ความรู้ด้านโภชนาการ อ้างจากการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) โดยระดับความรู้ดี มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม ร้อยละ 60-79 จัดอยู่ในระดับความรู้ปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับความรู้ต่ำ

ทัศนคติในการบริโภคอาหาร ใช้มาตรวัดเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ แล้วนำเกณฑ์การวิเคราะห์ระดับไปใช้การคำนวณช่วงการวัดตามแนวคิดของ Best, 1977 จึงจัดช่วงคะแนนเฉลี่ยสำหรับการพิจารณาทัศนคติในการบริโภคอาหารเป็น 3 ระดับ

การประเมินภาวะโภชนาการ โดยพิจารณาจากน้ำหนักและส่วนสูง มาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.1 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 28.9 มีอายุระหว่าง 18-20 ปี ร้อยละ 73.2 และศึกษาในชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 27.5 รองลงมาได้แก่ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 25.4 เท่ากัน และชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 21.8 ตามลำดับ เป็นนักศึกษาสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ร้อยละ 35.9 รองลงมาได้แก่สาขาเอกศัลยกรรมศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม-อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ร้อยละ 33.8 และสาขาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 30.3

นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นมารดาเป็นผู้ส่งเสียค่าใช้จ่าย ในขณะที่เรียน ได้รับเงิน 2,001 - 4,000 บาทต่อเดือน และมากกว่า 5,001 บาท ร้อยละ 33.1 เท่ากัน ค่าใช้จ่ายด้านอาหาร มีค่าใช้จ่าย 2,001-3,000 บาท ร้อยละ 50.7 และพักอาศัยที่หอพักนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 66.2

ด้านสุขภาพ นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.9 และในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ร้อยละ 83.8 โดยใน 6 เดือนที่ผ่านมา นักศึกษาออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 39.4 รองลงมา มากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 33.8 และใช้เวลาในการออกกำลังกายประมาณ 30-60 นาที ร้อยละ 65.5 และส่วนใหญ่จะออกกำลังกายด้วยวิธีเดินวิ่ง ร้อยละ 83.1 ทั้งนี้ นักศึกษาคิดว่ารูปร่างของตนเองสมส่วน ร้อยละ 47.2 รองลงมา คิดว่ามีรูปร่างอ้วน ร้อยละ 30.3

ข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 33.3 มีความรู้ด้านโภชนาการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 11.3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 74.6 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 26.2 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวม พบว่ามีความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยความรู้ที่ตอบถูกมากที่สุด การบริโภคอาหาร สุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ปลาจ่อม ปลาร้า ปลาซึ่ม ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ตอบถูกน้อยที่สุด ร้อยละ 16.9 เท่ากัน

ทัศนคติในการบริโภคอาหาร มีระดับทัศนคติของอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 32.4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.88 พิจารณารายข้อ พบว่า มีทัศนคติเชิงบวกในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 5.00 ซึ่งอยู่ในระดับดี รองลงมาคือ อาหารมือเช้า เป็นมือที่สำคัญที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.68 ซึ่งอยู่ในระดับดี และรองลงมา คือ การบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ ส่วนทัศนคติเชิงบวกในระดับน้อย 2 ลำดับ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสมตั้งแต่วัยรุ่น จะทำให้มีปัญหาสุขภาพเมื่ออายุมากขึ้น โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.35 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเรื่องการบริโภคปลาแทนเนื้อสัตว์อื่นเป็นประจำ จะช่วยลดปริมาณกรดไขมันในเส้นเลือดได้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.50 ซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านทัศนคติเชิงลบในระดับสูง 3 ลำดับ ได้แก่ เรื่องการดื่มกาแฟเป็นสิ่งที่ดี เพราะจะช่วยให้อ่านหนังสือได้นาน มีคะแนนเฉลี่ย 4.18 ซึ่งอยู่ในระดับดี รองลงมาคือ เรื่องการดื่มเครื่องดื่มเกลือแร่และเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำทำให้ ร่างกายสดชื่น มีคะแนนเฉลี่ย 3.84 ซึ่งอยู่ในระดับดี รองลงมาคือ เรื่องการดื่มน้ำอัดลมทำให้รู้สึกสดชื่น และเจริญอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 3.33 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนทัศนคติเชิงลบในระดับน้อย 2 ลำดับ ได้แก่ เรื่องการใส่ผงชูรสในอาหารจะช่วยให้อาหารมีรสชาติอร่อย มีคะแนนเฉลี่ย 2.84 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือเรื่องการบริโภคผลไม้ทุกชนิดไม่ทำให้อ้วน มีคะแนนเฉลี่ย 3.00 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการบริโภคอาหารส่วนใหญ่บริโภคอาหารวันละ 3-4 มื้อ ร้อยละ 49.3 รองลงมาได้แก่ วันละ 1-2 มื้อ ร้อยละ 33.8 บริโภคมือเช้าร้อยละ 33.1 อาหารที่บริโภคในมือเช้าคือข้าวราดแกง ร้อยละ 51.1 และ นม ร้อยละ 83.0 นักศึกษาทุกคนบริโภคอาหารมือเที่ยง แหล่งอาหารมือเที่ยง

ที่บริโภค ส่วนใหญ่ซื้อจากร้านค้าในคณะ ร้อยละ 83.8 และอาหารที่บริโภคในมือเที่ยงเป็นข้าวราดแกง ร้อยละ 66.9 ส่วนใหญ่บริโภคมือเย็น ร้อยละ 83.8 โดยอาหารที่บริโภคในมือเย็น เป็นอาหารจานเดียว ร้อยละ 43.7 และข้าวราดแกง ร้อยละ 36.1 ทั้งนี้ บริโภคอาหารว่างในช่วงระหว่างมือเที่ยงกับมือเย็น และไม่รับประทาน ร้อยละ 50.0 เท่ากัน

นักศึกษาไม่บริโภคอาหารเสริม/วิตามิน/สมุนไพร ร้อยละ 66.9 อาหารที่นิยมไปบริโภคในมือพิเศษ อันดับที่ 1 คือ หมูกระทะ ร้อยละ 33.8 มากกว่า 3 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 49.3 ส่วนใหญ่ชอบรสหวาน และเค็ม ร้อยละ 66.9 เท่ากัน รองลงมาได้แก่ รสเผ็ด ร้อยละ 30.5 ในการรับประทานก๋วยเตี๋ยว จะปรุงรสชาติเพิ่มเติม ร้อยละ 66.9 และไม่ปรุง ร้อยละ 33.1 เครื่องปรุงที่ปรุงรสชาติเพิ่มเติม ส่วนใหญ่คือน้ำปลา ร้อยละ 94.7 รองลงมาได้แก่ พริกป่น ร้อยละ 93.7 และน้ำตาล ร้อยละ 91.6 ในมุมมองของนักศึกษา พบว่าอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ผัก ผลไม้ และนม ส่วนใหญ่บริโภค 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 50 ส่วนอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อาหารฟาสต์ฟู้ด น้ำอัดลม และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่บริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 33.8

ด้านความถี่ในการบริโภคอาหาร พบว่า อาหารประเภทข้าวและแป้ง ข้าวขาว/ขนมปัง/ขนมจีน/ก๋วยเตี๋ยว ทุกคนทุกวัน อาหารประเภทข้าวกล้อง/ขนมปังโฮลวีท และขนมอบ เบเกอรี่ต่าง ๆ เช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท บริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 50.0 และ 49.3 ขนมกรุบกรอบขนมขบเคี้ยว บริโภคทุกวัน ร้อยละ 83.1 อาหารที่มีส่วนประกอบของผงชูรส ส่วนใหญ่บริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 49.3 และอาหารประเภทบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป/โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป บริโภค 1-2 ครั้ง /สัปดาห์ ร้อยละ 92.3 ประเภทผักบริโภค ผักสด 5-6 ครั้ง/สัปดาห์และบริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 33.1 เท่ากัน ประเภทผลไม้สด บริโภคผลไม้สด 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 33.1 เท่ากัน รองลงมาบริโภคทุกวัน และบริโภค 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 16.9 เท่ากัน ผลิตภัณฑ์นม ทุกคนดื่มนมทุกวัน อาหารประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ นักศึกษาบริโภค อาหารประเภทปลา 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 49.3 อาหารทะเล เช่น กุ้ง, ปลาหมึก, หอย รับประทาน 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 50.0 เท่ากัน ปลาเล็ก ปลาน้อย บริโภค 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 67.6

ไข่ บริโภค 3-4 ครั้ง/ สัปดาห์ ร้อยละ 66.2 เครื่องในสัตว์ บริโภค 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ และ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 33.1 ไส้กรอกอีสาน/กุนเชียง บริโภค 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 66.2 อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันจากสัตว์ บริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 50.0 หมูสามชั้น/หมูกรอบ/แคปหมู/หนังไก่ทอด บริโภค 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 49.3 อาหารต้ม/ตุ๋น/นึ่ง/อบ บริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 50.0 และอาหารสุกๆ ดิบๆ ส่วนใหญ่ ไม่บริโภคเลย ร้อยละ 95.8 บริโภคอาหารประเภทถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์จากถั่วเมล็ดแห้ง เต้าหู้ และนมถั่วเหลือง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 50.7 บริโภคอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 50.0 อาหารผัด/ทอด บริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภค 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 50.0 เท่ากัน อาหารประเภทอาหารบึงย่าง อาหารบึง/ย่าง/รมควัน 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 66.9 นักศึกษาบริโภคอาหารหมักดอง และอาหารบรรจุกระป๋อง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 50.0 และ 78.9 นักศึกษาดื่มน้ำผลไม้สดไม่เติมน้ำตาล 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 49.3 ดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้ว/วัน ทุกวัน ร้อยละ 49.3 ดื่มน้ำอัดลม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 66.2 ดื่มน้ำหวาน 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 66.9 เครื่องดื่มชูกำลัง/เครื่องดื่มเกลือแร่ ไม่ดื่มเลย ร้อยละ 83.8 ชา กาแฟ ไม่ดื่มเลย ร้อยละ 66.9 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเลย ร้อยละ 50.0 เครื่องดื่มสมุนไพร เช่น กระเจี๊ยบ แก้วฮวย ใบบัวบก มะพร้าว ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 83.1 ชาเขียว/น้ำหวานที่มีการเติมสารเพื่อสุขภาพ เช่น คลอโรฟิลล์ คอลลาเจน ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 33.8 ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ และ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 33.1 เท่ากัน

อาหารจานด่วน บริโภคพิซซ่า/แฮมเบอร์เกอร์/เฟรนช์ฟรายด์ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 83.1 และไม่บริโภคเลย ร้อยละ 16.9 ด้านปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับใน 1 วัน จากข้อมูลอาหารที่บริโภคโดยการสัมภาษณ์ การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วัน นำมาคำนวณปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับใน 1 วัน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับเป็นประจำสำหรับคนไทย (Thai DRI) ปี 2546 พบว่าปริมาณพลังงานที่นักศึกษาได้รับมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 991.11 กิโลแคลอรีต่อวัน (Q1,Q3 = 869.09,1189.14) ปริมาณโปรตีนที่นักศึกษาได้รับ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 41.77 กรัมต่อวัน (Q1,Q3 = 37.03,50.63) ปริมาณคาร์โบไฮเดรต

ที่นักศึกษาได้รับ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 121.52 กรัมต่อวัน (Q1,Q3 = 99.84,138.52) ปริมาณไขมัน ที่นักศึกษาได้รับ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 40.76 กรัมต่อวัน (Q1,Q3 = 34.53, 51.40) ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับโดยเฉลี่ย เมื่อเทียบกับค่าร้อยละ Thai RDI พบว่าพลังงานที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 53.52 โปรตีนที่ได้รับ ร้อยละ 78.98 การกระจายพลังงานจากอาหารที่นักศึกษาได้รับจากการบริโภคอาหารประจำวัน พบว่า มีค่ามัธยฐานสัดส่วน พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ร้อยละ 45.94 (Q1,Q3 = 41.21,49.58) 16.76 (Q1,Q3 = 15.44,18.12) 36.61 (Q1,Q3 = 33.65,40.64) ปริมาณเกลือแร่และวิตามินที่ได้รับ ใน 1 วัน พบว่า ปริมาณแคลเซียมที่นักศึกษาได้รับ มีค่า มัธยฐาน 339.68 มิลลิกรัมต่อวัน (Q1,Q3 = 241.94,535.92) ปริมาณเหล็กที่นักศึกษาได้รับ มีค่ามัธยฐาน 5.31 มิลลิกรัม ต่อวัน (Q1,Q3 = 3.77, 6.62) ปริมาณวิตามินเอที่นักศึกษา ได้รับ มีค่ามัธยฐาน 147.18 ไมโครกรัม RE ต่อวัน (Q1,Q3 = 87.83,235.11) ปริมาณวิตามินบี 1 ที่นักศึกษาได้รับ มี ค่ามัธยฐาน 0.37 มิลลิกรัมต่อวัน (Q1,Q3 = 0.26,0.59) ปริมาณวิตามินบี 2 ที่นักศึกษาได้รับ มีค่ามัธยฐาน 0.64 มิลลิกรัมต่อวัน (Q1,Q3 = 0.45,0.98) ปริมาณวิตามินซี ที่ นักศึกษาได้รับ มีค่ามัธยฐาน 9.65 มิลลิกรัมต่อวัน (Q1,Q3 = 2.08,17.51) ปริมาณไนอะซิน ที่นักศึกษาได้รับ มีค่า มัธยฐาน 7.86 มิลลิกรัมต่อวัน (Q1,Q3 = 6.03,9.26) เมื่อ เทียบกับค่าร้อยละ Thai RDI พบว่า แคลเซียม เหล็ก วิตามิน เอ วิตามินบี1 วิตามินบี 2 วิตามินซี และ ไนอะซิน คิดเป็น ร้อยละ 42.00, 23.53, 23.35, 33.88, 57.31, 12.31 และ 53.61 ตามลำดับ

การประเมินภาวะโภชนาการของนักศึกษาจากดัชนี มวลกายมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 62.7 รองลงมา ได้แก่ ภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 14.8 และภาวะ โภชนาการต่ำสุด คือ ผอม ร้อยละ 10.6

บทสรุปและอภิปรายผล

นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับอาหารส่งเสริมสุขภาพ และอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพมีค่าคะแนนความรู้ที่ถูกต้อง ร้อยละ 86.6 โดยส่วนใหญ่ นักศึกษามีความรู้ที่อยู่ในระดับดี ในเรื่องการใช้ไขมันรำข้าว, ไขมันถั่วเหลืองในการทำ อาหาร ทำให้ระดับคลอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น เรื่อง การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการ

เป็นโรคเบาหวาน และเรื่องในแต่ละวัยมีความต้องการ สารอาหารในปริมาณ ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเพศ วัย สภาพร่างกาย และกิจกรรม ที่ทำจากข้อมูลดังกล่าวอาจ แสดงให้เห็นว่านักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหาร ส่งเสริมสุขภาพอยู่บ้างจากการเรียนรู้ในชั้นเรียนการศึกษา เพิ่มเติม ทั้งทางห้องสมุด โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต แต่อย่างไร ก็ตามความรู้ทางด้านโภชนาการอาจไม่ครอบคลุมทุกเรื่อง ที่ควรทราบ เช่น การบริโภคอาหารรสเค็มทำให้เสี่ยงต่อ การเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง อาจเป็นเพราะโรคดังกล่าว ยังมีความรุนแรง ไม่สูงนัก และด้วยพื้นฐานครอบครัว ของนักศึกษาที่อยู่ในเขตภาคอีสานที่มีพฤติกรรม การบริโภคปลาร้า ปลาจ่อม ก้อย น้ำตก อาหารที่หาได้ใน ห้างถิ่น ซึ่งเป็นอาหารสุกๆ ดิบๆ ทำให้นักศึกษาคิดว่า การบริโภคอาหารดังกล่าวเป็นเรื่องปกติ

ด้านทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับดี ส่วนทัศนคติที่ควรมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เป็น ไปในทางส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ได้แก่ การใส่ผงชูรส ทำให้อาหารมีรสชาติอร่อย นักศึกษาส่วนใหญ่เห็นว่าการ ใส่ผงชูรสในอาหารทำให้อาหารมีรสชาติอร่อย⁴ จากพฤติกรรม การประกอบอาหารที่ผิดๆ ของร้านค้า ร้านอาหาร ที่มีการ ใส่ผงชูรสในอาหารทุกจาน จนนำไปสู่อาหารในครัวเรือน

รูปแบบการบริโภคอาหารส่วนใหญ่ไม่บริโภคมื้อเช้า เพราะนอนตื่นสาย ส่วนใหญ่จะเน้นบริโภคมื้อเที่ยงและ มื้อเย็น การไม่บริโภคอาหารมื้อเช้าจะทำให้สมาธิในการ เรียนลดลง แต่นักศึกษาบางส่วนเลือกดื่มนมเพียงอย่าง เดียวในมื้อเช้า เพราะสะดวก รวดเร็ว ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว ส่งผลเสียต่อสุขภาพและการเรียน นอกจากนี้ นักศึกษา ส่วนใหญ่จะไม่บริโภคอาหารมื้อเช้าเพราะต้องเร่งรีบไป เรียนหนังสือ^{5,6} วัยรุ่นมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ เหมาะสม คือ การบริโภคอาหารวันละ 2 มื้อ (จันทร์-ศุกร์) คือ กลางวัน และเย็น ร้อยละ 84.03 อาหารที่บริโภคใน มื้อเช้า นักศึกษาส่วนใหญ่บริโภคนม เนื่องจากสะดวก รวดเร็ว หาซื้อได้ง่าย ส่วนอาหารมื้อเที่ยง ประกอบด้วย ข้าวราดแกง และนม ซึ่งส่วนใหญ่ซื้อจากร้านค้าในคณะ ส่วนมื้อเย็นจะบริโภคเป็นข้าวราดแกง ซึ่งซื้อจากร้านค้า ภายนอก นักศึกษาส่วนใหญ่พักอยู่ที่หอพัก ส่วนใหญ่ บริโภคอาหารจากร้านค้าทั้งภายในและร้านค้าภายนอก มหาวิทยาลัย นักศึกษาต้องเร่งรีบไปเรียนทำให้ไม่มีเวลา

ในการบริโภคอาหาร และไม่ได้ประกอบอาหารเพื่อบริโภคเองลดลง มีการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ทำให้เสี่ยงต่อการป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น

ในมื้อพิเศษนิยมบริโภค หมูกระทะ สุกี้ยากี้ ข้าวกับข้าว และอาหารญี่ปุ่น มื้อพิเศษบริโภค 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ การเลี้ยงสังสรรค์ มีมากกว่า 3 ครั้งต่อเดือน เครื่องดื่มในการเลี้ยงสังสรรค์ ได้แก่ น้ำอัดลม น้ำเปล่า และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และนักศึกษา มีการบริโภคหมูกระทะ เฉลี่ยสัปดาห์ละครั้ง เนื่องจากร้านตั้งอยู่ใกล้หอพักของนักศึกษา การบริโภคหมูกระทะเป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง และการบริโภคหมูกระทะในลักษณะบุฟเฟต์ นักศึกษาจะบริโภคในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการร่างกาย อาจส่งผลให้เกิดโรคอ้วนต่อไป อีกทั้งในแง่ความสะดวกสบายของภาชนะ การจัดวางอาหารที่เสี่ยงต่อแมลงวันที่เป็นพาหะนำโรคอาจจะร่วงอีกด้วย ในส่วนเครื่องดื่ม น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ พฤติกรรมดังกล่าวควรได้รับการแก้ไขในด้านการปรุงแต่งรสชาติเพิ่มเติม ส่วนใหญ่นักศึกษา มีการปรุงแต่งรสชาติเพิ่มเติม ได้แก่ น้ำปลา น้ำส้ม น้ำตาล พริกป่น โดยรสชาติที่ชอบบริโภค ได้แก่ หวาน เค็ม เผ็ด ซึ่งเป็นอีกพฤติกรรมที่ควรปรับเปลี่ยน เพราะการบริโภคอาหารรสจัด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ จากพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป อาศัยอาหารนอกบ้าน อาหารถุง อาหารสำเร็จรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารพร้อมปรุงมากขึ้น อาจทำให้เสี่ยงต่อการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรคจนอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งแบบเรื้อรังและแบบเฉียบพลันได้⁵ และส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ได้แก่ ผัก ผลไม้สด และนม

การบริโภคอาหารอาหารประเภทข้าวกล้อง/ขนมปังโฮลวีทน้อย เนื่องจากหาซื้อได้ยากและมีราคาสูง อาหารที่มีส่วนประกอบของผงชูรส ส่วนใหญ่บริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ในสถานการณ์จริงแล้ว นักศึกษาส่วนใหญ่จะซื้ออาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว ซึ่งจะไม่ทราบว่าเป็นอาหารจานนั้นๆ มีผงชูรสอยู่หรือไม่ นักศึกษาบริโภคผัก ผลไม้สด 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้มีการบริโภคมากขึ้น บริโภคนมสดทุกวัน นิยมบริโภค คือ นมสดพรมันเนย นมเสริมแคลเซียม และนมเปรี้ยว^{3,7} บริโภคเนื้อสัตว์ที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อาหารประเภทปลา 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ อาหารทะเล เช่น กุ้ง, ปลาหมึก, หอย และไข่ รับประทาน

5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ปลาเล็กปลาน้อย เครื่องในสัตว์ ได้กรอกอีสาน/กุนเชียง บริโภค 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ และในส่วนอาหารไม่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น หมูสามชั้น/หมูกอบ/แคปหมู/หนังไก่ทอด พบว่าบริโภค 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งอาหารเหล่านี้มีไขมันค่อนข้างสูง นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่บริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ เลย อาหารผัด/ทอด บริโภค 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ อาหารจานเดียวที่มีไขมันสูง เช่น ข้าว ข้าวหมู, ข้าวมันไก่, หอยทอด อาหารปิ้ง/ย่าง/รมควันบริโภค นักศึกษาบริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ นักศึกษาไม่ค่อยบริโภคอาหารประเภทหมักดอง อาหารบรรจุกระป๋อง ในส่วนเครื่องดื่มชนิดต่างๆ นักศึกษาส่วนใหญ่ดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้ว/วัน ทุกวัน ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง/เครื่องดื่มเกลือแร่ ไม่ดื่มชา กาแฟ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี แต่พบว่านักศึกษายังดื่มน้ำอัดลม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ มีการดื่มแอลกอฮอล์บ้างบริโภคอาหารจานด่วน เช่น พิซซ่า/แฮมเบอร์เกอร์/เฟรนช์ฟรายด์ บ้าง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

ปริมาณพลังงานและสารอาหาร เมื่อเทียบกับค่าร้อยละ Thai DRI พบว่า พลังงานที่นักศึกษามีได้รับคิดเป็นร้อยละ 53.52 ซึ่งน้อยกว่า 2 ใน 3 ของ DRI เป็นปริมาณที่น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

สัดส่วนพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน (45.68:17.12:37.20) โดยเกณฑ์กำหนดไว้คือ พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน (55-60 : 10-15 : <30) นักศึกษานิยมบริโภคอาหารประเภทผัด ทอด เป็นประจำ ปริมาณเกลือแร่และวิตามินที่นักศึกษามีได้รับเป็นปริมาณที่น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย และยังบริโภคอาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่ ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน

จากการประเมินภาวะโภชนาการของนักศึกษาตามเกณฑ์ดัชนีมวลกาย พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ แต่ยังมีนักศึกษาบางส่วนที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ร้อยละ 10.6 และมีภาวะโภชนาการเกินและอ้วน ถึงร้อยละ 26.8 ผลการศึกษาที่กล่าวมา พบว่านักศึกษากลุ่มส่วนใหญ่บริโภคขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม ทั้งบริโภคไม่ได้สัดส่วน โดยเน้นบริโภคเนื้อสัตว์และไขมัน ซึ่งเป็นสาเหตุจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมบางส่วนไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลต่อความสมดุลของพลังงานทำให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานออกมาน้อยในขณะที่ร่างกายรับพลังงานเข้าไ้มากกว่า ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการเกินนำมาสู่โรค

อ้วนได้ นอกจากนี้ในส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการต่ำ จาก ผลการศึกษาพบว่าบางส่วนบริโภคอาหารเพียงวันละ 2 มื้อ ซึ่งปริมาณพลังงานสารอาหารที่ได้รับ ไม่เพียงพอต่อ ความต้องการของร่างกาย และมุมมองของนักศึกษาเอง

ที่ประเมินว่าตนเองมีรูปร่างอ้วน ถึงร้อยละ 30.3 ซึ่งส่วนใหญ่ วัยรุ่นจะไม่พอใจในรูปร่างของตนเองและนำไปสู่พฤติกรรม การบริโภคที่ไม่เหมาะสม จึงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค เพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักศึกษาทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสาธารณสุขไทยปี 2551-2553. ค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2554, URL:<http://www.moph.go.th/ops/thp/index.php>; 2554.
2. เบญจมา มุกตพันธุ์. โภชนาการสำหรับคนวัยต่างๆ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
3. กองโภชนาการ. การสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารของวัยรุ่น. ค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2554, URL:<http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view.php?group=3&id=93>; 2549.
4. สุภาพร ฉันทวี. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ **ชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
5. วรณปกรณ์ สุดตะนา. ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ **นักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการอาหาร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตกาฬสินธุ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
6. อินทรา แก้วมาตร. ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา **สาขาอาหารและโภชนาการ วิทยาลัยอาชีวศึกษาขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
7. หทัยกาญจน์ ไสตรดี และอัมพร จิมพลี. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ **นครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสาธาณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2550.

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการกินยาแบบ
DOTS (Direct observe treatment short course)
ในเขตอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
Development of direct observe treatment short course (DOTS)
program in Schizophrenia treatment
at Don Mod Daeng Hospital, Ubon Ratchathani province**

ณัฐิกา วรรณแก้ว*
Nattika Vanakaew*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยการกินยาแบบ DOTS โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาในโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการและรูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยการพัฒนาจากการทำงานประจำ (R2R) โดยใช้รูปแบบ Directly observed treatment Short - Course แบบ Quasi experimental study โดยศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทและจับคู่กับ อสม. จำนวน 46 คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2554 ในโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยที่มีประสพการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิตเภท รวมทั้งอาการ extrapyramidal สั่นและปากแห้ง การประเมินผลการใช้ PANSS-T แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย 19 คน ถูกจัดให้อยู่ในสภาพที่มั่นคง 17 ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดอยู่ในสถานะที่ดีขึ้น และ 6 ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดอยู่ในสถานะที่เลวลง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ 10 สามารถเก็บรัฐการกู้คืนและไม่มีการฆ่าตัวตายในระหว่างระยะเวลาการรักษา อัตราการปฏิบัติตามยาเป็นมากกว่าร้อยละ 95

สรุป : การใช้ DOTS สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมการรักษาโรคจิตเภทและสามารถคาดคะเนหรือสั่งซื้อยาได้ตามการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ อสม. มีบทบาทและส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำสำคัญ : DOT, จิตเภท schizophrenia, โรงพยาบาลดอนมดแดง.

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Abstract

Objectives : To develop supportive program with DOTS to enhance the medication compliance of schizophrenic patient and to construct the role of the village health volunteers in taking care of schizophrenic patient in community.

Method : This research of team work (R2R) using the Directly observed treatment Short - Course A Quasi experimental study by studies of patients with schizophrenia and matched with the Department of. Were 46 people at Don Mod Daeng Hospital Ubon Ratchathani province in the period from 1 January. 2011.

Results : The patients experienced the adverse event from antipsychotic drug including, extrapyramidal symptoms, tremor and dry mouth. The assessment using PANSS-T showed that 19 patients were classified in stable state, 17 patients were classified in better state, and 6 patients were classified in worsen state. Furthermore, 10 patients can archive to recovery state and no suicidal during the treatment period. The medication compliance rate was more than 95 percent. Conclusion:Applying DOTS can enhance the effectiveness of Schizophrenia treatment program, in order to increase the medication compliance. Furthermore, the VHVs might have an important role on taking care of schizophrenic patients in community.

Keywords : (DOTS) program, Schizophrenia, Don Mod Daeng hospital.

บทนำ

โรคจิตเภทหรือ schizophrenia เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในการบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด¹ โรคจิตเภทติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในประเทศไทย (Top ten YLD) ณ มิถุนายน 2556 พบ ชาย 12%, หญิง 9%² จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรจำนวน 1,821,489 คน เป็นจิตเภท 10,832 คน คิดเป็น 594.68 คนต่อแสนประชากร² จากข้อมูลการฆ่าตัวตายของอำเภอคอนมดแดง พบการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช โดยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่ปี 2550 จำนวน 3 คน ต่อประชากร 29,000 คน คิดเป็นอัตราส่วน 10.34 คนต่อแสนประชากร โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยาและไม่ได้มาได้รับการรักษาต่อเนื่องตามนัด แต่หากให้ยาจิตเวชแบบ DOT พบว่ามีความสม่ำเสมอในการกินยา 99.1% และผู้ป่วยจิตเภทมาติดตามการรักษาตามนัด 100%³ ดังนั้นผู้วิจัยและคณะ ได้มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท มีอัตราสูงกว่าประชากรทั่วไป และทุกรายมีการขาดยา ไม่ได้มาได้รับการรักษาต่อเนื่องตามนัด จึงมีแนวคิดที่จะศึกษา และพัฒนารูปแบบการดูแลด้วยการกินยาแบบ DOT ในผู้ป่วยจิตเภท³ โดยทำการศึกษาในพื้นที่ และเพื่อให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของอำเภอคอนมดแดง

วัตถุประสงค์

พัฒนารูปแบบการกินยาแบบ DOT โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลอย่างสม่ำเสมอในการกินยาและความสำคัญของการมีพี่เลี้ยงเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีและรูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบ Directly observed treatment Short - Course แบบ Quasi experimental study ซึ่งเป็นการวิจัยโดยการพัฒนาจากการทำงาน (R2R) ศึกษาในประชากรที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท รายเก่าตั้งแต่ 1 ม.ค. - 31 ธ.ค. 2554 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แล้วส่งตัวกลับมารับยาและติดตามการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลคอนมดแดง และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่มีพื้นที่อยู่อาศัยในเขตอำเภอคอนมดแดง จำนวน 46 คน จากนั้นคณะผู้วิจัยคัดเลือก อสม. และจับคู่ อสม. กับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการจัดอบรมความรู้เรื่องโรคจิตเภทและ

การให้ยาแบบ DOT โดยจัดยาแบบ daily/unit package โดยแพทย์และเภสัชกร อสม. จะเป็นคนจัดยาให้ผู้ป่วยเป็นมื้อทุกวัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 7 วัน แล้วพี่เลี้ยงจะเป็นคนเอายาให้ผู้ป่วยกิน และลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท แล้ว อสม. ก็จะมาเยี่ยมพร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดและหลังเริ่มโครงการมีผู้ป่วย 4 คน ที่ปฏิเสธการกินยาแบบ DOT โดย 2 คน ขอเป็นยาฉีดอย่างเดียว อีก 1 คน ปฏิเสธการกินยาเป็นเม็ด ต้องบังคับผสมน้ำหวานเอา และอีก 1 คน หยุดการกินยาไปเอง โดยบอกว่าตนเองปกติดี ไม่ได้ป่วยเป็นอะไร จึงรวมมีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 42 คน เริ่มให้ยาแบบ DOT แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2555 ถึง 31 พฤษภาคม 2556 รวม 6 เดือนระหว่างนี้คณะผู้วิจัยได้ออกเยี่ยมผู้ป่วย ทั้งโดยนัดหมายก่อนล่วงหน้า และมีได้นัดหมาย (surprise visit) ผู้วิจัยและคณะได้ทำการสัมภาษณ์และแจกแบบสอบถามเพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS-T) ก่อนและหลังเข้าร่วมงานวิจัย ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตามนัดทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง เภสัชกรคำนวณความสม่ำเสมอในการกินยาจากสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท

ผลงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.5, มีอายุ 36 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 76.19, การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.04, อาชีพเป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 61.91, มีรายได้น้อยกว่า 5000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 92.86, ด้านอาการก่อนการรักษาน้อยกว่า 5 ปี มีผลข้างเคียงจากการกินยา คือ ตัวแข็ง มือสั่น คอแห้ง หน้ามืด คิดเป็นร้อยละ 30.95, 28.57, 28.57 และ 26.19 ตามลำดับ, และอาการกำเริบซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 5, ในส่วนของพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวๆ ละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 45.24, ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน หลงผิด ไม่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 54.76, 52.38 และ 52.38 ตามลำดับ, ผู้ป่วยสามารถกินอาหารและอาบน้ำเองได้, พูดสื่อสารกับคนอื่น ๆ ได้ดี, ใช้เงินซื้อของได้ อยู่ในระดับสูงคือร้อยละ 90 ขึ้นไป, นอนหลับตลอดคืน คิดเป็นร้อยละ 59.52, ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 5, ดื่มสุราและสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 23.81, สูบบุหรี่อย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 16.67,

ดื่มสุราร้อยละเดียว คิดเป็นร้อยละ 9.52, และไม่ได้ใช้สารเสพติดอย่างอื่น คิดเป็นร้อยละ 100, ผู้ป่วยส่วนมากเชื่อว่าการกินยาหรือฉีดยาจะช่วยให้อาการโรคจิตเภทได้ คิดเป็นร้อยละ 54.76, และเชื่อในระดับปานกลางปานกลางว่าการรักษาตามนัดจะช่วยให้อาการโรคจิตเภทได้ คิดเป็นร้อยละ 57.14, ผู้ป่วยส่วนมากเชื่อมากกว่าจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยงเพื่อเพิ่มอัตราการหาย คิดเป็นร้อยละ 45.24, ผู้ป่วยส่วนมาก เชื่อปานกลางว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยาจะมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 54.76, จากการสำรวจแบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (PANSS-T) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 10 คน ที่อาการทุเลา คะแนนต่ำกว่า 55 คิดเป็นร้อยละ 23.81, มีอาการดีขึ้นจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 40.48, มีอาการคงที่ 19 คน คิดเป็นร้อยละ 45.24, มีอาการแย่ลง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 และมีความสม่ำเสมอในการกินยาร้อยละ 95.88

อภิปรายผลและสรุปผล

หลังจากที่ได้ศึกษาผลการวิจัยครั้งนี้ พอสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภท หากกินยาได้ครบสม่ำเสมอ และมีพี่เลี้ยงในชุมชนคอยดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายในอำเภอดอนมดแดง อีกทั้งไม่มีการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลดอนมดแดงได้ทำการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและอาการของผู้ป่วยโดยตลอด ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีพี่เลี้ยงคอยดูแลในเรื่องของการกินยา ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท มักเป็นเพศชาย และอายุน้อยกว่า 30 ปี ที่มีอาการซึมเศร้าไม่มีอาชีพหรือไม่มีงานทำ^{5,6} การศึกษาวิจัยพัฒนาขึ้นจากการทำงานประจำ (R2R) ครั้งนี้ จึงสามารถนำไปศึกษาและต่อยอดกับงานผู้ป่วยอื่นเพื่อผู้ป่วยจิตเภทนำไปสู่การพัฒนาต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. URL : www.dmh.go.th. (ค้นเมื่อ 29 กันยายน 2556)
2. ญัฐิกา วรรณแก้ว, การพัฒนารูปแบบการดูแลด้วยการกินยาแบบ DOT ในผู้ป่วยจิตเภท. อุดรราชธานี โรงพยาบาลดอนมดแดง; 2555.
3. มาโนช หล่อตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ ฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.
4. ยาวลักษณ์ การกล้า, การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยการกินยาของผู้ป่วยจิตเภท. กรุงเทพฯ ฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2550.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, นโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี, ปี 2553-2555.
6. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ ฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.

การศึกษาการใช้ Classic LMA, Proseal LMA และ I-gel โดยเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จ ระยะเวลาที่ใช้ในการใส่ และระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว และสามารถหายใจได้เอง

The Three Supraglottic Airway Devices in Anesthetized Spontaneously Ventilated Patients.

นภัส วัฒนบุตร*, จันทิมา ปูมาลี**, รัชดาพร พงษ์อิสราพันธ์**, ทนุพันธ์ โช้เงิน**

Napat Wattanaboot*, Thuntima Poomalee**, Ratchadaporn Pongitsarapan**, Tanunan So-ngoen**

บทคัดย่อ

ที่มาและวัตถุประสงค์ : laryngeal mask airway (LMA) เป็นอุปกรณ์ที่ใส่ไว้เหนือกล่องเสียง สามารถใช้แทนการช่วยหายใจผ่านหน้ากากได้ดี LMA มีหลายชนิด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ LMA 3 ชนิด ได้แก่ classic laryngeal mask airway (cLMA), Proseal laryngeal mask airway (pLMA) และ I-gel ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว และสามารถหายใจได้เอง

วัสดุและวิธีการ : การศึกษานี้เป็นการทดลองแบบสุ่ม จัดทำในผู้ป่วย ASA status 1-3 จำนวน 90 คน ที่มารับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน โดยให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว และสามารถหายใจได้เอง ผู้ป่วยจะได้รับการสุ่มเลือกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม cLMA, กลุ่ม pLMA และกลุ่ม I-gel ผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการใส่อุปกรณ์ตามกลุ่ม โดยวิสัญญีแพทย์ที่มีประสบการณ์ จากนั้นจะทำการบันทึกเวลา และจำนวนครั้งที่ใช้ในการใส่ วัดระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดจะถอดอุปกรณ์ และบันทึกภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ ที่ห้องพักรฟื้น

ผลการศึกษา : ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสามกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน อัตราความสำเร็จในการใส่อุปกรณ์ครั้งแรกของทั้งสามกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value=0.186) ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในการใส่ พบว่า กลุ่ม I-gel (17.97 ± 3.74 วินาที) ใช้เวลาในการใส่น้อยกว่า กลุ่ม pLMA (26.10 ± 6.45 วินาที) และ cLMA (24.13 ± 5.26 วินาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เมื่อศึกษาาระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่วพบว่า กลุ่ม pLMA (27.70 ± 3.30 เซนติเมตรน้ำ) มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว สูงกว่า กลุ่ม I-gel (23.23 ± 3.22 เซนติเมตรน้ำ) และ กลุ่ม cLMA (20.60 ± 3.40 เซนติเมตรน้ำ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทั้งสามกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ ไม่แตกต่างกัน

สรุป : การใช้ I-gel ใช้เวลาในการใส่น้อยกว่า pLMA และ cLMA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ pLMA มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว สูงกว่า กลุ่ม I-gel และกลุ่ม cLMA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การใช้ Classic LMA, Proseal LMA และ I-gel, การเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จในการใส่ และระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว, ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว และสามารถหายใจได้เอง.

