



เครือข่ายบริการเขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดนครปฐม



- โรงพยาบาลศูนย์
- โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลชุมชนระดับต่างๆ
- หน่วยดูแลระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต
- โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข



วารสารแพทย์เขต ๔-๕ ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๓ กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๓

Region 4-5 Medical Journal Vol. 39 No. 3 July-September 2020

REGION 4-5 MEDICAL JOURNAL



วารสารแพทย์ เขต ๔-๕

ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๓ กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๓

REGION 4-5 MEDICAL JOURNAL

Vol. 39 No. 3 July-September 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลกระทู้แบบน จังหวัดสมุทรสาคร
- ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศหญิงในวิชาชีพพยาบาล โรงพยาบาลกระทู้แบบน จังหวัดสมุทรสาคร
- เปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดระหว่างการทำตัดมดลูกทางช่องคลอดกับการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องผ่านหน้าท้อง
- การศึกษาสายพันธุ์ และผลของการรักษาผู้ป่วยที่มารักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2562
- รูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี
- ผลการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรม ในโรงพยาบาลนครปฐม
- การเปรียบเทียบผลของการส่องกล้องระหว่างส่องภายใน 24 ชั่วโมง และหลัง 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเลือดออกบริเวณทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดขาดในหลอดเลือดอาหารที่มีสัญญาณชีพคงที่ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

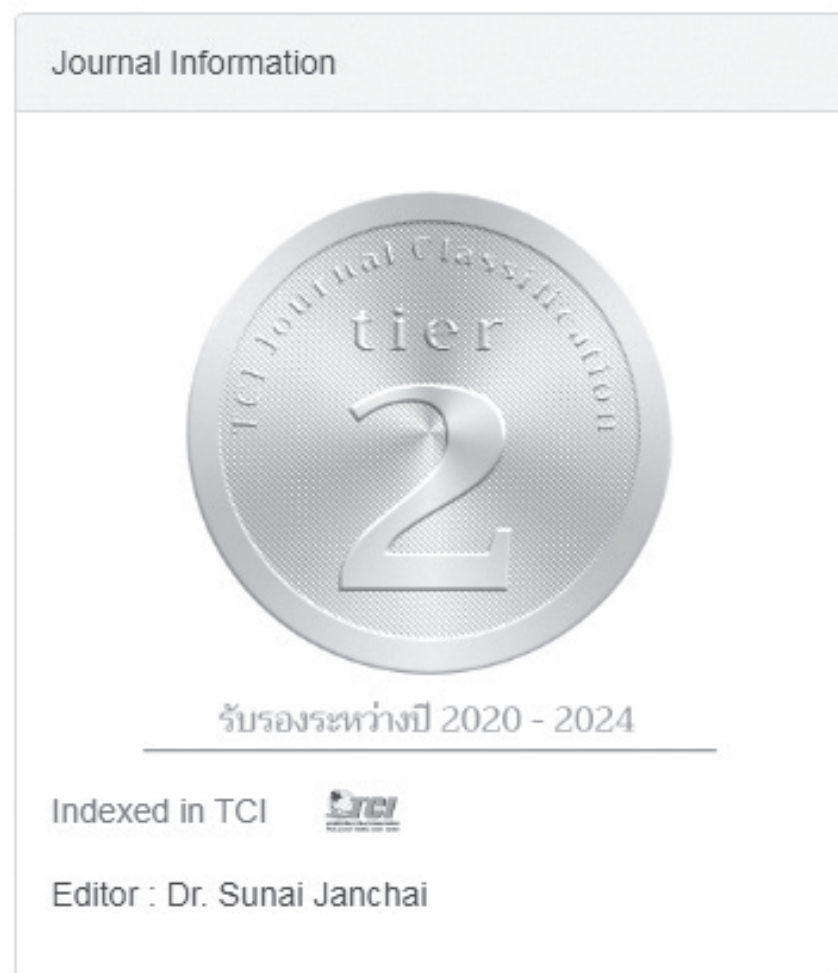


ISSN 0125-7323 print

ISSN 2697-4819 online



วารสารแพทย์ เขต 4-5 (Region 4-5 Medical Journal)



ผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
(Thai-Journal Citation Index Centre-TCI) ให้อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2



วารสารแพทย์ เขต 4-5

Region 4-5 Medical Journal

เจ้าของ ชมรมแพทย์ เขต 4-5
Owner Region 4-5 Medical

ISSN 0125-7323

ที่ปรึกษา

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 5
ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5
นายแพทย์สาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 5
ประธานชมรมแพทย์เขต 4-5
กรรมการบริหารชมรมแพทย์เขต 4-5

บรรณาธิการ

นพ.สุนัย จันทรณาย โรงพยาบาเลนครปฐม

รองบรรณาธิการ

นพ.อิติ แสงธรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

ศ.นพ.อภิชาติ จิตต์เจริญ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
พญ.นันทิยา ตันขุณห์	โรงพยาบาลพุทธชินราช (ข้าราชการบำนาญ)
นพ.ณรงค์ เห็นประเสริฐแท้	โรงพยาบาลราชบุรี
นพ.ศุภชัย ไพบูลย์ผล	โรงพยาบาลราชบุรี
นพ.สมประสงค์ ทองมีสี	โรงพยาบาลชลบุรี
พญ.รติกร อนุสรณาวัง	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
นพ.นฤวิทย์ เกสรสุคนธ์	โรงพยาบาลสมุทรสาคร
รศ.ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
รศ.ดร.สมบูรณ์ ศิริสรธรธีร	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ภัทร พลอยแหวน	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.แสงเทียน อยู่เถา	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.สมลักษณ์ คงเมือง	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคต	มหาวิทยาลัยมหิดล (ข้าราชการบำนาญ)
นางกาญจนา สุนทรมณี	มหาวิทยาลัยศิลปากร (ข้าราชการบำนาญ)
ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

กองบรรณาธิการในสถาบัน

นพ.ปฐม วงษ์อุบล	โรงพยาบาลนครปฐม
พญ.สุธัญญา บรรจงภาค	โรงพยาบาลนครปฐม
นพ.โชคชัย วงศ์บุผา	โรงพยาบาลนครปฐม
พญ.นุชนารถ โตเหมือน	โรงพยาบาลนครปฐม
ทพ.ธาวีวิทย์ สุขเจริญ	โรงพยาบาลนครปฐม

ฝ่ายจัดการ

น.ส.นิตยา เสถียรพานิช	โรงพยาบาลนครปฐม
น.ส.ธิดาพร สะอาด	โรงพยาบาลนครปฐม
น.ส.พัทธธีรา บุขวงค์กัณ	โรงพยาบาลนครปฐม
น.ส.พัชชา สอนงค์	โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

เหรียญกษาปณ์

กษ.อรอนงค์ เหล่าตระกูล โรงพยาบาลนครปฐม

วารสารแพทย์ เขต 4-5

เป็นวารสารทางการแพทย์ ราย 3 เดือน กำหนดออกในเดือน มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน และตุลาคม-ธันวาคม

สำนักงาน

ห้องสมุดโรงพยาบาลนครปฐม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000
โทรศัพท์ 034-212885, 034-254150-4 ต่อ 1137 โทรสาร 034-212885

E-mail address

nkphosp@hotmail.com nkphosp@gmail.com

พิมพ์ที่

เพชรเกษมการพิมพ์ จังหวัดนครปฐม



วารสารแพทย์เขต ๔-๕

Region 4-5 Medical Journal

ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๓ กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๓

Vol. 39 No. 3 July-September 2020

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด
ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร
ปฐมภรณ์ ชัยธีรกิจ พ.บ., 304
- ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศหญิง
ในวิชาชีพพยาบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร
ภรณนธ์ ลิ้มปรีชามาร พ.บ., 316
- เปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดตามคลองทางช่องคลอด
กับการผ่าตัดแบบส่องกล้องผ่านหน้าท้อง
อภิชาติ ใจดีเจริญ พ.บ., 324
- การศึกษาสายพันธุ์ และผลของการรักษาผู้ป่วยที่มีไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีโรคติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2562
สิริรัตน์ พุทธิศิริวัฒน์ พ.บ., 334
- รูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี
ฉัตรชัย สมานมิตร ศศ.ม., (การพัฒนาลังคม), 344
อุไรรัชต์ บุญแท้ ปร.ด., (ยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสตร์),
นงนภีทร รุ่งเนย ค.ด., (อุดมศึกษา)
- ผลการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจลศัลยกรรม ในโรงพยาบาลนครปฐม
อานิก อุษณกรกุล พ.บ., 364
- การเปรียบเทียบผลของการส่องกล้องระหว่างส่องภายใน 24 ชั่วโมง และหลัง 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเลือดออก
บริเวณทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดของหลอดเลือดดำที่มีสัญญาณชีพคงที่ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
ชวลิต รุ่งนฤทัย พ.บ., 380
- การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลราชบุรี
เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร พ.บ., 392
- การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการเริ่มรับประทานอาหารเช้าเร็วกว่าปกติ
และตามขั้นตอนแบบเดิมในสตรีภายหลังการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐม
ชญาดา วรสถิตย์ พ.บ., 404
- การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19
ประภา ราชฯ พย.ม., จารุภา คงรส วท.ม., 414
ธนพร สดชื่น พย.ม.,
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะถุงลมโป่งพองหลังการผ่าตัดต่อกระดูก
ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
ปณณวีร์ นันทานิช พ.บ., 428
- ความชุกของโรคทางผิวหนังในโรงพยาบาลไทรน้อย
ปารชญา พชรวิจิตร พ.บ., 440
- รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถ
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโรงพยาบาลพลพยุหเสนา : OIMCCE Model
อวยพร จงสกุล ป.พ.ส., ศิริพร สีสันต์ ป.พ.ส., 454
กัญญา เลียนเครือ วท.ม., ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์ ปร.ด.,
- ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในเด็กอายุ 1-10 ปี ที่มารับการทำการหัดกลืน
ทางทันตกรรมภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
วิรัชพงศ์ วงศ์ษา พ.บ., อธิมา ศิริทองถาวร พ.บ., 472
พิมพ์สิริ ตั้งกิจโชติ พ.บ., ภาณุมา ชุ่มโชคชัยกุล พ.บ.,
- พฤติกรรมกาสูบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัดในเด็ก 0-5 ปี ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
วงศ์เดือน จุแดง พย.บ., ศศิธร จตุโกคา พย.บ., 488
- การจัดอัตราค่าส่งบุคลากรทางการพยาบาลตามความต้องการ
การพยาบาลของผู้ป่วยใน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี
วนิดา สิงหาติปริชากุล พย.บ., 500
- รายงานผู้ป่วย
การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุมีกระดูกต้นขาหักและมีกระดูกหักไปบางส่วนโดยใช้วิธีการดัด
ให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาทั้งบริเวณที่กระดูกขาดหายไปและใส่กระดูกมาเสริมในเนื้อเยื่อที่สร้าง
พงษ์ศักดิ์ ฐิติพันธุ์ดำรง พ.บ., 510