*นายแพทย์ ชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

Abstract

Background and Objective : The laryngeal mask airway (LMA) is a supraglottic airway device which is a good alternative to the bag-valve-mask ventilation device. LMA comes in several types. This study was designed to investigate the usefulness of the three types of LMA: classic laryngeal mask airway (cLMA), Proseal laryngeal mask airway(pLMA) and I-gel in anesthetized spontaneously ventilated patients when performing different non-emergency surgical procedures.

Materials and Methods : This prospective, randomized study was conducted in 90 of ASA 1-3 patients who underwent different surgical procedures under general anesthesia with spontaneous ventilation. The patients were equally randomized into 3 groups; cLMA, pLMA and I-gel group. In all cases, the use of the three devices was inserted by an experienced anesthesiologist. In each case, insertion time and number of attempts were recorded. After successful insertion, the airway leak pressure was measured. Postoperative complications were assessed in PACU.

Results : There were no differences in the demographic data among the three groups. The success rates for first attempt of the insertion were similar among the three groups (p-value=0.186). The mean insertion time for the I-gel group (17.97 ± 3.74 sec) was significantly lower than that of the pLMA group (26.10 ± 6.45 sec) and the cLMA group (24.13 ± 5.26 sec) (p-value< 0.001). The mean airway leak pressure of the pLMA group (27.70 ± 3.30 cmH₂O) was significantly higher than that of I-gel group (23.23 ± 3.22 cmH₂O) and cLMA group (20.60 ± 3.40 cmH₂O) (p-value< 0.001). There were no differences in the incidence of adverse events among the three groups.

Conclusion : Insertion of I-gel was significantly more rapid than insertion of pLMA and cLMA. Airway leak pressure was significantly higher with pLMA than I-gel and cLMA.

Keywords : The Three Supraglottic Airway Devices in Anesthetized Spontaneously Ventilated Patients.

บทนำ

Laryngeal mask airway (LMA) เป็นอุปกรณ์ที่ใส่ไว้เหนือกล่องเสียง (Supraglottic airway device) เพื่อเป็นช่องทางช่วยหายใจ ทั้งในผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว และในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจยาก ทั้งในผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ข้อดีของอุปกรณ์เหล่านี้คือ ไม่มีส่วนของอุปกรณ์ที่ผ่านเส้นเสียง จึงสามารถลดการระคายเคืองต่อทางเดินหายใจส่วนต้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บคอหรือเสียงแหบน้อยกว่าการระงับความรู้สึก โดยใส่ท่อหายใจ LMA มีหลายชนิด ได้แก่ classic laryngeal mask airway (cLMA), Unique laryngeal mask airway (uLMA), Proseal laryngeal mask airway (pLMA), I-gel เป็นต้น แม้ว่า LMA จะเป็นอุปกรณ์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารเข้าไปในหลอดลม¹ ปัญหาในการช่วยหายใจไม่เพียงพอ ในผู้ป่วยที่มีความยืดหยุ่นของปอดต่ำ ต้องการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกมากกว่า 20 เซนติเมตรน้ำ²

Proseal laryngeal mask airway (pLMA) ได้พัฒนามาจาก LMA รุ่นเดิม โดยมีช่องระบายน้ำและลม และมีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว (airway leak pressure) สูงถึง 30 เซนติเมตรน้ำ^{3,4} ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยใน cLMA ถึง 10 เซนติเมตรน้ำ แต่จากการศึกษาพบว่า pLMA ใช้เวลาในการใส่มากกว่า cLMA และอัตราความสำเร็จในการใส่อุปกรณ์ในครั้งแรกของ pLMA นั้นน้อยกว่า cLMA⁽⁵⁾

I-gel เป็นอุปกรณ์ที่ใส่ไว้เหนือกล่องเสียงชนิดหนึ่ง ซึ่งพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 2007 ทำจาก thermoplastic elastomer (SEBS-styrene ethylene butadiene styrene) ซึ่งมีลักษณะนิ่มใสคล้ายเจล ถูกออกแบบให้แนบสนิทกับโครงสร้างคอหอย (pharynx), กล่องเสียง (larynx) และโครงสร้างทางเดินหายใจโดยไม่ต้องเติมลมเพิ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากแรงกด ที่มักเกิดในอุปกรณ์ชนิดเติมลมอื่นๆ (inflatable supraglottic airway device)^{6,7} จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบหายใจเอง พบว่า I-gel ใช้เวลาในการใส่น้อยกว่า cLMA และ I-gel มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว สูงกว่า cLMA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอัตราความสำเร็จ และระยะเวลาที่ใช้ในการใส่อุปกรณ์ โดยเปรียบเทียบอุปกรณ์ 3 ชนิด ได้แก่ cLMA, pLMA และ I-gel ความพหุพอเหมาะกับขนาดและรูปร่างของช่องเปิดกล่องเสียงของผู้ป่วยไทย เมื่อศึกษาระหว่างอุปกรณ์ 3 ชนิด ได้แก่ cLMA, pLMA และ I-gel โดยวัดจากระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว เพื่อติดตามอุบัติการณ์ผลข้างเคียงของอุปกรณ์ 3 ชนิด ได้แก่ cLMA, pLMA และ I-gel นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้จริงสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ซึ่งสามารถหายใจได้เอง

รูปแบบและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบเชิงทดลองในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน 2555-มิถุนายน 2556 โดยใช้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ซึ่งผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง มี ASA status 1-3, อายุระหว่าง 15-65 ปี จำนวน 90 คน เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) โดยทำการสุ่มและปกปิด ซึ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน โดยผู้ป่วยที่จะถูกคัดออก (exclusion criteria) คือ มีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารเข้าหลอดลม (ดัชนีมวลกายมากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตาราง เมตร, gastro-esophageal reflux, neuromuscular disease, pharyngeal dysfunction) มีลักษณะที่คาดว่า จะใส่ท่อหายใจยาก (มีประวัติใส่ท่อหายใจยาก Mallampati score 3 หรือ 4, ระยะ ระหว่างต่อมไทรอยด์ถึงคาง น้อยกว่า 60 มิลลิเมตร, อ้าปากได้กว้างน้อยกว่า 35 มิลลิเมตร)⁹ โดยผู้ป่วยทั้ง 90 คนจะถูกแบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยการสุ่มเลือกจากซองจดหมายปิดผนึก กลุ่ม C ใช้อุปกรณ์ cLMA, กลุ่ม P ใช้อุปกรณ์ pLMA และกลุ่ม I ใช้อุปกรณ์ I-gel

การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ก่อนเข้ารับการผ่าตัดจะเก็บข้อมูลผู้ป่วย คือ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การแพ้ยา และ ASA status, พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย รวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเข้าร่วมโครงการวิจัย

และตรวจสอบเอกสารการเซ็นให้ความยินยอม หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการสุ่มเลือกของจดหมายปิดผนึก เพื่อแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม C ใช้อุปกรณ์ cLMA, กลุ่ม P ใช้อุปกรณ์ pLMA และ กลุ่ม I ใช้อุปกรณ์ I-gel

ก่อนเข้ารับการรู้สึกผู้ป่วยจะได้รับยา premedication เป็น lorazepam 0.5 มิลลิกรัม รับประทาน 30 นาที ก่อนไปยังห้องผ่าตัด ที่ห้องผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวัดสัญญาณชีพตามมาตรฐาน (NIBP, ECG และ pulse oxymeter) และจัดท่า sniffing position และสอดดมออกซิเจน ความเข้มข้นร้อยละ 100 เป็นเวลาอย่างน้อย 3 นาที

การใส่อุปกรณ์ และการคงระดับการสลบ

หลังจากสอดดมออกซิเจน ผู้ป่วยจะได้รับยา fentanyl 50 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ 5 นาที ก่อนนำสลบด้วย propofol 2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และ succinylcholine 0.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ทางหลอดเลือดดำ จากนั้นวิสัญญีแพทย์คนเดียวกันจะทำการใส่อุปกรณ์ตามกลุ่มของผู้ป่วย โดยจะใส่อุปกรณ์เมื่อพบว่าผู้ป่วยมี fasciculation ถึงปลายเท้า หรือ 60 วินาที หลังได้ succinylcholine

กลุ่ม C และกลุ่ม P จะได้รับการเลือกขนาดอุปกรณ์ตามที่ระบุในคู่มือการใช้งาน และใส่อุปกรณ์ด้วยวิธีมาตรฐาน index finger insertion technique ก่อนที่จะใส่ลมเข้าไปในหน้ากาก 20 มิลลิลิตร และ 30 มิลลิลิตร สำหรับ LMA เบอร์ 3 และ 4 ตามลำดับ กลุ่ม I จะได้รับการเลือกขนาดอุปกรณ์และใส่อุปกรณ์ด้วยวิธีมาตรฐานตามที่ระบุไว้ในคู่มือการใช้งาน

ระหว่างการใส่อุปกรณ์แต่ละชนิด หากไม่สามารถใส่อุปกรณ์ได้ หรือ SpO_2 น้อยกว่าร้อยละ 90 จะให้การช่วยหายใจด้วยออกซิเจน ความเข้มข้นร้อยละ 100 ก่อนที่จะให้ propofol 1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และให้ succinylcholine 0.5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ จะช่วยหายใจจนกระทั่ง วัดค่า SpO_2 ได้ร้อยละ 100 จึงเริ่มใส่อุปกรณ์อีกครั้ง

หากยังไม่สามารถใส่อุปกรณ์ได้ หรือ SpO_2 น้อยกว่าร้อยละ 90 จะทำการช่วยหายใจอีกครั้ง แล้วให้ propofol 1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ทางหลอดเลือดดำ แล้วเปลี่ยนขนาดอุปกรณ์ตามดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์ แล้วจึงเริ่ม

ใส่อุปกรณ์อีกครั้ง หากยังไม่สามารถใส่ได้สำเร็จ จะจัดว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถใส่ cLMA, pLMA หรือ I-gel ตามที่กำหนดได้ จะให้การดูแลผู้ป่วยตามดุลพินิจของวิสัญญีแพทย์ แต่จะยังนำผู้ป่วยมาคำนวณรวมในการศึกษาต่อไป

จะถือว่าการใส่อุปกรณ์สำเร็จ โดยดูจากสามารถช่วยหายใจด้วยการบีบ bag แล้วมีการเคลื่อนที่ของผนังหน้าอกอย่างสม่ำเสมอเท่ากันทั้งสองข้าง และไม่มีเสียงลมรั่ว แล้วจึงทำการยึดติดอุปกรณ์ด้วยเทปขาว แล้วคงระดับการสลบด้วยไนตรัสออกไซด์ และออกซิเจน จำนวนครั้งที่ใช้ในการใส่อุปกรณ์ และระยะเวลาที่ใช้ในการใส่อุปกรณ์ จะถูกบันทึกโดยวิสัญญีพยาบาล โดยระยะเวลาที่ใช้ในการใส่อุปกรณ์จะวัดตั้งแต่เริ่มหยิบอุปกรณ์จนกระทั่งติดอุปกรณ์ด้วยเทปขาวเรียบร้อยแล้ว

จากนั้นจะคงระดับการสลบด้วยออกซิเจน, ไนตรัสออกไซด์ และ sevoflurane ช่วยหายใจจนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มหายใจได้เอง วิสัญญีพยาบาลคนเดิมวัดระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว (airway leak pressure) โดยการ ปิด expiratory valve และให้ fixed gas flow rate ที่ 3 ลิตรต่อนาที แล้ววัดระดับความดันที่เริ่มได้ยินเสียงลมรั่ว หรือคลำได้ การสิ้นสุดที่นอนบริเวณลำคอของผู้ป่วย

การถอดอุปกรณ์

หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดแล้วจะปิดไนตรัสออกไซด์ และ sevoflurane ให้ออกซิเจน รอจนผู้ป่วยรู้สึกตัว สามารถอ้าปากตามคำสั่ง กลืนและหายใจได้อย่างปกติจึงทำการถอดอุปกรณ์ บันทึกการมีเลือดติดออกมากับอุปกรณ์และสอบถามอาการไม่พึงประสงค์ที่ห้องพักฟื้น ได้แก่ อาการเจ็บคอ อาการคลื่นไส้ อาเจียน

ผลการศึกษา

ในผู้ป่วยจำนวน 90 คน เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69 ของผู้ป่วยทั้งหมด สำหรับข้อมูลเรื่องอายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และ ASA status ระหว่างทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป

	cLMA (n=30)	pLMA (n=30)	I-gel (n=30)
เพศ (ช/ญ)	8/22	10/20	10/20
อายุ (ปี)	42.3 ± 16.14	39.90 ± 17.75	37.93 ± 15.98
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	55.83 ± 7.53	54.70 ± 7.49	56.80 ± 6.70
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	159.7 ± 6.83	161.97 ± 5.82	162.07 ± 5.88
BM I(กิโลกรัม* เซนติเมตร ²)	21.73 ± 2.85	21.27 ± 2.54	21.70 ± 2.37
ASA (1/2/3)	16/12/2	17/12/1	18/11/1

ผู้ป่วยทุกรายสามารถใส่ cLMA, pLMA และ I-gel ได้ภายใน 2 ครั้ง I-gel มีอัตราความสำเร็จในการใส่อุปกรณ์ครั้งแรกสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 93 ในขณะที่ cLMA และ pLMA มีอัตราความสำเร็จในการใส่อุปกรณ์ครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 80 และ 76 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม อัตราความสำเร็จในการใส่อุปกรณ์ครั้งแรกนี้ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.186)

ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการใส่ I-gel คิดเป็น 17.97 ± 3.74 วินาที ในขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการใส่ cLMA และ pLMA อยู่ที่ 24.13 ± 5.26 และ 26.10 ± 6.45 ตาม

ลำดับ เมื่อเปรียบเทียบแล้วพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการใส่ I-gel น้อยกว่า cLMA และ pLMA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

ระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว พบว่า pLMA มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว สูงสุด คือ 27.70 เซนติเมตรน้ำ ในขณะที่ I-gel และ cLMA มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่วที่ 23.23 และ 20.60 เซนติเมตรน้ำตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบแล้วพบว่า pLMA มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่วสูงกว่า I-gel และ cLMA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ตารางที่ 2 ผลของการใส่อุปกรณ์

	cLMA (n=30)	pLMA (n=30)	I-gel (n=30)	p-value (n=30)
จำนวนครั้งที่ใส่อุปกรณ์				
1 ครั้ง	24	23	28	0.186
2 ครั้ง	6	7	2	
เวลาที่ใช้ในการใส่อุปกรณ์	24.13 ± 5.26	26.10 ± 6.45*	17.97 ± 3.74	<0.001
ระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่ว (cm H ₂ O)	20.60 ± 3.40	27.70 ± 3.30	23.23 ± 3.22**	<0.001

*P = 0.355 เมื่อเปรียบเทียบ cLMA กับ pLMA

**P = 0.011 เมื่อเปรียบเทียบ cLMA กับ I-gel

ภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ (ตารางที่ 3) ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน พบกลุ่มละ 1 ราย อาการเจ็บคอพบในกลุ่ม cLMA มากที่สุด คือ 5 ราย และพบในกลุ่ม pLMA และกลุ่ม I-gel 4 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ พบว่ามีเลือดติดอุปกรณ์ในกลุ่ม cLMA และ กลุ่ม pLMA กลุ่มละ 4 ราย และพบในกลุ่ม I-gel 3 ราย เมื่อพิจารณา

ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด พบว่า กลุ่ม cLMA มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.3 กลุ่ม pLMA พบ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และกลุ่ม I-gel พบภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด คือ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.7 อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังถอดอุปกรณ์

	cLMA	pLMA	I-gel	p-value
คลื่นไส้-อาเจียน	1	1	1	1.000(NS)
เจ็บคอ	5	4	3	0.749(NS)
มีเลือดติดอุปกรณ์	4	4	2	0.638(NS)
ภาวะแทรกซ้อนรวม	7	6	5	0.812(NS)

วิจารณ์และอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า pLMA มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่วสูงสุด คือ ประมาณ 28 เซนติเมตรน้ำ แม้ว่า การศึกษาครั้งนี้จะทำในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบหายใจเอง แต่ระดับความดันที่ได้ก็สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งทำในผู้ป่วยที่ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ และควบคุมการหายใจ โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การใช้ pLMA มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่วอยู่ที่ประมาณ 26-30 เซนติเมตรน้ำ^{3,6,9,10}

ส่วน I-gel มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่วอยู่ที่ประมาณ 23 เซนติเมตรน้ำ และ cLMA มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่วที่น้อยที่สุดคือ 20.6 เซนติเมตรน้ำ เมื่อคำนวณทางสถิติพบว่า ทั้ง I-gel และ cLMA มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่วที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ กล่าวคือ I-gel มีระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่วอยู่ที่ประมาณ 24-27 เซนติเมตรน้ำ^{3,6,9,11} และ cLMA อยู่ที่ 18-24 เซนติเมตรน้ำ^{5,9,10} จึงอาจกล่าวได้ว่า อุปกรณ์ทั้ง 3 ชนิดนี้สามารถแนบสนิทกับกล่องเสียงได้อย่างดี แม้ว่าจะใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ระหว่างคงระดับการสลบหรือไม่ก็ตาม

จะเห็นได้ว่า แม้ว่า pLMA จะเป็น supraglottic airway device ที่ให้ระดับความดันที่เริ่มมีลมรั่วสูงสุด แต่ก็พบว่าอุปกรณ์ทั้ง 3 ชนิด ได้แก่ pLMA, I-gel และ cLMA สามารถช่วยหายใจได้อย่างเพียงพอ และใช้ได้ดีในผู้ป่วย

ปอดปกติ ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว และสามารถหายใจได้เอง

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ทั้งคลื่นไส้ อาเจียน เจ็บคอ มีเลือดติดอุปกรณ์ เมื่อถอดออกนั้น พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในอุปกรณ์ทั้ง 3 ชนิด อย่างไรก็ตามจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษายังค่อนข้างน้อย จึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างทางสถิติในแง่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอุปกรณ์ ทั้ง 3 ชนิด

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า I-gel สามารถใส่ได้ง่าย และมีโอกาสใส่ได้สำเร็จครั้งแรกในระดับสูง ในขณะที่ pLMA สามารถครอบได้สนิทพอดีกับช่องเปิดกล่องเสียงมากกว่า และทำให้เกิดลมรั่วในระดับความดันที่สูงกว่า I-gel และ cLMA แม้ว่าจะไม่ได้ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อในการคงระดับการสลบ อย่างไรก็ตาม อุปกรณ์ทั้ง 3 ชนิดนี้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้เองเพียงพอในผู้ป่วยปอดปกติ และพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ดังนั้น การเลือกชนิดของอุปกรณ์ที่ใช้ จึงควรพิจารณาตามความชำนาญของผู้ใส่ร่วมกับภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย โดย I-gel มีโอกาสใส่สำเร็จมากที่สุด และ pLMA สามารถครอบได้สนิท กับช่องเปิดกล่องเสียงมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Barker P, Langton JA, Murphy PJ, Rowbotham DJ. **Regurgitation of gastric contents during general anaesthesia using the laryngeal mask airway.** Br J Anaesth. 1992 Sep; 69(3) : 314-5.
2. Asai T, Murao K, Shingu K. **Laryngeal mask airway to prevent a gas leak around a tracheal tube.** Anaesthesia. 2005 Jan; 60(1) : 102.
3. Singh I, Gupta M, Tandon M. **Comparison of Clinical Performance of I-Gel with LMA-Proseal in Elective Surgeries.** Indian J Anaesth. 2009 Jun; 53(3) : 302-5.
4. _____. **LMA-Proseal Instruction Manual.** San Diego : LMA North America; 2001.
5. Cook TM, Nolan JP, Verghese C, Strube PJ, Lees M, Millar JM, et al. **Randomized crossover comparison of the proseal with the classic laryngeal mask airway in unparalysed anaesthetized patients.** Br J Anaesth. 2002 Apr; 88(4) : 527-33.
6. Chauhan G, Nayar P, Seth A, Gupta K, Panwar M, Agrawal N. **Comparison of clinical performance of the I-gel with LMA proseal.** J Anaesthesiol Clin Pharmacol. Jan; 29(1) : 56-60.
7. _____. **I-gel User Guide.** 7th ed. Wokingham, UK : Intersurgical Ltd; 2009.
8. Helmy AM, Atef HM, El-Taher EM, Henidak AM. **Comparative study between I-gel, a new supraglottic airway device, and classical laryngeal mask airway in anesthetized spontaneously ventilated patients.** Saudi J Anaesth. 2010 Sep; 4(3) : 131-6.
9. Shin WJ, Cheong YS, Yang HS, Nishiyama T. **The supraglottic airway I-gel in comparison with ProSeal laryngeal mask airway and classic laryngeal mask airway in anaesthetized patients.** Eur J Anaesthesiol. 2010 Jul; 27(7) : 598-601.
10. Lu PP, Brimacombe J, Yang C, Shyr M. **ProSeal versus the Classic laryngeal mask airway for positive pressure ventilation during laparoscopic cholecystectomy.** Br J Anaesth. 2002 Jun; 88(6) : 824-7.
11. Jeon WJ, Cho SY, Baek SJ, Kim KH. **Comparison of the Proseal LMA and intersurgical I-gel during gynecological laparoscopy.** Korean J Anesthesiol. 2012 Dec; 63(6) : 510-4.

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลฝาง

Factors associated with birth asphyxia in Fang Hospital

บดีรินทร์ จักรแก้ว*

Budin Jagkaew*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และหาสมการทำนาย โอกาสการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Case Control Study) เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการฝากครรภ์ในเวชระเบียนและสมุดบันทึกการคลอดของสตรี โดยการสุ่มแบบ consecutive selection ตามลำดับเวลาที่คลอดระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2556 จำนวน 405 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา (APGAR $\leq$ 7) จำนวน 135 ราย และกลุ่มควบคุม (APGAR $>$ 7) จำนวน 270 ราย

ผลการศึกษา : พบปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ประกอบด้วย ภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ การใช้เครื่องมือช่วยคลอด การคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ภาวะส่วนน้ำหนักเกิน ภาวะซีเทาในน้ำคร่ำ ระดับการศึกษาของมารดาอยู่ในระดับประถมศึกษา ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มารดามีภาวะติดเชื้อมีน้ำคร่ำ ทารกคลอดก่อน 37 สัปดาห์ การส่งต่อรักษาจากโรงพยาบาลอื่น

ผลการวิเคราะห์หาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ สามารถจำแนกภาวะแทรกซ้อนที่จําเผลอประสาทดําได้สมการที่เหมาะสม คือ Logit (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด) = $-6.92 + 2.72$ (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์) + 1.41 (ใช้เครื่องมือช่วยคลอด (V/E,F/E) + 1.98 (การคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง) + 1.45 (ภาวะส่วนน้ำหนักเกิน) + 1.23 (ภาวะส่วนน้ำหนักเกิน) + 1.76 (การศึกษาสามารถระดับประถมศึกษา) + 0.92 (ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม) + 0.56 (มารดามีภาวะติดเชื้อมีน้ำคร่ำ) + 1.12 (ทารกคลอดก่อน 37 สัปดาห์) + 0.25 (การส่งต่อรักษาจากโรงพยาบาลอื่น)

สรุป : จากผลการศึกษา พบปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้น การวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว และให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมสามารถลดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้

คำสำคัญ : ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด, ปัจจัยเสี่ยง.

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานสูติเวชกรรม โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

Abstract

Objective : To study Factors associated with birth asphyxia and Analysis result seeks the variable that has the relation was birth asphyxia.

Method : The study design of retrospective case control study. between 1 January to 31 December 2012 were randomized by consecutive selection. Case were 135 women who delivery newborn with 1-minute APGAR score of 7 or less. Control were 270 women who delivery newborn with 1-minute APGAR score more than 7. The risk factor for birth asphyxia were determined.

Results : The most associated risk factors significantly associated with birth asphyxia included pregnancy induced hypertension (OR = 5.85, 95% CI = 1.87- 9.93), vacuum or forceps extraction (OR = 5.47, 95% CI = 1.93 - 13.59), cesarean section (OR = 4.43, 95%CI = 2.64-7.41), breech presentation (OR = 4.13, 95%CI = 2.64- 4.48), moderate to thick meconium (OR = 3.26, 95%CI = 2.64-4.07), education 6th grade (OR = 2.98, 95% CI = 2.39-3.72), birth weight less than 2,500 grams (OR = 2.53, 95% CI = 1.88-3.11) chorioamnionitis (OR = 2.44, 95% CI = 1.54-3.87), gestational age less than 37 weeks (OR = 2.25, 95% CI = 1.19-3.78) and refer (OR = 0.84, 95% CI = 0.62-0.97). Analyze seek the algebraic equation predicts occurrence condition with birth asphyxia, from the analysis result seeks the variable that has the relation was $\text{logit (birth asphyxia)} = -6.92 + 2.72(\text{chronic hypertension}) + 1.41 (\text{vacuum or forceps extraction}) + 1.98 (\text{cesarean section}) + 1.45 (\text{breech presentation}) + 1.23 (\text{Moderate to thick meconium}) + 1.76 (\text{education 6}^{\text{th}} \text{ grade}) + 0.92 (\text{birth weight less than 2,500 grams}) + 0.56 (\text{chorioamnionitis}) + 1.12 (\text{gestational age less than 37 weeks}) + 0.25 (\text{refer})$

Conclusion : Risk factors of birth asphyxia could be protected. The early diagnosis and proper management will decrease birth asphyxia during delivery.

Keywords : Birth asphyxia, Risk factor.

บทนำ

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) เป็นภาวะที่เลือดขาดออกซิเจน (Hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (Hypercapnia) และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือจากไม่มีการระบายอากาศที่ปอด (ventilation) และปริมาตรเลือดที่ผ่านปอด (pulmonary perfusion) น้อยหรือมีไม่เพียงพอ หลังจากการคลอด ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญขาดออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะนั้นๆ และเกิดความพิการต่างๆ ทางสมองตามมา เช่น Epilepsy, Mental Retardation, Cerebral Palsy และ Learning Disabilities หรือเป็นผลให้ทารกเสียชีวิต นำไปสู่ความสูญเสียของครอบครัวและสังคม¹

จากการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ตาม ICD 10 (The International Classification of Disease 10) ใช้การประเมินภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เมื่อมีค่าคะแนนเอปการ์ (APGAR score) ที่ 1 นานที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 โดยแบ่งภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็น 2 ระดับ คือภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดอย่างรุนแรง (severe birth asphyxia) มีค่าคะแนนเอปการ์ที่ 1 นานที่เท่ากับ 0-3 และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเล็กน้อยหรือปานกลาง (mild or moderate birth asphyxia) มีค่าคะแนนเอปการ์ที่ 1 นานที่ เท่ากับ 4-7²

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) ตัวชี้วัดและเป้าหมายงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ในเรื่อง อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไม่เกิน 30 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ³ จากข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2552 อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่ 1 นานที่ เท่ากับ 24.60 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ³ และจากสถิติของห้องคลอด โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2551 - 2555 อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่ 1 นานที่เท่ากับ 95.61, 100.76 และ 90.20 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลฝาง สูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขมาก

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยง

ต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในการหาแนวทางป้องกันและลดอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลฝาง เพื่อนำไปสู่การหาแนวทางป้องกันและหาสมการทำนาย โอกาสการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์แบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Case Control Study) กลุ่มตัวอย่างทารกที่คลอดในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2556 จำนวน 405 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม (อัตราส่วนกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1 : 2) สำหรับวิธีการสุ่มประชากรในแต่ละกลุ่มนั้น ใช้ Consecutive Seletion เลือกสุ่มในแต่ละกลุ่ม คือ มารดาที่คลอดบุตรที่ประเมินค่าเอปการ์ที่ 1 นานที่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 จำนวน 135 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นมารดาที่คลอดบุตรที่ประเมินค่าเอปการ์ที่ 1 นานที่ มากกว่า 7 จำนวน 270 ราย ซึ่งในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คิดจากการอุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ปี พ.ศ. 2554 ในโรงพยาบาลฝาง จากสูตร

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (1 + \frac{1}{c}) PQ}{(P_1 + P_0)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาต่อกลุ่ม

C = จำนวนกลุ่มควบคุม : กลุ่มศึกษา ที่กำหนด

P_0 = สัดส่วนที่กลุ่มควบคุม exposed ต่อปัจจัยเสี่ยงภาวะแรกซ็อนทางสถิติศาสตร์ จากการศึกษารูปการอุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ปี พ.ศ. 2554 เท่ากับร้อยละ 22.65

$$p_1 = \frac{p_0 OR}{[1 + p_0(OR - 1)]} = 0.4068$$

$$\bar{p} = \frac{(P_1 + P_0)}{2} = 0.3166$$

$$q_0 = 1 - p_0 = 1 - 0.2265 = 0.7735$$

$$q_1 = 1 - p_1 = 1 - 0.4068 = 0.5932$$

$$\bar{q} = 1 - \bar{p} = 1 - 0.3296 = 0.6834$$

$$\alpha = 0.05 \text{ (two-sided test) ค่า } Z_{0.025} = 1.96$$

$$\beta = 0.10 \text{ ค่า } Z_{0.100} = 1.28$$

OR = ค่าประมาณของ odds ratio ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เท่ากับ 2.03

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรเข้ามศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่

1. สตรีที่คลอดบุตรมีชีวิตในโรงพยาบาลผาง
2. สตรีที่คลอดบุตรอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป
3. สตรีที่คลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอด 1,000 กรัมขึ้นไป
4. สตรีที่มีประวัติในเวชระเบียน และสมุดบันทึกการคลอด ครบถ้วน

ผลการศึกษา

พบว่า ในกลุ่มศึกษา มีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 25.71 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 25.74 ปี อายุครรภ์เมื่อคลอดของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 37.45 สัปดาห์และ 38.37 สัปดาห์ตามลำดับ ครรภ์แรกของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 79 ราย และ 85 รายตามลำดับ ครรภ์หลังของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 56 ราย และ 185 รายตามลำดับ อายุผู้ป่วย อายุครรภ์ ครรภ์แรก และครรภ์หลัง พบว่า อายุครรภ์ของมารดาในกลุ่มศึกษา กลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อายุของมารดาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด การวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละตัวแปร (Univariate analysis) ไม่คำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น โดยใช้เทคนิคการถดถอยแบบโลจิสติก (Logistics Regression) เพื่อหาขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ นำเสนอค่าความเสี่ยง การเกิดโรค (Odds Ratio, OR) ช่วงความเชื่อมั่น 95% และค่า p-value จาก Partial likelihood ratio test พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

ในระยะก่อนคลอด พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด คือ มารดามีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลอื่นของรัฐ มีอายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์ อายุครรภ์ 42 สัปดาห์ขึ้นไป ความเข้มข้นของโลหิตก่อนคลอด (Hct) น้อยกว่า 33 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม น้ำหนักระหว่างครรภ์น้อยกว่า 60 กิโลกรัม มีส่วนสูงน้อยกว่า 150 เซนติเมตร มีประวัติเคยสูบบุหรี่ และเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยทางคลินิกของมารดาในระหว่างคลอด พบการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ ภาวะติดเชื้อในน้ำคร่ำ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การได้รับยา Oxytocin ก่อนคลอด การใช้เครื่องมือช่วยคลอด(V/E,F/E) ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (C/S) ผู้ทำคลอดเป็นแพทย์ พยาบาล การส่งรักษาต่อจากโรงพยาบาลอื่น และการคลอดแบบเจาะจงผู้ทำคลอด

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ได้แก่ ภาวะซีเทาในน้ำคร่ำ ทารกเจริญเติบโต ต่ำกว่าปกติ ทารกครรภ์แฝด ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 ทารกคลอดก่อน 37 สัปดาห์ และภาวะทารกค้ำขื่นในครรภ์ ผลปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน โดยการวิเคราะห์แบบพหุ (รายละเอียดในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลของปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยการวิเคราะห์แบบพหุ (Multiple conditional logistic regression)

ตัวแปร	Coefficient	SE	Adjust OR	95% CI	p-value
1. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	2.72	0.74	5.85	1.87-9.93	<0.001
2. การใช้เครื่องมือช่วยคลอด (V/E,F/E)	1.41	0.55	5.47	1.93-13.59	
3. การคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean Section ; C/S)	1.98	0.42	4.43	2.64-7.41	0.004
4. ภาวะส่วนน้ำเป็นกัน	1.45	0.88	4.13	2.64-4.48	0.003
5. ภาวะซีเทาในน้ำคร่ำ	1.23	0.59	3.26	2.64-4.07	<0.001
6. มารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา	1.76	0.67	2.98	2.39-3.72	<0.001
7. ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	0.92	0.58	2.53	1.88-3.11	<0.001
8. มารดามีภาวะติดเชื้อในน้ำคร่ำ	0.56	0.93	2.44	1.54-3.87	0.024
9. ทารกคลอดก่อน 37 สัปดาห์	1.12	0.74	2.25	1.19-3.78	<0.001
10. การส่งต่อรักษาจากโรงพยาบาลอื่น	0.25	0.82	0.84	0.62-0.97	<0.001

p-value <0.05*

Log likelihood = 43.45

Pseudo R2 = 0.18

Logit (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด) = -6.92 + 2.72 (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์) + 1.41 (ใช้เครื่องมือช่วยคลอด(V/E ,F/E) + 1.98 (การคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง) + 1.45 (ภาวะส่วนน้ำเป็นกัน) + 1.23 (ภาวะส่วนน้ำเป็นกัน) + 1.76 (มารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา) + 0.92 (ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม) + 0.56 (มารดามีภาวะติดเชื้อในน้ำคร่ำ) + 1.12 (ทารกคลอดก่อน 37 สัปดาห์) + 0.25 (การส่งต่อรักษาจากโรงพยาบาลอื่น)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลฝาง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (OR = 5.85, 95%CI = 1.87 - 9.93) การใช้เครื่องมือช่วยคลอด (V/E, F/E) (OR = 5.47, 95%CI = 1.93 - 13.59) การคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean Section; C/S) (OR = 4.43, 95%CI = 2.64 - 7.41) ภาวะส่วนน้ำเป็นกัน (OR = 4.13, 95%CI = 2.64 - 4.48)

ภาวะซีเทาในน้ำคร่ำ (OR = 3.26, 95%CI = 2.64 - 4.07) มารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (OR = 2.98, 95%CI = 2.39-3.72) ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (OR = 2.53, 95% CI = 1.88 - 3.11) มารดามีภาวะติดเชื้อในน้ำคร่ำ (OR = 2.44, 95% CI = 1.54 - 3.87) ทารกคลอด ก่อน 37 สัปดาห์ (OR = 2.25, 95% CI = 1.19 - 3.78) การส่งต่อรักษาจากโรงพยาบาลอื่น (OR = 0.84, 95% CI = 0.62 - 0.97)

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีอัตราเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารก แรกเกิดสูงกว่ากลุ่มที่มีความดันปกติ 5.85 เท่า ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีค่าความเสี่ยงสูงสุด^{5,6,7} การใช้เครื่องมือช่วยคลอด (V/E, F/E) หรือใช้เครื่องดูดสุญญากาศ พบมีอัตราเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดสูงกว่ากลุ่มที่คลอดปกติ 5.47 เท่า ซึ่งบางครั้งข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการนี้สภาพผู้คลอดและทารกมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะการขาดออกซิเจนอยู่แล้ว^{8,9,10,11}

การคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีอัตราเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกเกิด สูงกว่ากลุ่มที่คลอดปกติ เท่ากับ 4.43 เท่า¹² การศึกษากลุ่มที่ผ่าตัดคลอด

มีภาวะการขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่มที่คลอดทางช่องคลอด แต่ไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารกซึ่งอาจมีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้ การคลอดโดยมีภาวะส่วนนำเป็นกัน มีอัตราเสี่ยงที่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 4.13 เท่า ของกลุ่มที่ส่วนนำไม่เป็นท่ากัน^{13,14,15} เนื่องจากภาวะนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสายสะดือย้อย ภาวะคลอดติดศีรษะ และเพิ่มอัตราการตายปริกำเนิด¹⁶ เปรียบเทียบการคลอดท่ากันโดยการวางแผนผ่าตัดตอนครบกำหนด เทียบกับการวางแผนให้คลอดทางช่องคลอด ที่พบว่า อัตราการตายปริกำเนิด และภาวะทุพพลภาพรุนแรง ในกลุ่มผ่าตัดคลอดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 1.6 เทียบกับร้อยละ 5.0) ในขณะที่อัตราการตายและภาวะทุพพลภาพในมารดาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ^{17,18} ว่าแม้จะทำการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ แล้ว พบว่าการคลอดทางช่องคลอดยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และการตายปริกำเนิด ภาวะซีเทาในน้ำคร่ำ มีอัตราเสี่ยงที่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 3.26 เท่า ของกลุ่มที่ไม่มีซีเทาในน้ำคร่ำ^{14,19,20} โดยที่ภาวะนี้ทำให้ทารกแรกเกิดสำลักซีเทาเข้าปอด (Meconium Spiration Syndrome) ดังนั้นการเฝ้าระวังภาวะน้ำคร่ำปนเปื้อนซีเทาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการคลอด และให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่การทำคลอด และการใส่ท่อช่วยหายใจหลังคลอดทันทีเพื่อดูดเอาซีเทาจากหลอดลมออก จะสามารถช่วยลดอัตรา การสำลักซีเทาได้

มารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอัตราเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเป็น 3.09 เท่า ของกลุ่มที่การศึกษาสูงกว่า²¹ แต่แตกต่างจากรายงาน ของชาญ พานิชวัฒนะ ที่ไม่พบมีความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาค้นนี้เป็นแนวทางการป้องกันหรือลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยการดูแลในระหว่างฝากครรภ์ พัฒนาการให้ความรู้ การดูแลตนเองของมารดาโดยเฉพาะมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เนื่องจากอาจมีความเข้าใจผิดต่อตนเองหรือลูกในครรภ์น้อยกว่ากลุ่มอื่น ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีอัตราเสี่ยงที่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 2.46 เท่าของกลุ่มที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม^{10,19} ภาวะทารกน้ำหนัก

แรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม มักมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยของมารดา เช่น ภาวะโลหิตจาง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ก่อนตั้งครรภ์ หรือขณะตั้งครรภ์

ทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ที่ 37 สัปดาห์ มีอัตราเสี่ยงที่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดสูงกว่ากลุ่มที่คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ 2.25 เท่า^{19,20} เนื่องจากภาวะคลอดก่อนกำหนด อวัยวะต่างๆ ยังเจริญไม่เต็มที่และไม่พร้อมที่จะทำงาน จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้มากมายและรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ ทารกจะหายใจลำบาก เนื่องจากขาดสารลดแรงตึงผิวในถุงลมปอด (surfactant) เกิดเป็น respiratory distress syndrome (RDS) หรือภาวะน้ำตาในเลือดต่ำภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น ในส่วนของการส่งต่อรักษาจากโรงพยาบาลอื่น ที่พบว่า มีอัตราเสี่ยงที่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด สูงกว่ากลุ่มที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลผาง 0.84 เท่า²² ปัจจัยการส่งต่อเพื่อการรักษาเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจน ในทารกแรกเกิด

การศึกษาค้นนี้ทำให้สามารถหา แนวทางการป้องกันหรือลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลผาง โดยการดูแลในระหว่างฝากครรภ์ พัฒนาการให้ความรู้ ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด, พัฒนาการใช้เกณฑ์เสี่ยงในการคัดกรองมารดาที่มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ เช่น มารดาตั้งครรภ์แรก, ตั้งครรภ์แฝด, อายุมากกว่า 35 ปี, อ้วน โดยเน้นการป้องกัน และการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมพื้นที่ในเขตบริการของโรงพยาบาล เพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในผู้ป่วยกลุ่มนี้, พัฒนาแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด, พัฒนาแนวทางการดูแลมารดาคลอดก่อนกำหนด, พัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดของบุคลากรทุกระดับ, เครื่องคัดการใส่ partograph ในการดูแลคลอดให้มีประสิทธิภาพ, และการพัฒนาทักษะในการผ่าตัดคลอดโดยเฉพาะของแพทย์ใช้ทุน ดังนั้น การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว และให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม สามารถลดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิชัย ศรีโรจน์กร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่สนับสนุนและอนุญาตให้เผยแพร่การศึกษานี้ ขอขอบคุณแพทย์และพยาบาลกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม กุมารแพทย์ และทีมงานอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลฝางทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือทำให้งานวิจัยนี้สามารถสำเร็จลงได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์. Perinatal Asphyxia. การดูแลระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2536 : 1-22.
2. สุนทร อื้อเผ่าพันธุ์. Defining the scope of perinatal asphyxia. Neonatology 2007. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส จำกัด; 2550. หน้า 76-97.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย 2552. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
4. ชญาศักดิ์ พิศวง และ ปรีศนา พานิชกุล. ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารแพทย์ทหารบก ปีที่ 64 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2554.
5. สุจิต คุณประดิษฐ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลลำพูน. วารสารแพทย์ เขต 8 2546; 11: 131-43.
6. Chandra S, Romji S, Thirupurum S. Perinatal asphyxia: multivariate analysis of risk factor in hospital births. Indian Pediatr 1997; 34 : 206-12.
7. Praditsathawong S, Nimitsurachat S. Risk factors associated with low Apgar scores of newborn at one minute. Thai J Obstet Gynecol 2000; 12 : 277-82.
8. สุพรรณี ประดิษฐ์สวัสดิ์ และ สุกัลยา นิมิตรสุจริต. Risk factors associated with low Apgar scores of newborn at one minute. วารสารสูติรีเวชแห่งประเทศไทย 2543; 12 : 277-82.
9. นวรัตน์ วนาพันธุ์พรกุล. ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีค่าคะแนนแอสการ์ที่ 1 นาทิน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547; 13 : 567-78.
10. ชาญ พานิชวัฒนะ, สุจินต์ ธรรมดี, เต็มดวง เข้มแข็ง และ ประภาภรณ์ เลี้ยงเชื้อ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกคลอดในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารแพทย์ เขต 8 2543; 2-3 : 53-66.
11. อรสา รัชตพันธนากร และคณะ. Factors associated with birth asphyxia ในโรงพยาบาลปัตตานี. สงขลา นครินทร์ เวชสาร ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 ม.ค.-ก.พ. 2548.
12. รุ่งเรือง รัตมีทอง. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและผลต่อภาวะการขาดออกซิเจนขณะคลอดของทารกในโรงพยาบาลยโสธร; ยโสธรเวชสาร 2544; 3 : 126-131.
13. Chen Z, He R, Peng Q, Guo K. Prenatal risk factors for neonatal asphyxia: how risk for each? Zhongguo Dang Dai Er Ke Aa Zhi. 2009; 11 : 161-5.
14. ณัฐพร วงศ์สังข์. การศึกษาภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารกรมการแพทย์. 2543; 25(2) : 78-86.

15. อรรถพล เกิดอรุณศรี. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลราชพิพัฒน์. วชิรเวชสาร 2547; 48 : 79-86.
16. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term : a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000; 356 (9239) : 1375-83.
17. Gifford DS, Morton SC, Fiske M, Kahn K. A meta-analysis of infant outcomes after breech delivery. Obstet Gynecol 1995; 85 : 1047-54.
18. Su M, McLeod L, Ross S et al. Factors associated with adverse perinatal outcome in the Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol 2003; 189 : 740-5.
19. Anne L, Luke C, James M. Risk Factors for Neonatal Mortality Due to Birth Asphyxia in Southern Nepal : A Prospective Community-Based Cohort Study. American Academy of Pediatric 2008; 121 : 1381-90.
20. ชีระพันธ์ ทวีธรรมสถิตย์. ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดทารกคะแนนแอปการ์ที่ 1 นาทิ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ในโรงพยาบาลมุกดาหาร. สรรพสิทธิเวชสาร. 2547; 25 : 273-82.
21. ศราวุฒิ ตั้งศรีสกุล. ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดทารกคะแนนแอปการ์ที่ 1 นาทิ เท่ากับ 7 หรือน้อยกว่า ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารกรมการแพทย์ 2544 ; 26 : 458-65.
22. ปทุมมา กังวานตระกูล, เมธา ทรงธรรมรัตน์, ศรีสุดา ไทยเลิศ. ทารกขาดออกซิเจนแรกคลอด ในโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารแพทย์เครือข่าย 6/2 2540; 7 : 451-61.

**การสนับสนุนขององค์กรที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงาน
ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านอำเภอชื่นชมจังหวัดมหาสารคาม
Organization Support Relating to the Performance in
Hemorrhagic Fever Prevention and Control of Health Volunteers
at ChuenChom District, MahaSarakhm Province.**

ประมวล ไชยโวหาร*
Pramoun Chaiwoharn*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากองค์กรกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอชื่นชมจังหวัดมหาสารคาม

วิธีวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชื่นชม จำนวน 470 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีประมาณค่าเฉลี่ยประชากร จำนวน 193 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปแจกแจงข้อมูลด้วยค่าความถี่ค่าร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย : การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.73 (S.D.=0.44) การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.48) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.17$ $p\text{-value}=0.01$) และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากองค์กรกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าการสนับสนุนด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และการสนับสนุนด้านการจัดการ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.37$ $p\text{-value}<0.0001$, $r=0.46$ $p\text{-value}<0.0001$, $r=0.33$ $p\text{-value}<0.0001$, $r=0.22$ $p\text{-value}<0.0001$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ : การสนับสนุนจากองค์กร, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ควบคุมโรคไข้เลือดออก.

*นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

This cross-sectional research was aimed to the Performance in Hemorrhagic Fever Prevention and Control of Health Volunteers at ChuenChom District, MahaSarakhm Province. The population of this was a group of 470 village health volunteers in ChuenChom District. A number of 193 village health volunteers obtained from simple random sampling was the sample of this study. Data was collected questionnaires with which the Cronbach coefficient of 0.88. The data was analyzed by program computer and presented in terms of frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

The organization support was found at high level ($\bar{x} = 3.73$, S.D.=0.44). The performance in hemorrhagic fever prevention and control of health volunteers was found at high level ($\bar{x} = 3.90$, S.D.=0.48). It was found that the career had relation prevention and control hemorrhagic fever. The organization support in personnel, budget, material and management support had statistical relation to the performance in hemorrhagic fever prevention and control significantly with $r = .37$ p-value<0.0001, $r = 0.46$ p-value<0.0001, $r = 0.33$ p-value<0.0001, $r = 0.22$ p-value<0.0001 respectively.

Keywords : Organization Support, Health Volunteers, hemorrhagic Fever Prevention and Control.

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน¹ โดยมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน² และบทบาทหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การป้องกันโรคติดต่อประจำถิ่นในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นโรคที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นโรคติดต่อที่ต้องดำเนินการตามกฎหมาย³ จังหวัดมหาสารคาม มีรายงานอัตราป่วยต่อแสนประชากรโรคไข้เลือดออก ในปี พ.ศ. 2554 พบ 62.54, ในปี พ.ศ. 2555 พบ 130.26 อัตราตาย ร้อยละ 0.10, ในปี พ.ศ. 2556 พบ 286.61⁴ และอำเภอชนชัย จังหวัดมหาสารคาม มีรายงานอัตราป่วยต่อแสนประชากรโรคไข้เลือดออก ในปี พ.ศ. 2554 พบ 49.03, ในปี พ.ศ. 2555 พบ 4.08, ในปี พ.ศ. 2556 พบ 16.30⁵ ซึ่งการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการบริหารอันสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) และการจัดการ (Management) จากองค์การที่มีส่วนเกี่ยวข้อง⁶ การดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านของอำเภอชนชัย ที่ผ่านมามีผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่สม่ำเสมอและไม่ครบทุกหมู่บ้าน รวมทั้งการสนับสนุนในด้านงบประมาณ ด้านวิชาการและด้านวัสดุอุปกรณ์ การดำเนินงานยังมีความไม่ชัดเจน พบปัญหาในการประสานงานระหว่างองค์กรภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความล่าช้าของงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานระดับอำเภอ จึงต้องมีการทำความเข้าใจและปรับปรุงต่อไป เพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินงาน รวมถึง

ปัจจัยขัดขวาง เพื่อที่จะแก้ไขและส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการสนับสนุนจากองค์การและความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอชนชัย จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบและการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอชนชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 470 คน โดยสุ่มตัวอย่างประชากรศึกษา จำนวน 193 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนตุลาคม 2556-ธันวาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปแจกแจงข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 48.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 87.6 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 39.9 อาชีพหลัก คือเกษตรกร ร้อยละ 80.8 รายได้เฉลี่ยต่อปี ระหว่าง 21,001-40,000 บาท ร้อยละ 34.7 ระยะเวลาการเป็น อสม. 6-10 ปี ร้อยละ 35.2 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 11-15 หลังคาเรือน ร้อยละ 61.1 การสนับสนุนจากองค์กร แสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 ระดับการสนับสนุนจากองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การสนับสนุนจากองค์กร	Mean	S.D.	การแปลผล (ระดับ)
1. การสนับสนุนด้านบุคลากร	3.79	0.52	สูง
2. การสนับสนุนด้านงบประมาณ	3.97	0.50	สูง
3. การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์	3.63	0.55	ปานกลาง
4. การสนับสนุนด้านการจัดการ	3.51	0.71	ปานกลาง
ภาพรวม	3.73	0.44	สูง

การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D. = 0.48) แสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และภาพรวมระดับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	Mean	S.D.	การแปลผล
ป้องกันโรคล่วงหน้า	3.89	0.54	สูง
ควบคุมโรคเมื่อพบผู้ป่วย	3.89	0.75	สูง
ภาพรวม	3.90	0.48	สูง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.17 p-value = 0.01) จังหวัดมหาสารคาม พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการ

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	R	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	0.06	0.34	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	-0.04	0.54	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	0.05	0.48	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	-0.04	0.59	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	-0.17*	0.01	ต่ำ
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง	-0.01	0.92	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้เฉลี่ยต่อปี	0.04	0.61	ไม่มีความสัมพันธ์
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	-0.05	0.51	ไม่มีความสัมพันธ์

หมายเหตุ *มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากองค์การกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอขึ้นชม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การสนับสนุนจากองค์การ ทั้ง

4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านบุคลากร การสนับสนุนด้านงบประมาณ การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ และการสนับสนุนด้านการจัดการ แสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากองค์การกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

การสนับสนุนจากองค์การ	R	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนด้านบุคลากร	0.37*	<0.0001	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านงบประมาณ	0.46*	<0.0001	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์	0.33*	<0.0001	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการจัดการ	0.22*	<0.0001	ต่ำ

หมายเหตุ *มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอขึ้นชม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง⁷ ซึ่งแนวโน้มในปัจจุบัน ในการดำเนินงานต่างๆ ในการพัฒนาชุมชน พบผู้หญิงเข้ามามีบทบาทในการพัฒนามากขึ้น ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6-10 ปี และมีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน ร้อยละ 85.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁸ ซึ่งประสพการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มากขึ้น จะส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน ซึ่งมีความเหมาะสมตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยจะส่งผลดีต่อความครอบคลุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การสนับสนุนจากองค์การที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานมีในระดับสูง⁹ อันเป็นผลมาจากหน่วยงานต่างๆ เป็นหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่ จึงทราบถึงปัญหาและความจำเป็นในการสนับสนุนการดำเนินงาน โดยเฉพาะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นหน่วยงานที่ได้รับการเลือกตั้งเข้ามาจากเป็นบุคคลในพื้นที่ ที่ทราบถึงความจำเป็นที่ต้องสนับสนุนในการดำเนินงานที่เพียงพอแต่แตกต่างกับการศึกษา¹⁰ การสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งบริบทแต่ละพื้นที่ในการสนับสนุนจะแตกต่างกัน

จากนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขในการ

เร่งรัดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญควบคุมป้องกันโรคติดต่อ เป็นผลทำให้ระดับผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกับการศึกษา^{11,12}

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแตกต่างกับการศึกษา¹⁰ ที่พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กัน

การได้รับปัจจัยการการบริหารจากองค์การที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพที่ดี ระดับการสนับสนุนจากองค์การระดับสูงส่งผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่สูงขึ้นด้วยสอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ ที่ผ่านมา ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ รสพ. 2542.
2. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ. โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา. กรุงเทพฯ : สวสส. 2549.
3. กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารเผยแพร่การสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) สาขาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข. 2539.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประจำปี 2556. (เอกสารอัดสำเนา). 2556.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชื่นชม. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประจำปี 2556. (เอกสารอัดสำเนา). 2556.
6. ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์. 2545.
7. ชาลี ยะวร. การประเมินผลโครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2552.
8. อมรรัตน์ จันทร์สว่าง. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.
9. พยุงศรี กงพาน. การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของประธานเครือข่ายระดับหมู่บ้าน สังกัดเครือข่ายชุมชนแก้ไขปัญหาเสพติดบ้านสวนมอญ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
10. บัญชา อนันต์เต่า. ศึกษาการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. รายงานการศึกษาระดับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.
11. สุพัตรา กาญจนลออ. ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาลังคม) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2555.
12. ศักรินทร์ โตสติ. ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลช้างทูน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. ผลงานวิจัย ตราด : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. 2552.

**การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
โดยใช้วิธีตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล
โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
Quality improvement process used by nurses using nursing
record check of Benjalukchalermpragreat 80 punsa hospital**

ปราณี โสพล*
Pranee Sopol*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการใช้รูปแบบกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล โดยวิธีตรวจสอบเวชระเบียน เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2555 โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายจากจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังจำหน่ายที่มารับการรักษา โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และแพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล เปรียบเทียบจำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังดำเนินการ ครั้งที่ 1 ก่อนการดำเนินการ ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2555 จำนวน 120 คน ครั้งที่ 2 หลังการดำเนินการ เดือนมีนาคม - เมษายน 2555 มีจำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบฟอร์มการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของ สปสช. และแบบตรวจสอบการบันทึกตามขั้นตอนของ กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน โดยใช้แบบจากโรงพยาบาลหนองจิก ซึ่งผ่านการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.78 รวบรวมข้อมูลโดย เลือกวเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังจำหน่ายผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล เบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และแพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล ก่อนดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2555 และหลังดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 เมษายน - พฤษภาคม 2555 พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรม เวชระเบียน ร่วมตรวจสอบการประเมินเวชระเบียนและเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาเพื่อนำมาวิเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการหาค่าสถิติพื้นฐานร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, และ Content Analysis, Pair T-test และค่าที (t-test) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา : การนำกระบวนการพยาบาลด้านการวินิจฉัยการพยาบาล ร้อยละ 54.83 การประเมินปัญหาผู้ป่วย ร้อยละ 48.29 และด้านการปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 38.33 และความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในการบันทึกทางการพยาบาล คะแนนก่อนเฉลี่ย เท่ากับ 43.17 คะแนน และมีคะแนนหลังเฉลี่ย เท่ากับ 64.13 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนทั้งสองครั้งพบว่าคะแนนหลังสูงกว่าคะแนนก่อน เมื่อเปรียบเทียบการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ก่อนและหลังการดำเนินการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลโดยการตรวจสอบเวชระเบียน พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

สรุป : การพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาลโดยกลวิธีการตรวจสอบเวชระเบียน พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : กระบวนการพยาบาล, แนวทางการบันทึกและการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในด้านการบันทึกทางการพยาบาล (Nurses note).

Abstract

Objective : Quality development process used by nurses using nursing record check of Benjalukchalermpragreat 80 punsa hospital. To study the problems and difficulties of the nursing process in practice.

Methods : This research is a descriptive research This study were nurses working in wards in Benjalukchalermpragreat 80 punsa hospital. Between January 1 - June 2012 by means of simple random sampling. Number of medical records after discharge in patients admitted to Benjalukchalermpragreat 80 punsa hospital and physicians in the hospital. Comparison of two times before and after the No. 1 before the operation. In January - February 2012, all 120 employees at two after the operation. In March - April 2012 a total of 120 were used in the research. Includes two types of tools used to perform the study. Step 5 using the nursing process of Nongjik Hospital which have been calculated using the reliability of Cronbach alpha coefficients were 0.78. Analyze data using basic statistics for the percentage, mean, and Content Analysis, Pair T-test and values (t-test) with the program.

Results : Been nursing a more robust when used as a monitoring tool to assess the complete medical records of NHSO. Nurses processes used before and after the implementation of the development strategy, use of nursing process by checking medical records. Found increased statistically significant at the .05 level

Conclusions : Departments should have a meeting to clarify the knowledge of nursing process in each step. Writing nursing And practical skills to nurses periodically. In order to enhance knowledge And promoting technical progress The development of nursing And create a positive attitude about the nursing process nursing and writing as well. Has a monitoring system using the nursing process, the nurse in a nursing regularly. To create a culture in the organization.

Keywords : Nursing process, Guidelines for the recording and assessment of patients medical records in the field of nursing (Nurses note).

บทนำ

การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาทางการพยาบาลตามหลักวิทยาศาสตร์ที่มีระบบเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง เป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะประกันคุณภาพของผู้รับบริการให้ได้รับบริการตามความต้องการของปัญหา ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมพัฒนาการวิชาชีพการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับ กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคของการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่มาก เช่น การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานและได้รับการฝึกอบรมที่ต่างกันจะมีการใช้กระบวนการพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้ง มีปัญหาและอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การขาดความรู้ ขาดทักษะ และไม่ชอบใช้กระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะขั้นตอนการวินิจฉัยทางการพยาบาล อุปสรรคทางด้านระบบบริหารจัดการ ได้แก่ การขาดการนิเทศที่เป็นระบบ ไม่มีผู้ที่เป็นแบบอย่างในการใช้กระบวนการพยาบาล ส่วนอุปสรรคทางด้านสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ การไม่มีรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนั้นเพื่อส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดการฝึกอบรมเพิ่มเติมความรู้และทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลให้แก่บุคลากรพยาบาลและมีการจัดระบบการนิเทศพร้อมทั้งกำหนดรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลและจัดทำคู่มือการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไว้ประจำหอผู้ป่วย¹ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Continual Quality Improvement) เป็นกลไกที่สำคัญกลไกหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ซึ่งระบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital accreditation) สมาคมพยาบาลกำหนดให้

การพยาบาลเป็นวิชาชีพอิสระที่มีมาตรฐาน วิชาชีพที่เป็นเอกเทศ มีกระบวนการทำงานที่สามารถตรวจสอบความเป็นวิชาชีพ โดยใช้กลไกหลายอย่างในการพัฒนาวิชาชีพและการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้รับบริการ การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมคู่ขนาน ซึ่งควบคู่กับงานบริการดูแลเป็นหลักฐานแสดงการให้บริการของบุคลากรทางการพยาบาลและนโยบายของรัฐบาล โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้กำกับให้การให้บริการของสถานบริการนั้นใช้ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเป็นส่วนสำคัญของการจ่ายเงินให้สถานบริการตามผลงาน โดยอ้างอิงความสมบูรณ์ของเวชระเบียน และได้กำหนดให้ความสมบูรณ์ของงานเวชระเบียนเป็นส่วนหนึ่งที่ทุกโรงพยาบาลต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นเพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันได้ว่า ผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้นๆ จะได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลนั้น ส่วนหนึ่งประเมนจากการที่พยาบาลวิชาชีพนำกระบวนการพยาบาลมาใช้

การตรวจสอบและการพัฒนาคุณภาพความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพเวชระเบียนโดยเป็นระบบตรวจสอบและวิเคราะห์เวชระเบียนเชิงคุณภาพ ลักษณะที่สำคัญคือ เน้นการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ครบถ้วนครอบคลุม เกี่ยวกับประวัติ ข้อมูลประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ผลการปฏิบัติการ การวินิจฉัย การรักษาการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนดและมาตรฐานวิชาชีพ อนึ่ง ปัญหาที่สำคัญของการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จากการ ประเมินเวชระเบียนย้อนหลังในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2554 จำนวน 30 ราย พบว่าขั้นตอนแรก คือการประเมินผู้ป่วย มีการรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลมาแก้ไขปัญหา ได้อย่างครอบคลุมได้ ร้อยละ 38.17 ขั้นตอนที่ 2 คือการวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่าวินิจฉัยทางการพยาบาลได้สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุนสามารถบอกแนวทางขอบเขตของปัญหาได้ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ร้อยละ 61.9 ขั้นตอนที่ 3 คือ การวางแผนการพยาบาล มีการกำหนดเป้าหมายสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและนำปัญหาที่ยังไม่สิ้นสุดมาวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 14.3 ขั้นตอนที่ 4 คือ

การปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการแสดงถึงบทบาทอิสระ เช่น การสอน/แนะนำ ร้อยละ 46.2 และแสดงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ร้อยละ 9.5 ขึ้นตอนที่ 5 คือ การประเมินผลการพยาบาล พบว่า มีการประเมินผลที่ไม่เป็นตามเป้าหมาย ปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 14.9 และจากการประเมินเวชระเบียนโดยทีมภายใน ของโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ในเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2554 จำนวน 30 ราย พบว่า ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอยู่ที่ ร้อยละ 76.75 และในส่วนของเกณฑ์ข้อการบันทึกทางการแพทย์ พบว่า ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอยู่ที่ ร้อยละ 54.76 จากข้อมูลดังกล่าวกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะปัญหาในเรื่องคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในรูปแบบการใช้กระบวนการพยาบาล รวมทั้งสนใจที่จะพัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพเหมาะสมกับอัตรากำลังและภาระงานในปัจจุบัน และเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลโดยวิธีตรวจสอบเวชระเบียน และเพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2555 - พฤษภาคม 2555 กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่แพทย์รับรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2555 โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน หลังจำหน่าย เปรียบเทียบจำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังดำเนินการ ครั้งที่ 1 ก่อนการ

ดำเนินการ ในมกราคม-กุมภาพันธ์ 2555 จำนวน 120 คน ครั้งที่ 2 หลังการดำเนินการ ในมีนาคม - เมษายน 2555 จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย เป็นแบบฟอร์มการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของ สปสช. และแบบตรวจสอบรายการบันทึกกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน โดยใช้เกณฑ์การประเมินโดยระดับคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้น นำไปทดลองใช้ จำนวน 30 ฉบับ และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.78 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังจำหน่าย ของผู้ป่วยที่มาับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และแพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล ก่อนดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2555 และหลังดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 เมษายน - พฤษภาคม 2555 พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรม Audit เวชระเบียน ตรวจสอบการประเมินเวชระเบียนและเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาเพื่อนำมาวิเคราะห์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการหาค่าสถิติพื้นฐาน ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, และ Content Analysis, Pair T-test และค่าที (t-test) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

พยาบาลจำนวน 14 คน มีอายุ 25 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 ที่มีอายุระหว่าง 26-30 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 เพศชาย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 เพศหญิง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 สถานะภาพโสด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 สถานะภาพสมรสคู่ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี 14 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในช่วง 1-3 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล 4-5 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล 5-10 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล >10 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 การใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

ก่อนการดำเนินการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล โดยการตรวจสอบเวชระเบียน พบส่วนใหญ่มีการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 53.05 และระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 20.97 พิจารณาการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ โดยจำแนกตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล ก่อนการดำเนินการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล โดยการตรวจสอบเวชระเบียนพบว่า ส่วนใหญ่มีการนำกระบวนการพยาบาลด้านการวินิจฉัยการพยาบาล ร้อยละ 54.83 รองลงมาคือด้านการประเมินปัญหาผู้ป่วย ร้อยละ 48.29 และด้านการปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 38.33 และความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในในข้อการบันทึกทางการพยาบาล เมื่อพิจารณาผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ก่อนการดำเนินการ ในเดือนเมษายน 2555 พบว่า คะแนนภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 54.76 โดยเกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกอาการแรกเริ่มของพยาบาลครบถ้วนตามฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนด และสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ (อย่างน้อยต้องประกอบด้วย อาการที่มา ประวัติการเจ็บป่วยอดีตและปัจจุบัน และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย) ร้อยละ 20 เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของกรวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล ร้อยละ 20 และเกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการประเมินผล หลังการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล ร้อยละ 26.67 และเมื่อพิจารณาการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้โดยจำแนกตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา หลังการดำเนินการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลโดยการตรวจสอบเวชระเบียน พบว่า ส่วนใหญ่มีการนำกระบวนการพยาบาลด้านการวินิจฉัยการพยาบาล ร้อยละ 74.33 รองลงมาคือด้านการประเมินปัญหาผู้ป่วย ร้อยละ 68 และด้านการวางแผนการพยาบาล ร้อยละ 62.83

คะแนนก่อนเฉลี่ย เท่ากับ 43.17 คะแนน และเมื่อคะแนนหลังเฉลี่ย เท่ากับ 64.13 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนทั้งสองครั้งพบว่าคะแนนหลังสูงกว่าคะแนนก่อน สรุป เมื่อเปรียบเทียบการนำกระบวนการพยาบาล

มาใช้ก่อนและหลังการดำเนินการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลโดยการตรวจสอบเวชระเบียน พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

การใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนพัฒนาการเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย หลังการดำเนินการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลโดยการตรวจสอบเวชระเบียน พบว่า ส่วนใหญ่มีการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเกิดจาก ปัญหาและอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล จากการศึกษาพบปัญหา คือ มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้น้อย¹ ใช้ได้ไม่ครบทุกขั้นตอน อุปสรรคด้านบุคลากรที่ยังขาดความรู้ และทักษะในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ทุกขั้นตอนและมีทัศนคติในทางลบในขั้นตอนการประเมิน ผู้รับบริการขาดทักษะในการสัมภาษณ์พยาบาลระดับปฏิบัติการ ไม่เห็นคุณค่าและความสำคัญของการพยาบาลมาใช้² การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ การศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี การใช้กระบวนการอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลพบว่า มีขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาลสูงสุด และใช้ขั้นประเมินปัญหาของผู้ป่วยต่ำสุด² ปัญหาการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะการอบรมที่ได้รับเป็นความรู้ พื้นฐานของกระบวนการพยาบาลไม่ได้เน้นการฝึกปฏิบัติอย่างจริงจัง ในขั้นตอนที่สำคัญ เช่น การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นต้นการจัดอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพ ไม่เหมาะสมกับผู้บริหาร และไม่ได้สัดส่วนกับบุคลากรในแต่ละเวร หรือบางแห่งไม่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้ตลอด 24 ชม. อาจเป็นสาเหตุให้การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลขาดความต่อเนื่องหรือไม่ครบขั้นตอน³ ปัญหาและอุปสรรคของการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ เนื่องจากแบบประเมินใช้เวลามาก ข้อความซ้ำซากการบันทึกในการประเมินปัญหา มีความซ้ำซ้อนกับแบบบันทึกทางการพยาบาล และมีรายละเอียดมากเกินไป ต้องใช้เวลาในการบันทึก ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยถูกละเลย เป็นสาเหตุหนึ่งที่เป็นปัญหา

และอุปสรรคในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ให้ครบทุกขั้นตอนการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้แยกตามขั้นตอน 5 ขั้นตอนเมื่อพิจารณาการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้โดยจำแนกตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ก่อนและหลังการดำเนินการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลโดยการตรวจสอบเวชระเบียน พบว่าส่วนใหญ่มีการนำกระบวนการพยาบาลตามขั้นตอนที่ 2 ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล และขั้นตอนที่นำมาใช้น้อยที่สุดก่อนการดำเนินการคือ ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนการพยาบาล และหลังการดำเนินการคือขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล อาจเกิดจากขาดทักษะในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในทุกขั้นตอน และมีทัศนคติในทางลบในขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ การวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล¹ และพยาบาลมีความสามารถในการระบุข้อวินิจฉัยอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องการวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้ และขาดทักษะในการสัมภาษณ์ พยาบาลระดับปฏิบัติการไม่เห็นคุณค่าและความสำคัญของการพยาบาลมาใช้ ไม่เห็นด้วยที่ต้องเขียนแผนการพยาบาล คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงานด้วยการเขียน และมีทัศนคติว่า กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งที่ฝึกหัดหรือปฏิบัติจริงเฉพาะสถานศึกษาเท่านั้น³ รู้สึกเป็นการเสียเวลาในการเขียน ซึ่งขณะเดียวกันเวลาที่เสียไปนั้นสามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลอื่นๆ ได้อีกหลายอย่าง รู้สึกว่าจำนวนผู้ป่วย/ระดับผู้ป่วย ซึ่งต้องดูแลแตกต่างกัน/อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่รวมถึงระยะเวลาที่มีอยู่ในแต่ละเวรเป็นปัญหาและอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล โดยที่ต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ รู้สึกไม่ดีต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลจากเหตุผล นิกรรูปแบบในการเขียนไม่ออก/เริ่มต้นไม่ถูกต้อง, ผู้ป่วยมีหลายโรค, ใช้เวลาในการเขียนนาน/น่าเบื่อ เจ้าหน้าที่แต่ละคนต่างเขียนกันคนละรูปแบบไม่สามารถนำมาเป็นแบบอย่างได้, ช่วงแรกมักลืมข้อมูลสนับสนุน/ระดับผู้ป่วย ไม่มีมาตรฐานรูปแบบที่แน่นอน รู้สึกว่าการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่ายและเกิดประโยชน์

กับผู้ป่วยน้อยมาก รู้สึกว่าการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้ป่วยอาการคงเดิมเป็นการทำงานซ้ำซ้อน ทัศนคติที่ไม่ดีอาจเกิดจากปัญหาและอุปสรรคในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล⁴ พยาบาลมีทัศนคติต่อกระบวนการพยาบาลในทางบวก แต่มีทัศนคติต่อการเขียนแผนการพยาบาลในทางลบการจำกัดราคากำลังไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ/ภาระงานทำให้เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยหลัก แต่เจ้าหน้าที่น้อยไม่ได้สัดส่วนกัน ทำให้ไม่มีเวลาในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ส่งผลให้เกิดทัศนคติในทางลบ นอกจากนี้พบว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลของแต่ละแผนกมีหลายรูปแบบและมีความซ้ำซ้อน⁵ ระบบการบันทึกมีความซ้ำซ้อนกัน ใช้เวลาในการเขียนมากไปขาดเครื่องมือหรือแบบฟอร์มในการรวบรวมข้อมูลทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน และการเก็บแบบฟอร์มรวมกับแพทย์ทำให้พยาบาลไม่มีอิสระในการคิดวางแผนหรือใช้ประวัติผู้ป่วยได้ตลอดเวลาการปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาลแล้วแต่ยังขาดการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ใช้จึงทำให้แบบบันทึกข้อมูล และปัญหาต่างๆ ในลักษณะการเขียนบรรยาย ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ขาดข้อมูลสนับสนุน และเขียนซ้ำกับเวรก่อนๆ ไม่มีการเขียนการวางแผนการพยาบาลไว้ จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยนอกจากนี้ หนังสือและเอกสารคู่มือในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่เพียงพอไม่มีคู่มือการเขียน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการวางแผนการพยาบาลไว้ประจำหอผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกในการเขียนแผนการพยาบาล ย่อมส่งผลให้เกิดทัศนคติในทางลบต่อการใช้กระบวนการพยาบาลและการเขียนบันทึกทางการพยาบาล การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้หลังการส่งเสริมโดยการใช้กระบวนการตรวจสอบเวชระเบียนของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษานำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง

เอกสารอ้างอิง

1. ดวงตา วัฒนเสน. การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2541.
2. นิษฐิตา ลีนะขุนนางกูร. การวิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ : การศึกษา เฉพาะกรณี โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ (ค.ม.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
3. ดวงเดือน ไชยน้อย. การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
4. Alfalo, Rosarinda. **Applying Nursing Process : A Tool for Critical Thinking**. ed 6 th Philadelphia : J.B. Lippincott; 2006.
5. ดวงใจ รัตน์ัญญา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.
6. สายสมร พลเชื้อ, ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์, วนิดา หาญคุณากุล. ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ, วารสารสภาการพยาบาล มกราคม - มีนาคม 2542.



ผู้ป่วยที่มีเห็บวัวในหูและเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7 เป็นอัมพาต : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Cattle Tick in the Ear with Facial Palsy : A Case Report

ปวีศา ภัคดีไทย*
Pawarisa Pakdeethai*

บทคัดย่อ

การมีสิ่งแปลกปลอมในหูสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การอักเสบของช่องหูชั้นนอก, เยื่อแก้วหูอักเสบ แต่รายงานที่พบสิ่งแปลกปลอมในหูร่วมกับมีเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7 เป็นอัมพาตด้วยนั้น ซึ่งพบน้อยมาก

วัตถุประสงค์ในการศึกษารายงานผู้ป่วยรายนี้ : เพื่อศึกษาการรักษาผู้ป่วยที่มีเห็บวัวในหู และพบเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7 เป็นอัมพาต

ผลการรายงาน : ผู้ป่วยหญิง อายุ 61 ปี มาด้วย 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหูขวาพร้อมกับมีอาการปากเบี้ยว, ตาขวาปิดไม่สนิท ตรวจร่างกายพบว่าเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7 ข้างขวาเป็นอัมพาต และใช้กล้องส่องหูขวาตรวจพบว่ามีเห็บวัวเกาะที่เยื่อช่องหูชั้นนอกใกล้กับเยื่อแก้วหูที่แดงจัด จึงได้เอาเห็บออก ให้ยาปฏิชีวนะ และผู้ป่วยหายดีเป็นปกติหลังเอาเห็บออก 1 สัปดาห์

สรุป : การเป็นอัมพาตเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7 อาจเกิดจาก neurotoxin ในน้ำลายของเห็บวัวเข้าไปสัมผัสโดยตรงกับเส้นประสาทที่ไม่มีกระดูกห่อหุ้มอยู่ (dehiscence of the bony canal of the tympanic segment of facial nerve) หรือเป็นเพียงความบังเอิญที่พบร่วมกัน

คำสำคัญ : เห็บวัวในหู, รายงานผู้ป่วย, โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Abstract

Background : Aural foreign body can cause any complications for example acute otitis externa, acute myringitis but there were very rare report of aural foreign body with acute facial palsy.

Objective : To disseminate the rare case of the cattle tick in the ear with acute facial palsy.

Result : A 61 years old woman presented with severe otalgia, incomplete closure of her right eye and asymmetry of nasolabial fold at rest 5 hours prior admission. Physical examination revealed she had right facial nerve palsy (lower motor neuron type). Otoscopic examination revealed a cattle tick sucked at her external auditory canal epithelium adhered inject tympanic membrane. So we removed the cattle tick with alligators under therapeutic otoscope and gave her intravenous antibiotic. Within 1 week after removal the tick she had fully recovered.