วารสารแพทย์เขต ๔-๕

Region 4-5 Medical Journal

ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๓ กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๓

Vol. 39 No. 3 July-September 2020

Contents

Original Article

- Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn at Kratumbaen Hospital Samut Sakhon Province Pathamaporn Chaiteerakij M.D., 304
- Prevalence and Factors Related to Female Sexual Dysfunction in the Nursing Profession at Krathumbaen Hospital, Samut Sakhon Province Paranon Limrattamorn M.D., 316
- Comparison of Operative Outcomes between Non-Descent Vaginal Hysterectomy and Total Laparoscopic Hysterectomy Apichart Jaideecharoen M.D., 324
- The Study of Genotypes and Result of Treatment in Hepatitis C Patients with or without HIV of Samutsakhon Hospital in 2019 Sirirat Phuttasiriwat M.D., 334
- Health Literacy Development Model for Preventing Stroke Disease among Patients with High Risk of Stroke in Primary Care Units, Phetchaburi Province Chatchai Samanmit M.A., (Social Development), Urairach Boontae Ph.D., (Development Strategy), Nongnaphat Rungnoi Ph.D., (Higher Education) 344
- Outcome of Free Tissue Transfer By Microvascular Surgery in Nakhonpathom Hospital Arnik Usanakornkul M.D., 364
- Comparing Result between Early and Delayed Endoscopy in Non-Variceal Upper GI Bleeding Patients with stable vital sign in Prachuapkhirikhan Hospital. Chawalit Rungraruethai M.D., 380
- Positive Parenting of Parents with ADHD Children in Ratchaburi Hospital Lerdsak Rungmueanporn M.D., 392
- A Comparative Study of Early Feeding versus Conventional Feeding in Patients Undergoing Cesarean Section in Nakhonpathom Hospital Chayada Worasatit M.D., 404
- The Development of Nursing Service System for Chronic Non – Communicable Diseases (NCDs) Patients in the COVID-19 Outbreak Situation Prapa Racha M.N.S., Jarupa Kongros M.Sc., Tanaporn Sodchien M.N.S., 414
- Risk Factors for Posterior Capsule Opacification Following Cataract Surgery in Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi Poonyawee Nunthanid M.D., 428
- Prevalence of Skin Disease in Sai Noi Hospital Parachaya Pacharavijit M.D., 440
- Phaholpolpayuhasaena Hospital Care Management Model for Ischemic Stroke Patients to Enhance Activity of Daily Living: OIMCCE Model Auayporn Chongsakul Dip. In N.S., Siriporn Srisun Dip. In N.S., Kunya Liankruea M.Sc., Sirikul Karuncharempanit Ph.D., 454
- Anesthetic Complications and Relating Factors in 1-10 Year-Old-Child Underwent Elective Dental Procedure Under General Anesthesia in Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Weerapong Wongs M.D., Anticha Siritongtaworn M.D., Pimsiri Tangkitchot M.D., Pummara Soomchokchaikul M.D., 472
- Caring Behavior of the Guardians of Pediatric Patients with Asthma Aged 0-5 years in Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi. Vongdern Judang B.N.S., Sasithorn Jatupoka B.N.S., 488
- Staffing Based on Nursing Care Needs of the In-Patient Wards : A Case Study of Chetsamian Hospital , Ratchaburi Province Vanida Singhachartpreechakul B.N.S., 500
- Case Report**
- Post-Traumatic Bone Loss of the Femur Treated with Induced Membrane Technique and Segmental Bone Allograft Pongsak Thitiphundumrong M.D., 510

ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn at Kratumbaen Hospital Samut Sakhon Province

ปฐมภรณ์ ชัยธีรกิจ พ.บ.,
ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
จังหวัดสมุทรสาคร

Pathamaporn Chaiteerakij M.D.,
Thai Board of Pediatrics
Division of Pediatrics
Kratumbaen Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาของการเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณน่าย้อนหลังในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันเลือดปอดสูง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562 โดยศึกษาจากเวชระเบียนย้อนหลัง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้สถิติ chi-square

ผลการศึกษา: อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด 2.11 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงทั้งหมดจำนวน 31 คน เป็นเพศชาย 18 คน (58.1%) เชื้อชาติไทย 19 คน (61.9%) เกิดโดยวิธี คลอดปกติและผ่าตัดคลอดเท่ากันคือ 15 คน (48.9%) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.73 ± 1.47 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย $3,032.22 \pm 433.28$ กรัม คะแนน Apgar เฉลี่ยนาทีที่ 1,5, และ 10 คือ 9,10, และ 10 ตามลำดับ สาเหตุหลักที่พบร่วมมากที่สุดคือกลุ่มอาการสูดสำลักขี้เทา (meconium aspiration syndrome: MAS) 12 ราย (38.7%) ทารก 27 คน (87.1%) ได้รับการวินิจฉัยภาวะนี้ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิด อายุเฉลี่ยที่เริ่มเกิด 10.74 ชั่วโมง ระยะเวลาการเกิดภาวะความดันปอดสูงในทารกที่รอดชีวิตเทียบกับทารกที่เสียชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการรักษาทารกทั้งสองกลุ่มได้รับยาที่รักษาไม่แตกต่างกัน ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มที่รอดชีวิตนานกว่ากลุ่มที่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 59.1 ทารกต่างชาติเสียชีวิตมากกว่าทารกเชื้อชาติไทยอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่ากลุ่มทารกที่รอดชีวิตมีจำนวน 4 คนได้รับการส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

สรุป: ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดเป็นภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง สาเหตุหลักที่เกิดร่วมมากที่สุดคือกลุ่มอาการสูดสำลักขี้เทา (meconium aspiration syndrome: MAS) และทารกต่างชาติเสียชีวิตมากกว่า

คำสำคัญ : ทารกแรกเกิด ภาวะความดันเลือดปอดสูง ปัจจัยเสี่ยง

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 304-315.

ABSTRACT

Objective : The aim was to determine the incidence, demographic pattern, clinical description, treatment, and outcome of infants with persistent pulmonary hypertension of the newborn: (PPHN)

Methods: A retrospective descriptive study was done by reviewing medical records of infants who were diagnosed PPHN at Kratumbaen Hospital between October 1, 2015 and September 30, 2019.

Results: The incidence of PPHN was 2.11 per 1,000 live births. Of total 31 infants, 18 diagnosed PPHN were males (58.1%) and 19 cases had Thai nationality (61.9%). Equal number of infants were delivered by normal labor and caesarian section (48.9%). The average gestational age was 38.73 ± 1.47 weeks, average birth weight $3,032.22 \pm 433.28$ grams and the Apgar scores at 1, 5, and 10 minutes were 9, 10, and 10 respectively. The most common cause of PPHN was meconium aspiration syndrome (38.7%). Twenty-seven infants (87.1%) were diagnosed PPHN within 24 hours after birth. The average age at diagnosis was 10.74 hours; additionally, comparing the age at diagnosis between of survivor group and non-survivor group revealed statistically significant difference. There were no significant differences of vasodilators, inotropes and treatment between the survivor and non-survivor groups. The survivor group had significantly longer duration of mechanical ventilator and length of hospital stay than non-survivor group. Mortality rate of PPHN was 59.1% and the most nationality cases were non-Thai infants. Four infants of survivor group were referred to the medical center hospital.

Conclusion: Persistent pulmonary hypertension of the newborn was the most serious illness and usually had high mortality rate. The mortality cause was meconium aspiration syndrome and foreigner infants had mortality rate more than Thai infants.

Keywords : newborn, persistent pulmonary hypertension, risk factor

Receives : April 7 , 2020 Revised : April 30 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 304-315.

บทนำ

ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด (persistent pulmonary hypertension of the newborn : PPHN) คือ ภาวะที่ความต้านทานและความดันในหลอดเลือดแดงในปอด (pulmonary vascular resistance : PVR) ไม่ลดลงหลังคลอด ทำให้เลือดไหลไปปอดน้อยและลัดวงจรข้ามจาก pulmonary

circulation ไปยัง systemic circulation ผ่านทาง patent foramen ovale (PFO) และ/หรือ patent ductus arteriosus (PDA) ทารกจึงมีอาการเขียว (cyanosis) หายใจลำบาก (respiratory distress) ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxia) และเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) ภาวะนี้มีความรุนแรงทำให้ระบบหายใจล้มเหลวได้ร้อยละ 10-20 และเสียชีวิตได้ถึง

ร้อยละ 7-20¹ซึ่งลักษณะอาการดังกล่าวคล้ายกับทารกที่มีความพิการของหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียว (cyanotic heart disease; CHD)

ภาวะความดันเลือดปอดสูงในการกแรกเกิดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิด 0.38-2.8 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน^{2,3} เทียบกับในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์การเกิด 1.8-1.9 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน⁴ และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 24.0-39.5⁵ ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทแต่ละพื้นที่⁴ ส่วนทารกที่รอดชีวิตมีโอกาสสูงที่จะเกิดความพิการตามมา เช่น โรคปอดเรื้อรัง การได้ยินบกพร่อง เลือดออกในสมอง พัฒนาการล่าช้า เป็นต้น

สาเหตุของภาวะความดันเลือดปอดสูงหลังคลอดจำแนกตามพยาธิวิทยา

1. Underdevelopment ทารกมีจำนวนหลอดเลือดต่อพื้นที่ผิวปอดน้อยกว่าปกติเกิดจาก pulmonary hypoplasia ซึ่งมักพบร่วมกับ bilateral renal agenesis/dysgenesis, obstructive uropathy, oligohydramnios, amniotic fluid leakage หรือเป็นผลจากการมีพยาธิสภาพในทรวงอกที่ขัดขวางการเจริญของปอด เช่น ไส้เลื่อนกระบังลม (congenital diaphragmatic hernia; CDH), congenital pulmonary airway malformation (CPAM) ทารกเหล่านี้มีความสามารถและประสิทธิภาพของการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับ degree of pulmonary hypoplasia

2. Maldevelopment ทารกมีจำนวนหลอดเลือดต่อพื้นที่ผิวปอดปกติ แต่มีการสร้างชั้นกล้ามเนื้อเรียบของเส้นเลือดปอดหนาผิดปกติ และมีการเจริญของชั้นกล้ามเนื้อลงไปที่หลอดเลือดขนาดเล็ก ทำให้เกิด pulmonary vasoconstriction หลังคลอด ซึ่งพบในกลุ่มที่มี chronic hypoxia (placenta insufficiency) เช่น postterm baby, meconium aspiration syndrome (MAS), Idiopathic PPHN

3. Maladaptation ทารกมีจำนวนหลอดเลือดต่อพื้นที่ผิวปอดและมีการเจริญของชั้นกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือดปกติ แต่มีปัจจัยที่ยับยั้งกระบวนการเกิด normal transition เช่น asphyxia, infection, retained lung fluid, hypothermia, acidosis ทำให้ความดันหลอดเลือดปอดไม่ลดลงตามที่ควรจะเป็น

แนวทางในการรักษาภาวะความดันเลือดปอดสูงคือ ลดความต้านทานและความดันเลือดปอด การทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ และการรักษาประคับประคองจนกว่าปอดของทารกจะกลับมาเป็นปกติ โดยแนวทางการรักษาในปัจจุบัน ประกอบด้วย

1. การใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งมีทั้งแบบ conventional mechanical ventilation (CMV) และ high frequency oscillatory ventilation (HFOV)
2. การรักษาระดับความดันโลหิตโดยการใช้ inotropic drugs ต่างๆ
3. การแก้ไขภาวะความเป็นกรดของเลือด
4. การใช้ sedative drugs ต่างๆ เพื่อให้ทารกสงบและไม่เกิดอาการเจ็บปวด
5. การใช้ยาขยายหลอดเลือดปอดชนิดต่างๆ ได้แก่ inhaled nitric oxide (iNO), iloprost (prostaglandin I2 analogue), milrinone (phosphodiesterase inhibitors), sildenafil, bosentan (endothelium receptors antagonist), magnesium sulphate
6. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO)

สำหรับโรงพยาบาลระกุ่มแบนเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 250 เตียงให้บริการจริง 316 เตียง ตั้งอยู่ในเขตเมืองที่มีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก มีกุมารแพทย์ทั่วไป 4 คน มีทีมพยาบาลที่ดูแลหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต รับผิดชอบผู้ป่วยทั้งชาวไทยและแรงงานต่างชาติ จากสถิติที่ผ่านมาพบผู้ป่วยที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงจำนวนมากขึ้น รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตที่สูง

แม้ว่าจะได้มีการนำเครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง (HFOV) การใช้ยาขยายหลอดเลือดชนิดต่างๆ มาใช้ด้วยแล้ว แต่ก็พบว่ายังมีข้อจำกัดหลายๆ ประการเช่นในเรื่องการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง echocardiogram การรักษาด้วย inhaled nitric oxide และ ECMO เป็นวิธีที่มีการยืนยันว่าได้ผลดีและสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้^{5,6,7} รวมทั้งความชำนาญเฉพาะทางทั้งทีมแพทย์และพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาลักษณะทางคลินิก การรักษา ผลการรักษา อัตราการเสียชีวิต รวมถึงติดตามดูภาวะแทรกซ้อนในทารกที่รอดชีวิต เพื่อนำมาวางแผนและพัฒนาการรักษาและดูแลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลกลุ่มแบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ลักษณะทางคลินิก และผลการรักษาของการเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลกลุ่มแบบ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันเลือดปอดสูง (PPHN) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลกลุ่มแบบตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562 จำนวน 31 ราย โดยศึกษาจากเวชระเบียนที่บันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส P293 persistent fetal circulation และนำเวชระเบียนมาทบทวนและคัดเลือกทารกตามเกณฑ์การวินิจฉัย PPHN ดังนี้

1. มีภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) หอบหายใจเร็วกว่า 60 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป
2. มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่คงที่ (labile of oxygenation) และพบมีความต่างของ

preductal-postductal oxygen saturation มากกว่า 5-10% ขึ้นไป

3. ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นกลุ่มอาการสำคัญที่เเท(meconium aspiration: MAS), ลมรั่วในช่องปอด (pneumothorax), ปอดอักเสบแต่กำเนิด (congenital pneumonia), การติดเชื้อ (sepsis), การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (birth asphyxia), ตัวเย็น (hypothermia), ภาวะทารกหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (TTNB)

4. ไม่มีโรคหัวใจชนิดเขียวแต่กำเนิด (congenital cyanotic heart disease)

รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของทารก ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ วิธีการคลอด อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด คะแนน Apgar ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นภาวะหรือโรคร่วม การรักษา ชนิดของยาที่ใช้ในการรักษาการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ผลของการรักษาและอัตราการเสียชีวิต

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยโปรแกรม SPSS statistics 23.0 แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างทารกสองกลุ่มที่รอดชีวิตและเสียชีวิตวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ chi-square, Fisher's exact test และใช้ independent t test วิเคราะห์กรณีข้อมูลต่อเนื่องเพื่อทดสอบสมมติฐานโดยค่า $p < .05$ ถือว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษา

ทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลกลุ่มแบบระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562 ในแต่ละปีอยู่ในช่วง 3,408-3,884 คน โดยแบ่งเป็น คนไทยจำนวน 1,807-2,255 คน (ร้อยละ 53.0-58.1) และคนต่างชาติจำนวน 1,601-1,701

(ร้อยละ 41.9-47.0) พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด 2.11 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยทารกที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันเลือดปอดสูง (PPHN) ในระหว่างการศึกษาทั้งหมด 31 คน เป็นทารกเพศชาย 18 คน (ร้อยละ 58.1) ทารกเพศหญิง 13 คน (ร้อยละ 41.9) ทารกส่วนใหญ่เป็นคนไทย 19 คน (ร้อยละ 61.9) คลอดโดยวิธี คลอดปกติ (normal labor) และผ่าตัดคลอด (caesarian section) เท่ากัน คือ 15 คน (ร้อยละ 48.9) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.73 ± 1.47 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย $3,032.22 \pm 433.28$ กรัม คะแนน Apgar เฉลี่ย นาทีที่ 1, 5, และ 10 คือ 9, 10, และ 10 ตามลำดับ ภาวะ meconium aspiration syndrome เป็นภาวะร่วมที่พบสูงสุดในทารกคือ 12 ราย (ร้อยละ 38.7) รองลงมาคือ congenital pneumonia 11 คน

(ร้อยละ 35.5) อายุเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันเลือดปอดสูงคือ 10.74 ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ sepsis จำนวน 10 คน (ร้อยละ 32.3) รองลงมาคือ pneumothorax และ ventilator associated pneumonia เท่ากัน (ร้อยละ 29.3) มีการใช้ยา dopamine ในการรักษาระดับความดันโลหิตต่ำที่สุด (ร้อยละ 93.6) และใช้ยา sildenafil สำหรับขยายหลอดเลือดปอด (ร้อยละ 71.0) ทารกที่มีภาวะ PPHN เสียชีวิต 18 คน (ร้อยละ 59.1) ส่วนที่รอดชีวิตจำนวน 13 คน (ร้อยละ 41.9) มีทารก 4 คน ที่ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 6.65 ± 5.38 วัน ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.26 ± 14.29 วัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง

ปีงบประมาณ	จำนวนทารกเกิดมีชีพ (คน)	คนไทย/คนต่างชาติ (คน)(ร้อยละ)	จำนวนทารกที่เกิด PPHN(คน)/อุบัติการณ์ต่อการเกิด 1,000 มีชีพ
2559	3686	2015 (54.7) 1671(45.3)	5/1.36
2560	3884	2255(58.1) 1629(41.9)	3/0.77
2561	3747	2097(56.0) 1650(44.0)	4/1.07
2562	3408	1807(53.0) 1601(47.0)	19/5.28
รวม	14725	8174(55.5) 6551(44.5)	31/2.11

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีความดันเลือดในปอดสูง (N=31)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน/คน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	18(58.1)
หญิง	13(41.9)
เชื้อชาติ	
ไทย	19(61.3)
พม่า	10(32.3)
ลาว	1(3.2)
กัมพูชา	1(3.2)
วิธีการคลอด	
Normal labor	15(48.4)
Caesarean section	15(48.4)
Vacuum extraction	1(3.2)
อายุครรภ์ (สัปดาห์) mean±SD (min-max)	38.73±1.47(35.43-43.14)
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)mean±SD (min-max)	3,032.22±433.28(1,990-4,290)
คะแนน Apgar (median)	
1 นาที	9 (3-9)
5 นาที	10 (4-10)
10 นาที	10 (5-10)
ภาวะหรือโรคร่วมที่พบในทารก	
Meconium aspiration syndrome	12(38.7)
Congenital pneumonia	11(35.5)
Perinatal asphyxia	3(9.7)
Neonatal sepsis	3(9.7)
Transient tachypnea of newborn	2(6.4)
อายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN	
แรกเกิด-24 ชั่วโมง	27(87.1)
มากกว่า 24 ชั่วโมง –48 ชั่วโมง	4(12.9)
อายุเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัย(ชั่วโมง)	10.74±9.99(1-44)
ยาที่ใช้รักษา (medication)	
Dopamine	29(93.6)
Dobutamine	18(58.1)
Epinephrine	28(90.3)
Sildanefil	22(71.0)
Milrinone	2(6.5)
Inhaled Iloprost	5(16.1)
Hydrocortisone	5(16.1)
Sodium bicarbonate	20(64.5)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีความดันเลือดในปอดสูง (N=31) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน/คน(ร้อยละ)
ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	6.65±5.38(2-20)
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	12.26±14.29(2-49)
ภาวะแทรกซ้อน	
Gastrointestinal bleeding	8(25.8)
Sepsis	10(32.3)
Pneumothorax	9(29.3)
Renal insufficiency	2(6.5)
Ventilator associated pneumonia	9(29.3)
Pulmonary hemorrhage	4(12.9)
ผลการรักษา	
รอดชีวิต	13(41.9)
- ส่งต่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	4(12.9)
เสียชีวิต	18(59.1)

ข้อมูลด้านมารดาพบว่า อายุเฉลี่ยของมารดา คือ 27.90 ± 6.42 ปี ทั้งหมดเป็นการตั้งครรภ์เดี่ยวอายุครรภ์เฉลี่ยที่ฝากครรภ์ครั้งแรก คือ 16.04 ± 6.74 สัปดาห์ จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์เฉลี่ย 6.42 ± 1.89 ครั้ง ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน (ร้อยละ 64.5)