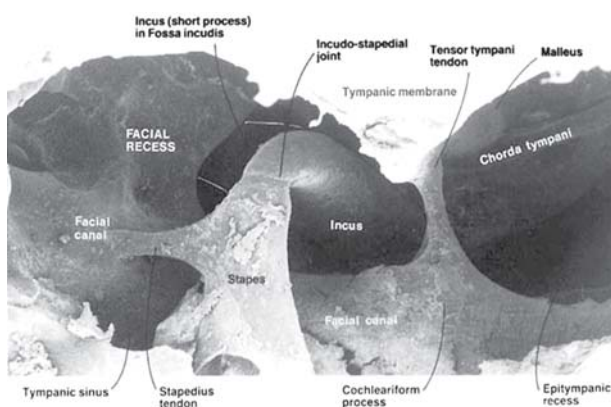
Conclusion : Acute facial palsy might cause from direct contact of neurotoxin in the cattle tick saliva to the dehiscence of the bony canal of the tympanic segment of facial nerve or might be the coincidence.

Keywords : Cattle Tick in the Ear; Acase Report; Karasin Hopital.

บทนำ

สิ่งแปลกปลอมที่พบบ่อยที่สุดในผู้ใหญ่ ได้แก่ แผลงสาบ มด และพบในกลุ่มที่นอนกับพื้นบ้าน¹ แต่ในผู้ป่วยรายนี้พบสิ่งแปลกปลอมเป็นเห็บวัว ซึ่งเป็นสิ่งแปลกปลอมที่พบไม่บ่อยนัก ช่องหูชั้นนอก (external auditory canal) ในผู้ใหญ่มีความยาวประมาณ 2-2.5 เซนติเมตร ประกอบด้วย 1/3 ด้านนอกเป็นกระดูกอ่อน ซึ่งมีผิวหนังปกคลุม โดยมีต่อมไขมัน, ต่อมสร้างขี้หูและต่อมขน 2/3 ด้านในเป็นกระดูกซึ่งมีผิวหนังปกคลุมเยื่อหุ้มกระดูกเท่านั้น โดยไม่มีเนื้อเยื่อ ใต้ผิวหนังใดๆ เยื่อแก้วหูเป็นตัวที่กั้นระหว่างช่องหูชั้นนอกกับช่องหูชั้นกลาง²

ในหูชั้นกลาง (middle ear) นอกจากจะมีกระดูกหูค้อน (malleus) ทัง (incus) และโกลน (stapes) อยู่แล้วยังมีบางส่วนของเส้นประสาทใบหน้าที่ 7 (tympanic segment of facial nerve) พาดผ่านซึ่งโดยส่วนมากมักจะมีการห่อหุ้มเส้นประสาท (facial canal or bony canal of facial nerve)³ ดังในรูปที่ 1



รูปที่ 1 ช่องทางเดินของเส้นประสาทใบหน้าที่ 7 (facial canal) ในหูชั้นกลาง

การเป็นอัมพาตแบบเฉียบพลันของเส้นประสาทใบหน้าที่ 7 (acute facial nerve palsy) เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น Bell palsy, อุบัติเหตุ (trauma) และการอักเสบติดเชื้อของหูชั้นกลาง (acute otitis media) โดยใน acute suppurative otitis media เชื่อว่าทำให้มีการเป็นอัมพาตของเส้นประสาทใบหน้าที่ 7 จากการอักเสบของเส้นประสาทโดยตรง โดยที่เส้นประสาทนั้นไม่มีกระดูกห่อหุ้มอยู่ (dehiscence of the bony canal of the facial nerve)⁴ ซึ่งการรักษาผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อของ

หูชั้นกลางและมีการเป็นอัมพาตของเส้นประสาทใบหน้าที่ 7 คือการให้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic), ยาสเตียรอยด์ และการเจาะเยื่อแก้วหู (tympanotomy)⁵⁻⁷

Bell palsy (spontaneous idiopathic facial palsy) คือการเป็นอัมพาตแบบเฉียบพลันของเส้นประสาทใบหน้าที่ 7 โดยไม่ทราบสาเหตุ แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากเชื้อไวรัส herpes simplex ชนิดที่ 1 (HSV type 1) และมีการวินิจฉัยโรคด้วยการแยกโรคอื่นออก (diagnosis of exclusion) ร่วมกับมีลักษณะดังต่อไปนี้ ได้แก่ กล้ามเนื้อใบหน้าทุกมัดข้างนั้นเป็นอัมพาตทุกหรืออัมพาต, เกิดอย่างเฉียบพลัน, ไม่มีอาการแสดงของระบบประสาทส่วนกลางและ ไม่มีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดที่มุมสมองน้อย (cerebellopontine angle)

Bell palsy เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเป็นอัมพาตแบบเฉียบพลันของเส้นประสาทใบหน้าที่ 7 กล่าวคือมากกว่า 50% โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 20-30 คนต่อ 100,000 คน และจะเพิ่มเป็น 59 คนต่อ 100,000 คน ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 65 ปี พบเป็น incomplete paralysis 30% และเป็น complete paralysis 70% พบว่าเคยเป็นมาก่อน 9% และพบว่ามีการประวัติในครอบครัวเป็นด้วย 8% การรักษาผู้ป่วย Bell palsy คือ การให้ยาสเตียรอยด์และรักษาตามอาการ หรือบางการศึกษาให้ยาต้านไวรัสร่วมด้วย

ระดับความรุนแรงของการเป็นอัมพาตของเส้นประสาทใบหน้าที่ 7 แบ่งตาม House-Brackmann⁸

การพยากรณ์โรคของการเป็นอัมพาตของเส้นประสาทใบหน้าที่ 7 ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ สาเหตุที่ทำให้เกิด ยกตัวอย่างเช่นใน Bell palsy 90% หายเป็นปกติภายใน 1 เดือน แต่ใน herpes zoster oticus มีเพียง 50% เท่านั้นที่หายเป็นปกติ, การมารักษาเร็วมีการพยากรณ์โรคดีกว่าการมารักษาช้า, ระดับความรุนแรงของการเป็นอัมพาต โดยหากเป็น incomplete facial nerve palsy (grade I-V of House-Brackmann grading system) มีการพยากรณ์โรคดีกว่า complete facial nerve palsy (grade VI of House-Brackmann grading system), อายุน้อยกว่า 60 ปีมีการพยากรณ์โรคดีกว่าอายุมากกว่า 60 ปี, การไม่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการพยากรณ์โรคดีกว่าที่มีโรคประจำตัว, หากเป็น complete facial nerve palsy แล้วตรวจการทำงานของเส้นประสาท (electroneurography or ENoG) พบว่า หาก nerve degenera-

tion < 90% มีการพยากรณ์โรคดีกว่า nerve degeneration > 90%

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 61 ปี HN 305401 อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนา อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลเขาวง ด้วยอาการ 5 ชั่วโมงก่อน หลังตื่นจากการนอนหลับ มีอาการปวดหูด้านขวามือ มีอาการวิงเวียนศีรษะ บ้านหมุน ร่วมกับญาติสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการปากเบี้ยวและตาขวาปิดไม่สนิทด้วย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่ได้ถูกกระแทกบริเวณหู การได้ยินปกติ ไม่เคยเป็นโรคหู ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาวง ตรวจพบว่ามีเห็บอยู่ในหูขวา พยายามเอาออกแต่ไม่สำเร็จจึงส่งตัวมา ตรวจร่างกายแรกพบ ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี มีใบหน้าซีดขาว เบี้ยว ไม่มีไข้ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/100 มม.ปรอท ตาข้างขวาปิดไม่สนิท มุมปากขวาไม่ขยับ (right lower motor neuron facial nerve palsy with grade IV of House-Brackmann grading system) ใช้กล้องส่องหูตรวจพบมีเห็บตัว 1 ตัว (ดังรูปที่ 2) เกาะที่เยื่อช่องหูชั้นนอกข้างขวาใกล้กับเยื่อแก้วหูที่แดงจัด ตรวจอย่างอื่น ปกติ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีเห็บตัวในหูขวาร่วมกับมีเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7 ข้างขวาเป็นอัมพาต ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้คีมี (alligators) คีบเห็บออก และได้รับยาปฏิชีวนะ Augmentin แบบฉีดทางน้ำเกลือ และรักษา ตามอาการ หลังจากเอาเห็บออก 2 วัน อาการปวดหู วิงเวียนศีรษะและใบหน้าซีดขาวเบี้ยวดีขึ้นแต่ยังไม่เป็นปกติ จึงจำหน่ายผู้ป่วย นัดติดตามผล อาการต่างๆ หายเป็นปกติ หลังจากเอาเห็บออก 1 สัปดาห์



รูปที่ 2 แสดงเห็บที่พบในช่องหูของผู้ป่วย

วิจารณ์

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีการศึกษาในปี พ.ศ. 2548-2549 พบผู้ป่วยมีสิ่งแปลกปลอมในหูจำนวน 40 คน โดยเป็นผู้ใหญ่ 20 คน และมักพบเป็นสิ่งแปลกปลอมที่มีชีวิตได้แก่ แมลงสาบ, มด และเห็บ อาการนำที่พบบ่อยก็คือปวดหู ผู้ป่วยทุกรายสามารถรักษาได้โดยการคีบออกผ่านทางกล้องส่องหู (therapeutic otoscope) มีเพียงผู้ป่วยรายนี้ที่พบว่ามีเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7 เป็นอัมพาตร่วมด้วย ผู้รายงานผู้ป่วยรายนี้จึงได้ค้นคว้าความสอดคล้องจากการศึกษาของ Grattan-Smith PJ⁹ เชื่อว่าในน้ำลายของเห็บวัวเพศเมียมีสารพิษที่มีผลต่อเส้นประสาท (neurotoxin) ซึ่งสามารถทำให้เกิดการอ่อนแรงได้ โดยระยะเวลาที่ทำให้เกิดการอ่อนแรงสูงสุดเป็นหลายชั่วโมงถึงเป็นวัน และอาการอ่อนแรงจะเริ่มดีขึ้นหลังจากเห็บออก 8-48 ชั่วโมง

ในผู้ป่วยรายนี้หลังจากมีเห็บเข้าหูเพียงไม่กี่ชั่วโมงก็พบมีเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7 เป็นอัมพาต ซึ่งน่าจะอธิบายจากในน้ำลายของเห็บวัวมี neurotoxin ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อแก้วหู และหูชั้นกลาง แล้วก็อาจทำให้มีการเป็นอัมพาตของเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7 ได้หาก neurotoxin เข้าไปสัมผัสโดยตรงกับเส้นประสาทที่ไม่มีกระดูกห่อหุ้มอยู่ (dehiscence of the bony canal of the tympanic segment of facial nerve) หรืออาจจะเป็นเพียงความบังเอิญที่พบร่วมกันของการมีเห็บในหูและการเป็นอัมพาตแบบเฉียบพลันของเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7 โดยไม่ทราบสาเหตุ (Bell palsy) ซึ่งมีกรณีศึกษาที่ผ่านมา เช่น จากรายงานของ Indudharan R. (ENT department of University Sains Malaysia) พบผู้ป่วยมาด้วยอาการมีแมลงเข้าหูขวาและใบหน้าซีดขาวเบี้ยวมา 3 วัน ตรวจพบว่ามีเห็บตัวในหูขวา จึงได้เอาเห็บออก และพบว่าอาการใบหน้าซีดขาวเบี้ยวหายไปภายใน 48 ชั่วโมง และจากรายงานของ Felz MW พบว่าผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 6 ปี มาด้วยอาการชาที่นิ้วมือและนิ้วเท้า แขนขาอ่อนแรง ตรวจ CT scan และ MRI brain ผลปกติ อาการอ่อนแรงเพิ่มมากขึ้นและมีหนังตาตก หลังนอนรักษา 2 วันตรวจพบว่ามีเห็บเกาะที่หนังศีรษะจึงได้เอาเห็บออก และพบอาการต่างๆ หายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง¹⁰

รายงานของ Bruno R พบผู้ป่วยเด็กอายุ 2 ปี มาด้วยแขนขาอ่อนแรง เดินเซ ตรวจ CT scan brain ผลปกติ อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ หลังนอนรักษา 2 วัน ตรวจพบว่ามึ่เห็บเกาะที่โคม่าด้านหลังใบหูข้างขวาจึงได้เอาเห็บออกและพบว่าอาการต่างๆ หายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง

จากการศึกษาของ Rose พบว่าอัตราการเสียชีวิตจาก tick paralysis มีถึง 11.7 เนื่องจากการตรวจร่างกายไม่ละเอียด หรือไม่ได้คิดถึงภาวะนี้¹¹ ในผู้ป่วยรายนี้พบว่า หลังเอาเห็บออก และให้ยาปฏิชีวนะ พบว่า อาการต่างๆ

ดีขึ้นภายใน 2 วัน หลังเอาเห็บออกและหายเป็นปกติภายใน 1 สัปดาห์ ซึ่งใช้ระยะเวลานานกว่ารายงานอื่น โดยอาจจะอธิบายจาก neurotoxin ที่ค้างอยู่ในหูชั้นกลาง ซึ่งเป็นโครงสร้างปิดทำให้ผลคงอยู่นาน หากไม่ทำการเจาะเยื่อแก้วหู (tympanotomy) ร่วมกับการที่ไม่ได้ให้ยาสเตียรอยด์ เพื่อลดอาการอักเสบซึ่งเป็นวิธีการรักษาในกรณีที่มีการเป็นอัมพาตของเส้นประสาทใบหน้าเส้นที่ 7 จากการอักเสบติดเชื้อของหูชั้นกลางและBell palsy ตามลำดับ ทั้งนี้คงต้องทำการศึกษาต่อไปว่าควรทำการรักษาอย่างไร จึงจะเหมาะสมและได้ผลดีที่สุดหากมีกรณีศึกษาเช่นนี้อีก

เอกสารอ้างอิง

1. วันดี ไช่มุกด์. สิ่งแปลกปลอมในหูชั้นนอก. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์, 2555.
2. May, M. The Facial Nerve. New York, NY. : Thieme-Stratton, 2000.
3. Cummings, Charles, ed. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. St. Louis, MO. : Mosby-Year Book, Inc., 2001.
4. Bailey, Byron J., ed. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. Philadelphia, PA. : J.B. Lippincott Co., 2002.
5. Gates, George A. Current Therapy in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. St. Louis, MO. : Mosby-Year Book, Inc., 1989.
6. นพพร ศุภพิพัฒน์, บรรณาธิการ. โรคตา หู คอ จมูก (1) : กรุงเทพฯ; 2551 (122).
7. Redaelli D Acute otitis media and facial nerve paralysis in adults Otol Neurotol 2003, vol.24, n 1, 113-117.
8. Lee, K.J., ed. Essential Otolaryngology. New York, NY: Elsevier Science Publishing Co., Inc., 2003.
9. Grattan-Smith PJ Clinical and neurophysiological features of tick paralysis. Brain 1997; 120 : 1975-1987.
10. Felz MW Brief report : A six-year-old girl with tick paralysis. N Engl J Med 2000; 342 : 90-94.
11. Rose L A review of tick. Tick paralysis in a 2 year old girls. CMAJ 1954; 70 : 175-176.

**ผลของโปรแกรมเมนูลดเสี่ยงเบาหวานร่วมกับการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ชุมชนอภิลิทธิ 2 ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม**
**The Effects of Reducing Diabetic Risk Group by Diabetic Menu with
Self-efficacy Program on Changing Food Consumption Behavior in
Pre diabetics Mellitus type 2 At Abhisit village no.2,Tambol Talad,
Muang District, Mahasarakham Province.**

พัชรี โจเฮนเซน*, บัวรุณ ศรีชัยกุล**, สุพัตรา วัฒนเสน***

Patcharee Johansen*, Buavaroon Srichaikul**, Supatra wattanasean***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเมนูลดเสี่ยงเบาหวานร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของชุมชนอภิลิทธิ 2 ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน แบ่งกลุ่มทดลองจากชุมชนอภิลิทธิ 2 จำนวน 42 คน และชุมชนศรีมหาสารคาม ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 42 คน การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร (ที่ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7219) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหาร (ค่าแอลฟา เท่ากับ 0.9134) และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ค่าแอลฟา เท่ากับ 0.7800) ซึ่งใช้แบบสอบถามก่อนการทดลองและหลังการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูล ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t - test และ Paired t - test

ผลการวิจัย : พบว่าหลังการทดลองกลุ่มชุมชนอภิลิทธิ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการบริโภคอาหาร การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลองและมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนศรีมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ภายใต้แนวคิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในทิศทางที่ดีขึ้น ด้วยกิจกรรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

สรุป : ผลของโปรแกรมเมนูลดเสี่ยงเบาหวานร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมในเรื่องการบริโภคอาหาร และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชุมชนหรือเขตพื้นที่อื่น .

คำสำคัญ : เมนูลดเสี่ยงเบาหวาน; การรับรู้สมรรถนะแห่งตน; พฤติกรรมการบริโภค; กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน.

*นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

**อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

***อาจารย์ประจำวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Abstract

The research is a quasi-experimental research and is done for studying how the reducing diabetic menu and self-efficacy program have effects on food consumption behavior change of pre diabetics mellitus type at Apisit village NO.2, Tambol Talad, Muang district, Mahasarakham province. The sample size was equally conducted from 84 people from 2 different villages those are Apisit village NO.2 and Sri-Mahasarakham village. The research instruments comprise of 3 types of questionnaire those are food consumption (validity = 0.7219), self-efficacy of food consumption ($\alpha = 0.9134$) and food consumption behavior ($\alpha = 0.7800$). The data was gathered from pre-test and post-test then was analyzed and interpret to percentage, average, standard deviation, Independent T-test and Paired T-test.

The findings indicated that food consumption knowledge, self-efficacy and food consumption behavior of Apisit village NO.2 are far more increasing significantly when compared with Sri-Mahasarakham's (p-value < 0.05). The concept of this research is consumption behavior improvement by developing activities to match the way of life in the area.

The research suggested that the effects of reducing diabetic menu and self-efficacy program can be applied with food consumption behavior and will be useful for other group of pre diabetic in different area.

Keywords : Reducing diabetic menu; Self-efficacy; Consumption behavior; Pre diabetics.

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อจากองค์การอนามัยโลกและสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติพบว่า จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานทั่วโลก 3.2 ล้านคนต่อปี ประมาณ 8,700 คน จะเสียชีวิตทุกวัน หรือเสียชีวิต 6 คนต่อนาที องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้โรคเบาหวานเป็นโรค ที่มีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นในทุกประเทศ ในจำนวนโรคไม่ติดต่อต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทั่วโลกให้ความสนใจ ต้องใช้เวลารักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน¹ ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2553 มีจำนวน 366 ล้านราย หรือร้อยละ 6.4 และเพิ่มขึ้นเป็น 552 ล้าน ในปี 2573 หรือร้อยละ 7.8 และหากไม่มีการดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วนจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 คน ในทุก 10 นาทีหรือประมาณ 10 ล้านคนต่อปี ในขณะที่ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลก คือร้อยละ 6.4 โดยในปี 2573 จะเพิ่มถึงร้อยละ 90² สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ยังมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี 2543 พบผู้ป่วยเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 1.54 ล้านรายและคาดว่าในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.74 ล้านราย ข้อมูลจากสำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรคในปี 2549-2553 พบอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานสะสมเท่ากับ 1,394.91 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2553 มีผู้ป่วยรายใหม่คิดเป็นอัตราป่วย 277.36 ต่อประชากรแสนคนและโรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย 1 ใน 10 สาเหตุการตายจากรายงานอัตราตายด้วยโรคเบาหวานทั่วประเทศ ปี 2550 - 2553 เท่ากับ 12.2, 12.22, 11.06 และ 10.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ³ สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานของจังหวัดมหาสารคาม มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากรายงานเอกสารประจำปี 2550 ในปี 2544 - 2549 อัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.95, 9.10, 7.41, 8.12, 9.32 และ 10.21 ตามลำดับ และสถานการณ์โรคเบาหวานของอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2550 - 2554 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2,407, 2,125, 2,205, 2,358 และ 2,513 ต่อประชากรแสนคน⁴ และผลการดำเนินงานภายใต้โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัย

ในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ ปี 2553 - 2555 ของอำเภอเมืองมหาสารคาม พบว่าประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.5, 85.5 และ 82 หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม 21 แห่ง พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานร้อยละ 10.1 กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.61 ผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 2.7, 3.7 และ 4.3 จะเห็นได้ว่าประชาชนในอำเภอเมืองมหาสารคาม มีประชากรที่ต้องเผชิญและเสี่ยงกับโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง รวมถึงเกิดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งๆ ที่เป็นโรคที่สามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ หากได้รับการดูแลด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน

สถานการณ์โรคเบาหวานเขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบรูพา เทศบาลเมืองมหาสารคาม ปี 2555 มีจำนวน 317 ราย ผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวาน เฉลี่ยวันละ 40 ราย และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเฉลี่ยต่อเดือน 312 ราย ชุมชนอภิสิทธิ์ 2 เป็นชุมชนหนึ่งในเขตพื้นที่บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนบรูพามีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวานจำนวน 33 ราย ร้อยละ 2.89 ยอดผู้ป่วย ปี 25553 จากผลการคัดกรองประชาชนที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป จำนวน 695 ราย คัดกรองได้ 598 คิดเป็นร้อยละ 86.04 พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 47 ราย จากข้อมูลดังกล่าวพบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงอุบัติการณ์โรคเบาหวานร้อยละ 7.85 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 5 งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สำคัญและมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว เช่น การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน⁵ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้นจากการศึกษาข้อมูลผลการศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยสร้างโปรแกรมเมนูลดเสี่ยงเบาหวานร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่

เหมาะสมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตที่รับผิดชอบสามารถดูแลตนเอง และจัดการกับสถานการณ์ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อควบคุมอาการของโรค มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น เพื่อช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานสามารถควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ในชุมชน อภิสสิทธิ์ 2 ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเมนูลดเสี่ยงเบาหวานร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชุมชนอภิสสิทธิ์ 2 ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้โปรแกรมเมนูลดเสี่ยงเบาหวานร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย ด้านความรู้ในการบริโภคอาหาร การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหารและพฤติกรรมในการบริโภคอาหารในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ของเขตชุมชนจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยวัดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง (Experimental Group) โดยรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (Pretest - Post test one Group Design) กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับการทดสอบทางด้านความรู้ เรื่องการบริโภคอาหาร ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหาร พฤติกรรมในการบริโภคอาหาร ซึ่งการทดสอบนี้จะดำเนินการ 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง 1 ครั้ง และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 ครั้ง ในระหว่างการดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับโปรแกรมห้ดังกล่าว โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (DTX = 100-125 มก/ดล.แต่ยังไม่ได้รับ การวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน โดยแพทย์) ที่อยู่ในเขต

รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนนุรพา จำนวน 8 ชุมชนที่อยู่ในตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามได้แก่ ชุมชนอภิสสิทธิ์ 1 อภิสสิทธิ์ 2 นาควิชัย 1 นาควิชัย 2 นาควิชัย 3 เครือวัลย์ 1 เครือวัลย์ 2 และศรีมหาสารคาม จำนวน 304 คน

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ชุมชนอภิสสิทธิ์ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ชุมชนศรีมหาสารคาม เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 42 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เช่นบุคลาการสามารถ อ่านออก เขียนได้ มีความเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการจัดโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามกลุ่มเป้าหมาย โดยผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น⁶ โครงสร้างของเนื้อหาสร้างขึ้นตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน⁸ การประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 23 ข้อ เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 25 ข้อคุณภาพเครื่องมือหลังจากผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามครอบคลุมตัวแปร และวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา นำแบบสอบถามกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่ชุมชนนาควิชัย 1 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจากโปรแกรมสำเร็จรูปโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเที่ยง (Reliability) แบบวัดความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7219 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหารได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.9134 และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.7800 การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดย

ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ในการบริโภคอาหาร แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมด้านบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แล้วนัดหมายวันเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในช่วงสัปดาห์ที่ 10 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว

ผลการศึกษา

พบว่าหลังการทดลองกลุ่มชุมชนอภิสิทธิ์ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลอง และมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนศรีมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ภายใต้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในทิศทางที่ดีขึ้น ด้วยกิจกรรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ใช้เปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง			
	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร				
กลุ่มทดลอง	12.38	2.677	0.856	0.395
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.90	2.418		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหาร				
กลุ่มทดลอง	51.60	1.609	-0.883	0.380
กลุ่มเปรียบเทียบ	51.90	1.605		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
กลุ่มทดลอง	51.10	3.799	-1.503	0.137
กลุ่มเปรียบเทียบ	52.38	4.036		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ (n=42)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านการเลือกชนิดอาหาร	17.67	2.944	17.31	2.236	-0.886	0.381
2. ด้านการเลือกประเภทอาหาร	12.71	0.835	12.95	1.011	1.184	0.243
3. ด้านการปรุงอาหาร	9.19	0.833	9.21	1.094	0.123	0.903
ผลรวมคะแนนพฤติกรรม	52.38	4.036	51.57	3.021	-1.349	0.185

จากการเปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรม การบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลของการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังดื่มน้ำและอาหาร 10-12

ชั่วโมงลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองคิดเป็นร้อยละ 52.40 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังดื่มน้ำและอาหาร 10-12 ชั่วโมงไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือด หลังดื่มน้ำและอาหาร 10-12 ชั่วโมง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานก่อนและหลัง การทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. กลุ่มปกติ (DTX<100 mg%)	0	0	22	52.40	0	0	0	0
2. กลุ่มเสี่ยง (DTX 100-125 mg%)	42	100	20	47.60	42	100	42	100
max, min	125,105		108,83		125,100		125,101	

อภิปรายผล

หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังดื่มน้ำและอาหาร 10-12 ชั่วโมงลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองคิดเป็นร้อยละ 52.40 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังดื่มน้ำและอาหาร 10-12 ชั่วโมงไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง สรุปคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่จำนวน 84 ราย เป็นกลุ่มทดลองที่ได้ รับโปรแกรมดูแลสุขภาพเบาหวานร่วมกับการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 42 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว 42 ราย ผลการวิจัยอภิปราย ตามสมมติฐานการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมบริโภคอาหารในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีคะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหารภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้สนับสนุนด้าน การศึกษา ขอขอบคุณเทศบาลเมืองมหาสารคามที่ได้สนับสนุนงบประมาณทุนการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณอาจารย์ ญญ.ดร.บัววรรณ ศรีชัยกุล, อาจารย์ ดร.สุพัทธรา วัฒนเสน ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ และขอขอบคุณ Mr.Borge Ivar Johansen from Norway; Nurse (medical officer) norwegian navy, head of health institution, health care consultant ที่สนับสนุนด้านทุนการศึกษาและช่วยเหลือค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศจนการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ประสบผลสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญเรือน ทิพย์พูล. **ผลของโปรแกรมประยุกต์การจัดการและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
2. สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ. **สถิติโรคเบาหวาน ปี 2550.** [ออนไลน์]. ได้จาก : <http://www.meedee.net/magazine/med/special-report/394.htm>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2553.)
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.** กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
4. สถิติแห่งชาติ. **สถิติโรคเบาหวาน ปี 2550.** [ออนไลน์]. ได้จาก : <http://www.meedee.net/magazine/med/special-report/394.htm>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2555).
5. ชลธิชา เรือนคำ. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
6. พรนภา ไชยอาสา. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
7. Bandura, A. **Self-efficacy : The Exercise of Control.** New York : W. H. Freeman and Company; 1997.



**แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ
จากการฉีดยาชาเฉพาะที่เข้าทางช่องน้ำไขสันหลัง
เพื่อผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์**
**Clinical Practice Guideline for Prevention of
Hypotension from Spinal Anesthesia in Cesarean Section
at Nakornping Hospital.**

เพชรสร ไชยมนั*, พงศ์พัฒน์ สัตโยภาส**
Petchsorn Chaimanee*, Phongpat Sattayopas**

บทคัดย่อ

การฉีดยาชาเฉพาะที่เข้าน้ำไขสันหลัง (spinal anesthesia) เป็นที่นิยมใช้ทั่วไปในการผ่าตัดคลอดอย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตต่ำซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ดังนั้นการป้องกันและรักษาที่รวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากการฉีดยาชาเฉพาะที่ทางช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด กระบวนการพัฒนาได้ประยุกต์ตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของสถาบันเพื่อความเป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติ และศึกษาอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตต่ำ

วิธีการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) โดยศึกษาในผู้ป่วย 150 ราย ที่มารับการฉีดยาเฉพาะที่เข้าช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด ระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึงกันยายน 2556

ผลการศึกษา : พบว่าแนวทางการปฏิบัติ มีทั้งหมด 23 องค์ประกอบ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ 1) ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (pre-operative phase) 2) ระยะให้ยาระงับความรู้สึก (peri-operative phase) 3) ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก (post-operative phase) และจากศึกษาอุบัติการณ์ในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติและหลังใช้แนวปฏิบัติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

สรุป : ผลที่ได้จากการศึกษาโดยมีคู่มือแนวทางการปฏิบัติใช้ในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากการฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด และขอเสนอ ควรมีการทบทวน ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดอุบัติการณ์

คำสำคัญ : ภาวะความดันโลหิตต่ำ, การฉีดยาชาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลัง, การผ่าตัดคลอด.

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

**นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

Abstract

Background : Spinal anesthesia is popular anesthetic technique for cesarean section. However, the most serious complication is hypotension which can cause cardiac arrest. Early detection and treatment should be performed for patient's safety.

Objective : The purpose of this study is to develop the clinical practice guideline for hypotension management from spinal anesthesia in cesarean section. Methods: The process for developing the guideline utilized the framework from the National Institute for Clinical Excellence (NICE) and find out hypotension in 150 elective cesarean section patients undergoing spinal anesthesia from October 2012 to September 2013.

Results : This guideline consisted of 23 components in 3 phases of operation

1. Pre-operative phase
2. Peri-operative phase

3. Post-operative phase. However, the incidence of hypotension was not significantly different between both groups, probably because of multifactors related to patients and health care providers .

Conclusion : The CPGs should be used to prevent and manage hypotension in Nakornping hospital and also should be continuously revised so that it will be able to be effective for decreasing the incidence.

Keywords : hypotension, spinal anesthesia, cesarean section.

บทนำ

การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ทางช่องน้ำไขสันหลัง (spinal anesthesia) เป็นที่นิยมกันโดยทั่วไปสำหรับการผ่าตัดคลอด เพื่อลดความเสี่ยงสำคัญของการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวคือการใส่ท่อหายใจเพิ่มความเสี่ยงสำลักน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารเข้าปอด รวมถึงผลต่อทารกจากการผ่านรก ของยาระงับความรู้สึกจากมารดา แต่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และพบได้บ่อยจากการระงับความรู้สึกด้วยวิธี spinal anesthesia คือ ภาวะความดันเลือดต่ำจากการระงับความรู้สึกที่ฉีดเข้าไปในช่องน้ำไขสันหลังไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดขยายตัวลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายจึงเกิดการคั่งของเลือดทำให้การไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดสูบฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ¹ ภาวะความดันเลือดต่ำจาก Sympathetic block พบได้ร้อยละ 42-55² อาจส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อาจรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อน หัวใจเต้นช้า หรือหยุดเต้น และมีผลต่อทารก Apgar Score ลดลง เกิดภาวะความเป็นกรดในเลือดทารกอันตรายถึงชีวิตทารกได้³ วิธีการป้องกันและรักษาภาวะความดันโลหิตต่ำ ได้แก่ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ทันและถูกเวลา^{4,5,6,7} และการให้ยาตีบหลอดเลือดเพื่อเพิ่มความดันเลือด เช่น ยา Ephedrine ขนาด 6-30 มิลลิกรัม สำหรับป้องกันและรักษาความดันโลหิตต่ำ⁸ ภาวะความดันโลหิตต่ำ หมายถึง ภาวะที่ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลงจากเดิมร้อยละ 20 ของค่าความดันโลหิต ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าทางช่องไขสันหลัง⁹

อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาฉีดยาเฉพาะที่ทางช่องน้ำไขสันหลัง เพื่อผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2552 จำนวนทั้งหมด 431 ราย เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ 107 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.82 ปีงบประมาณ 2553 จำนวนทั้งหมด 490 ราย เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.67 และในปีงบประมาณ 2554 จำนวนทั้งหมด 472 ราย เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ 107 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.67 ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice guidelines [CPGs]) ด้านการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ได้รับฉีดยาเฉพาะที่เข้าช่องน้ำไขสันหลัง เพื่อ

ผ่าตัดคลอด ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางที่ส่งเสริมให้ทีมวิสัญญีมีแนวปฏิบัติในทางเดียวกัน อันนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตต่ำ

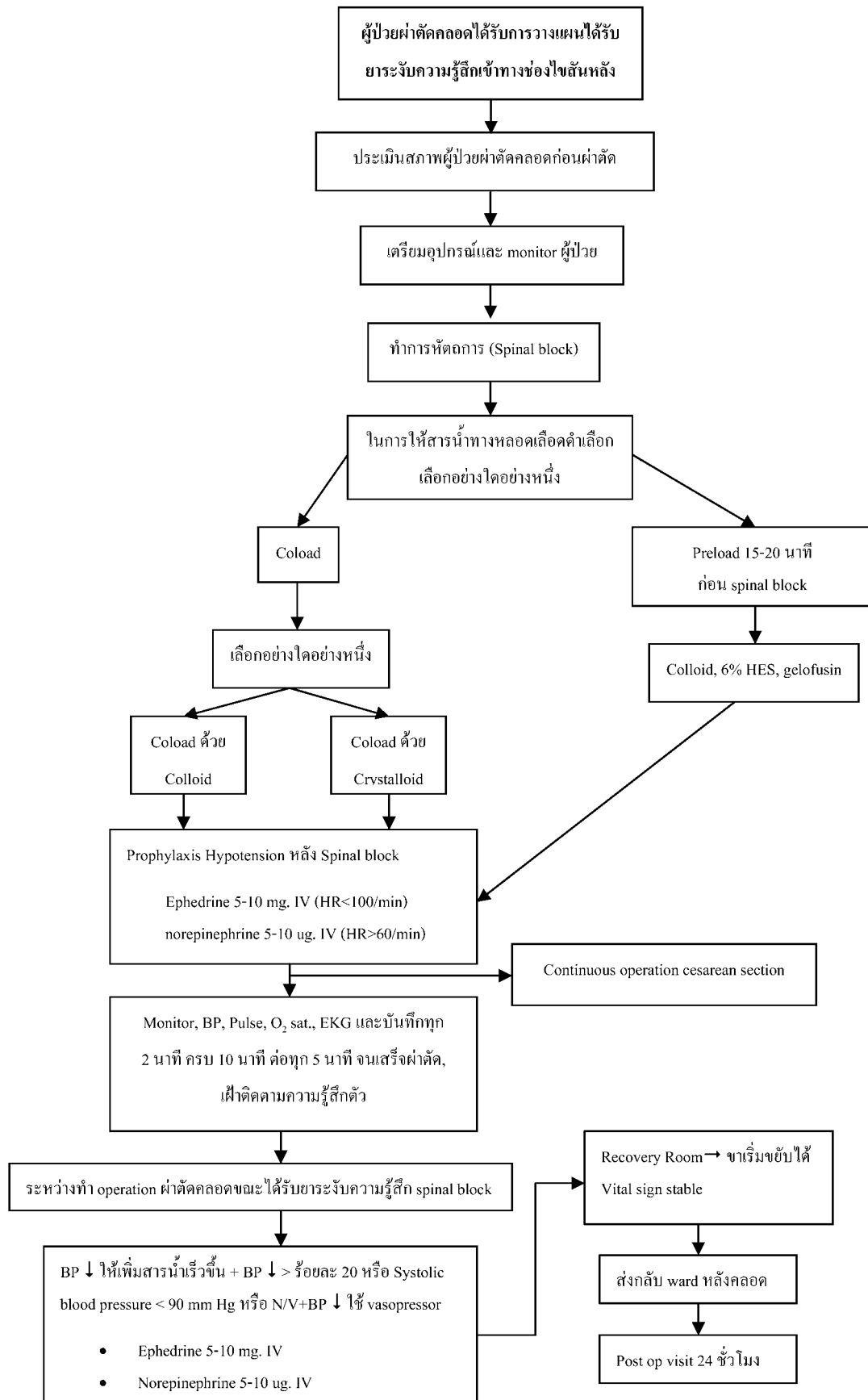
วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกของบุคลากร ด้านวิสัญญีในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ จากการฉีดยาชาเฉพาะที่ทางช่องน้ำไขสันหลัง เพื่อผ่าตัดคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ จากการฉีดยาชาเฉพาะที่ทางช่องน้ำไขสันหลัง เพื่อผ่าตัดคลอด ระหว่างเดือนตุลาคม 2555 - กันยายน 2556 โดยกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นหญิงตั้งครรภ์ปกติรับการผ่าตัดคลอด ได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่ทางช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด จำนวน 150 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ทีมวิสัญญีแพทย์ 7 คน และทีมวิสัญญีพยาบาล 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิต ก่อนและหลังทำ spi nalanesthesia มีการพัฒนาเนื้อหาแนวปฏิบัติสำหรับทีมวิสัญญี ในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ จากการฉีดยาชาเฉพาะที่ทางช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอดครั้งนี้ได้ประยุกต์ตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบันเพื่อความเป็นเลิศทางคลินิก (NICE)¹⁰ โดยการพัฒนา, กำหนดคณะพัฒนา, วัตถุประสงค์, ดำเนินการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่กำหนดไปใช้ ทบทวนชี้แจงในทีมผู้ปฏิบัติก่อน และประเมินผลของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และปรับปรุงแก้ไขทั้งในส่วนของผู้ป่วยและบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปข้อมูลทั่วไป และข้อมูลระหว่างผ่าตัด โดยการหาค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) หรือแจกแจงความถี่ ใช้ T-test for independent samples เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ใช้สถิติ Chi-square test ซึ่งพิจารณาค่านัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.05 สำคัญของแนวปฏิบัติ

แผนภูมิแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากการฉีดยาชาเฉพาะที่เข้าทางช่องไขสันหลัง (spinal block) เพื่อผ่าตัดคลอด



ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่เข้าทางช่องไขสันหลัง จำนวน 150 คน กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ 75 คน

กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ 75 คน อายุเฉลี่ย 25.1 ปี 30.8 ปี ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.836) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

Table 1 Demographic data

	Before* N=75	After** N=75	p-value
Age (years)	25.1 (5.1)	30.8 (5.6)	0.836
Weight (kg)	71.4 (5.3)	67.1 (11.3)	0.004*
Height (cm)	154 (5.6)	154 (6.8)	0.750
Baseline SBP (mmHg)	116.9 (6.3)	137.8 (20.8)	<0.001*
ASA physical Status I/II	61/14	63/12	-

Data were expressed us mean (SD) or number

ข้อมูลระยะผ่าตัด ขนาดการใช้ยา 0.5% bupivacaine heavy 2.0 มล. ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p-value 0.540) Anesthetic level กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ดังตารางที่ 2

Table 2 Intra operative data

	Before* N=75	After** N=75	p-value
Dose of 0.5% Marcaine heavy(mL)	2.0 (0.0)	2.0 (0.1)	0.540
Anesthetic level			
Thoracic 4	68	66	-
Thoracic 6	7	9	-
Intraoperative Fluid (mL)	1766 (146)	1286 (299)	<0.001*
Intraoperative blood (mL)	454 (43.4)	366 (81.9)	<0.001*
Operative time (minute)	51.6 (8.4)	47.0 (16.2)	0.030*

Data were expressed us mean (SD) or number

เปรียบเทียบอุบัติการณ์เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ 14 ราย

Table 3 Comparison of Hypotension in caesarean section

	Before* Number (%) N=75	After** Number (%) N=75	p-value
Hypotension	14 (18.7%)	7(9.3%)	0.100

* Before = before applying the CPGs

** After = after applying the CPGs

วิจารณ์

การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ภายหลัง spinal anesthesia เพื่อการผ่าตัดคลอด โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เกิดร้อยละ 18.7 และในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เกิดร้อยละ 9.3 ลดลง แต่ไม่มีความแตกต่าง นัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.100) ตารางที่ 3 ซึ่งอธิบายประเด็นจาก กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ ทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีความแตกต่าง ในด้านน้ำหนัก กลุ่มก่อนใช้น้ำหนักเฉลี่ย 71.4 กก. กลุ่มหลังใช้น้ำหนักเฉลี่ย 67.1 กก. มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.004) และยังมีความแตกต่างในด้านความดันโลหิต Base line SBP กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ความดันโลหิต Base line SBP เฉลี่ย 116.9 มม.ปรอท กับหลังใช้แนวปฏิบัติ ความดันโลหิต Base line SBP เฉลี่ย 137.8 มม.ปรอท (p-value <0.001) เป็นการศึกษาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญี มีการทบทวนความรู้เชิงประจักษ์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดประเด็น ปัญหาหัวข้อของการพัฒนาแนวปฏิบัติ เนื้อหา กำหนดผลลัพธ์ชัดเจน เป็นการศึกษาครั้งแรก ผลเปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตต่ำในงานวิจัยครั้งนี้ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายอีกได้ว่า บุคลากรในทีมยังขาดความเข้าใจในรายละเอียด ควรมีการกระตุ้นบุคลากร รู้สึกความเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ ทำให้เกิดความตระหนักมีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือในการพัฒนา นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และเห็นประเด็นปัญหา ทางคลินิกที่กลุ่มงานวิสัญญี มุ่งเห็นผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย เมื่อพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกมีคุณค่าและมีผลดีต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดแรงจูงใจ ควรทบทวนทำความเข้าใจและประเมินทำความเข้าใจแนว

ปฏิบัติทางคลินิกเป็นระยะ เพื่อการใช้แนวปฏิบัติเกิดผลลัพธ์ช่วยลดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการฉีดยาชาเฉพาะที่ทางช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด ในการศึกษานี้ถึงแม้ว่าพบอุบัติการณ์ความดันโลหิตต่ำไม่มีความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติของทั้งสองกลุ่ม แต่มีแนวโน้มที่แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่สร้างขึ้นช่วยลดอุบัติการณ์ ทั้ง 3 วิธี จากการศึกษาพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติมีการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดลดลงมีความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องดังกล่าว โดยการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น ควรจะมีการควบคุม น้ำหนัก และความดันโลหิต Base line SBP ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพราะข้อมูลพื้นฐานในเรื่องน้ำหนักและความดันโลหิต Base line SBP ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ Hypotension งานวิจัยนี้ ไม่เห็นผลลัพธ์ชัดเจน

สรุป

การให้ความสำคัญต่อความต้องการของผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการนำไปพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ในทุกสาขารวมทั้งการให้บริการทางด้านวิสัญญี ผลการศึกษานี้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากการฉีดยาชาเฉพาะที่เข้าทางช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด เพื่อใช้แนวปฏิบัติไปในแนวเดียวกัน แม้ว่าผลการสำรวจอุบัติการณ์ของกลุ่มก่อนใช้และหลังใช้แนวปฏิบัติ จะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามควรมีการปรับปรุงและทบทวนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการใช้แนวปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณที่มวิสัญญีโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และ คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทุกท่านที่ร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติให้สำเร็จและมีแนวปฏิบัติที่ใช้ในแนวทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สมชาย อมรโยธิน. **การให้ยาระดับความรู้สึกแบบ Regional anesthesia**. ใน อังกฤษ ปราการรัตน์ และ วรการ สุวรรณจินดา, บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญี. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร; 2548; 182-194.
2. Shen CL, Ho YY, Hung YC, Chen PL. **Arrhythmias during spinal anesthesia for cesarean section**. Can J Anesth. [Internet]. 2000 [cited 2011 March 10]; 47(5) : 393-7. URL : <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03018964>.
3. Corke Bc, Datta S, Ostheimer Gw, et al. **Spinal anesthesia for Ceasarean Section : the Influence of hypotension on neonatal outcome**. Anesthesia. [Internet]. 1982 [cited 2011 June 26]; 37 : 658-62. URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7091625>.
4. Bouchnak M, Magouri M, Abassis S, khemir ik, et al. **Preloading with HES 130/0.4 versus normal saline solution to prevent hypotension during Spinal Anesthesia for elective caesarean section**. Ann fr Anesth Reanim. [Internet]. 2012 [cited 2011 January 6]; 31(6) : 523-7. URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22464164>.
5. Nage Kee WD, Khaw KS, Ng FF. **Prevention of Hypotension during Spinal Anesthesia for Cesarean delivery : an effective technique using combination phenylephrine infusion and crystalloid cohydration**. Anesthesiology. [Internet]. 2005 [cited 2011 June 5]; 103 (4) : 744-50. URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16192766>.
6. Herdan A, Roth R, Grass D, Klimek M, et al. **Improvement of quality of reporting in randomized controlled prevent hypotension after Spinal anesthesia for Ceasarean Section**. Gynecol Surg. [Internet]. 2010 [cited 2011 February 7]; 8(2) : 121 - 127. URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083505/>
7. Mercier FJ. **Cesarean delivery fluid management**. Curr Opin Anesthesiol. [Internet]. 2012 [cited 2011 June 8]; 25(3) : 286-91. URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22459983>.
8. Lee A, Ngan Kee WD, Gin T. **A dose-response meta-analysis of prophylactic intravenous ephedrine for the prevention of hypotension during spinal anesthesia for elective cesarean delivery**. Anesth Analg. [Internet]. 2004 [cited 2011 January 4]; 98(2) : 483-90. URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14742392>.
9. Association of women's Health Obstetric and Neonatal Nurse. **Nursing Regional analgesia/anesthesia inlabour**. [Internet] 2006 [cited 2011 January 10]. URL : <http://www.guide Line.gov>
10. National Institute for Clinic Excellence. **Guideline development methods**. [Internet]. 2005 [cited 2011 December 10]. URL : <http://www.nice.org.uk>

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

โรงพยาบาลลำโรงทับ อำเภอลำโรงทับ จังหวัดสุรินทร์

Factors associated with drug use behavior of patients with diabetes
who can not control blood sugar levels in

Samrong thap Hospital, Samrong thap District, Surin Province

รัตนชัย รัตนโคตร*

Rattanachai Rattanakhot*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเชิงวิเคราะห์ โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional Study) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 106 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ หากคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน Kuder - Richardson (KR-20) และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha) การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และค่าสัมประสิทธิ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank)

ผลการศึกษา : พฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 82.10 และมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 17.90 พฤติกรรมการใช้ยา อยู่ในระดับดี 3 ประเด็น คือ อ่านฉลากยา และวิธีการใช้ยาโดยละเอียด ก่อนใช้ยา ถ้าลิ้มรับประทานยาเบาหวานจะรับประทานยาทันทีที่นึกได้ และรับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่กำหนด อย่างเคร่งครัด พฤติกรรมการใช้ยา อยู่ในระดับพอใช้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ 1) ผู้ใกล้ชิดที่ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา 2) สิทธิด้านการรักษาพยาบาล และ 3) การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ได้แก่ การรับประทานยาเบาหวาน แล้วทำให้เกิดอาการข้างเคียง และการรับประทานยาทุกวันและทำให้รู้สึกเบื่อ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุป : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ ผู้ใกล้ชิดที่ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา สิทธิด้านการรักษาพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้ยา, โรคเบาหวาน.

*กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลลำโรงทับ จังหวัดสุรินทร์

Abstract

Objective : To determine the factors associated with drug use behavior of patients with diabetes who can not control blood sugar levels.

Methods : A descriptive study of semi-analysis. The cross-sectional study at a particular time (Cross sectional Study) sample is patients with type 2 diabetes or non-insulin dependent diabetic patients, 106 of the collected data by interview. Over the validity of the content. Of 3 experts, and find the quality of the interview. By means of a pair Derrick Richardson Kuder-Richardson (KR-20) and the coefficients for the confidence of Cronbach (Cronbach's alpha) for statistical analysis using chi square (Chi-square test) and the coefficient of Spearman (Spearman Rank).

Results : The behavior of the drug. Examples of groups as a whole. Fair is 82.10 percent and behavior, drug use levels should be improved by 17.90 percent drug use behavior. At a high level, there are 3 issues : 1) Read the label carefully before use and how to use 2) If you are taking diabetes medication as soon as remembered, and 3) the amount and time given medication. strictly Behavior, drug use Some are available in four issues : 1) On an appointed day. For diabetes drugs is still Will not go to the doctor 2) Remove the remaining diabetic drugs with it. When to see a doctor Notice that there are four drug stability characteristics changed or not. Before each dose, and 4) had been borrowed from other diabetes medicines taken orally. Behavior and drug use Levels should improve existing three issues : 1) increase the dose of diabetes itself. When I diabetes, 2) been borrowed from other diabetes medicines taken orally 3) When you feel that pain. To reduce the dose of diabetes itself, and 3) the trial herbal medicines / supplements. Instead of using the diabetes drug I have suggested that the treatment of diabetes. On the factors associated with drug use behavior of patients with diabetes who can not control blood sugar levels. Found relevant factors including : 1) proximity to care about eating 2) Right to medical care, and 3) perceived barriers to medication adherence include diabetes. Causing adverse And medication every day and make you feel bored. Correlated with drug use behavior of the sample. Statistically significant (p-value <0.05)

Conclusion : Factors associated with drug use behavior of patients with diabetes who can not control blood sugar levels are closer to care about the medication. Right to health care And perceived barriers to medication.

Keywords : behavior, drug use, diabetes.

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและเฉียบพลัน จนอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานได้ ปัจจุบันเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือประมาณวันละ 19 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา² (พ.ศ. 2542 - 2552) พบคนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.02 เท่า เฉพาะ ปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน 558,156 ครั้ง หรือประมาณวันละ 1,529 ครั้ง หรือคิดเป็นผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน ชั่วโมงละ 64 ครั้ง และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539 - 2540 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2546 - 2547 พบความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.9 สำหรับครั้งล่าสุด (ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552) พบอัตราความชุกโรคเบาหวานเท่าเดิม คือ ร้อยละ 6.9 โดยคาดว่าคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไปประมาณ 3.46 ล้านคน กำลังเผชิญกับโรคเบาหวาน³ เมื่อแยกการกระจายความชุกออกเป็นรายภาค ตามลำดับดังนี้ กรุงเทพฯ, ภาคกลาง, ตะวันออกเฉียงเหนือ, ภาคเหนือ และภาคใต้ (คิดเป็นร้อยละ 9.2, 7.6, 7.0, 5.7 และ 5.0)

จังหวัดสุรินทร์ เป็นจังหวัดที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานเช่นกัน โดยพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2552 อัตราป่วย 545.30 ต่อแสนประชากร, พ.ศ. 2553 อัตราป่วย 1,110.40 ต่อแสนประชากร, พ.ศ. 2554 อัตราป่วย 1,117.28 ต่อแสนประชากร, พ.ศ. 2555 อัตราป่วย 1,250.05 ต่อแสนประชากร⁴ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2553 อัตราป่วย 468.47 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2554 อัตราป่วย 471.53 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2555 อัตราป่วย 474.24 ต่อแสนประชากร

โรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานเป็นกลุ่มที่มารับบริการสูงเป็น อันดับ 2 ของ

แผนกผู้ป่วยนอก ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ทางโรงพยาบาลเห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงได้มีการจัดบริการให้ความรู้โดยการบรรยายเป็นรายกลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพ มีการกำหนดหัวข้อการสอนเป็นตารางเวลาแน่นอน ในแต่ละครั้ง สอนครั้งละ 1 หัวข้อ การให้ความรู้ใช้ลานแผนกผู้ป่วยนอก ในระหว่างที่รอรับการตรวจ การออกกำลังกาย มีนักรกายภาพบำบัดเป็นผู้สอนและสาธิตท่าการบริหารร่างกาย แล้วให้ผู้ที่เป็นเบาหวานฝึกปฏิบัติตามขึ้นกับความสนใจของแต่ละคน ในรายที่ระดับน้ำตาลสูงตั้งแต่ 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นต้นไป จะมีการส่งให้คำปรึกษาแต่อย่างไรก็ตามจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2556 ในผู้ที่เป็นเบาหวาน จำนวน 437 ราย พบว่า ยังมีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีระดับน้ำตาลตั้งแต่ 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป จำนวน 395 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.09 และในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ดังกล่าว มีภาวะแทรกซ้อนสูงถึง 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.97 ซึ่งในปี พ.ศ. 2556 นี้ พบว่าพื้นที่ที่มีสถานการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สูงสุดคือพื้นที่ตำบลหนองไผ่ล้อม โดยพื้นที่ดังกล่าวกล่าวอยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลสำโรงทาบ ซึ่งพบจำนวน 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.27 จากจำนวนผู้ป่วยที่อยู่พื้นที่ตำบลหนองไผ่ล้อม จำนวน 147 ราย

จากปัญหาและสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเรื่องของการใช้ยา จึงได้มีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคที่มีระดับน้ำตาล ตั้งแต่ 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเชิงวิเคราะห์ โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 106 ราย โดยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลที่ผ่านมาวิเคราะห์หาสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีการให้ความรู้เพิ่มเติม ในส่วนที่ขาดเกี่ยวกับเบาหวานและการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล แล้วตั้งเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล

ตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในช่วงสั้น ๆ และเสริมสร้างพลังโดยให้ผู้ที่เบาหวานเป็นผู้คิด ตัดสินใจ แล้วลงมือกระทำในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล โดยในการติดตามผู้ที่เป็นเบาหวานใน 2 สัปดาห์แรก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ผลการศึกษา

พบว่าการรับประทานยาไม่ตรงเวลาหรือลืม แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็นเบาหวานอาจขาดความรู้ที่เฉพาะเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและการรับประทานยาตามระดับน้ำตาลที่ถูกต้อง ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้อาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

ด้านข้อมูลทั่วไปในกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีสถานภาพการสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวประมาณ 5,001-10,000 บาท คนในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 24.50 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 31.10 ส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 93.40 การรับประทานยาจะรับประทานยาเอง ร้อยละ 71.10 มีภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา ร้อยละ 11.32 และภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ร้อยละ 1.90 จากค่าของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (ค่า FPG) ส่วนใหญ่ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (ค่า FPG) น้อยกว่า 80 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมากกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 75.50 ด้านดัชนีมวลกาย (BMI) มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 กก./ม² ร้อยละ 51.90 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะใช้บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 92.50

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.87$, $SD = 0.52$) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ความสะดวกของยานพาหนะในการเดินทางมารวมค่ารักษาพยาบาลเป็นอุปสรรคในการมาโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน และด้านความพึงพอใจ

จากการบริการที่ได้รับจากแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และทีมสุขภาพ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.40 ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยามากที่สุดคือ รู้ว่าหากลืมรับประทานยา เบาหวานให้รับประทานทันทีที่นึกได้ ร้อยละ 98.10 และความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาน้อยที่สุดคือ หากมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยๆ ได้แก่ อ่อนเพลีย หิว ใจสั่น ต้องรีบไปปรึกษาแพทย์ ร้อยละ 55.70

ด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.80 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 3.80 และเมื่อศึกษาระดับทัศนคติต่อโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อคำถาม กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อโรคเบาหวาน ทัศนคติในการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ทัศนคติต่อการให้ความรู้ของพยาบาล และทีมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยามากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างคือ รับประทานยามากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 24.50 รองลงมา คือ บุตรหลานไม่สะดวกในการพามาโรงพยาบาล รับประทานยาเบาหวานมากกว่า 1 มื้อ ร้อยละ 22.60, 21.70 และ 20.80 ตามลำดับ และสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาน้อยที่สุดคือ การรับประทานยาเบาหวานแล้ว ทำให้เกิดอาการข้างเคียง การรับประทานยาทุกวันทำให้เบื่อ ร้อยละ 18.90 ส่วนสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่ง คือ รู้สึกสบายดี คิดว่าไม่จำเป็นต้องรับประทานยา ร้อยละ 66 ลืมรับประทานยา ร้อยละ 23.60 ยากจน ร้อยละ 5.70 และหยุดยาเพื่อไปลองรักษาวิธีอื่น ร้อยละ 4.70 และสาเหตุหลักที่ยาขาดหรือยาไม่เพียงพอของกลุ่มตัวอย่างคือ ขาดคนพาไปรับยา ร้อยละ 79.20 รองลงมา คือ ใช้ยา มากกว่าฉลากระบุ และแบ่งยาให้ผู้อื่น เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน ร้อยละ 6.60 และสาเหตุหลักที่ยาขาด หรือยาไม่เพียงพอ จ่ายยาไม่ครบ และได้รับยาไม่ครบตามวันนัด ร้อยละ 3.80

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาได้รับข่าวสารจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา มี

บุคคลที่ให้ข้อมูล เพื่อนบ้าน เพื่อนผู้ป่วย ญาติ เป็นต้น อยู่ในระดับปานกลาง และการได้รับการสนับสนุน ด้านการให้กำลังใจ เอาใจใส่ กระตุ้นเตือน บุคคลใกล้ชิด เข้าใจถึงจิตใจดี และให้กำลังใจเสมอ บุตรหลานให้ความสำคัญและเคารพนับถือ หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน คอยให้กำลังใจ และเข้าใจเมื่อทราบถึงการเจ็บป่วย และแพทย์เภสัชกร พยาบาลหรือทีมสุขภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และ อสม. กระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดทุกประเด้น ได้รับแรงสนับสนุนในระดับมากที่สุด

ด้านพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมในระดับพอใช้ ร้อยละ 82.10 และมีพฤติกรรมการใช้ยาระดับ ควรปรับปรุงร้อยละ 17.90 พฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมการใช้ยา อยู่ในระดับดี 3 ประเด็น คือ อ่านฉลากยา และวิธีการใช้ยาโดยละเอียดก่อนใช้ยา ถ้าลิ้มรับประทานยาเบาหวานจะรับประทานยาทันทีที่นึกได้ และรับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่กำหนด อย่างเคร่งครัด พฤติกรรมการใช้ยา อยู่ในระดับพอใช้ มีอยู่ 4 ประเด็น 1) เมื่อถึงวันนัด หายาเบาหวานยังไม่หมด จะยังไม่ไปพบแพทย์ 2) นำยาเบาหวานที่

เหลือไปด้วยทุกครั้ง เมื่อไปพบแพทย์ สังเกตยามีสี ความคงตัว ลักษณะที่เปลี่ยนไปจากเดิมหรือไม่ ทุกครั้งก่อนรับประทานยา และ 4) เคยขอยืมยาเบาหวานจากผู้อื่นมารับประทาน และพฤติกรรมการใช้ยา ระดับควรปรับปรุง มีอยู่ 3 ประเด็น คือ เพิ่มขนาดยาเบาหวานเอง เมื่อรู้สึกว่ายาเบาหวานสูงขึ้นเคยขอยืมยาเบาหวานจากผู้อื่นมารับประทาน เมื่อรู้สึกว่ายารักษาดีขึ้น จะลดขนาดยาเบาหวานเอง และทดลองใช้ยาสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แทนการใช้ยาเบาหวาน เพราะมีผู้แนะนำว่าใช้รักษาโรคเบาหวานได้

ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และค่าสัมประสิทธิ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) ผู้ใกล้ชิดที่ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา สิทธิด้านการรักษาพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ได้แก่ การรับประทานยาเบาหวานแล้วทำให้เกิดอาการข้างเคียง และการรับประทานยาทุกวัน และทำให้รู้สึกเบื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แสดงในตาราง 1, 2

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้อุปสรรค ในการรับประทานยา	จำนวนพฤติกรรมการใช้ยา			$\bar{X}$	p-value
	ดี	พอใช้	ควรปรับปรุง		
รับประทานยามากกว่า 1 ชนิด				2.451	0.117
เป็นอุปสรรค	0	24	2		
ไม่เป็นอุปสรรค	0	63	17		
รับประทานยาเบาหวานมากกว่า 1 มื้อ				1.472	0.225
เป็นอุปสรรค	0	20	2		
ไม่เป็นอุปสรรค	0	67	17		
หลังจากรับประทานยาเบาหวาน ทำให้เกิดอาการข้างเคียง				.383	0.020*
เป็นอุปสรรค	0	20	0		
ไม่เป็นอุปสรรค	0	67	19		
บุตรหลานไม่สะดวกในการพามาโรงพยาบาล				0.033	0.855
เป็นอุปสรรค	0	20	4		
ไม่เป็นอุปสรรค	0	67	15		
การรับประทานยาทุกวันทำให้เบื่อ				5.383	0.020*
เป็นอุปสรรค	0	20	0		
ไม่เป็นอุปสรรค	0	67	19		
อ่านฉลากยาไม่ออก หรืออ่านฉลากยาแล้วไม่เข้าใจ				1.700	0.192
เป็นอุปสรรค	0	21	2		
ไม่เป็นอุปสรรค	0	67	17		

*p<0.005

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน และทัศนคติต่อโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation)

ตัวแปรที่สนใจศึกษา	ระดับความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยา (r_s)	p-value
ดัชนีมวลกาย (BMI)	-0.116	0.259
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FPG)	-0.037	0.700
การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยเบาหวาน	0.022	0.982
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ของผู้ป่วยเบาหวาน	-0.015	0.880
ทัศนคติต่อโรคเบาหวาน	0.054	0.704

*p< 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ใกล้ชิดที่ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้^๖ ความสัมพันธ์ทางสังคมสำหรับผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวขาดญาติมิตรคอยดูแลเอาใจใส่ เป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจึงเกิดขึ้นได้บ่อย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 47.20) ซึ่งจะดูแลเรื่องการรับประทานยาด้วยตนเอง ร้อยละ 71.70^๖ การดูแลผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลการได้รับอากาศที่เพียงพอ การได้รับน้ำ ที่เพียงพอ การควบคุมอาหาร มีการขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นการป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ ความผาสุก และการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ซึ่งเป็นหน้าที่ของคนครอบครัว และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเกิดความเจ็บป่วย สำหรับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ที่เป็นเบาหวาน ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และการจัดการความเครียด และการรับประทานยา ให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวจะต้องเป็นการกระทำที่จริงจัง และมีเป้าหมายต้องการความร่วมมือระหว่างผู้ที่เป็นเบาหวานในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว หากผู้ป่วยไม่กระทำอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ อาจมีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองไม่พอจึงดูแลตนเองไม่ได้ ส่งผลให้ความคุมโรคไม่ดี ปัจจัยด้านสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน มีการศึกษาน้อย เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามาก เพราะเมื่อไม่มีค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางผู้ป่วยจึงไม่กล้ามาโรงพยาบาลหรือมาไม่สม่ำเสมอ ทำให้การรักษาล้มเหลวได้ ซึ่งในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ มีรายได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับยาที่มีวิธีการบริหารยุ่งยากซับซ้อน จึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น พบว่า กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นก็ตาม แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานยาเบาหวาน แล้วทำให้เกิดอาการข้างเคียง และการรับประทานยาทุกวัน ทำให้รู้สึกเบื่อ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้^๗ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่พบว่า ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยกระตุ้น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง^๘ ปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อความสามารถที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานหรือระดับน้ำตาล ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม การรับประทานยาเบาหวาน แล้วทำให้เกิดอาการข้างเคียง และการรับประทานยาทุกวัน และทำให้รู้สึกเบื่อ^๕ การที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความร่วมมือต่อการบริหารยารับประทานเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ร่วมกันซึ่งมีผลต่อผู้ป่วยจากการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน คือ ผู้ป่วยมีการยอมรับยาในรูปแบบรับประทานมากกว่ายาฉีด ยาที่ออกฤทธิ์นาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสะดวกต่อการรับประทานมากกว่ายาที่ต้องรับประทานวันละหลายครั้งล้วนแต่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ ยาที่ดีได้

อาการข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดยา เพราะทนต่ออาการที่เกิดขึ้นไม่ได้

ความยุ่งยากซับซ้อนในการบริหารยา หากยาที่ผู้ป่วยใช้มีความยุ่งยากในการบริหารยา เช่น จำนวนขนานยามาก ต้องใช้ยาบ่อยครั้งก็ส่งผลทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง

การสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยมีความประทับใจเชื่อถือแพทย์ผู้ให้การรักษาความร่วมมือในการใช้ยาก็คจะดีขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยวิตกกังวลที่จะพบแพทย์ความร่วมมือในการรักษาก็จะลดลง นอกจากนี้ หากการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หรือระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยไม่ดีพอ จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และจดจำได้น้อยหรืออาจเกิดความสับสนเข้าใจผิดตามมาได้ ซึ่งจะส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเรื้อรัง และเจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือตลอดมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ตะวัน พลสระคู ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ นายแพทย์สุรเดช ชวะเดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ และเภสัชกร พิษณุ รัตนโคตร ที่ชี้แนะแนวทางในการศึกษา และการจัดทำรายงานการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. อภิชาติ วิชาณรัตน์. **จุดมุ่งหมายและการดูแลรักษาโรคเบาหวาน. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2548.**
2. World Health Organization. **Obesity and overweight.** Retrived July 20, 2008, URL : http://www.who.int/diabetes/facts/world_obesity.html
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย. นนทบุรี; กระทรวงสาธารณสุข, 2553.**
4. ณัฐธยาน์ จันทรสุระ. **ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2555.**
5. ปรีชา มณฑานติกุล. **งานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล; 2543.**
6. ภาวนา กิริติยวงศ์. **การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2544.**
7. ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2550.**
8. ทิพย์สุภางค์ สุวรรณศรี. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.**

การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องที่มีภาวะช็อค จากเลือดออกในหลอดอาหาร

Nursing care of the patient with endoscopy in Esophageal varices bleeding shock

รัตนา รัตนอำภา*

Ratana Rattana-Ampha*

บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกในหลอดอาหาร (Esophageal varices bleeding) เป็นภาวะเลือดออกที่พบบ่อยที่สุดในระบบทางเดินอาหาร เป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ที่เป็น Portal hypertension ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ถึง 1 ใน 3 โดยพบมากถึงร้อยละ 50 - 60 การรักษามีทั้งการใช้ยา การห้ามเลือดโดยการส่องกล้อง (Endoscope) และการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะช็อคและเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยส่องกล้องที่มีภาวะเลือดออกในหลอดอาหาร โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 46 ปี มาด้วยรับ refer จากโรงพยาบาลพัฒนานิคม ด้วยอาเจียนเป็นเลือดสดประมาณ 1 กระถิน หลังให้เลือดอาการไม่ดีขึ้น ซึมลง ความดันโลหิตต่ำ ท้องและขาบวมมากขึ้น แพทย์จึงส่งต่อ (refer) มา แกร็บ ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส Hct 17%, O₂ Sat 98% หลังรับไว้ on Sengstaken-Blakemore Tube, O₂ cannular 3 lit/min, PRC 3 unit, Intravenous fluid vein drip และนัดทำ Endoscopyด่วน ผลเป็น Antrum ulcer และ Esophageal varices ทำ Argon Plasma Coagulation (APC) และ band ligation 3 วง ต่อมาผู้ป่วยมีเลือดออกซ้ำ ซึมลง จาก Hepatic encephalopathy หายใจเบาตื่น O₂ Sat 85% แพทย์ on ET Tube with Bird's respirator แก้ไขภาวะช็อค ให้ PRC 6 unit, FFP 6 unit, Platelet concentration 5 unit ให้ยารักษาแผลในกระเพาะอาหารและยาระบาย ให้การพยาบาลและประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะช็อคจากเสียเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำเรื่องโรคการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านได้ ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวม 7 วัน และนัดตรวจซ้ำ 1 เดือน ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ค่าใช้จ่าย 48,286 บาท

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ไม่มีของเสียคั่งจากตับวาย ท้องและขาบวมน้อยลง ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเลือดออกในหลอดอาหาร และตับแข็งจากสุรา ได้รับการส่งปรึกษาคลินิกเลิกสุรา

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้อง, ภาวะช็อคจากเลือดออกในหลอดอาหาร.

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานตรวจและรักษาพยาบาลพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Abstract

Background : Esophageal varices are the cause of gastrointestinal bleeding in the great majority. The course of portal hypertension in patients with liver cirrhosis often is complicated by variceal. Most patients bleed from esophageal varices that were found 50-60% of cirrhosis and 1 in 3 cause of dead. The goal of treatment is to stop acute bleeding as soon as possible, and treat varices with medicines, endoscopy and operation. Bleeding must be controlled quickly to prevent shock and death.

Objective : A case study hypertension in patients the esophageal varices bleeding.

Case study : A 46-year-old male that refer from Pattana Nikhom Hospital with fresh bleeding about 1 bowl and worse conscious. A physician referred him to King Narai Hospital because he did not feel better after he got the blood transfusion, then he was worse of sign and symptoms, hypotension, more swelling in the abdomen and right leg. Early admission to King Narai hospital, his blood pressure was 80/40, pulse pressure was 116, respiratory rate was 24, temperature was 36.6 degrees Celsius, Hct was 17%, Sengstaken-Blakemore Tube was inserted. Later, O₂ Saturation was 98% that O₂ cannular 3 lit/min was used, and PRC 3 unit, Intravenous fluid vein drip and emergency endoscopy appointment were gotten. Antrum ulcer and Esophageal varices were seen that made Argon Plasma Coagulation (APC) and 3 band ligations were done. Then, he was recurrent bleeding, Hepatic encephalopathy, worse conscious, low respiration, oxygen saturation of approximately 85%. Endotracheal intubation with Bird's respirator was done to prevent hypoxemia, got blood transfusion (PRC 6 unit, FFP 6 unit, Platelet concentration 5 unit) to improve hypovolemic shock, antacid drug, Duphalac solution to treat hepatic encephalopathy. Nursing care that were used to evaluate hypoxemia, hypovolemic shock, monitor before, during, and after endoscopy, prevent complication, increase self care behavior at hospital and home. Finally, he was discharged from King Narai Hospital and follow up appointment took place in 1 month at Pattana Nikhom Hospital. Length of stay (LOS) was 7 days and total cost of care were 48,286 baht.

Result : The patient improved of bleeding, Hepatic encephalopathy, swelling in the abdomen and right leg. Furthermore, he had disease self-management knowledge in Esophageal varices and alcoholic cirrhosis. Furthermore, he was consulted to reduce alcohol consumption clinic.

Keyword : Nursing care of the patient with endoscopy, Esophageal varices bleeding shock.