พบปัจจัยเสี่ยงทางด้านมารดา 11 คน ภาวะที่พบมากที่สุดคือ pregnancy induced hypertension (PIH) 5 คน (ร้อยละ 16.1) รองลงมาคือ gestational DM และ PROM /chorioamnionitis เท่ากัน (ร้อยละ 6.5) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของมารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย/คน (ร้อยละ)
อายุมารดาเฉลี่ย mean±SD (min-max)	27.90 ± 6.42 (18-41)
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย mean±SD (min-max)	16.04 ± 6.74 (6-37)
จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์เฉลี่ย mean±SD (min-max)	6.42 ± 1.89 (1-9)
สถานที่ฝากครรภ์	
โรงพยาบาลกระทุ่มแบน	20(64.5)
โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ	1(3.2)
คลินิก	10(32.3)
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์	
Gestational DM	2(6.5)
Pregnancy induce hypertension (PIH)	5(16.1)
PROM/chorioamnionitis	2(6.5)
Oligohydramnios	1(3.2)
Postterm (GA>41wk)	1(3.2)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทารกที่รอดชีวิตกับทารกที่เสียชีวิต พบว่าทารกต่างชาติส่วนมากเป็นพม่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.027$) ส่วนเพศ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด คะแนน Apgar การฝากครรภ์ของมารดา ภาวะหรือโรคร่วมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติพบภาวะ meconium aspiration syndrome เป็นสาเหตุสำคัญในทารกที่เสียชีวิต ส่วนทารกที่รอดชีวิตพบ congenital pneumonia เป็นสาเหตุหลักทารกทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกของชีวิตเป็นส่วนใหญ่ โดยทารกที่รอดชีวิตได้รับการวินิจฉัยที่อายุเฉลี่ย 16.31 ± 12.22 ชั่วโมง ส่วนทารกที่เสียชีวิตได้รับการวินิจฉัยที่อายุเฉลี่ย 6.42 ± 5.49 ชั่วโมง

ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.006$) อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดและการตั้งเครื่องช่วยหายใจทั้งสองกลุ่มไม่มีผลแตกต่างกันทางสถิติทารกที่รอดชีวิตมีระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มที่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบว่าทารกที่รอดชีวิตได้รับยา dopamine, dobutamine, adrenaline, sildenafil, inhaled iloprost มากกว่ากลุ่มที่เสียชีวิต ในขณะที่ทารกที่เสียชีวิตได้รับยา milrinone, hydrocortisone, $7.5\% \text{NaHCO}_3$ มากกว่ากลุ่มที่รอดชีวิตแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลของทารกที่รอดชีวิตเปรียบเทียบกับทารกที่เสียชีวิต

ข้อมูลทั่วไป	ทารกรอดชีวิต (N =13) คน (ร้อยละ)	ทารกเสียชีวิต (N=18) คน (ร้อยละ)	P-value
เพศ			
ชาย	9 (69.2)	9 (50.0)	.126
หญิง	4 (30.8)	9 (50.0)	
เชื้อชาติ			
ไทย	11	8	.027*
ต่างชาติ	2	10	
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย	14.26 ± 6.12	17.33 ± 7.04	.218
จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์เฉลี่ย	7 ± 1.354	6 ± 2.142	.150
อายุครรภ์(สัปดาห์)	38.46 ± 1.36	38.93 ± 1.56	.487
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	3076.15 ± 274.46	3000.50 ± 524.96	.639
Apgar ที่ 1 นาที	8.46 ± 1.45	7.94 ± 1.80	.400
Apgar ที่ 5 นาที	9.61 ± 0.96	9 ± 1.75	.865
Apgar ที่ 10 นาที	9.69 ± 0.75	9.22 ± 1.26	.242
ภาวะหรือโรคร่วมที่พบในทารก			
Meconium aspiration syndrome	4 (30.8)	8 (44.6)	.347
Congenital pneumonia	5 (38.5)	6 (33.3)	.532
Perinatal asphyxia	1(7.7)	2 (11.1)	.624
Neonatal sepsis	1 (7.7)	2 (11.1)	.624
Transient tachypnea of newborn	2(15.4)	0	.168

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลของทารกที่รอดชีวิตเปรียบเทียบกับทารกที่เสียชีวิต (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ทารกรอดชีวิต (N =13) คน (ร้อยละ)	ทารกเสียชีวิต (N=18) คน (ร้อยละ)	P-value
อายุเฉลี่ยที่วินิจฉัย PPHN (ชั่วโมง)	16.31±12.22	6.72±5.49	.006*
อายุที่เริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจ(ชั่วโมง)	3.69±3.09	2.59±1.81	.208
Ventilator setting			
HFOV			
Mean max Amplitude	40.16±5.27	40.07±9.31	.334
Mean max MAP (cmH ₂ O)	17.5±1.24	19.07±1.69	.814
Conventional mode			
Mean max PIP (cmH ₂ O)	26	24.25±4.35	.325
Mean max PEEP (cmH ₂ O)	7	6±0.81	.359
ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	9.85±6.11	4.33±3.34	.003*
ระยะเวลารอดนอนโรงพยาบาล (วัน)	23.08±16.37	4.33±3.34	.000*
ยาที่ใช้			
Dopamine	13(100)	17(94.4)	.581
Dobutamine	9(69.2)	9(50.0)	.242
Epinephrine	12(92.3)	15(83.3)	.434
Sildenafil	10(76.9)	13(55.6)	.552
Milrinone	0	3(16.7)	.182
Inhaled iloprost	4(30.8)	1(5.6)	.083
Hydrocortisone	1(7.7)	4(22.2)	.285
Sodium bicarbonate	6(46.2)	14(77.8)	.076

วิจารณ์

อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครในช่วงระยะเวลา 4 ปี อยู่ในช่วง 0.77-5.28 เฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 2.11 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ^{2,3,4} อัตราการเสียชีวิตพบร้อยละ 59.1 พบว่ายังสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา^{1,3,5} ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญสำหรับกุมารแพทย์และทีมที่รักษาอย่างมากทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการรักษาดังเช่นการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiogram) และไม่สามารถรักษาด้วย inhaled nitric oxide หรือ

ECMO ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงใช้สำหรับขยายหลอดเลือดที่ปอดโดยตรง พบว่าในทารกที่มีภาวะ PPHN ชนิดรุนแรงมีค่า oxygen index มากกว่า 20 การใช้ inhaled nitric oxide ช่วยเพิ่มระดับออกซิเจนให้ทารกและลดอัตราการเสียชีวิตลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 10^{8,9,13,14} เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. อุตการณ์การเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงในปี 2562 สูงขึ้นเนื่องจากพบภาวะ meconium aspiration syndrome เป็นสาเหตุหลักจำนวนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายที่ในประเทศไทยที่พบภาวะนี้เป็นภาวะร่วมที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งพบร้อยละ 30.5-55.0^{10,11,12} สำหรับการ

ศึกษาในต่างประเทศพบภาวะนี้เป็นสาเหตุลำดับหนึ่งเช่นเดียวกันพบร้อยละ41¹⁵ เนื่องจากทารกที่มีขี้เทาปนในน้ำคร่ำก่อนคลอด (meconium strained amniotic fluid) มักขาดออกซิเจนเป็นเวลานานและมีการสูดสำลักขี้เทาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ทำให้ชั้นกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือดแดงปอดมีการหนาผิดปกติและมีการเจริญของชั้นกล้ามเนื้อลงไปที่หลอดเลือดขนาดเล็ก ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดหลังคลอดมากกว่าปกติเกิดภาวะ PPHN^{12,13}

ในการศึกษานี้พบทารกเพศชายมากกว่าเพศหญิง วิธีการคลอดโดยวิธีคลอดปกติและผ่าตัดคลอด เท่ากัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hernandez-Diaz¹⁶ พบว่าทารกที่เกิดหลังกำหนด ทารกอายุครรภ์ 34-37 สัปดาห์ เพศชาย ผิดค่า เอเซีย มีน้ำหนักมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ไหลคลอดโดยวิธีผ่าตัดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะนี้ ทารกต่างชาติส่วนใหญ่เป็นชาวพม่ามีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าทารกชาวไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปได้ว่าทารกต่างชาติจะมีความรุนแรงของโรคมมากกว่ารวมถึงปัจจัยเสี่ยงทางด้านมารดาพบว่าในทารกที่เสียชีวิตมีอายุครรภ์ของการฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่าจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์น้อยกว่าและอายุครรภ์เฉลี่ยมากกว่าทารกที่รอดชีวิตถึงแม้ว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การดูแลมารดาในช่วงตั้งครรภ์เข้าเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ จนถึงคลอดอย่างมีคุณภาพจะสามารถลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ได้

เมื่อเทียบระหว่างทารกที่รอดชีวิตและทารกที่เสียชีวิตพบว่าอายุเฉลี่ยของการเกิดภาวะนี้ในทารกที่เสียชีวิตเกิดเร็วกว่าทารกที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นทีมผู้ดูแลควรเฝ้าระวังทารกที่เป็นกลุ่มเสี่ยงควรมีการประเมินและติดตามอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง โดยเฉพาะช่วงอายุ 12 ชั่วโมงแรก ส่วนระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลในกลุ่มทารกที่เสียชีวิตคือ 4.33 ± 3.34 และ

4.33 ± 3.34 วัน เปรียบเทียบกับกลุ่มทารกที่รอดชีวิตคือ 9.85 ± 6.11 และ 23.08 ± 16.37 วัน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{10,11} ทั้งนี้เนื่องจากทารกที่เสียชีวิตมีความรุนแรงของโรคมมากกว่าจึงเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว

แม้ว่าการรักษาในทารกทั้งสองกลุ่ม การใช้ยาต่างๆ รวมทั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้ง 2 ชนิดพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบนได้มีการนำยาขยายหลอดเลือดต่างๆมาใช้ในการรักษาเพิ่มขึ้นทำให้พบทารกที่รอดชีวิตในช่วงหลังมีจำนวนมากขึ้น ในจำนวนทารกที่รอดชีวิตพบว่ามี 4 ราย (ร้อยละ 12.9) ที่ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพื่อได้รับการรักษาด้วย inhaled nitric oxide (iNO) ดังนั้นเมื่อทารกมีภาวะความดันเลือดปอดสูงเริ่มมีความรุนแรงมากขึ้นควรพิจารณาติดต่อส่งตัวทารกต่อไป รวมทั้งการที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบนตั้งอยู่ในเขตเมืองระยะห่างจากโรงพยาบาลใหญ่ที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิดและเครื่องมือที่พร้อมมากกว่าระยะห่างไม่ไกลมากทำให้สามารถส่งต่อทารกได้ก่อนที่ภาวะของโรคจะรุนแรงมากขึ้นเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต

สรุป

ทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงในโรงพยาบาลกระทุ่มแบนยังมีอัตราการเสียชีวิตสูง สาเหตุหลักที่เกิดร่วมมากที่สุดคือ meconium aspiration syndrome (MAS) และทารกต่างชาติเสียชีวิตมากกว่า

ข้อเสนอแนะ

การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การดูแลติดตามทารกหลังคลอดโดยเฉพาะทารกที่มีภาวะ meconium aspiration syndrome (MAS) ควรเฝ้าระวังอาการแรกเกิดอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบากรุนแรงจนทำให้การดำเนินโรคมมากขึ้น การรักษา

ที่รวดเร็วโดยทีมดูแลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญจะทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงและลดอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลสูงสุด ควรมีการเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะให้กับบุคลากรร่วมกับการพัฒนาเครือข่ายในการดูแลและการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์ที่มีศักยภาพในการดูแลในกรณีที่ทารกมีภาวะรุนแรงมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงอุไรวรรณ จานรรจ์สิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระกุ่มแบน ที่อนุญาตให้ทำงานวิจัยนี้ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลระกุ่มแบน ที่ช่วยค้นหาเวชระเบียนเพื่อทำงานวิจัย รวมทั้งกุมารแพทย์และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานกุมารเวชกรรมที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาทารกแรกเกิด

เอกสารอ้างอิง

1. Farrow KN, Fliman P, Steinhorn RH. The disease treated with ECMO: focus on PPHN. *Semin Perinatol.* 2005; 29(1): 8-14.
2. Khorana M, Yookaseam T, Layangool T, et al. Outcome of Oral sildanefil therapy on persistent pulmonary hypertension of newborn at Queen Sirikij National Institute of Child health. *J Med Assoc Thai.* 2011; 94Suppl 3: S64-73.
3. Nakwan N, Pithaklimnuwong S. Acute kidney injury and pneumothorax are risk factors for mortality in persistent pulmonary hypertension of newborn in Thai neonates. *J matern Fetal Neonatal Med.* 2016; 29(11): 1741-6. doi:10.3109/14767058.2015.1060213.
4. Walsh-Sukys MC, Tyson JE, Wright LL, et al. Persistent pulmonary hypertension of newborn in the era before nitric oxide: practice variation and outcomes. *Pediatrics.* 2000;105 (1 Pt 1): 14-20.
5. Chotigeat U, Jaratwashirakul S. Inhaled iloprost for severe persistent pulmonary hypertension of newborn. *J Med Assoc Thai.* 2007; 90(1): 167-70.
6. Finer NN, Barrington KJ. Nitric oxide for respiratory failure in infants born at or near term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (4): CD000399.
7. Cabral JE, Belik J. Persistent pulmonary hypertension of the newborn: recent advances in pathophysiology and treatment. *J Pediatr (Rio J)* 2013; 89(3): 226-42. doi: 10.1016/j.jped.2012.11.009.
8. Teng RJ, Wu TJ. Persistent pulmonary hypertension of the newborn. *J Formos Med. Assoc.* 2013; 112(4): 177-84. doi: 10.1016/j.jfma.2012.11.007.
9. Roberts JD, Fineman JR, Morin FC, et al. Inhaled nitric oxide and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *N Engl J Med.* 1997; 336: 605-10. doi: 10.1056/NEJM199702273360902.
10. อุกฤษฏ์ จิระปิติ. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันโลหิตในปอดสูงในโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนนครราชสีมา. *เชิงรายเวชสาร.* 2557; 6: 57-65.
11. นพวรรณ พงศ์โสภณ. ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการเขต 11.* 2560; 31(1): 49-59.

12. อุไรวรรณ โชติเกียรติ, มิรา โครานา, วิบูลย์ ภาณุจันพัฒนกุล, และคณะ. ผลการรักษาความดันเลือดในปอดสูงในเด็กทารก (PPHN) ด้วยเครื่องช่วยหายใจความถี่สูง (HFOV): ประสบการณ์ 5 ปี. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2546; 42: 1-8.
13. วรศักดิ์ทิพย์ คุณธยากร. Persistent pulmonary hypertension of the newborn. ใน : ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน, กัญญาลักษณ์ วิเทศสนธิ, บรรณาธิการ. Comprehensive care for newborn with heart problems. กรุงเทพฯ: ชมรมกุมารแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย; 2557. 17-29.
14. Wesswl DL, Adatia I, van LJ, et al. Improved oxygenation in a randomized trial of inhaled nitric oxide for persistent pulmonary of the newborn. Pediatrics. 1997; 100(5): e7.
15. Walsh MC, tock EK, Persistent pulmonary of newborn: rational therapy base on pathophysiology. Clinperinatol 2001; 28(3): 609-627.
16. Hernandez-Diaz S, Van Marter LJ, Werler MM, et al. Risk factors for persistent pulmonary hypertension of the newborn. Pediatrics. 2007; 120(2): e272-82.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศหญิง ในวิชาชีพพยาบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร Prevalence and Factors Related to Female Sexual Dysfunction in the Nursing Profession at Krathumbaen Hospital, Samut Sakhon Province

กรานนท์ ลิ้มปรีชตามร พ.บ.,
ว.ว. สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
จังหวัดสมุทรสาคร

Paranon Limrattamorn M.D.,
Thai Board of Obstetrics & Gynecology
Division of Obstetrics & Gynecology
Krathumbaen Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศหญิง ในวิชาชีพพยาบาลโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา: เป็นงานศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในวิชาชีพพยาบาล (ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้) โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 297 ราย ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ (chi-square) และสถิติของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

ผลการศึกษา: จากการศึกษาพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ทั้งหมด 138 ราย มีคะแนน Female Sexual Function Index (FSFI) < 26.55 จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 25.34 (SD = 4.50) มีคะแนนความต้องการทางเพศเฉลี่ยเท่ากับ 3.3 (SD = 0.87) คะแนนการเร้าอารมณ์เฉลี่ยเท่ากับ 3.95 (SD = 0.97) คะแนนการหล่อลื่นเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 (SD = 1.10) คะแนนการถึงจุดสุดยอดเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 (SD = 1.08) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 (SD = 1.00) และคะแนนความเจ็บเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 (SD = 1.16) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศ ได้แก่ ช่วงอายุและสถานภาพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ส่วนตำแหน่ง (พยาบาลวิชาชีพ หรือผู้ช่วยเหลือคนไข้) ระดับการศึกษา และความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์โดยประมาณ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: ความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศหญิง ในวิชาชีพพยาบาลโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร คือ ร้อยละ 55.1 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศหญิง ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา และความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์

คำสำคัญ : ความชุก ภาวะบกพร่องทางเพศหญิง วิชาชีพพยาบาล

วารสารแพทยเขต 4-5 2563 ; 39(3) : 316-322.

ABSTRACT

Objective: This study was aimed to study the prevalence and factors related to female sexual dysfunction in the nursing profession, Krathumbaen Hospital, Samut Sakhon Province.

Methods: A cross-sectional study was done. The samples were 297 nursing professions (including nurses and nursing assistants) in Krathumbaen Hospital. The questionnaires was used for data collection from 1-31 March 2020. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square and Fisher's exact test.

Results: The study found that of a total of 138 respondents, 76 had Female Sexual Function Index (FSFI) score <26.55 (55.1%). The total average score was 25.34 (SD = 4.50), average sexual desire score was 3.3 (SD = 0.87), average arousal score was 3.95 (SD = 0.97), average lubrication score was 4.67 (SD = 1.10), and average orgasm score was 4.32 (SD = 1.08), average satisfaction score was 4.88 (SD = 1.00), average pain score was 4.21 (SD = 1.16). Comparing data between normal group and female sexual dysfunction group revealed that, the age range and marital status were not statistically significant ($p > .05$), but nursing position (nurse or nursing assistant), education level, and estimated frequency of intercourse were found to have statistically significant differences ($p < .05$).

Conclusion: The prevalence of female sexual dysfunction in the nursing professions, Krathumbaen Hospital, Samut Sakhon province is 55.1 percent. The relating factors are the nursing position, education, and the estimated frequency of intercourse.

Keywords: prevalence, female sexual dysfunction, nursing professions

Received : March 30 , 2020 Revised : April 30 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 316-322.

บทนำ

ภาวะบกพร่องทางเพศเป็นสภาวะที่ร่างกายหรือจิตใจไม่มีความต้องการทางเพศและไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศได้ตามปกติ ทำให้เกิดปัญหาในการร่วมเพศ หรือการมีความสุขสุดยอดทางเพศ เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวลและความขัดแย้งในคู่สมรส¹ ในประเทศไทยการสำรวจภาวะบกพร่องทางเพศหญิงยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน ทำให้ไม่ทราบปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้งบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของคนไทยที่ยังคงมองว่าเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ไม่สมควรกล่าวถึง สตรีถูกสอนให้อดกลั้นในเรื่องความต้องการ

ทางเพศ มิให้พูดเรื่องเพศอย่างเปิดเผย เมื่อเกิดภาวะบกพร่องทางเพศขึ้นจึงทำให้สตรีเหล่านี้ปกปิดปัญหาเอาไว้ไม่กล้าขอรับคำปรึกษา เนื่องจากเกรงว่าจะถูกมองว่าเป็นคนหมกมุ่นในเรื่องเพศ ซึ่งเป็นเรื่องเข้าใจผิด เพราะความต้องการทางเพศของมนุษย์เป็นสิ่งปกติ และเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคล

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางเพศ เช่น อายุ โดยพบว่า ผู้ที่มีอายุช่วงก่อนวัยทองจะพบความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศได้ร้อยละ 41² ในขณะที่ช่วงอายุหลังวัยทองพบได้มากถึงร้อยละ 82.2³ และในหญิง

ที่มีการศึกษาต่ำ มีโอกาสเกิดภาวะบกพร่องทางเพศมากกว่าหญิงที่ได้รับการศึกษาในมหาวิทยาลัยมากถึง 3.4 เท่า⁴ นอกจากนี้ในหญิงที่มีภาวะบกพร่องทางเพศยังพบว่า การมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงมากกว่าหญิงปกติถึง 3 เท่า⁵