บทนำ

ภาวะเลือดออกในหลอดอาหาร (Esophageal varices bleeding) เป็นภาวะเลือดออกที่พบบ่อยที่สุดในระบบทางเดินอาหาร เป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เป็น Portal hypertension¹ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยโรคตับแข็งถึง 1 ใน 3 พบมากคิดเป็นร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยตับแข็ง² และมีภาวะเสี่ยงในการเลือดออกของหลอดอาหารถึงร้อยละ 25-35 ซึ่งมักมีเลือดออกภายใน 2 ปี หลังวินิจฉัย และมีโอกาสเสี่ยงสูงสุดที่ 6-12 เดือน หลังวินิจฉัย เมื่อเลือดออกแล้วมีโอกาสที่เลือดจะออกซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 70 โดยเฉพาะใน 6 เดือน หลังเลือดออกครั้งแรก อัตราการตายในแต่ละครั้งที่เลือดออกประมาณ ร้อยละ 30-50 ความเข้าใจในพยาธิสรีระของโรค ทำให้มีการพัฒนาการรักษาพยาบาล ภาวะเลือดออกดังกล่าว การรักษาที่มีการใช้ยา การห้ามเลือดโดยการส่องกล้อง (Endoscopy) และการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะช็อคและเสียชีวิต

พยาธิสรีรวิทยาและการวินิจฉัยเมื่อชักประวัติและตรวจร่างกายที่มั่วด้วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนอย่างละเอียด

ก่อนที่จะนำผู้ป่วยไปส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อหาอาการและอาการแสดงของภาวะโรคตับแข็ง และความดันโลหิตสูงในหลอดเลือดระบบพอร์ทัล เช่น palmer erythema, spider nevi ภาวะท้องมานและม้ามโต เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด หน้าที่การทำงานของตับ⁴

ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เป็นการตรวจมาตรฐานที่ช่วยในการวินิจฉัย EV และลักษณะของ EV ที่พบจากการส่องกล้องยังช่วยพยากรณ์โรคได้^{5,6}

การวินิจฉัยภาวะมีเลือดออกเฉียบพลันจาก EV ต้องเห็นเลือดสดออกจาก EV หรือหากเลือดหยุดไปแล้ว ต้องเห็น fibrin plug อยู่บน EV (white nipple sign) หรือเห็นก้อนเลือดอยู่บน EV หรือพบ EV โดยไม่มีพยาธิสภาพอื่นอธิบายภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากทางเดินอาหารส่วนบนนั้นได้³

การรักษาเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหาร แบ่งเป็น² การป้องกันเลือดออกจากเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหาร (primary prophylaxis) ผู้ป่วยที่มีตับแข็งทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองโดยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อหา EV และให้การรักษาได้

อย่างถูกวิธี การรักษาภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหาร (acute variceal hemorrhage) ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกเฉียบพลันจาก EV จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย เพื่อทำให้ระบบไหลเวียนในร่างกายคงที่ การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และการควบคุมภาวะเลือดออกเฉียบพลัน โดยเบื้องต้นคือ การให้เลือด การรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ยาฆ่าเชื้อโรค เพื่อป้องกันการติดเชื้อของน้ำในช่องท้อง (spontaneous bacterial peritonitis) การป้องกันภาวะไตวาย การรักษาด้วยยาเพื่อให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ได้แก่ vasopressin, terlipressin, somatostatin และ somatostatin analogs การรักษาด้วยการ (endoscopy) เพื่อฉีดสารที่ทำให้เกิดการอุดตันหลอดเลือด (sclerotherapy) หรือการผูกหรือรัดด้วยยาง (variceal ligation หรือ banding) การรักษาด้วย Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) การรักษาด้วยการกดด้วยบอลลูน (balloon tamponade) โดย Sengstaken-Blakemore tube ถ้ายังไม่สามารถหยุดเลือดได้

การป้องกันและรักษาเลือดออกซ้ำ จากเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหาร (secondary prophylaxis) เนื่องจากการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาและการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วย TIPS หรือ shunt surgery เพื่อควบคุมภาวะเลือดออกเฉียบพลันนั้น ควรพิจารณาปลูกถ่ายตับตามข้อบ่งชี้

หากมีเลือดออกรุนแรงควรใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันเลือดเข้าสู่ทางเดินหายใจและปอด

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยภาวะช็อคจากเลือดออกในหลอดอาหาร

ผู้ป่วยชายไทย 46 ปี อาชีพรับจ้าง ผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นเลือดสด ประมาณ 1 กระโถน รักษาที่โรงพยาบาลพัฒนานิคม อาการไม่ดีขึ้น แพทย์ส่งต่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่า Upper Gastrointestinal bleeding with shock การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย คือ Acute Gastric ulcer, Esophageal varices bleeding with shock

การตรวจร่างกายและการประเมินอาการแรกเริ่ม

อาการแรกเริ่มเมื่อผู้ป่วยมาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยค่อนข้างผอม ชีต นอนซึม เรียกลืมตา ตัวตาเหลือง ท้องและขาขาวววมโต คลำตับโต 2 FB, Glasgow Coma Score = $E_4 V_5 M_6$ ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส Hct 17%, O_2 Saturation 98%, on O_2 cannular 3 lit/min, group match ขอบ PRC 3 unit, on Intravenous fluid (0.9% NSS 1000 cc. + KCL 40 mEq) iv drip 80 cc./hr. แขนขาเคลื่อนไหวได้ตามปกติ การตรวจร่างกายระบบอื่นๆ ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบผิดปกติ ทางโลหิตวิทยา (CBC) Hct 17%, Hb 5.5 g/dl WBC 13,270 cells/uL, Monocyte 7%, MCV 11.3 pg, MCH 37.6 pg. Electrolyte Potassium 2.69 mmol/l การทำหน้าที่ของตับ (LFT) albumin 2.60 g/dl, direct bilirubin 4.32 mg/dl, Total bilirubin 14.40 mg/dl, SGOT 81 u/L, Coagulation test ผล PT 18.5 sec, Endoscopy พบ antrum ulcer 1.5x0.5 cm. bleeding ossing and esophageal varices grade F2x2 lower 1/3 part

ผลการตรวจ Sputum gram's stain พบ moderate of puss cell, gram positive cocci, gram negative diplococcic, Sputum culture พบ Acinetobacter baumannii

การรักษา

ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 7 วัน โดยวันแรก (Day1) ให้สังเกตอาการสูญเสียโลหิต ประเมินภาวะภาวะช็อคจากเสียเลือด เนื่องจากผู้ป่วยประวัติอาเจียนเป็นเลือดสด NPO, Hct 17%, O_2 cannular 3 lit/min, PRC 3 unit, Intravenous fluid drip และนัดส่องกล้อง (Endoscopy) ด้วยได้พุงนี้เช้า on call ส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Coagulation test, U/A, serial Hct ทุก 6 hrs. if Hct <30% ให้ PRC 1 unit, Lasix 40 mg. vein หลังให้ PRC unit ที่ 3, portable chest film, EKG 12 leads, DTX ทุก 6 hrs. keep BS 80-200 mg%, on NG tube ถ้า content เป็นเลือดสดให้ on Sengstaken-Blakemore Tube (SB tube), Losec 40 mg. vein ทุก 12 hrs., Thiamine 100 mg. vein x 3 days, Ceftriaxone 2 gms vein OD พยาบาลงานตรวจ และรักษาพยาบาลพิเศษเยี่ยมผู้ป่วยก่อนส่งทำ Endoscopy เกี่ยวกับการระบายขั้นตอนการส่องกล้อง การปฏิบัติของ

ผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและคลายความวิตกกังวล content จาก NG tube เป็นเลือดเก่าๆ และ จาก SB tube สีขาวใสมีเลือดเก่าๆ ปนเล็กน้อย ความดันโลหิต 80-90/40-50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116-131 ครั้ง/นาที หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.3-37.1 องศาเซลเซียส DTX 172 mg%, Hct 17-27%, Intake 700 cc., Output 550 cc. วันที่ 2 (Day 2) ยังซึม เรียก ลืมตา ทำตามคำสั่งได้ Glasgow Coma Score = $E_4 V_5 M_6$ ตัวตาเหลือง ท้องและขาขาวววมโต O_2 cannular 3 lit/min, NPO, on SB Tube 0.9% NSS 1000 cc. iv drip 80 cc./hr., DTX ทุก 6 hrs. keep BS 80-200 mg%, Vit K 10 mg. vein, Hct ทุก 6 hrs. if Hct <30% ให้ PRC 1 unit Endoscopy นัดทำ Ultrasound Hepatobiliary system ด้วย ผล early liver cirrhosis, ให้ FFP 2 unit vein, repeat Electrolyte พุงนี้, Lactulose 30 cc. (เช้าและก่อนนอน off Losec ให้ Pantoprazole 80 mg. vein ทุก 12 hrs. Endoscopy Argon Plasma Coagulation (APC) และ band ligation 3 วง พยาบาลงานตรวจและรักษาพยาบาลพิเศษดูแลผู้ป่วยขณะทำ Endoscopy เกี่ยวกับการจัดทำนอน สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพ observe bleed และสังเกตอาการหลังทำ APC ให้ observe bleed และ complication คือ หายใจขัด ง่วงซึม ผล chest film increased both lung infiltration, EKG normal sinus rhythm ความดันโลหิต 120-140/70-80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88-122 ครั้ง/นาที หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.3-38.0 องศาเซลเซียส DTX 148-170 mg%, Hct 27-32%, Intake 2,740 cc., Output 1,700 cc. วันที่ 3 (Day 3) นอนซึม เรียก ลืมตา ทำตามคำสั่งได้ Glasgow Coma Score = $E_4 V_5 M_6$ ให้ Vit K 10 mg. vein, Thiamine 100 mg. vein, Losec 40 mg. vein ทุก 12 hrs., B complex 1 tab (tid pc, 5% D/NSS 1000 cc. iv drip 100 cc./hr., NPO, DTX ทุก 6 hrs. keep BS 80-200 mg%, Hct ทุก 6 hrs. if Hct <30% ให้ PRC 1 unit, FFP 4 unit vein, K = 2.69 mmol/l, E. KCL 30 cc.x 2 dose, repeat K หลังครบ dose พยาบาลงานตรวจและรักษาพยาบาลพิเศษเยี่ยมผู้ป่วยหลังทำ Endoscopy เกี่ยวกับอาการผิดปกติ เช่น bleed และย้ำเน้น ไม่ให้อาหารหรือจามแรงๆ เพื่อป้องกันยางที่รัดไว้หลุด ต่อมาผู้ป่วยมีเลือดออกซ้ำ ชีวมลง จากตับวาย (Hepaticencephalopathy) หายใจเบาตื่น O_2 Saturation 85% แพทย์ on ET Tube with Bird's respirator, off SB tube แก้ไขภาวะช็อค โดยให้เลือด (PRC

2 unit, FFP 2 unit, Platelet concentration 3 unit) ให้ยา
รักษาแผลในกระเพาะอาหารและยาระบาย ความดันโลหิต
80-120/40-80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84-116 ครั้ง/นาที
หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.2-38.5 องศา
เซลเซียส DTX 95-180 mg%, Hct 31-33%, Intake 2,900
cc., Output 1,000 cc. วันที่ 4 (Day) 4 นอนซึม เรียกลืมตา
ทำตามคำสั่งได้ Glasgow Coma Score = E4VTM6 on ET
Tube with Bird's respirator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ให้
Platelet concentrate 5 unit, Vit K 10 mg. vein, Thiamine
100 mg. vein, 5% D/NSS 1000 cc. + B complex 2 cc. iv
drip 80 cc./hr., NPO, repeat K = 3.77 mmol/l Sputum gram's
stain and culture, U/A, urine culture, DTX ทุก 6 hrs. keep
BS 80-200 mg%, Hct ทุก 6 hrs. if Hct <30% ให้ PRC 1
unit, Amikin 500 mg. vein OD, Metronidazole 500 mg.
vein ทุก 8 hrs. ความดันโลหิต 100-140/60-80 มิลลิเมตร
ปรอท ชีพจร 92-118 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ
ร่างกาย 36.5-39.0 องศาเซลเซียส DTX 89-122 mg%, Hct
29-31%, Intake 2,100 cc., Output 2,500 cc. วันที่ 5 (Day 5)
พูดรู้เรื่องขึ้น ทำตามคำสั่งได้ Glasgow Coma Score = E4VT
M6 NPO, Vit K 10 mg. vein, DTX เข้าและก่อนนอน, Hct
ทุก 6 hrs. if Hct <30% ให้ PRC 1 unit, Hemo culture 1
specimens if Temperature 37.8°C, off ET tube, on nasal
cannular 3 lit/min ให้จิบน้ำได้ Sputum gram's stain พบ
moderate of puss cell, gram positive cocci, gram negative
diplococcic, U/A ปกติ ความดันโลหิต 100-120/60-70
มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที
อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส DTX 115-181 mg%,
Hct 32%, Intake 3,000 cc., Output 800 cc. วันที่ 6 (Day 6)
พูดรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง Vit K 10 mg. vein,
Amoxiclave (625 mg.) 1 tab ๑ tid pc, Omeprazole (20 mg.)
1 tab ๑ bid pc, FBC 1 tab ๑ tidpc, Propanolol 10 mg)
1 tab ๑ bid pc, Spironalactin 1 tab ๑ เข้า pc, off Ceftriazone,
Amikin, Metronidazole, Losec, ถ้ามีไข้ให้ Ceftriazone,
Amikin, Metronidazole ต่อ urine culture ปกติ Sputum culture
พบ Acinetobacter baumannii ให้ liquid diet ความดันโลหิต
110-130/60-90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84-96 ครั้ง/นาที
หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.3 องศา
เซลเซียส DTX 130 mg% Hct stat = 27% ให้ PRC 1 unit
vein drip วันที่ 7 (Day 7) Hct stat = 32%, soft diet, Plan D/

C ตอนบ่าย เวลา 16.00 น. อาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้
กลับบ้านได้โดยให้ยาไปรับประทานต่อที่บ้าน ดังนี้ FBC 1
tab ๑ tidpc, Propanolol (10 mg) 1 tab ๑ bid pc, Spironalactin
1 tab ๑ เข้า pc, Augmentin (625 mg.) 1 tab ๑ tid pc และ
นัดตรวจซ้ำ 1 เดือน ที่โรงพยาบาลพัฒนานิคม ผู้ป่วยได้รับ
คำแนะนำเรื่องโรค การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล
และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ขณะผู้ป่วยรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ได้นำ
กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ
Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
ครอบคลุมทั่ว และชุมชน การกำหนดข้อวินิจฉัย
ทางการพยาบาลครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ
และสังคม ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยมี
ความเสี่ยง ปัญหา และความต้องการ คือ เสี่ยงต่อภาวะ
เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนซ้ำ เนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง

มีโอกาสเกิดภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากมีการ
สูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้ป่วย มี
ภาวะ Hypokalemia เนื่องจากมีการสูญเสียของเหลวออก
จากร่างกาย มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้เนื่องจากอาการ
เวียนศีรษะ หน้ามืด ไม่สุขสบายเนื่องจากกิจกรรมการ
รักษาและบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วย
และญาติวิตกกังวลและมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และ
การปฏิบัติตัวที่ไม่เพียงพอ

การพยาบาลที่ให้การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย
จากการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
chest x-rays, EKG, Endoscope, ultrasound การสังเกต
ปัสสาวะและเสมหะ เป็นต้น ประเมินระดับความรู้สึกตัว
vital signs และบันทึกรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ติดตามผล DTX, Hct
และให้การดูแลตามแผนการรักษา มีการให้ PRC 1 unit
ถ้า Hct<30% เพื่อเพิ่มปริมาตรการไหลเวียนโลหิต และ
ช่วยให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนมากขึ้น เป็นการป้องกัน
ภาวะ ช็อคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การดูแลผู้ป่วยขณะใช้เครื่อง
ช่วยหายใจ การดูแลก่อน ขณะ และหลังส่องกล้อง การ
ดูแลผู้ป่วย on SB Tube ดูแลให้พักผ่อนบนเตียงในท่านอน
ที่เหมาะสม เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและป้องกันอุบัติเหตุ
จากอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ดูแลเพื่อป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในภาวะโรคที่เป็นอยู่อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ ภายหลังให้การพยาบาล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี Serum K เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.77 mmol/l ไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และ Hematocrit หลังให้เลือดครบ 6 unit เป็น 32% แพทย์ตรวจเย็บอาการจึงให้ Off ET tube, SB, NG tube ให้จับน้ำอาหารเหลวและอาหารอ่อนผู้ป่วยรับได้ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ จัดทีมสุราเนื่องจากป้องกันอาการของเสียคั่งจากตับแข็งจากสุรา โดยส่งปรึกษาคลินิกเลิกสุรา ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัว แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้และมีการส่ง บส. 1 เพื่อประสานพยาบาลเยี่ยมบ้าน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

สรุปผลการพยาบาล กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 46 ปี มาด้วยการส่งต่อจากโรงพยาบาลพัฒนานิคม ด้วยอาเจียนเป็นเลือดสดประมาณ 1 กระโถน หลังให้เลือดอาการไม่ดีขึ้น ซึมลง ความดันโลหิตต่ำลง ท้องและขาบวมมากขึ้น แพทย์จึง refer มา แกร็บ ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส Hct 17%, O₂ Saturation 98% หลังรับไว้ on Sengstaken-Blakemore Tube, O₂ cannular 3 lit/min และ PRC 3 unit, Intravenous fluid vein drip และนัดส่องกล้อง (Endoscopy) อย่างเร่งด่วน ต่อมาผู้ป่วยมีเลือดออกซ้ำ ซึมลง จากตับวาย (Hepatic encephalopathy) หายใจเบาขึ้น O₂ Saturation 85% แพทย์ on ET Tube with Bird's respirator แก้ไขภาวะช็อค โดยให้เลือด (PRC 6 unit, FFP 6 unit, Platelet concentration 2 unit) ให้ยารักษาแผลในกระเพาะอาหาร และยาระบาย ส่วนการพยาบาลมีการใช้ 11 แบบแผนของ Gordon ช่วยในการประเมินและให้ข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งสิ้น 6 ปัญหา ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและ

สังคม การพยาบาลที่ให้คือ การประเมินภาวะพร้อมออกซิเจนภาวะช็อคจากเสียเลือด การดูแลผู้ป่วย on SB Tube ดูแลให้พักผ่อนบนเตียงในท่านอนที่เหมาะสม เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและป้องกันอุบัติเหตุจากอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การเกิด VAP แผลกดทับ ข้อติด aspirated pneumonia การพยาบาลก่อน ขณะ และหลังส่องกล้อง ให้คำแนะนำเรื่องโรคการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจนอาการต่างๆดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ และประสานพยาบาลเยี่ยมบ้านกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และนัดตรวจซ้ำ 1 เดือน ที่โรงพยาบาลพัฒนานิคม ผู้ป่วยรายนี้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน มีค่าใช้จ่ายจำนวน 48,286 บาท

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ทำให้ได้เรียนรู้ทางการพยาบาล เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องที่มีภาวะช็อคจากเลือดออกในหลอดอาหาร นับเป็นภาวะวิกฤตทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาความทุกข์ทรมาน มีผลกระทบต่องานจิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะของโรค เนื่องจากการสูญเสียเลือดภายในที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเมินได้ยากพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการทั้งการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต และเฝ้าระวัง ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ มีความรู้ ความเข้าใจต่อสภาวะของโรคเป็นอย่างดี มีความรู้ในการวินิจฉัยและแก้ปัญหา ให้การพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม มีการตัดสินใจที่ดี และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความรู้ในการใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องส่องกล้อง เครื่องช่วยหายใจ SB tube เป็นต้น เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ไม่กลับมาเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, ศศิประภา บุญญพิสิฐ. **ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Hemorrhage).** ใน จินตนา ศิรินาวิน, สุมาลี นิมนานิตย์, วันชัย วนะชีวนาวิน; บรรณาธิการ. ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน; 2540.
2. วิริยาพร ฤทธิทิศ, สมบัติ ศรีประเสริฐสุข, รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, วโรชา มหาชัย. **ภาวะเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหาร : การวินิจฉัยและการรักษา (Esophageal varices : Diagnosis and management).** ใน กลชาญวิทย์, ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, สมบัติ ศรีประเสริฐสุข, รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, วโรชา มหาชัย; บรรณาธิการ. โรคทางเดินอาหารและการรักษา เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
3. Gallego C, Velasco M, Marcuello P, Tejedor D, Campo LD, Frieria A. Congenital and Acquired Anomalies of the Portal Venous System Radiographics. 2002 Jan-Feb; 22(1) : 141-59.
4. ประพิมพ์พร ชันทวสินกุล, อรอนงค์ เจียรสุจิตวิมล, ถิรทัย เตรีกุล, ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์. **การแปลผลความผิดปกติของการทำงานของตับ.** ใน สุเทพ กลชาญวิทย์, ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, สมบัติ ศรีประเสริฐสุข, รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, วโรชา มหาชัย; บรรณาธิการ. โรคทางเดินอาหารและการรักษา เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
5. รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร. **นวัตกรรมใหม่ของการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร.** ใน สุเทพ กลชาญวิทย์, ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, สมบัติ ศรีประเสริฐสุข, รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, วโรชา มหาชัย (บรรณาธิการ). โรคทางเดินอาหารและการรักษา เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
6. Idezuki Y. **General rules for recording endoscopic findings of esophagogastric varices (1991).** Japanese Society for Portal Hypertension. World J Surg. 1995 May-Jun; 19(3) : 420-2.
7. de Franchis R, Pascal JP, Ancona E, Burroughs AK, Henderson M, Fleig W, et al. **Definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension.** A Consensus Development Workshop, Baveno, Lake Maggiore, Italy, April 5 and 6, 1990. J Hepatol. 1992 May; 15(1-2) : 256-61.
8. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey WD. **Prevention and Management of Gastroesophageal Varices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis.** Am J Gastroenterol. 2007; 102 : 2086-102.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน ตามกรอบทฤษฎีกอร์ดอน : กรณีศึกษา

Nursing care of diabetes mellitus with acute renal failure in Gordon : case study

วันทนีย์ ชัยเกียรติยศ*

Wantanee Chaikiattiyos*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตส่งผลให้เกิดการคั่งค้างของ ของเสียในร่างกาย มีการเสียสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกรดต่าง อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดจึงมีบทบาทในการประเมินช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยร่วมมือกับแพทย์ เพื่อให้ไตกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ และคืนสู่สภาพเดิมก่อนเกิดไตวายเฉียบพลันได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย และนำผลการศึกษามาใช้ประกอบเป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันในรายต่อไป

วิธีการศึกษา : เป็นกรณีศึกษาโดยคัดเลือกจากผู้ป่วย แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นรายกรณีทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระหว่างวันที่ 20 สิงหาคม 2555 - 29 สิงหาคม 2555

ผลลัพธ์การนักศึกษา : หญิงไทยคู่อายุ 54 ปี ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ ปวดบิดท้อง มีไข้ ต่อมา เหนื่อยเพลีย ปัสสาวะออกน้อย

สรุป : การวางแผนการพยาบาลด้วยความรู้ความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของโรคและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ทำให้สามารถติดตามภาวะไตวายเฉียบพลันสามารถดูแลให้ผู้ป่วยให้ปลอดภัยและไม่มีความเสี่ยง

คำสำคัญ : เบาหวาน, การพยาบาลเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน, ไตวายเฉียบพลัน.

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Abstract

Background : Diabetes Mellitus with Acute Renal Failure (ARF) is a critical condition that bring in body fluid retention, acid-base and electrolyte imbalance, leading to potentially fatal. In order to minimize the risk in such patients, an effective nursing care in crisis, providing information of self care to patients and caregiver is necessary to maintain their functional health.

Objectives : To investigate the progression of diabetic patient with acute renal failure, effective nurse care and outcome so that the guideline and process could be further extended and applied to other patients.

Case study : A diabetic patient with acute renal failure was specifically selected and investigated. The patient was admitted at special medical ward, Sisaket Hospital, Thailand. Patient Medical record was collected and analyzed during August 20th-29th.

Results : Prior to admit in hospital, fifty-four year-old Thai female has got watery diarrhea with abdominal cramping, mild fever, malaise and decrease urine output. Physical examination found periorbital edema and tenderness both legs. The diagnosis was acute renal failure. The patient was emergency treated by hemodialysis via left femoral and got better later. History of illness was Diabetis Mellitus and High Blood Pressure. It was noticed body fluid retention, high blood sugar, fatigue, and pain at left femoral. It was also detected the electrolyte imbalance, hypertension induced increase intracranial pressure, abdominal discomfort, constipation and increase risk of infection from retain vascular. Finally, the patient was intensively taken care through effective nursing care and was medically safe without any further complication.

Summary : It is noteworthy that planning of effective nursing care, detailed understanding of specific disease together with intensive patient observation are essential in managing diabetic patients with acute renal failure. Subsequently, patients would be medically safe with no further complication.

Keywords : Nursing care, Diabetes Mellitus, Acute renal failure.

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและรักษาไม่หายขาด หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เกิดอันตรายถึงชีวิต¹ ไตวายเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและพบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในโรงพยาบาล มีอัตราตายสูง² ปัจจุบันถึงแม้จะมีความก้าวหน้า ด้านวิทยาการและเทคโนโลยีในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น แต่อุบัติการณ์พบผู้ป่วยเบาหวานกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ปี 2554-2556^{3,4} พบผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 3,105, 3,003 และ 3,493 ราย/ปี^{3,4} มีผู้ป่วยเบาหวานนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจำนวน 245, 259 และ 354 ราย/ปี^{3,4} พยาบาลผู้ซึ่งดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเกิดภาวะวิกฤต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซ้ำ⁵ ในบทความวิชาการนี้ จึงนำเสนอเกี่ยวกับลักษณะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันเพื่อเป็นประสบการณ์ความรู้ประกอบการศึกษาและเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการดำเนินโรคในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน และเป็นกรณีตัวอย่างใช้ประกอบองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันในรายต่อไป

วิธีการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ทำการศึกษาประวัติ การดำเนินของโรค ปัญหาสุขภาพและการรักษาพยาบาลย้อนหลังโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

ผลการศึกษากกรณีตัวอย่าง

ประวัติการเจ็บป่วย เป็นหญิงไทยคู่ อายุ 54 ปี ภูมิลำเนาอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มีประวัติ 5 วันก่อนถ่ายเหลว ปวดบิดท้อง มีไข้ ชี้น้ำเกลือแร่และยาฆ่าเชื้อกินเอง 1 วัน ก่อนมา เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปัสสาวะออกน้อย คลื่นไส้อาเจียน หนึ่งตาและเท้าบวม ทั้ง 2 ข้าง มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดพอกเลือดล้างไตจนอาการดีขึ้น ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัญหาสุขภาพ มีการคั่งค้างของของเสียในกระแสเลือด เนื่องจากมีความบกพร่องของไต มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ เนื่องจากมีความผิดปกติในการสร้างอินซูลินของตับอ่อน ไม่สุขสบาย เหนื่อย อ่อนเพลีย และปวดบริเวณขาหนีบข้างซ้ายที่คาสายสวนหลอดเลือด มีภาวะขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากมีความบกพร่องของไต เสี่ยงต่อความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น จากความดันโลหิตสูง ไม่สุขสบาย อึดอัด แน่นท้อง ท้องผูก เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณคาสายสวนหลอดเลือด ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น โดยพยาบาลรักษา ดังแสดงรายละเอียดในตาราง

ตารางการดำเนินโรคและการรักษาเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน

วันที่	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
		Electrolyte	CBC	
20 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี เห็นอ้อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หนึ่งตาบวม 2 ข้าง หลังเท้าและขา บวมตึงกดไม่บุ๋ม T 36.8oC P 88 ครั้ง/นาที B P 110/80 mmHg - ปัสสาวะออกน้อยสีเหลืองเข้ม 50 CC	11.14 น. Na 125 mmol/L	WBC 11,800 K/uL	ส่ง Chest X-ray ตรวจ EKG
		K 5.3 mmol/L	HGB 11.2 g/dL	0.9% NSS 1,000 cc IV drip 40 cc/hr.
		Cl 90 mmol/L	Hct 33.8%	ส่ง UIS KUB
		CO ₂ 13 mmol/L	Platelet 298,000 K/uL	เบิกอาหาร low salt Diabetes diet
		BUN 92 mg/dl	Neutrophil 83.3%	Record I/O
		Creatinine 13.8 mg/dl	Lymphocyte 10.2%	Prevacid (15) 1x2 oral ac.
		GFR 2.79	DTX 16.00 น. 156 mg%	Motilium 1x3 oral ac.
		CK 133 U/L	LFT	CaCo ₃ 1/2 x3 oral with meal
		18.14 น. Na 125 mmol/L	TP 8.4 g/dL	Sodamint 1x3 oral pc.
		K 5.2 mmol/L	ALb 4.0 g/dL	DTX premeal hs
		Cl 92 mmol/L	Glob 4.4 g/dL	เจาะเลือด Electrolyte, BUN, Cr OD
		CO ₂ 12 mmol/L	TBIL 0.2 mg/dL	22.05 น. ให้ Kalimate 30 mg ผสมน้ำ 50 cc ทุก 4 hr.
		BUN 89 mg/dL	DBIL 0.2 mg/dL	x 3 dose
		Creatinine 13.5 mg/dL	IBIL 0.2 mg/dL	Off Sodamint เติมน้ำเพิ่ม Sodamint 2x3 oral pc
			AST 41 U/L	
21 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารไม่ได้ มีเหงื่อออก ตัวเย็นบางเวลา คลื่นไส้ อาเจียนตลอด - หนึ่งตาบวม 2 ข้าง T 36.5oC P 80 ครั้ง/นาที BP 100/70 mmHg. - ปัสสาวะออกสีเหลืองเข้ม 400 cc - น้ำตาลในเลือดต่ำ < 60 mg%	HCV - ve	BUN 94 mg/dL	5% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr.
		Anti HIV - ve	Creatinine 14.3 mg/dL	Plasil 1 Amp IV pm ทุก 8 hr.
		PT 10.1 PTT 25.7	GFR 2.68	ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเรื่องการฟอกไต
		INR 0.86		ผล UIS KUB. พบ Mild renal
		Electrolyte	DTX 07.00 น. 46 mg%	Parenchymal Change, no obstruction
		Na 124 mmol/L	11.00 น. 68 mg%	Set Acute HD

ตารางการดำเนินโรคและการรักษาเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่	อาการและการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
		Electrolyte	CBC	
22 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน - หงุดหงิดและชาบริเวณ 2 ข้าง ใส่สายสวนหลอดเลือด - บริเวณ Lt femoral vein ปวดแสบ PS=3 คะแนน - เริ่มมีปัสสาวะออกมากขึ้น 900 cc UF 300 cc	K 5.0 mmol/L	16.00 น. 52 mg%	- มีน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นช่วงๆ ให้ 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr. และให้ 50% glucose 50cc IV push เวลา 07.00 น. และ 16.00 น. - ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือด Lt femoral DLC - Set HD 2 hr.
		Cl 92 mmol/L	22.00 น. 96 mg%	
		CO ₂ 13 mmol/L	Alb 3.4 g/dL	
			Ca 8.2 mg/dL	
			Phosphorus 8.2 mg/dL	
23 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้น้อย - คลื่นไส้ อาเจียนลดลง มีอาการท้องอืด - ชี้อัตราแน่นท้อง ปวดแสบเล็กน้อย PS=1 คะแนน - T 37.3°C P 70 ครั้ง/นาที BP 176/97 mmHg - ปัสสาวะออก 1,000 cc UF 50 cc	DTX 07.00 น. 66 mg%		- ให้ 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr. - ตั้ง CxR PA และส่ง HD ครั้งที่ 2 - AirX 1x3 oral pc - Amlodipine 1x1 oral pc
		11.00 น. 85 mg%		
		16.00 น. 90 mg%		
		22.00 น. 83 mg%		
		DTX 07.00 น. 90 mg%		
24 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น ยังมีอาการ - หงุดหงิดและชาบริเวณ 2 ข้าง ไม่ปวดแสบแล้ว - PS=0 คะแนน T 37.2°C - P 84 ครั้ง/นาที BP 180/90 mmHg - ปัสสาวะออกเพิ่มขึ้น 1,300 cc	11.00 น. 124 mg%		- Off Amlodipine ให้ Madiplot (10) 1x1 oral pc - 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr.
		16.00 น. 114 mg%		
		DTX 07.00 น. 109 mg%		
		11.00 น. 141 mg%		
		6.00 น. 126 mg%		
		22.00 น. 128 mg%		

ตารางการดำเนินโรคและการรักษาเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่	อาการและการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
		Electrolyte	CBC	
25 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้ หนึ่งตาและขาบวม 2 ข้างลดลง ไม่ปวดแผล T 37.0°C P 78 ครั้ง/นาที BP 120/70 mmHg - ปัสสาวะออกดี 2,400 cc	Electrolyte Na 134 mmol/L K 3.2 mmol/L Cl 98 mmol/L CO ₂ 21 mmol/L BUN 33 mg/dL Creatinine 7.1 mg/dL GFR 6.02 Alb 2.8 g/dL Ca 8.2 mg/dL Phosphorus 5.2 mg/dL Mg 1.6 mg/dL DTX 07.00 น. 78 mg% 16.00 น. 104 mg%	CBC WBC 8,930 K/uL HGB 9.85 g/dL Hct 30.7% Platelet 244,000 K/uL Neutrophil 72% Lymphocyte 18% DTX 07.00 น. 98 mg% 16.00 น. 170 mg%	- 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr. - ให้ E. KCl 30 cc oral 1 dose - 50% MgSO ₄ 4 cc 50% DW 100 cc IV drip ใน 4 hr. - แนะนำงดผักผลไม้
26 ส.ค. 55	- รับประทานอาหารได้ดี แผลหลังใส่สาย สมองหลอดเลือด Lt femoral DLC ไม่บวมแดง ไม่ปวด T 36.5°C P 80 ครั้ง/นาที BP 182/90 mmHg - ปัสสาวะออกดี 2,700 cc			- 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr.
27 ส.ค. 55	รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ดี บวมลดลง ไม่ปวดแผล T 36.3°C P 84 ครั้ง/นาที BP 160/100 mmHg - ปัสสาวะออกดี 2,900 cc	Electrolyte Na 136 mmol/L K 3.3 mmol/L Cl 99 mmol/L CO ₂ 25 mmol/L BUN 30 mg/dL Creatinine 6.2 mg/dL GFR 7.04	DTX 07.00 น. 88 mg% 16.00 น. 130 mg%	- 10% D/N/2 1,000 cc IV drip 40 cc/hr.

ตารางการดำเนินโรคและการรักษาเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่	อาการและการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
		Electrolyte	CBC	
28 ส.ค. 55	- รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี บวมลดลง	Na 137 mmol/L	DTX 07.00 น. 86 mg%	- off 10% D/N/2 ให้ 50% D/N/2 1,000 cc
	รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก	K 3.1 mmol/L	16.00 น. 167 mg%	IV drip 40 cc/hr.
	ไม่ถ่ายอุจจาระ 2 วัน ไม่ปวดแผล	Cl 95 mmol/L		- ท้องผูก ให้กิน MOM 30 cc oral hr.
	T 37.8°C P 82 ครั้ง/min BP 150/90 mmHg	CO ₂ 23 mmol/L		- ให้ E. KCl 30 cc oral at 11.00 น. หลังได้ผลตรวจ
	- ปัสสาวะออกดี 3,200 cc	BUN 23 mg/dL		Electrolyte มี K ต่ำ ให้ E. KCl 30 cc oral อีก 1 dose
29 ส.ค. 55		Creatinine 5.1 mg/dL		- Madiplot (10) 1x2 oral pr
	- รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ขับถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง		DTX = 92 mg%	D/C จำหน่ายกลับบ้านได้ยา
	รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีไข้ T 36.9°C P 66			- CaCO ₃ 1/2 x3 oral with meal / 30 tabs
	ครั้ง/min BP 150/100 mmHg แผลหลังเอาสาย			- Sodamint 1x3 oral pc / 30 tabs
	สวนหลอดเลือด Lt femoral DLC ออก รอบๆ แผล			- Madiplot (10) 1x2 oral pc / 30 tabs
	แดงเล็กน้อย ไม่ปวด ไม่บวม ไม่มีหนองซึม			- Prevacid (15) 1x2 oral pc / 30 tabs
	- ปัสสาวะออกสะอาดดี 1,200 cc บวมลดลง			- Hydralazine (10) 1x2 oral pc / 30 tabs
				- Serc (24) 1x2 oral pc / 30 tabs
				- Para (500) 2 tab oral ทุก 4-6 hr. / 30 tabs
				- Dicloxa (500) 1x4 oral pc / 30 tabs

การวินิจฉัยและการพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและอาหารให้เพียงพอ ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ ตามแผนการรักษา ประเมินอาการที่แสดงถึงการมีของเสียคั่งค้างในกระแสเลือด ได้แก่ ชี้น สับสน ซีพจรเต้นเร็ว เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชัก⁶ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะค่า BUN Creatinine วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง มีการบันทึกความสมดุลของสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกาย⁷ ถ้าปัสสาวะปริมาณน้อยกว่า 30 cc/hr.

การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ เนื่องจากมีความผิดปกติในการสร้างอินซูลินของตับอ่อน และเจาะเลือด DTX ก่อนอาหาร 4 เวลา ประเมินผลน้ำตาลในเลือด ถ้า DTX 60 mg% ให้ 50% glucose ทางหลอดเลือดดำ⁸ ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมิน Neuro sign ถ้าผู้ป่วยซึมลง ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง¹⁰ 180/100 mmHg รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา แนะนำการรับประทานอาหารจัดและให้ยาลดความดันโลหิตสูง

การใช้กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีทางการพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีของกอร์ดอน ตามแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดข้อวินิจฉัยกับการพยาบาลและการจัดกิจกรรม การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม คลอบคลุม ด้านร่างกาย จิตวิญญาณ จิตสังคม¹¹ ตลอดจนวางแผน จำหน่ายโดยใช้หลัก D-method

บทสรุป วิจัย และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยเบาหวานในกรณีรายนี้ ที่มีภาวะแทรกซ้อน ไตวายเฉียบพลัน มีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล และได้รับการดูแลรักษา เพื่อให้ปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดขึ้น เนื่องจากไตไม่สามารถทำหน้าที่ในการดำรงไว้ซึ่งการจัดของเสีย รักษาสมดุลของน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และความเป็นกรดต่างของร่างกาย รวมทั้งการสร้างฮอร์โมนได้^{10,11} พยาบาลมีบทบาทที่จะต้องช่วยเหลือและร่วมมือกับ แพทย์ในการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพเดิมก่อนเกิดไตวายเฉียบพลัน ให้ดีที่สุด การเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเครียด ความตื่นเต้นวิตกกังวล กลัวไม่หาย กลัวการผ่าตัด การสอดสายสวนหลอดเลือดเพื่อฟอกเลือดล้างไต ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลแรกที่ต้องพบผู้ป่วย ต้องมีความสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย วิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น และปฏิบัติดูแลด้วยความรวดเร็วถูกต้อง ประสานงานการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จัดระบบติดตามดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และต่อเนื่องที่บ้าน มีการนัดติดตามผลการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จนผู้ป่วยหายเป็นปกติได้

เอกสารอ้างอิง

1. วิภาวรรณ ภูกัน. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ (กรณีศึกษา). วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2550; 22(3). 429-39.
2. อรสา พันธักดี. การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน. ใน : สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552; 117-42.
3. โรงพยาบาลศรีสะเกษ งานเวชสถิติ. รายงานประจำปี 2554 - 2556. ศรีสะเกษ : โรงพยาบาลฯ; 2556.
4. วันทนีย์ ชัยเกียรติยศ, ดนิตา ทวีพงษ์, รัตนา บุรกรรณ์ และ ณัฐกฤตา เพิ่มเบญจบุญ. งานวิจัย R2R ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม. ศรีสะเกษ : โรงพยาบาลศรีสะเกษ; 2555.
5. ยุวดี ชชาติไทย. การจัดการพยาบาลผู้ป่วยไตวาย. ใน : ผ่องศรี ศรีมรกต, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 2 = Medical - Surgical Nursing : Clinical Management for Positive Outcomes 7th ed. กรุงเทพฯ : โอเคบุ๊ก เพรส; 2553; 455-65.
6. วิจิตรา กุสุมภ์ และ อรุณี เสงยศมาก. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA = NANDA Nursing diagnosis. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บพิการพิมพ์; 2551.
7. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, บรรณาธิการ. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล : การนำไปใช้ในคลินิก = Nursing process and nursing diagnosis. กรุงเทพฯ : บพิการพิมพ์, 2554.
8. สุทิน ศรีอัมพร. กลุ่มอาการไฮเปอร์กลัยซีมิก - ไฮเปอร์ออสโมลาร์. ใน : สุทิน ศรีอัมพร และ วรณีนี นิธิยานันท์, บรรณาธิการ. โรคเบาหวาน = Diabetes mellitus. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548; 327-43.
9. อรสา พันธักดี. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวาน. ใน : สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
10. กอบชัย พัววิไล, และคณะ, อภิชาติ วิชญาณรัตน์, บรรณาธิการ. ตำราโรคเบาหวาน = Textbook of diabetes mellitus. กรุงเทพฯ : สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย; 2546.
11. วิพร เสนารักษ์. การวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 14. ขอนแก่น : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

ปริมาณแคลอรีที่ผู้ป่วยได้รับขณะเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม โรงพยาบาลปราสาท

Caloric delivery in Prasat Hospital Intensive Care Unit

สนิทพงษ์ ฟองจันทร์สม*

Sanitpong Fonjunsom*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าการดูแลเรื่องสารอาหารในผู้ป่วยระยะวิกฤติ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการดูแลรักษา นอกเหนือจากการรักษาแบบเฉพาะเจาะจง (specific treatment) การได้รับพลังงานที่ไม่เพียงพอจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยได้

รูปแบบและวิธีการ : การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยศึกษาผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2555 ถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2555 เป็นระยะเวลา 10 เดือน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาถึงปริมาณแคลอรีที่ผู้ป่วยได้รับ และวัดความเพียงพอโดยอ้างอิงตามค่า Total Energy expenditure (TEE)

ผลการศึกษา : พบว่า ผู้ป่วยช่วงสัปดาห์แรกของการรักษา มีแนวโน้มของการได้รับพลังงานที่ต่ำกว่าค่า TEE มากกว่าในช่วงวันหลังของการรักษา ทั้ง 7 วัน มีผู้ป่วยที่ได้รับพลังงาน น้อยกว่าที่ควรจะได้ คิดเป็นร้อยละ 32.98 และ ค่าเฉลี่ยปริมาณพลังงานที่ได้รับในช่วงแรกของการรักษาน้อยกว่าหลังด้วย โดยวันแรกของการรักษา ผู้ป่วยได้รับพลังงาน คิดเป็นร้อยละ 65.67 ของ TEE และร้อยละของพลังงานที่ได้รับเริ่มเพิ่มขึ้นในช่วงวันหลังของการรักษา สาเหตุที่ทำให้ ได้รับพลังงานไม่เพียงพอที่พบมากที่สุด เกิดจากคำสั่งการ รักษาที่ให้พลังงานแก่ผู้ป่วยน้อยเกินไป คิดเป็นร้อยละ 62 จากสาเหตุทั้งหมด รองลงมาคือการมีอาหารค้างในกระเพาะมาก คิดเป็นร้อยละ 21, งดอาหารเพื่อป้องกันการสำลักลงปอด กรณีก่อนหรือหลังใส่ท่อช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 10 และงดอาหารทางสาย เนื่องด้วยผู้ป่วย ต้องระวังภาวะอุกเขิน ทางช่องท้อง โดยต้องประเมินอาการทางหน้าท้อง (ร้อยละ 7) นับเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤติอายุรกรรม โรงพยาบาลปราสาท การทราบถึงสาเหตุจะช่วยในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมาก.