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีการปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ป่วย การให้บริการนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบและปฏิบัติงานด้วยความมีสติรอบคอบ ปราศจากความผิดพลาด และเป็นบริการที่ต่อเนื่องตลอดเวลา ในการปฏิบัติงานของวิชาชีพพยาบาลจึงต้องมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้มีการพักผ่อน การนอนและการดำเนินชีวิตไม่เป็นเวลา ซึ่งปัจจัยนี้อาจทำให้เกิดอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว และส่งผลให้เกิดภาวะบกพร่องทางเพศตามมาได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศหญิงในวิชาชีพพยาบาลโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่เพื่อค้นหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศนำไปสู่การประเมินภาวะบกพร่องทางเพศของสตรีและการแสวงหาแนวทางแก้ไขความบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศหญิง ในวิชาชีพพยาบาลโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศหญิงในวิชาชีพพยาบาลโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรในวิชาชีพพยาบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในวิชาชีพพยาบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 297 ราย โดยมีการกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นเพศหญิง
- 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หรือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้
- 3) มีเพศสัมพันธ์กับเพศชายในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยผู้วิจัยได้ทำการส่งแบบสอบถามทั้งหมด 297 ฉบับ ได้รับการตอบรับ 186 ฉบับ ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ 138 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง สถานภาพ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์ในการมีเพศสัมพันธ์โดยประมาณ
- 2) แบบประเมินภาวะบกพร่องทางเพศ Female Sexual Function Index (FSFI) จำนวน 19 ข้อ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Rosen⁶ แปลเป็นภาษาไทยโดย ชินา โอฬารรัตน์พันธ์ และสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล⁷ โดยแบบสอบถามทั้ง 19 ข้อ จะประเมินการทำหน้าที่ทางเพศของผู้หญิงใน 6 ด้าน ได้แก่ ความต้องการทางเพศ (sexual desire) จำนวน 2 ข้อ, การเร้าอารมณ์ (arousal) จำนวน 4 ข้อ, การหล่อลื่น (lubrication) จำนวน 4 ข้อ, การถึงจุดสุดยอด (orgasm) จำนวน 3 ข้อ, ความพึงพอใจ (satisfaction) จำนวน 3 ข้อและความเจ็บปวด (pain) จำนวน 3 ข้อ โดยคะแนนอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน ยกเว้นด้านความต้องการทางเพศ (sexual desire) จำนวน 2 ข้อและด้านความพึงพอใจ (satisfaction)

จำนวน 2 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน และเมื่อนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมาคูณด้วยค่าปัจจัยซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละด้านความเป็นไปได้ของค่าคะแนน FSFI จะอยู่ในช่วง 2.0-36.0 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า 26.55 คะแนน หมายถึง ผู้มีการทำหน้าที่ทางเพศหรือสมรรถภาพทางเพศที่ดี และจะถือว่ามีความบกพร่องทางเพศเมื่อมีคะแนนน้อยกว่า 26.55 คะแนน¹⁰

ภายหลังโครงร่างวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการเก็บข้อมูลจะให้ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนโดยไม่ระบุชื่อ และบรรจุแบบสอบถามลงในซองที่เตรียมไว้ให้ ปิดผนึก และจัดส่งคืนในจุดที่กำหนดไว้วิธีการนี้แม้แต่ตัวผู้ทำวิจัยเองก็ไม่สามารถระบุตัวผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ (chi-square) และสถิติของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

ผลการศึกษา

จากการส่งแบบสอบถามทั้งหมด 297 ฉบับ ได้รับการตอบรับ 186 ฉบับ ตอบแบบสอบถามครบและสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 138 ฉบับ ได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง 138 คน มีอายุอยู่ในช่วง 18-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.7 เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 72.5 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 56.5 รองลงมา มีสถานภาพโสด ร้อยละ 41.3 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.5 มีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์โดยประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 30.4

จากการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 138 ราย มีคะแนน FSFI < 26.55 จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 25.34 (SD = 4.50) มีคะแนนความต้องการทางเพศเฉลี่ยเท่ากับ 3.3 (SD = 0.87) คะแนนการเร้าอารมณ์เฉลี่ยเท่ากับ 3.95 (SD = 0.97) คะแนนการหล่อลื่นเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 (SD = 1.10) คะแนนการถึงจุดสุดยอดเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 (SD = 1.08) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 (SD = 1.00) และคะแนนความเจ็บเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 (SD = 1.16) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการตอบแบบสอบถามวัดการทำหน้าที่ทางเพศหญิง (N=138)

	คะแนนเฉลี่ย
ความต้องการทางเพศ	3.3 (SD = 0.87)
การเร้าอารมณ์	3.95 (SD = 0.97)
การหล่อลื่น	4.67 (SD = 1.10)
การถึงจุดสุดยอด	4.32 (SD = 1.08)
ความพึงพอใจ	4.88 (SD = 1.00)
ความเจ็บ	4.21 (SD = 1.16)
คะแนนเฉลี่ยรวม	25.34 (SD = 4.50)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) สำหรับ ช่วงอายุ ตำแหน่งและความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ช่วงอายุไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ส่วนตำแหน่งและความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สำหรับสถานภาพ และระดับการศึกษาใช้การทดสอบด้วยสถิติของ Fisher (Fisher's exact test) พบว่า สถานภาพไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ส่วนระดับการศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศ (N=138)

ตัวแปร	กลุ่มปกติ		กลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศ		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					
18-30 ปี	23	37.1	29	38.2	.492
31-40 ปี	18	29	24	31.6	
41-50 ปี	13	21	11	14.5	
51-60 ปี	8	12.9	12	15.8	
ตำแหน่ง					
พยาบาลวิชาชีพ	49	79	51	67.1	.046
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	13	21	25	32.9	
สถานภาพ					
โสด	25	40.3	32	42.1	.461
สมรส	36	58.1	42	55.3	
หม้าย	-	-	2	2.6	
หย่าร้าง	1	1.6	-	-	
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรี	47	75.8	53	69.7	.021
ปริญญาโท	5	8.1	2	2.6	
ปริญญาเอก	1	1.6	1	1.3	
อื่นๆ	9	14.5	20	26.3	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศ (N=138) (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มปกติ		กลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศ		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์โดยประมาณ					
มากกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	6	9.7	2	2.6	.002
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	13	21	13	17.1	
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	21	33.9	21	27.6	
เดือนละ 1 ครั้ง	17	27.4	15	19.7	
น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง	5	8.1	25	32.9	

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 55.1 มีภาวะบกพร่องทางเพศโดยพบปัจจัยที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศ ได้แก่ ตำแหน่งของวิชาชีพพยาบาล พบว่า ในกลุ่มปกติเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 79 และเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 21 ส่วนกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 67.1 และเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 32.9 จะเห็นได้ว่าผู้ช่วยเหลือคนไข้กลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศมีจำนวนมากกว่ากลุ่มปกติ อธิบายได้ว่าผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีระดับการศึกษาที่หลากหลายและส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หญิงที่มีการศึกษามากกว่ามีโอกาสเกิดภาวะบกพร่องทางเพศมากกว่าหญิงที่ได้รับการศึกษาในมหาวิทยาลัย⁴ สำหรับระดับการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาอื่นๆ ในกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศมีจำนวนมากกว่ากลุ่มปกติ อธิบายได้เช่นเดียวกันว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะบกพร่องทางเพศ โดยเฉพาะระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับมหาวิทยาลัยมีโอกาสเกิดภาวะบกพร่องทางเพศมากถึง 3.4 เท่า⁴และจากการวิเคราะห์ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์โดยประมาณพบว่า กลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง พบร้อยละ 32.9 ซึ่งมากกว่ากลุ่มปกติที่พบเพียง ร้อยละ 8.1 อธิบาย

ได้ว่า กลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศมีความสนใจทางเพศลดลง และไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศได้ตามปกติ จึงส่งผลให้มีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า หญิงที่มีภาวะบกพร่องทางเพศพบว่าการมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงมากกว่าหญิงปกติมากถึง 3 เท่า⁵

อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยต่างๆที่ไม่ได้กล่าวถึงในงานวิจัยนี้ที่อาจส่งผลต่อภาวะบกพร่องทางเพศหญิง เช่น โรคประจำตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย เศรษฐฐานะ ภาวะจิตใจ จำนวนบุตร เชื้อชาติศาสนา รสนิยมทางเพศ เป็นต้น งานวิจัยนี้ยังพบว่าเมื่อคัดจากกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหย่าร้าง และหม้าย ซึ่งอาจจะมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์และภาวะบกพร่องทางเพศได้

แม้ว่างานวิจัยนี้จะเป็นการวิจัยเฉพาะพื้นที่ในอำเภอเดียวไม่สามารถบ่งบอกถึงภาวะบกพร่องทางเพศของวิชาชีพพยาบาลของทั้งประเทศไทยได้ แต่ผู้วิจัยเชื่อว่าจะสามารถต่อยอดให้ผู้สนใจสามารถศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น หลากหลายกลุ่มประชากร หลากหลายวิชาชีพมากขึ้นในอนาคตได้

สรุป

ความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศหญิงในวิชาชีพพยาบาลโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร คือ ร้อยละ 55.1 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับภาวะบกพร่องทางเพศหญิง ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา และความรู้ในการมีเพศสัมพันธ์ จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า แม้ในวิชาชีพพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจในด้านสาธารณสุข ก็ยังพบภาวะบกพร่องทางเพศเป็นจำนวนมาก และเนื่องจากเป็นปัญหาที่สังคมค่อนข้างปิดกั้นและเป็นเรื่องน่าอาย จำนวนผู้ที่ภาวะบกพร่องทางเพศจึงน่าจะมีจำนวนมากกว่าในงานศึกษาต่างๆ ที่เก็บข้อมูลมา สิ่งนี้ทำให้ตระหนักได้ว่าภาวะบกพร่องทางเพศเป็นปัญหาที่การสาธารณสุขควรให้ความสำคัญ การบริการทางด้านเวชศาสตร์ทางเพศยังคงจำกัดเพียงในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและหัวเมืองใหญ่ๆ เท่านั้น ทางภาครัฐควรให้ความสำคัญกับปัญหาเรื่องเพศมากขึ้น เช่น การเผยแพร่ความรู้ทางด้านเพศแก่ประชาชน จัดการอบรมเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้มากขึ้น จัดตั้งคลินิกสุขภาพเพศในสถานพยาบาลต่างๆ กระจายไปตามภูมิภาคเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ทางผู้วิจัยเชื่อว่าข้อมูลจากผลการวิจัยชิ้นนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่นำมาใช้อ้างอิงและประยุกต์ เพื่อใช้ในการให้ความรู้ ป้องกันและรักษาภาวะบกพร่องทางเพศหญิงในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อารัมภ์ ทัทสมุทเรเดชากร, ชัยเลิศ พงษ์นริศร. ความบกพร่องทางเพศของผู้หญิง (Female Sexual Dysfunction) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1262:female-sexual-dysfunction&catid=45&Itemid=561
2. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, et al. Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sex Med Rev*. 2016; 4(3): 197–212. doi: 10.1016/j.sxmr.2016.03.002.
3. Peeyananjarassri K, Liabsuetrakul T, Soonthornpun K, et al. Sexual functioning in postmenopausal woman not taking hormone therapy in the Gynecological and Menopausal Clinic, Songklanagarind Hospital measured by Female Sexual Function Index questionnaire. *J Med Assoc Thai*. 2008; 91(5): 625-32.
4. Lou WJ, Chen B, Zhu L, et al. Prevalence and Factors Associated with Female Sexual Dysfunction in Beijing, China. *Chin Med J*. 2017; 130(12): 1389-94.
5. Fuentealba-Torres M, Cartagena-Ramos D, Fronteira I, et al. What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. *BMJ Open*. 2019; 9: e025833. doi:10.1136/bmjopen-2018-025833.
6. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26(2): 191-208.
7. Oranratanaphan S, Taneepanichsku S. A double blind randomized control trial, comparing effect of drospirenone and gestodenet to sexual desire and libido. *J Med Assoc Thai*. 2006; 89 Suppl 4: S17-22.
8. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005; 31(1): 1-20.

เปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดระหว่างการทำตัดมดลูกทางช่องคลอด กับการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องผ่านหน้าท้อง Comparison of Operative Outcomes between Non-Descent Vaginal Hysterectomy and Total Laparoscopic Hysterectomy

อภิชาติ ใจดีเจริญ พ.บ.,
ว. สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
จังหวัดสมุทรสาคร

Apichart Jaideecharoen M.D.,
Thai Board of Obstetrics and Gynecology
Division of Obstetric and Gynecology
Kratumbaen Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะหย่อนของอุ้งเชิงกราน (NDVH) กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องผ่านหน้าท้อง (TLH)

วิธีการศึกษา: เป็นศึกษาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทั้งสองวิธี ได้แก่ การตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะหย่อนของอุ้งเชิงกราน (NDVH) และการตัดมดลูกแบบส่องกล้องผ่านหน้าท้อง (TLH) ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 มีนาคม 2563 ที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน โดยสูตินรีแพทย์คนเดียว

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยจำนวน 49 ราย ถูกคัดเลือกในการศึกษานี้ (กลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด 31 รายและกลุ่มผ่าตัดส่องกล้อง 18 ราย) ระยะเวลาในการผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (123.6 ± 58.0 นาที) สั้นกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้องผ่านหน้าท้อง (174 ± 60.2 นาที) อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .005$) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ยในกลุ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (1.7 ± 0.6 วัน) สั้นกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง (2.3 ± 0.5 วัน) อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .001$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาในการผ่าตัด คือ น้ำหนักของมดลูก ($p = .002$)

สรุป: การตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ถือเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยทางนรีเวชที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูก ดังนั้นผู้ป่วยที่สามารถผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดได้ ควรได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมเกี่ยวกับทางเลือกในการผ่าตัดมดลูก

คำสำคัญ : การผ่าตัดมดลูก การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะกระบังลมหย่อน การผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง การผ่าตัดแบบบูรณการต่อเนื่องน้อย

วารสารแพทยเขต 4-5 2563 ; 39(3) : 324-332.

ABSTRACT

Objective: The aim was to compare the operative outcomes in patients who underwent non-descent vaginal hysterectomy (NDVH) versus total laparoscopic hysterectomy (TLH).

Methods: A retrospective study was done by collecting the data from medical records. All women who underwent NDVH and TLH in Kratumbaen Hospital by one surgeon during 1 January 2017 to 31 March 2020 were included. Those patients having malignancy as diagnosed by Pap smear or pathologic report or cases with concomitant sacral colpoxies, were excluded from the study.

Results: Forty-nine patients were included (31 in the NDVH group and 18 in the TLH group). Total procedure time was significantly less in the NDVH group (123.6±58.0 minutes) as compared to TLH (174±60.2 minutes, $p=.005$). Mean postoperative hospital stay was significantly shorter in NDVH group than TLH group (1.7±0.6 vs 2.3±0.5 days, $p=.001$). A greater number of patients who underwent NDVH were discharged on postoperative day 1 as compared to those receiving TLH ($p=.002$). Uterine weight was associated with the operative time ($p=.002$).

Conclusion: NDVH can be performed safely with better operative times to those of conventional laparoscopic hysterectomy. NDVH is a safe alternative to TLH and may offer some operative advantages, including reduced procedure time and earlier discharge. So NDVH should be offered to a large group of appropriately selected women.

Keywords : hysterectomy, non-descent vaginal hysterectomy(NDVH), total laparoscopic hysterectomy(TLH), minimal invasive surgery

Received : April 14 , 2020 Revised : April 30 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 324-332.

บทนำ

การผ่าตัดมดลูกเป็นหัตถการทางนรีเวชที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติของสูตินรีแพทย์ทั่วโลก ซึ่งการผ่าตัดมดลูกสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ 1.การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (transabdominal hysterectomy; TAH) 2.การผ่าตัดทางช่องคลอด (transvaginal hysterectomy; TVH) และ 3.การผ่าตัดแบบส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง (total laparoscopic hysterectomy; TLH) อย่างไรก็ตามการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ถือเป็นการผ่าตัดที่มี

การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อย (minimal invasive surgery) เนื่องจากไม่มีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ที่บริเวณผนังหน้าท้อง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า และมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง นอกจากนี้ยังมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน¹ การศึกษาก่อนหน้าจำนวนมากที่สนับสนุนให้การผ่าตัดมดลูกที่มีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อยเป็นทางเลือก

อันดับแรกในการพิจารณาวิธีการตัดมดลูก อย่างไรก็ตามการผ่าตัดมดลูกที่ไม่ใช่เนื้อร้ายในปัจจุบันส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (TAH) เนื่องจากสามารถเห็นพยาธิสภาพได้ชัดเจน ทำให้ผลการได้ง่ายและใช้เวลาในการผ่าตัดสั้น ทำให้วิธีการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องยังได้รับความนิยมเหนือกว่าการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและแบบส่องกล้อง

โดยในปี ค.ศ.1984 มีการรายงานการผ่าตัดมดลูกโดยใช้การส่องกล้องช่วยผ่าตัด (laparoscopic assisted vaginal hysterectomy; LAVH)² ต่อมา มีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการผ่าตัดนำไปสู่การผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง (TLH) ซึ่งวิธีการผ่าตัดเหล่านี้ล้วนแต่มีการบาดเจ็บต่อนอเยื่อที่น้อยเมื่อเทียบกับการการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้อง (TAH) ในอีกทศวรรษถัดมาการผ่าตัดส่องกล้องเริ่มเป็นที่นิยมมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2002 มีเริ่มรายงานการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องที่ใช้หุ่นยนต์ช่วย (robotic hysterectomy; RH)³ และถูกพัฒนาให้มีการผ่าตัดด้วยวิธีนี้มากขึ้น แม้ว่าเทคโนโลยีจะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นตามลำดับ แต่ทักษะการผ่าตัดทางช่องคลอดและการผ่าตัดส่องกล้องยังเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งยังไม่มีหลักฐานที่ระบุว่า การผ่าตัดมดลูกด้วยหุ่นยนต์มีข้อดีเหนือกว่า⁴

การผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องมีข้อดีคือสามารถมองเห็นอวัยวะต่างๆ และพยาธิสภาพภายในอุ้งเชิงกรานได้โดยตรงและสามารถที่จะผ่าตัดหรือเลาะพังผืดในช่องท้องได้ด้วย อย่างไรก็ตามการผ่าตัดส่องกล้องจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ที่ทันสมัย ชุดเครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงสูง รวมทั้งทักษะการผ่าตัดที่ดี วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้องจะสัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัดที่นานขึ้นและการเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อน⁵ นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด⁶

การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดมีข้อดีเหนือกว่าการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องอย่างชัดเจนในผู้ป่วย

ที่มีน้ำหนักตัวมาก นอกจากนี้การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดพบภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะลำไส้ไม่บีบตัว ไส้เลื่อนบริเวณแผลผ่าตัด หรือการติดเชื้อของแผลผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดมดลูกเปิดหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ⁷ ดังนั้นการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดจึงเป็นทางเลือกในการผ่าตัด ในกรณีที่สามารถผ่าตัดทางช่องคลอดได้ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ พบว่า การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดมีแนวโน้มลดลง⁸

ปัจจัยที่ทำให้การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดทำได้ยาก ได้แก่ ไม่มีประวัติคลอดบุตรทางช่องคลอด ไม่มีภาวะหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน มดลูกที่มีขนาดใหญ่ ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ อุ้งเชิงกรานอักเสบ ประวัติผ่าตัดในอุ้งกรานหรือช่องคลอดแคบ อย่างไรก็ตามปัจจัยเหล่านี้ไม่ใช่ข้อบ่งห้ามในการผ่าตัดมดลูกที่บาดเจ็บต่อนอเยื่อน้อย (minimal invasive surgery) โดยจากการศึกษาพบว่าสามารถทำผ่าตัดมดลูกได้อย่างปลอดภัยและมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ^{9,10} ทำให้การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (TVH) และการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง (TLH) มีบทบาทมากขึ้นและได้รับความนิยมมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งในต่างประเทศมีข้อเสนอแนะว่า การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดควรเป็นวิธีการผ่าตัดที่ควรพิจารณาเป็นอันดับแรก เมื่อแพทย์พิจารณาแล้วว่าสามารถทำผ่าตัดได้ อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาเป็นจำนวนน้อยที่เปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (non-descent vaginal hysterectomy; NDVH) กับ การผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง (TLH)

เป้าหมายของการศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (NDVH) และการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง (TLH) เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษาและพิจารณาวิธีการผ่าตัดมดลูกที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้รับอนุญาตทำการศึกษ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล กระทุ่มแบนเลขที่ 009/63 การศึกษานี้เป็นการศึกษา แบบสังเกตชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective cohort study)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ ผ่าตัดมดลูกซึ่งได้รับการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบ ไม่มีภาวะหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (NDVH) หรือ การผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง (TLH) ช่วงเวลาระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ.2560 ถึง 31 มีนาคม 2563 ที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน โดยทุกหัตถการทำ โดยสูตินรีแพทย์คนเดียวกัน โดยผลลัพธ์การผ่าตัดจะถูก บันทึกในเวชระเบียน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนเพื่อ เก็บข้อมูลย้อนหลัง

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพ เป็นเนื้อร้าย โดยการวินิจฉัยจากการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกหรือผลตรวจชิ้นเนื้อของพยาธิแพทย์ และการ ผ่าตัดมดลูกที่มีการผ่าตัดรักษาภาวะกระบังลมหย่อน ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามการผ่าตัดร่วมในเวลาเดียว ได้แก่ การผ่าตัดปีกมดลูกด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้าน จะถูกบันทึกแต่ไม่ถูกคัดออกจากการศึกษา

ข้อมูลต่างๆถูกเก็บย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยการศึกษานี้เปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดระหว่างสองกลุ่ม ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ประวัติการผ่าตัดในช่องท้องหรือ อุ้งเชิงกราน ประวัติการคลอดบุตร ระยะเวลาในการผ่าตัด น้ำหนักของมดลูก จำนวนเลือดที่สูญเสีย การผ่าตัด เพิ่มเติม ภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลหลังผ่าตัด