คำสำคัญ : แคลอรี, หอผู้ป่วยวิกฤติ, Total Energy expenditure.

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

Abstract

This retrospective descriptive study was mainly evaluate of amount of caloric delivery of critically-ill patients in Prasat Hospital Intensive Care Unit. This study was collect the data between January 1, 2012 to November 1, 2012. Based on Total Energy expenditure (TEE), it was found that in the first week of treatment 32.98 percent of ICU patient did not receive adequate calories. And percent of caloric deficit was decrease by time. Amount of caloric delivery also was found lower in the first period of treatment than later date. Causes of insufficient caloric delivery were inadequate calories order, high gastric residual volume, need to be observed for respiration and be observed for abdominal signs in case of be rule out acute abdominal condition ,respectively. It could be concluded that suboptimal caloric delivery was common in Prasat Hospital Intensive Care Unit. With these identified cause and help us to improving critically-ill patient care.

Keywords : Calories, Intensive Care Unit, Total Energy expenditure.

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตินั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลทั้งการรักษาอย่างเฉพาะเจาะจง (specific treatment) และการรักษาแบบประคับประคอง (supportive treatment) แม้ว่าการดูแลเรื่องการรักษาตัวโรคที่ผู้ป่วยมีนั้นจะเป็นเรื่องหลัก แต่การดูแลประคับประคอง โดยเฉพาะเรื่องสารอาหารที่ให้แก่ผู้ป่วยวิกฤติอย่างเหมาะสม ปัจจุบันมีการกล่าวถึงและได้รับการสนใจมากขึ้นอย่างแพร่หลายในแง่ของการเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และการลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยวิกฤติ

มีการศึกษาก่อนหน้าที่กล่าวถึงการได้รับพลังงานของผู้ป่วยติดลบ (negative calorie balance) ว่าสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ภาวะแทรกซ้อนเกิดบ่อยขึ้น อัตราการติดเชื้อมากขึ้น และใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น¹ และการการมีภาวะสมดุลของพลังงานติดลบมากกว่า 4,000 กิโลแคลอรี สัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ ภาวะหายใจล้มเหลว การเกิด ARDS และภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มากขึ้น² และในการปฏิบัติจริงของการดูแลผู้ป่วย แม้ในต่างประเทศก็ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงได้รับสารอาหารน้อยกว่าที่จำเป็นต้องได้รับ พบว่าหากตั้งเป้าหมายการให้สารอาหารไว้ที่ 27 kcal/kg/day จะมีผู้ป่วยเพียงหนึ่งในสาม เท่านั้นที่จะได้รับพลังงานอย่างพอเพียงจริง³ การที่ไม่ได้รับพลังงานที่เพียงพออาจเนื่องมาจากตัวโรคของผู้ป่วยที่ทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานผิดปกติ หรือจากการคำนวณปริมาณสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับไม่ถูกต้อง

ความสำคัญของสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันจึงมีความสำคัญมาก ดังที่สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ และทางเดินอาหารแห่งสหรัฐอเมริกา⁴ และแห่งยุโรป⁵ ได้ให้ความสำคัญของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤติ และเสนอหลักการให้อาหารว่าการให้อาหารทางเดินอาหาร (EN) ปลอดภัยกว่าและส่งผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่าการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (PN) และเพื่อให้ได้ผลดีควรเริ่มให้เร็ว คือภายใน 24 - 48 ชั่วโมงแรก เมื่อเข้ารับรักษาหากว่าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ

ที่ดี และไม่มีข้อห้ามของการให้อาหารทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลปราสาท เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีหอผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 7 เตียง ได้เริ่มมีการรักษาผู้ป่วยวิกฤติทางด้านอายุรกรรม มาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2554

โดยโรคส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษามีหอผู้ป่วยวิกฤติเป็นภาวะทางอายุรกรรม จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมโรงพยาบาลปราสาท พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถทานอาหารได้เองทางปาก ไม่ว่าจะจากการกลืนที่ผิดปกติ หรือต้องใช้ท่อช่วยหายใจ จึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารทางสายยาง (nasogastric tube) แทน โดยในผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยางนี้เองก็มักได้รับการแจ้งอยู่เสมอว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับอาหารได้ โดยมีสาเหตุต่างๆ ได้แก่อาหารค้างในกระเพาะมาก อาหารไม่ย่อย มีเลือดออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น การตัดสินใจว่าจะให้อาหารต่อไปหรือไม่เป็นไปตามความเห็นของแต่ละคน โดยไม่ได้มีแนวทางการดูแลที่มีหลักการที่ชัดเจน และเมื่อมีการงดหรือเลื่อนมื้ออาหารออกไป ทำให้ไม่ได้รับอาหารครบตามที่คำสั่งการรักษาจากแพทย์ หรือแม้แต่ความเข้าใจในเรื่องพลังงานที่ผู้ป่วยนั้นพึงได้รับก็ขาดไป โดยตัวเลขที่แท้จริงของผู้ป่วยที่ได้รับพลังงานไม่เพียงพอ และสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ นั้นยังไม่เคยมีการรวบรวมเพื่อนำมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอจนนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนาแต่อย่างใด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีหอผู้ป่วยวิกฤติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2555 จนถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2555 โดยบันทึกข้อมูลพื้นฐาน เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง การวินิจฉัยแรกรับ ปริมาณ Calories ที่แพทย์สั่ง และที่ได้รับจากอาหารทางสายในแต่ละวัน รวมทั้งปริมาณน้ำเกลือที่มีส่วนผสมของ dextrose เพื่อนำมาคิดเป็นปริมาณ Calories โดยเริ่มบันทึกตั้งแต่วันแรกที่รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติจนกระทั่งจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤติ การคำนวณพลังงานที่ผู้ป่วยแต่ละรายพึงได้รับตาม Total Energy expenditure (TEE) โดยค่า TEE นี้ จะถูกนำมาเป็นค่าอ้างอิงในการพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับพลังงานที่เพียงพอหรือไม่ โดยเทียบพลังงานที่ได้รับเป็นร้อยละของ TEE

การคำนวณ Totalenergyexpenditure⁶ โดยใช้สูตร $TEE = BEE \times A \times S \times F \times BEE = \text{Basal energy expenditure}$

TEE เป็นการประมาณพลังงานที่ผู้ป่วยพึงได้รับที่ได้รับการยอมรับใช้อย่างแพร่หลาย เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของปริมาณแคลอรีในการรักษา และใช้เป็นตัววัดว่าผู้ป่วยได้รับพลังงานเพียงพอหรือไม่ด้วย⁶ และจะไม่เก็บข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยทานเองทางปาก เนื่องจากข้อมูลของปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยทานเองทางปากนั้นยากต่อการคะเน

ผลการศึกษา

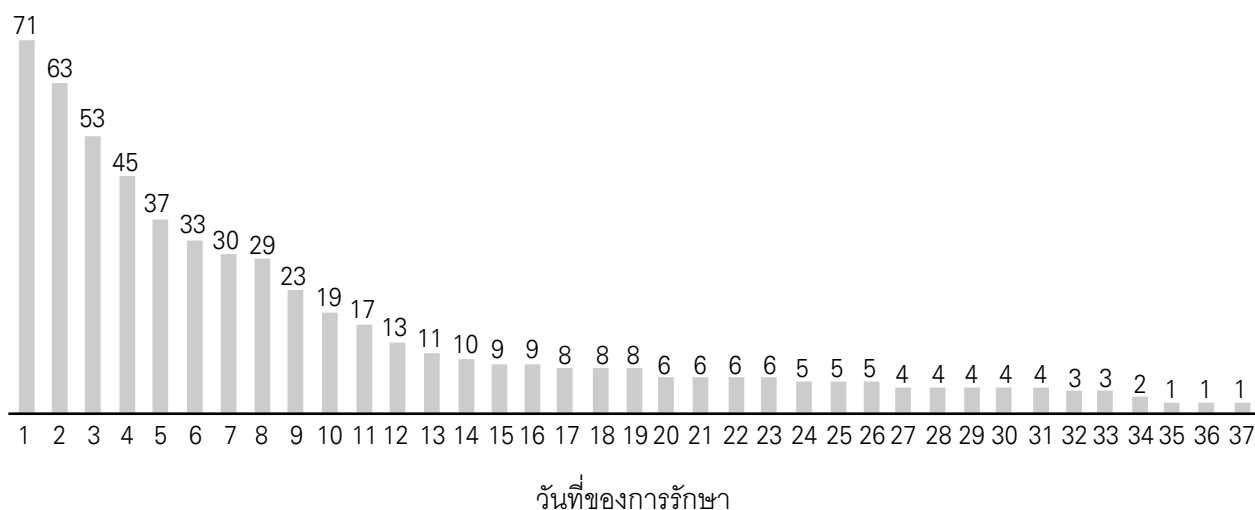
จากผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤตแผนกอายุรกรรม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - วันที่ 1 พฤศจิกายน 2555 ที่เข้าเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 72 ราย ตามตารางที่ 1/ภาพ 1, 2 และ 3

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

รายการ	จำนวน
เพศ	
ชาย	39 ราย
หญิง	33 ราย
อายุเฉลี่ย	64.7 ปี (24-109 ปี)
การวินิจฉัยโรค	
Bacterial pneumonia	28 ราย
Sepsis	8 ราย
COPD with exacerbation	7 ราย
Congestive heart failure	6 ราย
Urinary tract infection	5 ราย
Acute myocardial infarction	3 ราย
Ischemic Stroke	3 ราย
Malignancy	2 ราย
Liver Cirrhosis	2 ราย
Upper GI hemorrhage	1 ราย
Acute pancreatitis	1 ราย
วินิจฉัยอื่นๆ	6 ราย

ภาพที่ 1 จำนวนวันที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ

จำนวนผู้ป่วย (ราย)



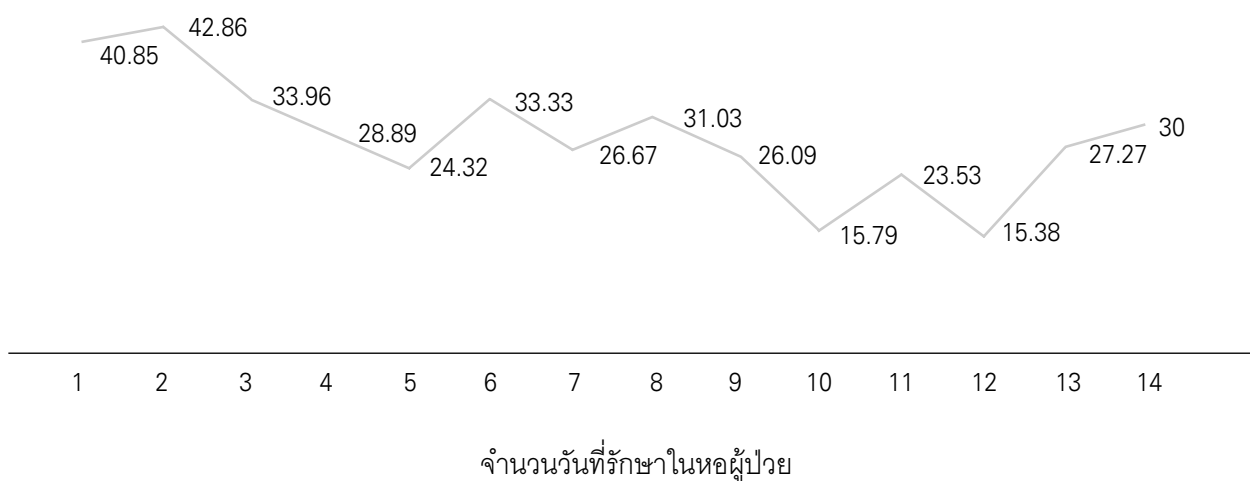
จากตารางและภาพที่ 1 ร้อยละ 42.25 (30 ราย) ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา เข้ารับรักษาเป็นจำนวน 7 วัน และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12.68 (9 ราย) ที่มีจำนวนวันของการรักษาที่มากกว่า 14 วัน และจำนวนผู้ป่วยลดลงเรื่อยๆ

ตามจำนวนวันที่มากขึ้น และมีเพียงรายเดียวที่จำนวนวันของการรักษาที่มากกว่า 34 วัน (ช่วงวันของการรักษาตัว 1-37 วัน)

ในช่วงวันแรกๆ โดยเฉพาะในช่วงอาทิตย์แรกของการรักษา เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มของการได้รับพลังงานที่ต่ำกว่าค่า TEE มากกว่าในช่วงวันหลังของการรักษา

และตลอดทั้ง 7 วันแรกของการรักษานั้น มีผู้ป่วยที่ได้รับพลังงานน้อยกว่าที่ควรจะได้ถึงร้อยละ 32.98

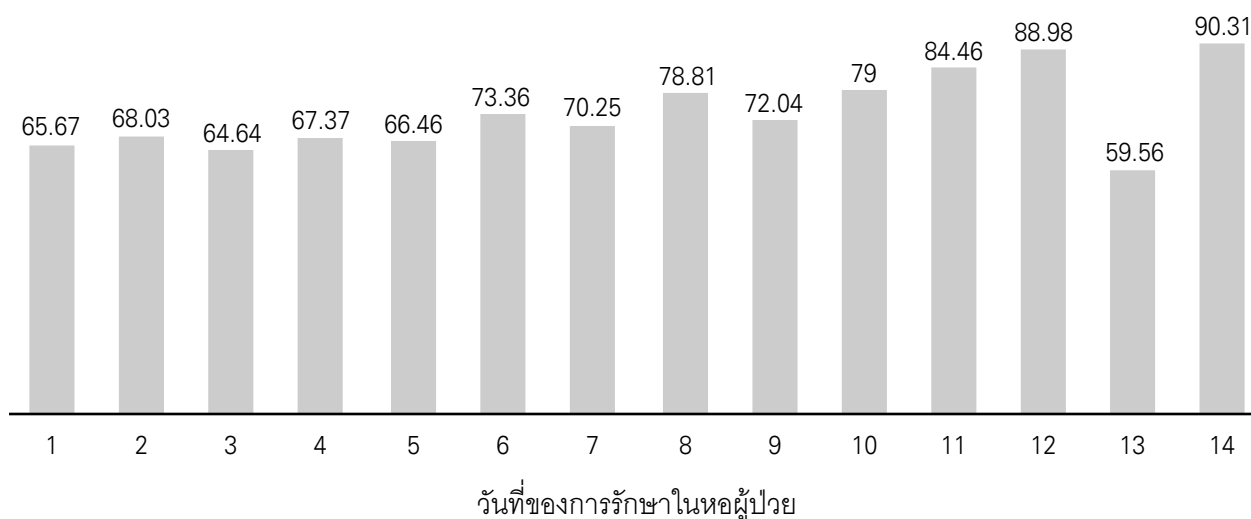
ภาพที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับพลังงานต่ำกว่า TEE



นอกจากจำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับพลังงานไม่ครบในวันแรกๆของการรักษาที่มากกว่าในช่วงวันหลังแล้ว ค่าเฉลี่ยปริมาณพลังงานที่ได้รับเมื่อเทียบกับ TEE ในช่วงวันแรกของการรักษาก็น้อยกว่าในช่วงวันหลังด้วย โดยใน

วันที่หนึ่งของการรักษานั้น ผู้ป่วยได้รับพลังงานคิดเป็นร้อยละ 65.67 ของ TEE และร้อยละของพลังงานที่ได้รับเมื่อเทียบกับ TEE เริ่มเพิ่มขึ้นตามจำนวนวันนที่รับการรักษา ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 พลังงานที่ผู้ป่วยได้รับคิดเป็นร้อยละของ TEE



ตาราง 2 สาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับพลังงานไม่ครบตาม TEE จำแนกตามวันที่เข้ารับการรักษา

วันที่ รักษา	จำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับพลังงาน ไม่ครบตาม TEE	สาเหตุของการได้รับพลังงานต่ำกว่า TEE(ครั้ง)			
		อาหารค้าง มาก	ต้องเฝ้าระวังเรื่อง ของทางเดินหายใจ	ต้องประเมินอาการ ทางหน้าท้อง	คำสั่งการรักษา ที่น้อยกว่าค่า TEE
1	29	7	0	2	22
2	27	8	0	2	19
3	18	6	2	2	14
4	13	2	3	1	10
5	9	2	1	1	5
6	11	2	2	0	5
7	8	0	1	1	6
8	9	1	1	1	6
9	6	2	2	0	4
10	3	1	0	0	2
11	4	0	2	0	2
12	2	0	0	0	1
13	3	2	1	0	2
14	3	1	0	0	2

เมื่อลงรายละเอียดของการได้รับพลังงานที่น้อยกว่าค่า TEE ที่พบในการรวบรวมข้อมูลนั้นสามารถจำแนกสาเหตุ ออกได้เป็น 4 ประการ ได้แก่

1. การมีอาหารค้างในกระเพาะอาหาร
 2. งดอาหารเพื่อป้องกันการสำลักลงปอดกรณีก่อนหรือหลังใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังทางเดินหายใจที่อาจมีปัญหา หรือการเตรียมก่อนเอาท่อช่วยหายใจออก (extubation)
 3. งดอาหารทางสายเนื่องจากผู้ป่วยต้องระวังภาวะฉุกเฉินทางช่องท้อง โดยต้องประเมินอาการทางหน้าท้อง (abdominal sign)
 4. คำสั่งการรักษาที่น้อยกว่าค่า TEE
- และวิเคราะห์โดยรวม 14 วันของการรักษา พบว่าสาเหตุจากคำสั่งการรักษาที่น้อยกว่าค่า TEE พบมากที่สุด (ร้อยละ 62 จากสาเหตุทั้งหมด) รองลงมาคือการมีอาหารค้างในกระเพาะ (ร้อยละ 21) งดอาหารเพื่อป้องกันการสำลักลงปอดกรณีก่อนหรือหลังใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังทางเดินหายใจที่อาจมีปัญหาหรือการเตรียมก่อนเอาท่อช่วยหายใจออก (extubation) (ร้อยละ 10) และงดอาหารทางสายเนื่องจากผู้ป่วยต้องระวังภาวะฉุกเฉินทางช่องท้อง โดยต้องประเมินอาการทางหน้าท้อง (ร้อยละ 7) ตามลำดับ

วิจารณ์

การดูแลเรื่องสารอาหารในภาวะวิกฤติอายุรกรรมเป็นหนึ่งในหัวข้อของการดูแลรักษาที่สำคัญ นอกเหนือจากการรักษาจำเพาะ อย่างไรก็ดี จากการศึกษาพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมโรงพยาบาลปราสาท ปริมาณไม่น้อยที่ได้รับพลังงานน้อยกว่าที่ควรจะได้ โดยในวันแรกกว่าร้อยละ 40.85 ได้รับพลังงานน้อยกว่าที่ควรจะได้ และตลอดทั้ง 7 วันแรกของการรักษานั้น มีผู้ป่วยที่ได้รับพลังงานน้อยกว่าที่ควรจะได้ถึงร้อยละ 32.98 นับเป็นปริมาณผู้ป่วยที่มาก

การได้รับพลังงานที่น้อยเกินไป สาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดในทุกช่วงวันของการรักษา คือ การสั่งการรักษาที่ให้พลังงานแก่ผู้ป่วยน้อยเกินไป เนื่องด้วยทางปฏิบัติเพียงคะแนนปริมาณอาหารที่ให้แก่ผู้ป่วยยังไม่ได้มีการนำเอาการคำนวณหาพลังงานที่ผู้ป่วยพึงได้รับมาใช้ (ไม่ว่าโดยวิธีการคิดแบบใด) และในทางกลับกัน จึงมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยอีก

ส่วนหนึ่งได้รับสารอาหารที่มากเกินไปกว่าที่ควรได้ไปมาก จนอาจส่งผลเสียได้

สาเหตุรองลงมาของการที่ได้รับพลังงานน้อยเกินไป คือ การที่ยังมีอาหารค้างในกระเพาะมาก ซึ่งจากการได้สอบถามจากบุคลากร ในการปฏิบัตินั้น ถือเอาตามเกณฑ์ว่า หากก่อนที่จะให้อาหารมือต่อไปตรวจพบว่ามีการค้างอยู่ในกระเพาะ มากกว่า 200 มิลลิลิตร จะงดให้อาหารมือนั้นๆ ไป

เรื่องของอาหารที่ค้างในกระเพาะอยู่มากนั้น เป็นเรื่องที่พบได้บ่อยในทุกแห่ง เนื่องจากกังวลเรื่องการสำรอกอาหารอันทำให้เกิดปอดอักเสบตามมา จากผลงานวิจัยโดยต่างประเทศที่สำรวจ ICU 99 หน่วย พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยใน ICU ถูกงดให้อาหารทางปากเนื่องจากพบว่ามีการค้างในกระเพาะสูง⁷ อันนำมาสู่การที่ได้รับสารอาหารที่ไม่ครบ

ส่วนเรื่องของการกังวลว่าจะเกิดการสำรอกนั้น ผลการศึกษาการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณอาหารที่ค้างในกระเพาะ กับการขย้อนและการสำลักอาหาร ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการขย้อนและการสำลักอาหารมิได้สัมพันธ์กับปริมาณอาหารที่ค้างในกระเพาะ โดยพบว่าไม่มีความแตกต่างของปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างปริมาณอาหารที่ค้างในกระเพาะ 400 มล. เทียบกับ 200 มล.⁸ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ทางสมาคม ASPEN⁴ แนะนำแนวทางปฏิบัติ เมื่อพบอาหารค้างในกระเพาะสูงดังนี้

- หากอาหารที่ค้างในกระเพาะน้อยกว่า 200 มล. ควรให้อาหารต่อไป

- หากอาหารที่ค้างในกระเพาะ อยู่ระหว่าง 200 - 500 มล. ควรให้ต่อไปแต่ยกศีรษะขึ้น ใช้ Prokinetic agent อาจเปลี่ยนสูตรอาหารที่ย่อยและดูดซึมได้ง่ายและให้ Opioid antagonist

- หากปริมาณอาหารที่ค้างในกระเพาะมากกว่า 500 ml ควรให้อาหารทางลำไส้เล็ก หรือให้อาหารทางเส้นเลือดดำทดแทน ส่วนอีกสองสาเหตุที่เหลือ คือ งดอาหารเพื่อป้องกันการสำลักลงปอดกรณีก่อนหรือหลังใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังทางเดินหายใจที่อาจมีปัญหา หรือการเตรียมก่อนเอาท่อช่วยหายใจออก (extubation) และงดอาหารทางสายเนื่องจากผู้ป่วยต้องระวังภาวะฉุกเฉินทางช่องท้อง โดยต้องประเมินอาการทางหน้าท้องนั้น มีความจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยงดจริงๆ และ

เป็นการทรงระยะเวลาไม่นาน อาจมีแนวทางให้พิจารณา
เพิ่มปริมาณพลังงานที่ให้แกผู้ป่วยโดยทางเส้นเลือดดำได้

ประสบการณ์ด้านต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยยังต้อง
อาศัยเวลาในการเรียนรู้และปรับปรุงพัฒนา เพื่อการมี
ศักยภาพและประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้น

ไปในภายหน้า การพัฒนาเรื่องการดูแลให้ผู้ป่วยวิกฤติ
ได้รับพลังงานอย่างเหมาะสมเป็นอีกเรื่องที่มีความสำคัญ
และสามารถพัฒนาได้อีกมาก โดยทั้งสาเหตุที่พบจาก
การศึกษานำมาทำความเข้าใจแก่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย และ
จัดทำแนวทางการดูแลเรื่องสารอาหารแก่ผู้ป่วยวิกฤติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Villet S, Chiolerio RL, Bollmann MD, et al. **Negative impact of hypocaloric feeding and energy balance on clinical outcome in ICU patients.** Clin Nutr 2005; 24 : 502-9.
2. Dvir D, Cohen J, Singer P. **Computerized energy balance and complications in critically ill patients: An observational study.** Clin Nutr. 2006; 25 : 37-44.
3. Krishnan J.A., Parce P.B., Martinez A., et al : **Caloric intake in medical ICU patients : consistency of care with guidelines and relationship to clinical outcomes.** Chest 2003; 124 : 297.
4. Robin Bankhead,et al. **Enteral Nutrition Practice Recommendations.** Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. Volume 33 Number 2; March/April 2009; 122-167.
5. K.G. Kreyman et al. **ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition : Intensive care.** Clin nutrit. 2006 Apr; 25(2) : 210-23.
6. WHO. 1985. **Energy and protein requirements : Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation.** WHO Technical Report Series No. 724. Geneva.
7. Heyland D. CCM. **Enteral nutrition in the critically ill patient : a prospective survey.** Crit Care Med. 1995 Jun; 23(6) : 1055-60.
8. McClave. **Poor validity of residual volumes as a marker for risk of aspiration in critically ill patients.** Crit Care med. 2005 Feb; 33(2) : 324-30.

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับขาเทียมระดับเหนือเข่าและใต้เข่า

Quality of life of above knee and below knee amputees after receiving prosthesis

สุวิมล เสงี่ยมศักดิ์*

Suwimon Sa-ngiamsak*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับขาเทียมระดับเหนือเข่าและใต้เข่า

รูปแบบและวิธีการวิจัย : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ซึ่งกลุ่มประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับขาเทียมระดับเหนือเข่าหรือใต้เข่าข้างใดข้างหนึ่ง ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2554 - มิถุนายน 2555 โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 85 เป็นเพศชาย 53 คน ร้อยละ 16 เป็นเพศหญิง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 17.5 เป็นระดับเหนือเข่า 11 คน และร้อยละ 82.5 เป็นระดับใต้เข่า 52 คน ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เท่ากับ 24.59 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเท่ากับ 22.62 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมเท่ากับ 10.10 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 27.32 คะแนน คุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 91.32 คะแนน คุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับกลาง ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย และด้านจิตใจ พบว่า เพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง ส่วนความเพียงพอต่อรายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกว่าร่าเริงได้นั้นเพียงพอ มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกว่าร่าเริงได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คือ ระยะเวลาที่ได้ใช้ขาเทียม โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้ใช้ขาเทียมมานาน 6 เดือน - 1 ปี และ 1 - 5 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและในผู้ป่วยที่ได้ใช้ขาเทียมมานาน 6 เดือน - 1 ปี และ 5 - 10 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป : จากผลการศึกษาคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับกลาง ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยขาขาด, ขาเทียม.

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลระยอง

Abstract

Objectives : To study quality of life (QOL) of above knee and below knee amputees after receiving prosthesis.

Methods design : Cross-sectional descriptive study Sixty-three patients who received above knee or below knee prosthesis in Sisaket hospital during July 2011 - June 2012 and Subjects were interviewed with a 2-part questionnaire : demographic data and WHOQOL - BREF - THAI

Results : There were 84% males and 16% females with an average age of 45 years old; 17.5% above knee and 82.5% below knee amputees. The average QOL scores of physical, social relationships, environmental and overall were 24.59, 10.10 , 27.32 and 91.32 respectively. These reflected the moderate level of quality of life. The average QOL scores of psychological was 22.62. This reflected the good level of quality of life. Besides, sex affected physical, psychological and overall QOL score. Male amputees had a higher physical, psychological and overall QOL score than female amputees. Furthermore, income satisfaction were significantly related with environmental and overall QOL score. Those with income satisfaction had a higher environmental and overall QOL score than those without satisfaction. Period to use prosthesis affected social relationships QOL score. Amputees using prosthesis for 6 months-1 year and 1-5 years had QOL score were significantly different and amputees using prosthesis for 6 months-1 year and 5-10 years had QOL score were significantly different together.

Conclusion : Above knee and below knee amputees had moderate QOL score of physical, social relationships, environmental, overall and good QOL score of psychological which were influenced by sex, income satisfaction and period to use prosthesis.

Keywords : Quality of life, amputee, lower limb prosthesis.

บทนำ

ผู้ป่วยที่ได้รับความเทียมระดับเหนือเข่าและใต้เข่า ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นจากอุบัติเหตุ โรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง ที่นำไปสู่การถูกตัดขา เมื่อผู้ป่วยต้องสูญเสียขาข้างใดข้างหนึ่งไป ถือว่าเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ อันเป็นผลให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาได้ ทั้งการจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งการทำกิจวัตรประจำวันหลัก การประกอบอาชีพ หายรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว เป็นภาระแก่ครอบครัว และสังคม ทั้งยังส่งผลให้มีการจำกัดกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมได้ในสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น¹ ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขาเหนือเข่าจากสาเหตุที่ไม่ได้เกิดจากหลอดเลือด มีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงในทุกมิติ² ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขาจากอุบัติเหตุ พบว่า คุณภาพชีวิตต่ำลงในทุกมิติ^{3,4} ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขาเหนือเข่าจากภาวะสงคราม และในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขา คุณภาพชีวิตลดลงในทุกมิติ ยกเว้น ทางด้านจิตใจ ในปี ค.ศ. 2006 และการศึกษา ปี ค.ศ. 1993^{5,6} พบปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วย ส่วนการศึกษาของพัทธีปียา ในปี พ.ศ. 2553⁷ พบผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขา มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ เช่นเดียวกับการศึกษาในปี ค.ศ. 1991 และการศึกษาในปี ค.ศ. 2004^{8,9} และยังพบว่าเกือบหนึ่งในสาม รู้สึกไม่สุขสบายเมื่อใส่ขาเทียม นอกจากนี้ ยังมีปัญหาด้านสุขภาพกายและความเจ็บปวด¹⁰ โดยหนึ่งในสี่เกิดจาก อาการปวดที่ตอขา และแผลกดทับ¹¹ ครั้งหนึ่งที่ไม่พอใจกับขาเทียมที่ได้เนื่องจากมีปัญหาแผลกดทับ และปวดที่ตอขา ปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดการจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ¹² ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขาจากอุบัติเหตุได้รับความเทียมช่วยให้สามารถเดินได้เอง และระดับการช่วยเหลือตนเองสัมพันธ์กับระยะเวลาตั้งแต่การตัดขา¹³

ในปี ค.ศ. 1998¹⁴ ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ขาเทียมในผู้ที่ถูกตัดขาใต้เข่าและเหนือเข่า พบว่า กิจกรรมนอกบ้านปวดที่ตอขาและแผลกดทับเป็นปัจจัยแง่ลบ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2001 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ร้อนและเหงื่อออกมากของตอขาในเช้า และเกิดแผลกดทับส่วนการศึกษาในปี ค.ศ. 1991 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของชีวิต ได้แก่ สถานะภาพสมรส และการได้รับการจ้างงาน และการศึกษา⁷ ปัจจัยที่มีผลต่อ

คุณภาพชีวิต คือ รายได้ตนเอง รายได้เพียงพอ สาเหตุการตัดขา และอายุ

จากการศึกษาหลายแห่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับความเทียมระดับเหนือเข่าและใต้เข่า มีปัญหาต่างๆ ตามมา นอกจากผู้ป่วยเบาหวาน โรคหลอดเลือด มะเร็ง การติดเชื้อหรืออุบัติเหตุที่อาจนำไปสู่การตัดขาแล้ว โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดติดชายแดน บางครั้งมีปัญหาเรื่องเขตแดน ทหาร ตำรวจ และอาสาสมัคร ที่ได้รับบาดเจ็บหรือพิการไปเหยียบกับระเบิด เป็นเหตุให้ต้องถูกตัดขา ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่พบได้บ่อย ดังนั้น โรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับความเทียมระดับเหนือเข่า และใต้เข่า

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับความเทียมระดับเหนือเข่าหรือใต้เข่าข้างใดข้างหนึ่ง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2554 ถึงมิถุนายน 2555 โดยศึกษาข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) แบบสอบถามและให้คำยืนยันในการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ จากการให้ข้อมูลและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ ที่ไม่ต้องการตอบก็ได้ ถ้ามีข้อสงสัยสอบถามได้ ถ้ามีผู้ถาม โดยอ่านให้ผู้ป่วยฟังเท่านั้น ไม่มีการชี้แจงอันนำไปสู่การโน้มน้าวในคำตอบวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต คิดเป็นคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ Mann-Whitney test และ Kruskal-Wallis Test เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา จำนวน 63 คน เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 84.1 เพศหญิงร้อยละ 15.9 มีอายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี

สาเหตุมาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 41.3 และสาเหตุรองลงมาเกิดจากเหยียบกับระเบิด ร้อยละ 19 โดยร้อยละ 82.5 เป็นระดับใต้เข่า โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ

61.9 เป็นช่างขวา ร้อยละ 49.2 ใช้ขาเทียมมานานมากกว่า 10 ปี โดยร้อยละ 76.2 ใช้ขาเทียม 12-24 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 21 เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับขาเทียมนี้ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพลดลง และร้อยละ 27 ไม่ได้ทำงานแล้ว

ส่วนข้อมูลด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 41.3 มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000- 5,000 บาท ต่อเดือน และร้อยละ 66.7 เห็นว่ารายได้ไม่เพียงพอ

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับ

กลางๆ ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม คือ เพศ ($p = 0.009$) และความเพียงพอต่อรายได้ ($p = 0.008$) โดยพบว่า เพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง และกลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกว่ารำยไถ่นั้นเพียงพอ มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกว่ารำยไถ่นั้นไม่เพียงพอ นอกจากนี้ เพศยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

คะแนน	ต่ำสุด	สูงสุด	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
สุขภาพกาย	17	35	35	24.59	3.888	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ
จิตใจ	13	30	30	22.62	4.038	คุณภาพชีวิตที่ดี
สังคม	5	14	15	10.10	1.915	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ
สิ่งแวดล้อม	12	38	40	27.32	4.829	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ
คะแนนรวม	52	121	130	91.32	12.148	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน (ด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม)

ปัจจัย	ค่า p-value				
	คะแนนคุณภาพชีวิต				
	โดยรวม	สุขภาพกาย	จิตใจ	สังคม	สิ่งแวดล้อม
อายุ	P=0.208	P=0.250	P=0.327	P=0.052	P=0.342
เพศ	P=0.009	P=0.005	P=0.021	P=0.223	P=0.081
อาชีพ	P=0.463	P=0.136	P=0.633	P=0.308	P=0.607
รายได้ (บาท/เดือน)	P=0.857	P=0.612	P=0.833	P=0.612	P=0.938
สถานภาพสมรส	P=0.491	P=0.893	P=0.377	P=0.124	P=0.782
การศึกษา	P=0.286	P=0.423	P=0.182	P=0.191	P=0.837
โรคประจำตัว	P=0.715	P=0.189	P=0.963	P=0.317	P=0.848
สาเหตุ	P=0.474	P=0.291	P=0.528	P=0.816	P=0.570
ระยะเวลาที่ได้ใช้ขาเทียม	P=0.163	P=0.170	P=0.214	P=0.040	P=0.367
ระยะเวลาที่ใช้ขาเทียมต่อวัน	P=0.518	P=0.511	P=0.522	P=0.530	P=0.457
ความเพียงพอต่อรายได้	P=0.008	P=0.082	P=0.051	P=0.570	P=0.002
ระดับขา	P=0.828	P=0.669	P=0.906	P=0.369	P=0.778
ช่างขาเทียม	P=0.123	P=0.096	P=0.760	P=0.131	P=0.150

บทวิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ทางด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับกลาง ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี^{3,4} มีคุณภาพชีวิตลดลง ในทุกมิติ ยกเว้นทางด้านจิตใจ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจากภาวะสงคราม เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทหารผ่านศึก พบสาเหตุจากการเหยียบกับระเบิดสูงเป็นอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร ที่บาดเจ็บจากการต่อสู้เพื่อป้องกันประเทศชาติ มักได้รับการดูแลอย่างดีจากต้นสังกัด รวมถึงมูลนิธิสหายใจไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ให้การช่วยเหลือทั้งด้านการเงินและสายพัฒนาอาชีพ ทำให้พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากถึงแม้จะมีอาชีพใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพการใช้นายอมไม่เหมือนชาจริง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง อาจเนื่องจากเพศชายมีความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายมากกว่า ทำให้มีผละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกว่าร่ายได้นั้นเพียงพอ มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่ม

ผู้ป่วยที่รู้สึกว่าร่ายได้ไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับการศึกษาของพัทธิยา และคณะ⁷ ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกว่าร่ายได้นั้นเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้ ย่อมทำให้รับรู้ได้ถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี นอกจากนี้ระยะเวลาที่ได้ใช้ชาเทียมยังมีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคม การรับรู้ที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการได้ช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมได้ ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตทุกๆ ด้านให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะการส่งเสริมพัฒนาอาชีพให้แก่ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาให้สามารถกลับไปประกอบอาชีพและมีรายได้เพียงพอ และมีการประสานงาน กับผู้เกี่ยวข้องให้ผู้ป่วยชาชาติได้รับชาเทียมที่เหมาะสมรวมถึง ให้ได้รับการฝึกใช้ชาเทียมได้อย่างคล่องแคล่วเพื่อใช้ในการดำรงชีวิต และเนื่องจากระยะเวลาที่ได้ใช้ชาเทียม มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตจึงควรมีการติดตามดูแลผู้ป่วยเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง เมื่อมีปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม

โดยสรุป คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับกลาง ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี สืบเนื่องมาจากได้รับการส่งเสริมด้านการพัฒนาอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องใช้ชาเทียมสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.เดือนฉาย โพธิ์งาม ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ พญ.นฤมล กมลสวัสดิ์ ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Hagberg K, Branemark R. **Consequences of non vascular trans-femoral amputation : A survey of quality of life, prosthetic use and problems.** Prosthet Orthot Int; 2001 (25 : 186-94).
2. Pezzin LE, Dillingham TR, Mackenzie EJ. **Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related amputations.** Arch Phys Med Rehabil; 2000 (81 : 292-300).
3. Dougherty, Paul J. **Long term follow up of unilateral transfemoral amputees from the Vietnam war.** J Trauma; 2003 (54 : 718-23).
4. Legro MW, et al. **Issues of importance reported by persons with lower limb amputations and prostheses.** J Rehabil Res Dev; 1999 (36 : 1-15)
5. Graham L, Parke RC, et al. **A study of the physical rehabilitation and psychological state of patients who sustained limb loss as a result of terrorist activity in Northern Ireland 1969-2003.** Disabil Rehabil. 2006; 28 : 797-801.
6. Nicholas JJ, Robinson LR, et al. **Problems experienced and perceived by prosthetic patients.** J Prosthet Orthot; 1993 (5 : 16-9).
7. พัทธิปียา สิริสาพร และคณะ. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการขาเทียมระดับเหนือเข่าและใต้เข่า.** เวชศาสตร์ฟื้นฟู; 2553 (20 : 4-9).
8. Nielsen CC, et al. **A survey of amputees: functional level and life satisfaction, information needs, and the prosthetist's role.** J Prosthet Orthot; 1991 (3 : 125-9).
9. Pezzin LE, Dillingham TR, et al. **Use and satisfaction with prosthetic limb devices and related services.** Arch Phys Med Rehabil; 2004 (85 : 723-9).
10. Smith DG, Paul H, et al. **Prosthetic history, prosthetic charge and functional outcome of the isolated traumatic below knee amputation.** J Trauma; 1995 (38 : 44-7).
11. Dillingham TR, et al. **Use and satisfaction with prosthetic devices among persons with trauma-related amputations : A long term outcome study.** Am J Phys Med Rehabil; 2001 (80 : 563-71)
12. Demet K, Martinet N, et al. **Health related quality of life and related factors in 539 persons with amputation of upper and lower limb.** Disabil Rehabil; 2003 (25 : 480-86).
13. Burger H, Marincek C, et al. **Mobility of persons after traumatic lower limb amputation.** Disabil Rehabil; 1997 (19 : 272-7).
14. Gauthier F, et al. **Predisposing factors related to prosthetic use by people with a transtibial and transfemoral amputation.** J Prosthet Orthot; 1998 (10 : 4 : 99-109).

ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของมารดาครรภ์แรก ที่คลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ANXIETY AND FATIGUE OF FIRST TIME MOTHERS WITH NORMAL DELIVERY AND CAESAREAN SECTION

อรุณี ศรีสุยง^{*}, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล^{**}
Arune Srisuying^{*}, Soiy Anusorntheerakul^{**}

บทคัดย่อ

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ (descriptive comparison research) กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ จำนวน 108 ราย เป็นมารดาที่คลอดปกติ 54 ราย และมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน 54 ราย การประเมินความวิตกกังวลต่อการคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ดัดแปลงจากแบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger การประเมินความเหนื่อยล้าหลังคลอดในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ดัดแปลงจากแบบประเมินความเหนื่อยล้า ของ Pugh et al. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลในระยะคลอด และระดับความเหนื่อยล้าหลังคลอดของมารดาที่คลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2. ศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลในระยะคลอดและระดับความเหนื่อยล้าหลังคลอด ระหว่างมารดาที่คลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ผลการวิจัย : มารดาครรภ์แรกที่คลอดปกติมีคะแนนความวิตกกังวลต่อการคลอดในระดับเล็กน้อย ส่วนมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินมีความวิตกกังวลต่อการคลอดระดับปานกลาง

มารดาครรภ์แรกที่คลอดปกติมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อยทั้งในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ส่วนมารดาครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินมีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง ทั้งในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด

มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินมีระดับความวิตกกังวลในระยะคลอดและมีระดับความเหนื่อยล้าหลังคลอดในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด มากกว่ามารดาที่คลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ : ความวิตกกังวล, ความเหนื่อยล้า, การคลอดปกติ, การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.

^{*} นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^{**} รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Abstract

The purpose of this descriptive comparison research was to study intrapartum anxiety level, postpartum fatigue level, and compare intrapartum anxiety level, postpartum fatigue level in first time mothers, between normal delivery and caesarean section. The sample was composed of 108 nulliparous, gestational age 37-42 weeks, with 54 normal delivery mothers and 54 emergency caesarean section mothers. Data were collected by using two questionnaires; the anxiety questionnaire based on modified Spielberger collected at 24 hours after delivery, and the fatigue questionnaire based on modified Pugh et al. were collected at 24 and 48 hours after delivery. Data analysis was performed using independent t-test. The results of this study revealed that;

First time mothers with normal delivery had mild anxiety level, while first time mothers with caesarean section had moderate anxiety.

First time mothers with normal delivery had low fatigue level at 24 and 48 hours after delivery, while first time mothers with caesarean section had moderate fatigue level at 24 and 48 hours after delivery.

The first time mothers with caesarean section had statistically significant intrapartum anxiety level, and fatigue level during 24 and 48 hours after delivery higher than normal delivery ($p < .001$).

Keywords : Anxiety; Fatigue; Normal delivery; Caesarean section.

บทนำ

การคลอดซึ่งมีทั้งการคลอดปกติ การคลอดผิดปกติ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวล มารดาที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง จะทำให้มารดาที่มีความกลัวการคลอด^{1,2,3} การคลอดผิดปกติในประเทศไทยจาก ปี 2552-2554 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.95 เป็นร้อยละ 31.09 และเพิ่มเป็นร้อยละ 32.20 ตามลำดับ⁴ เช่นเดียวกับอุบัติการณ์การคลอดในโรงพยาบาลมหาสารคามพบอุบัติการณ์การคลอดผิดปกติมากกว่าการคลอดปกติ คลอดผิดปกติ ร้อยละ 54.56, 55.33 และ 52.48 ปี พ.ศ. 2552-2554 ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน ร้อยละ 55.60-64.52 โดยมีสาเหตุจากการดำเนินการคลอดล่าช้าเนื่องจากภาวะศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานของมารดามากที่สุด⁵ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤติของมารดา⁶ มารดาจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด วิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในระหว่างการผ่าตัดคลอด มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ² ทำให้มารดาหลังคลอดมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่เรียกว่าภาวะเครียดหลังภาวะวิกฤติ⁷ (posttraumatic stress disorder) และทำให้มารดามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด⁸

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การคลอดปกติและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทำให้มารดาที่มีความวิตกกังวลตั้งแต่ระดับเล็กน้อย^{9,10,11} ถึงระดับรุนแรง^{1,12} แม้จะศึกษาในช่วงเวลาเดียวกัน จังยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการคลอดปกติและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนั้น มารดามีระดับความวิตกกังวลในระยะคลอด แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของมารดาในระยะคลอด มีการศึกษามากแล้วและพบว่าให้ผลที่แตกต่างกัน โดยพบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีระดับความวิตกกังวลในระยะคลอดรุนแรงมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ¹³ ส่วนบางการศึกษาพบว่ามารดาที่คลอดปกติมีความวิตกกังวลและกลัวการคลอดปกติมากกว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง¹⁴

ส่วนมารดาในระยะหลังคลอด เป็นระยะที่มารดามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นระยะที่มารดาที่มีความวิตกกังวลและตึงเครียดในการปรับบทบาท

การเป็นมารดา อีกทั้งเป็นช่วงหลังจากที่ร่างกายและจิตใจของมารดาผ่านภาวะวิกฤติจากการคลอด ผ่านความวิตกกังวลในระยะคลอด ตลอดจนการเสียเลือดและพลังงานจากการคลอดทำให้ร่างกายมารดาเหนื่อยล้า ทำให้มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต¹⁵ ทำให้มารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า¹⁶ การศึกษาชนิดของการคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอดที่ผ่านมาส่วใหญ่พบว่ายังมีความขัดแย้งกัน การศึกษามารดาหลังคลอดปกติและมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเหนื่อยล้า ไม่แตกต่างกัน¹⁷ และในประเทศไทยพบว่าชนิดของการคลอดไม่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด¹⁸ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความเหนื่อยล้าหลังคลอดในระดับรุนแรง¹⁹ และมีความเหนื่อยล้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ²⁰

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลในระยะคลอดและระดับความเหนื่อยล้าหลังคลอดของมารดาที่คลอดปกติและมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลในระยะคลอดและระดับความเหนื่อยล้าหลังคลอดระหว่างมารดาที่คลอดปกติ และมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ (descriptive comparison research) กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม 2556 เป็นมารดาที่คลอดปกติ หรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเฉพาะกรณีที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการวินิจฉัยว่าศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานของมารดา (CPD) ที่วินิจฉัยได้ในระยะที่หนึ่ง และระยะที่สองของการคลอด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร²¹

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$$

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลระยะ
คลอด และความเหนื่อยล้าหลังคลอดระหว่างมารดา 2
กลุ่ม คือ มารดาที่คลอดปกติ และมารดาที่ผ่าตัดคลอด
ทางหน้าท้อง โดยการทดสอบแบบทางเดียว กลุ่มตัวอย่าง
สองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (two sample independent group
test) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 108 ราย
โดยแบ่งเป็นมารดาที่คลอดปกติ จำนวน 54 ราย และมารดา
ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน จำนวน 54 ราย
โดยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์
และการคลอด และข้อมูลของมารดาหลังคลอด

แบบประเมินความวิตกกังวล ของ Spielberger²²
ซึ่งฉวี เบาพทรง²³ เรียบเรียงเป็นภาษาไทย คำตอบ 4 ระดับ
คือ ไม่ตรงกับความรู้สึกของมารดาเลย ตรงกับความรู้สึก
ของมารดาบ้างเล็กน้อย ตรงกับความรู้สึกของมารดา
ปานกลาง และตรงกับความรู้สึกของมารดามากที่สุด การ
แปลความหมายของคะแนนใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน
ออกเป็น 3 ระดับ คือ 22-44 คะแนน 45-66 คะแนน และ
67-88 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย
ปานกลาง และรุนแรง ตามลำดับ

แบบประเมินความเหนื่อยล้าหลังคลอด^{24,25} ดัดแปลง
และเรียบเรียงเป็นภาษาไทย คำตอบมี 4 ระดับ คือ ไม่ตรง
กับความรู้สึกของมารดาเลย ตรงกับความรู้สึกของมารดา
บ้างเล็กน้อย ตรงกับความรู้สึกของมารดาปานกลาง และ
ตรงกับความรู้สึกของมารดามากที่สุด การแปลความหมาย
ของคะแนนใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ คือ
30-60 คะแนน 61-90 คะแนน และ 91-120 คะแนน หมายถึง
มีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง
ตามลำดับ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดา
ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย
เป็นมารดาคลอดปกติ 15 ราย และมารดาผ่าตัดคลอด
ทางหน้าท้อง แบบฉุกเฉิน 15 ราย ได้ค่าความเที่ยงแบบ
ประเมินความวิตกกังวลในระยะคลอด .82 และได้ค่า
ความเที่ยงของแบบประเมินความเหนื่อยล้าของมารดา
หลังคลอด เท่ากับ .93

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ 552204
ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2555 และจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

เลขที่ 14/2556 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556

ผลการวิจัย

ความวิตกกังวลในระยะคลอด มารดาครรภ์แรก ที่
คลอดปกติส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.81 มีความวิตกกังวล
ในระยะคลอดอยู่ในระดับเล็กน้อย และมีคะแนนความ
วิตกกังวลเฉลี่ยเท่ากับ 42.40 ± 7.34 คะแนนซึ่งเป็นคะแนน
ความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนมารดาครรภ์แรก
ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.33 มี
ความวิตกกังวลในระยะคลอดอยู่ในระดับปานกลาง มี
คะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยเท่ากับ 55.70 ± 7.92 คะแนน
ซึ่งเป็นคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง โดย
พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความวิตกกังวล
มากกว่ามารดาที่คลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .001

ความเหนื่อยล้าในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด
มารดาที่คลอดปกติส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.66 มีความ
เหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย และมีคะแนนความเหนื่อยล้า
เฉลี่ยเท่ากับ 56.53 ± 14.42 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนความ
เหนื่อยล้าหลังคลอดอยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนมารดาที่ผ่าตัด
คลอดทางหน้าท้องส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.81 มีความเหนื่อยล้า
อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนความเหนื่อยล้า
หลังคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 85.81 ± 12.83 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนน
ความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง โดยพบว่า มารดาที่
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเหนื่อยล้ามากกว่ามารดา
ที่คลอดปกติในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความเหนื่อยล้าในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด
มารดาที่คลอดปกติส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.03 มีความ
เหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย และมีคะแนนความเหนื่อยล้า
เฉลี่ยเท่ากับ 43.40 ± 13.47 คะแนน เป็นคะแนนความ
เหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนมารดาที่ผ่าตัดคลอด
ทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด
ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.23 มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับ
ปานกลาง และมีคะแนนความเหนื่อยล้า เฉลี่ยเท่ากับ
 65.42 ± 13.41 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนความเหนื่อยล้า อยู่ใน
ระดับปานกลางโดยพบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
มีความเหนื่อยล้ามากกว่ามารดาที่คลอดปกติ ในระยะ 48
ชั่วโมงหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 1 ความวิตกกังวลในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอดของมารดาที่คลอดปกติและมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า	ชนิดของการคลอด		t-test	p-value
	การคลอดปกติ	การผ่าตัดคลอด		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
ความวิตกกังวลในระยะคลอด				
ระดับเล็กน้อย (22-44)	64.81	12.97		
ระดับปานกลาง (45-66)	35.19	83.33		
ระดับรุนแรง (67-88)	-	3.70		
(x±SD)	42.40±7.34	55.70±7.92	-9.05***	.000
ความเหนื่อยล้า 24 ชั่วโมงหลังคลอด				
ระดับเล็กน้อย (30-60)	66.66	-		
ระดับปานกลาง (61-90)	31.48	64.81		
ระดับรุนแรง (91-120)	1.86	35.19		
(x±SD)	56.53±14.42	85.81±12.83	-2.83***	.000
ความเหนื่อยล้า 48 ชั่วโมงหลังคลอด				
ระดับเล็กน้อย (30-60)	87.03	24.07		
ระดับปานกลาง (61-90)	9.27	72.23		
ระดับรุนแรง (91-120)	3.70	3.70		
(x±SD)	43.40±13.47	65.42±13.41	-8.50***	.000

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

การอภิปรายผล

มารดาที่คลอดปกติ มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 42.40 ± 7.34 เป็นระดับเล็กน้อย การศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินการคลอดในระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะเวลาการแตกของน้ำคร่ำถึงทารกคลอด อยู่ในเกณฑ์ปกติและมีการดำเนินการคลอดปกติ มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ในการคลอด จึงทำให้มารดาที่คลอดปกติส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระยะคลอดอยู่ในระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาที่มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย⁹ แต่แตกต่างจากการศึกษาความวิตกกังวลของมารดาครรภ์แรกที่คลอดปกติ ในระยะที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร มารดาที่คลอดปกติมีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง¹² เนื่องจากการประเมินความวิตกกังวลของมารดาในระยะคลอด ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินความวิตกกังวลของมารดาที่ระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ตาม

ข้อเสนอของคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ซึ่งมารดาได้ผ่านการคลอดปกติอย่างปลอดภัย และได้เห็นทารกแรกเกิด ได้มีการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารก มารดารับรู้ตัวตนเองและ ทารกปลอดภัยจากการคลอดแล้ว ดังนั้นการถามย้อนหลัง ถึงความรู้สึกของมารดาก่อนคลอด จึงทำให้มารดาประเมิน ความวิตกกังวลของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริงได้

มารดาครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 55.70 ± 7.92 เป็นคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินเป็นปรากฏการณ์ที่มารดาไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าได้ว่าการคลอดจะดำเนินการไปอย่างไร เมื่อมารดาเจ็บครรภ์คลอด มีการเปิดขยายของปากมดลูก การหดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้นมารดาจะยิ่งเจ็บครรภ์คลอดมากขึ้น ส่งผลต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มากขึ้น

รวมทั้งเมื่อมารดาที่มาคลอดต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น การดำเนินการคลอดยาวนานขึ้น จะทำให้ความวิตกกังวลของมารดาเพิ่มขึ้น⁸ เมื่อไม่สามารถ คลอดปกติได้ เนื่องจากภาวะศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานของมารดา และจำเป็นที่จะต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินหรือเร่งด่วน โดยส่วนใหญ่มารดามักจะทราบก่อนการผ่าตัดประมาณไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง ทำให้มารดาใช้เวลาเพียงเล็กน้อยในการปรับตัวต่อความจำเป็นที่จะต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน รวมทั้งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินนั้นเป็นภาวะเจ็บป่วยกะทันหันที่คุกคามความมั่นคงทางด้านจิตใจ เมื่อมารดารับรู้ว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นภาวะเสี่ยง เป็นภาวะอันตราย จะทำให้มารดาที่มีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลมากกว่าปกติหรือมากกว่าระดับเล็กน้อย แตกต่างจากการศึกษาที่พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินจะมีความวิตกกังวลในระยะคลอดอยู่ในระดับรุนแรง²⁶ เนื่องจากการประเมินความวิตกกังวลในระยะคลอด

มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีระดับความวิตกกังวลในระยะคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินนั้น เป็นปรากฏการณ์ที่นอกเหนือการควบคุมของมารดา ทำให้มารดารู้สึกถูกคุกคาม เป็นอันตราย และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินเป็นสิ่งที่มารดาไม่ได้มีการวางแผนหรือไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้ามาก่อน ทำให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความวิตกกังวลมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ^{1,13,26} ต่างจากมารดาที่คลอดปกติมีความวิตกกังวลมากกว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง²³ การศึกษาในมารดาระยะตั้งครรภ์ ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางด้านการแพทย์ แต่มีความต้องการที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดารับรู้ว่าการคลอดปกติเป็นความเจ็บปวด แต่หากมารดาเลือกที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะทำให้มารดาพ้นจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด²⁷ มารดาที่เลือกผ่าตัดหน้าท้องจึงมีความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติ³

ความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด มารดาที่คลอดปกติมีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 56.53 ± 14.42 และ 43.40 ± 13.47 ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด

ตามลำดับซึ่งเป็นคะแนนความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ทั้ง 2 ระยะ ระยะเวลาในการคลอดของมารดา เป็นไปตามเกณฑ์การดำเนินการคลอดปกติใช้เวลา 13.57 ± 3.76 ชั่วโมง จึงส่งเสริมให้เกิดการคลอดที่ปกติ และมารดาที่มีการสูญเสียเลือดจากการคลอดในเกณฑ์ปกติ หลังคลอดจะได้รับประทานอาหารและน้ำทันที จึงทำให้มารดาที่คลอดปกติมีความเหนื่อยล้า ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอดอยู่ในระดับเล็กน้อย มารดาที่คลอดปกติส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ในระยะ 24 ถึง 48 ชั่วโมงหลังคลอด^{28,29}

มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน มีคะแนน ความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 85.81 ± 12.83 และ 65.42 ± 13.41 ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ตามลำดับเป็นความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 ระยะ มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน มีการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 400-800 ซีซี และภายหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดามีแผลผ่าตัด มารดาเจ็บปวดแผลผ่าตัดคลอด ทำให้มารดาที่มีความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจึงมีความเหนื่อยล้าในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ¹⁷ อย่างไรก็ตาม ระดับความเหนื่อยล้าหลังคลอดแตกต่าง มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง¹⁹ เนื่องจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ได้รับสารน้ำตั้งแต่ระยะคลอดถึงหลังคลอดในปริมาณ 3,000-6,000 ซีซี ตามมาตรฐานการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งเป็นปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย²⁶

มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน มีความเหนื่อยล้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ ($p < .001$) มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินที่มีการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 400-800 ซีซี ค่าเฉลี่ย 542.60 ± 96.35 ซีซี ซึ่งเป็นปริมาณการสูญเสียเลือดจากการคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ ที่มีสูญเสียเลือดจากการคลอดจำนวน 100-250 ซีซี ค่าเฉลี่ย 191.67 ± 96.35 ซีซี การสูญเสียเลือดจากการคลอดของมารดา มีผลทำให้ระดับฮีโมโกลบิน ในเลือดลดลง ทำให้การนำออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลดลง มารดาหลังคลอด จึงต้องสลายพลังงานในร่างกาย

มาใช้ เซลล์ทั่วร่างกายจึงมีการดึงพลังงานที่สะสมมาใช้ จึงทำให้มารดาที่สูญเสียเลือดมาก มีความเหนื่อยล้ามาก มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีความเหนื่อยล้า หลังคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ^{19,20} ดังนั้น มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแผลผ่าตัดซึ่งเป็นแผลขนาดใหญ่ กว่าแผลฝีเย็บของมารดาที่คลอดปกติมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเจ็บปวดแผลจากการผ่าตัดคลอด มากกว่ามารดาที่คลอดปกติ การเจ็บปวดแผลผ่าตัดคลอด

ทางหน้าท้อง ทำให้ร่างกายไม่สบาย ความเจ็บปวด ส่งผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองโดยการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ร่างกายมีความ ต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นมีผลต่อการนอนหลับพักผ่อนของมารดาหลังคลอด ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนอนหลับพักผ่อนได้น้อย จึงมีความเหนื่อยล้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ^{20,26}

เอกสารอ้างอิง

1. Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. **Women's fear of childbirth and preference for cesarean section a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden.** *Acta Obstetricia Gynecologica.* 2009; 88 : 807-813.
2. Wiklund, I., Edman, G., & Andoff, E. **Caesarean section on maternal request; reasons for the request, self-estimate health, expectation, experiences of birth and signs of depression among first-time mothers.** *Acta Obstetricia Gynecologica.* 2007; 86 : 451-456.
3. Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Bayes, S. **Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy.** *Midwifery.* 2010; 26 : 394-400.
4. กระทรวงสาธารณสุข. **ข้อมูลเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรัก 2552-2554.** ค้นเมื่อ 8 มกราคม 2555, จาก <http://www.saiyairakhospital.html>
5. โรงพยาบาลมหาสารคาม. **สถิติการให้บริการงานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2552-2554.** มหาสารคาม : โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2554.
6. วิจิตร กุสุมภ์. **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ : แบบองค์รวม.** กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์; 2551.
7. Ryding, E. L., Wijma, B., & Wijma, K. **Posttraumatic stress reaction after emergency cesarean section.** *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2010; 77 : 351-352.
8. ศศิธร พุ่มดวง. **การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา.** (พิมพ์ครั้งที่ 4). สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์; 2553.
9. อุบลรัตน์ สุทธิวิชคักดี. **ผลของการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ระยะเวลาของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
10. สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา. **ผลของการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้คลอดก่อนเข้ารับการผ่าตัดคลอด.** วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 2551; 1(1) : 19-27.
11. คงศักดิ์ เตชะวิบูลย์ผล, จิตราภรณ์ ความคะเนิง, อติคุณ ธนกิจ และเกศชาดา เอื้อไพโรจน์กิจ. **ผลการให้ความรู้ทางวิถีทัศน์ร่วมกับการอธิบายต่อความวิตกกังวลของหญิงที่รอผ่าตัดคลอดบุตร, การทดลองโดยวิธีสุ่ม.** *วิสิญญ์สาร.* 2554; 37(2); 71-79.
12. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และ ปราณิสรา กิตติปัญญา. **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการช่วยเหลือญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด.** *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.* 2554; 36(1) : 23-31.
13. Murry, S. S., & McKinney, E. S. **Foundation of maternal - newborn nursing.** 4th eds. USA : Saunders Elsevier. 2006.
14. Pang, M. W., Leung, T. N., Lau, T. K., & Chung, T. K. **Impact of first childbirth on change in woman preference for mode of delivery : Follow up of a longitudinal observational study.** *Birth.* 2008; 35(2) : 121-128.
15. วรณา คงสุริยะนาวัน, เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ และ กิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. **ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด.** *วารสารสุขภาพพยาบาล.* 2553; 25(1) : 88-99.
16. Dennis, C. L., & Ross, L. **Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology.** 2005; 32: 187-193.
17. Jensen, G., et al., **New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery.** *Acta*

Obstetricia et Gynecology. 2007; 86 : 579-584.

18. จรัสศรี ชีระกุลชัย. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าและการจัดการกับความเหนื่อยล้าในสตรีไทยหลังคลอด.** วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. 2547; 8(3) : 23-34.
19. Bobak, I. M., & Jensen, M. D. **Essential of maternity nursing.** St. Louis : Mosby. 1995.
20. Thompson, J. F., Roberts, C. L., Currie, M., & Ellwood, D. A. Prevalence and persistence of health problems after childbirth : Associations with parity and method of birth. **Birth.** 2002; 29 (2): 83-94.
21. วรณชนก จันทชุม. **การวิจัยทางการแพทย์พยาบาล การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง.** ขอนแก่น : ภาควิชาการศึกษาวิชาการและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2545.
22. Spielberger, C. D. **Cross -cultural anxiety.** New York : Hemisphere McGraw-Hill. 1977.
23. ณี เบาทรวง. **ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2526.
24. Pugh, L. C., Milligan, R. A., Parks, P. L., Lenz, E. R., & Kitzman, H. Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. **Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing.** 1999; 28 : 74-80.
25. จรัสศรี ชีระกุลชัย. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าและการจัดการกับความเหนื่อยล้าในสตรีไทยหลังคลอด.** วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. 2547; 8(3) : 23-34.
26. Pillitteri, A. **Maternal & child health nursing : care of childbearing & childbearing family.** 8th eds. China : Lippincott. 2010.
27. วารุณี เริ่มอรุณรอง. **ประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดครั้งแรกขณะอยู่ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตรัง.** สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ค้นเมื่อ 15 เมษายน 2555, จาก <http://www.tpna.or.th.Html>
28. ชนิดาภา เนียมปัทชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และ สุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์. **ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดความเจ็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอด.** วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2554; 34(4) : 56-64.
29. มณีวรรณ บุระชัย, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และ นิตยา สิ้นสุกใส. **ผลของวิธีแบ่งแบบควบคุมกับวิธีแบ่งแบบธรรมชาติต่อความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอด.** พยาบาลเวชสาร. 2552; 27(3) : 27-36.

**การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร CUP
เสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง อำเภอสเลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง
จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2555**

**The Development of A Diabetic Caring CUP
Selaphum-Thung Khao Lung Roi-et Province in 2012**

อาภรณ์ นันโท*
Arporn Nantho*

บทคัดย่อ

รูปแบบและวิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participation action research) ภายใต้แนวคิด management system theory และ chronic care model

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานให้เกิดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และครบวงจรและเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

รูปแบบการศึกษา : โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสลภูมิ ของปีงบประมาณ 2555 จำนวน 1,000 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยทีมสหวิชาชีพทุกสาขา จำนวน 100 คน

ผลการศึกษา : การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร CUP เสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ FBS อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ คิดเป็นร้อยละ 72.32, อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c < 7 คิดเป็นร้อยละ 72.32, การรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 30.18, ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต คิดเป็นร้อยละ 14.62 และอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า คิดเป็นร้อยละ 0.1

สรุป : การศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร CUP เสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและมีระบบมากขึ้น ซึ่งจะจะมีโอกาสในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

This participatory action research was conducted to develop a health care system for diabetes mellitus patients and a cooperation of a multidisciplinary team in CUP Selaphum-Thung Kho Lung Roi-et Province in 2555. The participants 100 people (of a multidisciplinary team) and 1,000 diabetes mellitus patients, selected purposively. The development of a health care system for patients by applying a concept of pattern in taking care of management system theory and chronic care model. Data included demographic characteristics, fasting blood sugar, HbA1C blood test. Descriptive statistics including frequency, percentage, means. The 3rd step was an evaluation and conclusion of the development. Satisfactions of service providers and of diabetes mellitus patients before and after the development were evaluated.

The findings Showed that the development of a health care system had covered the community. the patients had poor glycemic control, including the rate of fasting blood sugar < 180 mg% of 72.32%, HbA1C level < 7.0 of 72.32%. The complications were found, including the rate of Acute complication of 30.18%, the renal impairment of 40.62%, the rate of foot ulcer of 0.1%. the sample after the development was significantly reduced

In summary, The Development of A Diabetic Caring CUP Selaphum-Thung Khao Lung Roi-et Province by applying a concept of pattern in taking care of management system theory and chronic care model, leading to actual practice in diabetes mellitus control and reduced diabetes mellitus complication. These activities should be applied to diabetes mellitus and other chronic diseases in other areas.

Keywords : Diabetic Mellitus, management System, Chronic care.

บทนำ

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นทั่วโลก อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2547 องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีมากถึง 200 ล้านคน เป็นคนในทวีปเอเชีย 80 ล้านคน (ร้อยละ 40) มีอัตราเพิ่ม ร้อยละ 1.3-1.8 ต่อปี¹ โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม ประกอบกับปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ทำให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคและแบบแผนชีวิตของคนเราเปลี่ยนแปลงไปด้วย การมีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ มากมาย ความรีบเร่งในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้คนขาดการออกกำลังกาย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อันก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเองและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ² ผู้ป่วยจำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ใกล้เคียงภาวะปกติให้มากที่สุด โดยการดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่ถูกต้อง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพ ทั้งภาวะแทรกซ้อนอย่างเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานขึ้นตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต โรคหลอดเลือดและหัวใจ และเกิดแผลที่เท้า ซึ่งโรคแทรกซ้อนดังกล่าวมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิต จากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไตวายเรื้อรังจนอาจต้องฟอกไต พิกการตาบอดจากจอประสาทตาเสื่อม และถูกตัดเท้า ตัดขาจากแผลเบาหวาน³ และพบว่าโรคเบาหวานทำให้เกิดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าคนปกติ ถึง 3 เท่า ทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาโดยตรง และค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ต้องหยุดงาน มีข้อจำกัดทางด้านความสามารถหรือ มีความพิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ดังนั้นหากผู้ป่วยเบาหวานมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงภาวะปกติจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนดังกล่าวได้

น้อยลง ซึ่งจะช่วยให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁴

โรงพยาบาลเสลภูมิ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง รับผิดชอบประชากรในเขตอำเภอเสลภูมิและทุ่งเขาหลวง รวม 145,923 คน และมีเครือข่ายบริการอำเภอเสลภูมิ 25 สถานีอนามัย อำเภอทุ่งเขาหลวง 5 สถานีอนามัย และนิคมโรคเรื้อรัง 1 แห่ง และจากการรวบรวมข้อมูลของคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลเสลภูมิ ปี พ.ศ. 2550, 2551, 2552, 2553, 2554 และ พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลเสลภูมิ มีจำนวน 3,557 ราย 3,706 ราย 4,080 ราย 4,419 ราย 4,724 ราย และ 5,091 ตามลำดับ และพบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ติดอันดับ 1 ใน 5 โรคของผู้ป่วยนอก ซึ่งยังมีผู้ป่วยเบาหวานหลายรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำ ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเกิดความสิ้นเปลืองทางด้านเศรษฐกิจ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพใน CUP เสลภูมิทุ่งเขาหลวง การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตรูปแบบในการดูแลของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ายังไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน บุคลากรยังมีความรู้ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการประสานงานการดูแลผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละหน่วยบริการทั้งในโรงพยาบาลเสลภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ และภาคีเครือข่าย CUP เสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง ผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานในที่สุด

ดังนั้น ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญ จึงได้นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการโรคเรื้อรังระดับ CUP เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจรเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ เพราะการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ผลนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว ชุมชน บุคลากรสุขภาพที่

เกี่ยวข้องกับภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับโรคสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ การควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงระดับปกติหรือตามเกณฑ์เป้าหมาย เพราะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นมีความสำคัญและจำเป็นมาก จะช่วยชะลอการดำเนินการของโรค และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และสามารถลดอัตราการตายในผู้ป่วยเบาหวานได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์

ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจร cup เสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนการเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวาน

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participation action research) ภายใต้แนวคิด management system theory และ chronic care model โดยมีวัตถุประสงค์พัฒนาระบบเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานให้เกิดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและครบวงจร และเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน CUP เสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเสลภูมิ ปีงบประมาณ 2555 ทั้งเพศชายและเพศหญิง และทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่ร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสลภูมิระหว่างปีงบประมาณ 2555 โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 1,000 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด 2) ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการคัดเลือกแบบเฉพาะ เจาะจง (purposive sampling) จำนวน 100 คน ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน โดยการเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจและลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้การศึกษารายละเอียด การวิจัยและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้เมื่อต้องการ

โดยการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ
ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความพร้อม ทั้งด้านการทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การจัดเตรียมบุคลากร และทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยของทีม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ

1. โดยการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานตามลำดับขั้นตอนจนครบขั้นตอนและประเมินผล
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model: CCM) ที่พัฒนามาจากการวิจัยของวากเนอร์⁵
3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมระหว่างทีม เพื่อจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
4. นำระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นมาทดลองปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 6 เดือน
5. ประเมินผลลัพธ์การดูแลตามวัตถุประสงค์

ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา โดยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเภทที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ข้อมูล (qualitative-content analysis) ในขั้นตอนการดำเนินงานที่ 1, 2 และ 3 โดยมีการตรวจสอบข้อมูลใน 2 ประเด็น คือ มีความหลากหลายและอึดตัว กับมีความเป็นจริงด้วยการตรวจสอบ 3 เสา (triangulation) โดยการบรรยาย การวิเคราะห์ และแปลผลเพื่อเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละกระบวนการ ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมผู้วิจัยและผู้ร่วมการพัฒนาระบบต้องสะท้อนเชิงเหตุการณ์ที่ปรากฏในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย⁶

ผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทีมวิจัยพบว่าแนวคิด management system theory และ chronic care model ที่กล่าวว่าระบบบริการที่สามารถดูแลโรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดีนั้น ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการเสริมทักษะการดูแลตนเองให้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สำคัญในการดูแล

สุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาวและยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วย⁷

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคคลากรในทีมสหวิชาชีพ จำนวน 100 คนพบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86 มีอายุเฉลี่ย 40.44 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 18.20 ปี และผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,000 ราย พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 30 เพศหญิง ร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 60.23 ปี มีสถานภาพการสมรส ร้อยละ 80 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.50 มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 85 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 10.52 ปี

ขั้นปฏิบัติการโดยวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่รับเข้ามาในคลินิก กระบวนการให้บริการในคลินิกจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยทีมสหวิชาชีพนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์มาพัฒนาโดยปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการ จัดอบรมทักษะเชิงปฏิบัติการ แก่บุคลากรเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน จัดตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวานประจำหมู่บ้านเชิงรุก และประสานชุมชนร่วมประชุมในเวทีประชาคม องค์รภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและออกแบบระบบเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำในชุมชนจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย จำนวน 99 ชมรม

ประเมินผลการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร CUP เสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง พบว่า 1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ FBS อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ คิดเป็นร้อยละ 72.32 2) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c < 7 คิดเป็นร้อยละ 72.32 3) อัตราการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 30.18 4) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต คิดเป็นร้อยละ 14.62 5) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า คิดเป็นร้อยละ 0.1

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน CUP เสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือ chronic care model ซึ่งประกอบด้วย 1) การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 2) การจัดการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งระยะเฉียบพลัน และระยะการฟื้นฟูสภาพ 3) ส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม การเชื่อมโยงระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ญาติ บ้าน ชุมชน ตลอดจนถึงโรงพยาบาล 4) การจัดเตรียมทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร 5) มีระบบการดูแลผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) 6) ระบบการบันทึกข้อมูลต่างๆ (clinical information system)⁸ ซึ่งเป็นระบบที่สร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสหวิชาชีพโรงพยาบาลเสลภูมิและบุคลากรในชุมชน อสม. และแกนนำชุมชนในการร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจรและมีความเหมาะสมกับเครือข่ายการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเสลภูมิส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลและการสร้างเสริมสุขภาพ เน้นการสร้างสุขภาพซึ่งประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการออกกำลังกาย ให้ความรู้เรื่องอาหาร มี อสม. รับผิดชอบดูแล ซึ่งเหมือนทีมสุขภาพประจำหมู่บ้าน คอยให้ความช่วยเหลือให้การปรึกษา และดูแลการจัดกิจกรรม ส่งเสริมผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเป็นเบาหวานและลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแลตนเองได้ดีและสามารถดูแลคนอื่นต่อได้ เพิ่มคุณภาพในการให้บริการชุมชนและเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชนการดูแลรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้ได้ตามเป้าหมายและชะลอภาวะแทรกซ้อน; DM Foot, ไตวาย, จอประสาทตาเสื่อม, DKA⁹ โดยใช้คู่มือการประเมินโรคแทรกซ้อนเป็นแนวทางในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้ความรู้ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้ใช้บริการ

เอกสารอ้างอิง

1. กองสถิติสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข; 2547.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. **การรายงานการประเมินสถานการณ์โรคและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ**, นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
3. เทพ หิมะทองคำ และคณะ. **ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2548.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน**. พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
5. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. **Diabetes Care**. Global prevalence of diabetes : estimates for the year 2000 and projections for 2030; 2004.
6. สุภางค์ จันทวานิช. **การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
7. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. **Patient self management of chronic disease in primary care**; JAMA. 2002.
8. Anderson G, Horvath J. **The Growing Burden of Chronic Disease in America**, Public Health Reports. May-June 2004. Accessed February 6; 2007.
9. วงเดือน ภาชา และคณะ. **การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ**. ชัยภูมิ : โรงพยาบาลชัยภูมิ; 2553.