วิธีการผ่าตัดทางช่องคลอดใช้เทคนิคตาม มาตรฐานดังที่บรรยายไว้โดย Dagent¹¹ และวิธีการ ผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางหน้าท้องจะใช้กล้องขนาด 10 มิลลิเมตร และแผลขนาด 5 มิลลิเมตรจำนวน 3 แผล

ในการผ่าตัด โดยเทคนิคการผ่าตัดส่องกล้องที่ใช้เช่น เดียวกับวิธีที่บรรยายไว้โดย Koh¹² เมื่อเสร็จขั้นตอน การผ่าตัด มดลูกจะถูกนำออกจากช่องท้องผ่านทาง ช่องคลอด ร่วมกับการลดขนาดของมดลูก (scapel morcellation) ในกรณีที่มดลูกมีขนาดใหญ่กว่า ช่องคลอด

โดยระยะเวลาในการผ่าตัดจะเริ่มบันทึกตั้งแต่ เริ่มลงแผลผ่าตัด จนถึงเย็บปิดของแผลผ่าตัดแผลสุดท้าย ปริมาณเลือดที่สูญเสีย คำนวณจากปริมาณของเหลว ในกระบอกตวงของเครื่องดูดสุญญากาศ น้ำหนักมดลูก ได้จากการชั่งน้ำหนักก่อนส่งตรวจทางพยาธิ ซึ่งจะถูก บันทึกไว้ในใบบันทึกการผ่าตัด

นิยามของภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะเลือด ออกมากที่ต้องได้รับการผ่าตัดระบายเลือด มีการบาด เจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต หรือลำไส้ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด และจากการระงับ ความรู้สึก

ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิก ถูกวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ผลลัพธ์จะถูกนำเสนอในรูปแบบของความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (standard deviation) การเปรียบเทียบ ผลลัพธ์การผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกทางช่อง คลอดและการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องใช้การทดสอบ ทางสถิติการทดสอบที แบบอิสระต่อกัน (independent t-test), การทดสอบแบบไคสแควร์ (chi-square test) หรือการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ขึ้นอยู่ กับความเหมาะสม และใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น (linear regression) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัด ระดับความ เชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซนต์ ค่า p-value น้อยกว่า .05 ถือว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS รุ่น 18

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย พบว่าทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในด้านของอายุเฉลี่ย และดัชนีมวลกาย ในกลุ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดมีประวัติการคลอดบุตร (2.2 ± 1.2 คน) มากกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้อง (1.3 ± 1.4 คน) อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.032$) อย่างไรก็ตามเมื่อแบ่งกลุ่มย่อยของวิธีการคลอดทั้งการ

ผ่าตัดคลอดบุตร และการคลอดทางช่องคลอดพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มผ่าตัดส่องกล้องมีประวัติเคยผ่าตัดในช่องท้อง (ร้อยละ 22.2) สูงกว่ากลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด (ร้อยละ 0) อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.014$) โดยมีประวัติผ่าตัดปีกมดลูก 2 ราย, ผ่าตัดไตและปีกมดลูก 1 ราย และผ่าตัดไส้ติ่ง 1 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

	วิธีผ่าตัดทางช่องคลอด (n=31)	วิธีผ่าตัดส่องกล้อง (n=18)	P-value
อายุเฉลี่ย (ปี)	45.3 $\pm$ 6.6	42.7 $\pm$ 9.0	.248
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กก./ม. ²)	25.5 $\pm$ 3.8	27.7 $\pm$ 6.0	.117
จำนวนการคลอดบุตร	2.2 $\pm$ 1.2	1.3 $\pm$ 1.4	.032
-ทางช่องคลอด	2.6 $\pm$ 1.0	2.2 $\pm$ 1.4	.503
-ผ่าตัดคลอด	1.8 $\pm$ 0.4	1.5 $\pm$ 0.6	.407
ประวัติการผ่าตัดในช่องท้อง (cystectomy, appendectomy, nephrectomy)	0	4	.014

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัดของกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด (123.6 ± 58.0 นาที) น้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้อง (174 ± 60.2 นาที) อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.005$) ในกลุ่มผ่าตัดส่องกล้องมีการผ่าตัดร่วม 10 ราย (ผ่าตัดท่อนำไข่ทั้งสองข้าง 5 ราย, ผ่าตัดปีกมดลูก 1 ข้าง 2 ราย, ผ่าตัดเนื้องอกมดลูกทางช่องคลอด 1 ราย, และเลาะพังพืดในช่องท้อง 3 ราย) สูงกว่ากลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด 6 ราย (ผ่าตัดปีกมดลูก 2 ข้าง 2 ราย, ผ่าตัดปีกมดลูก 1 ข้าง 2 ราย และเลาะพังพืดในช่องท้อง 2 ราย) อย่าง

มีนัยสำคัญ ($p=.009$) ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในด้านของ น้ำหนักมดลูกเฉลี่ย ปริมาณเลือดที่สูญเสียและการได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด ในกลุ่มผ่าตัดส่องกล้องผู้ป่วยจำนวน 6 รายต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เนื่องจากมดลูกมีขนาดใหญ่และมีพังพืดในช่องท้องมาก ส่วนในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอดมีผู้ป่วย 9 ราย ที่ต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เนื่องจาก มดลูกมีขนาดใหญ่ 5 ราย, มีพังพืดในช่องท้องมาก 2 ราย, และเสียเลือดมากขณะผ่าตัดทางช่องคลอด 2 ราย อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 ปัจจัยระหว่างผ่าตัดและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด

ปัจจัย	วิธีผ่าตัดทางช่องคลอด (n=31)	วิธีผ่าตัดส่องกล้อง (n=18)	P-value
น้ำหนักของมดลูกเฉลี่ย (กรัม)	364.9±290.2	354.2±249.5	.896
ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย (นาที)	123.6±58.0	174±60.2	.005
ปริมาณเลือดที่สูญเสีย (ลบ.ซม.)	446.4±519.0	411.1±276.3	.791
การผ่าตัดร่วม	6	10	.009
ได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด	6	5	.503
เปลี่ยนเป็นวิธีการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง	9	6	.753
ภาวะแทรกซ้อน	0	1	.367
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ย	1.7±0.6	2.3±0.5	.001
ออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 วันหลังผ่าตัด	12	0	.002
ออกจากโรงพยาบาลภายใน 2 วันหลังผ่าตัด	27	12	.063

ระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ยของกลุ่มตัดมดลูกทางช่องคลอด (1.7 ± 0.6 วัน) สั้นกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้อง (2.3 ± 0.5 วัน) อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.001$) และจำนวนผู้ป่วยที่สามารถออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 วันหลังผ่าตัดในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด (ร้อยละ 40) สูงกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้อง (ร้อยละ 0) อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.002$) อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่สามารถออกจากโรงพยาบาลภายใน 2 วันหลังผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($p=.063$)

ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด แต่ในกลุ่มผ่าตัดส่องกล้องมีการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดบุตร 2 ครั้ง และได้รับผ่าตัดแก้ไขทันทีด้วยการผ่าตัดส่องกล้อง อย่างไรก็ตามอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.367$)

ตารางที่ 3 เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัด พบว่าน้ำหนักของมดลูกที่เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัดที่นานขึ้น ($p=.002$)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัด

ปัจจัย	Beta (95%CI)	P-value
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	1.01(-2.89,4.89)	.601
จำนวนการคลอดบุตร	-5.43(1896,8.11)	.424
น้ำหนักของมดลูก	0.098(0.036,0.160)	.002
ประวัติผ่าตัดคลอดบุตร	40.923(-8.43,90.28)	.101

ตารางที่ 4 แสดงผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาที่พบบ่อยที่สุดคือ เนื้องอกของกล้ามเนื้อมดลูก (myoma uteri) รองลงมาคือ ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในกล้ามเนื้อมดลูก (adenomyosis) ใน

กลุ่มผ่าตัดส่องกล้องมีผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาไม่พบความผิดปกติ 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีพัฒนาการช้าและไม่สามารถดูแลเรื่องประจำเดือนได้

ตารางที่ 4 ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

	วิธีผ่าตัดทางช่องคลอด(n=31)	วิธีผ่าตัดส่องกล้อง(n=18)	P-value
ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา			.602
- เนื้องอกมดลูก(myoma uteri)	23	12	
- เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่(adenomyosis)	6	4	
- ตึงเนื้อในโพรงมดลูก(endometrial polyp)	1	0	
- เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ(endometrial hyperplasia)	1	1	
- ไม่พบความผิดปกติ(unremarkable)	0	1	

วิจารณ์

การผ่าตัดมดลูกเป็นหัตถการที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติของสูตินรีแพทย์ ซึ่งการผ่าตัดสามารถทำได้โดยการผ่าตัดหน้าเปิดท้อง การผ่าตัดส่องกล้อง หรือการผ่าตัดทางช่องคลอด อย่างไรก็ตามวิธีการผ่าตัดแต่ละวิธีจะมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การฟื้นตัวหลังผ่าตัดและค่าใช้จ่าย ซึ่งการตัดสินใจพิจารณาวิธีการผ่าตัดมดลูกที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการคลอดบุตร ประวัติการผ่าตัดในช่องท้อง ขนาดและรูปร่างของช่องคลอดและมดลูก พยาธิสภาพที่อยู่นอกมดลูก ร่วมกับประสบการณ์การผ่าตัดของแพทย์

จากการศึกษาพบว่า จำนวนการคลอดบุตรในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด (2.2 ± 1.2 คน) สูงกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดส่องกล้อง (1.3 ± 1.4 คน) และประวัติเคยผ่าตัดในช่องท้องในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอด (ร้อยละ 0)

น้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดส่องกล้อง (ร้อยละ 22.2) อย่างอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องมาจากผู้ป่วยที่เคยผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอด จะมีการขยายขนาดเพิ่มขึ้นของช่องคลอด และโอกาสเกิดพังพืดในช่องท้องน้อยกว่า เนื่องจากไม่มีประวัติผ่าตัดในช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะถูกเลือกวิธีการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าประวัติการผ่าตัดคลอดบุตรทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paparella⁹ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด เช่น เคยมีประวัติผ่าตัดคลอดบุตร หรือเคยผ่าตัดในช่องท้องหรือไม่เคยคลอดบุตรทางช่องคลอด พบว่า ร้อยละ 97 ของผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถทำการผ่าตัดทางช่องคลอดได้

ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยของกลุ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด (123.6 ± 58.0 นาที) น้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง (174 ± 60.2 นาที)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา¹ ซึ่งเปรียบเทียบผลลัพธ์ของวิธีผ่าตัดทางช่องคลอดกับการผ่าตัดแบบส่องกล้อง พบว่าการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดที่สั้นกว่าและมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า นอกจากนี้มีการศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดกับการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องในกลุ่มที่มีมดลูกมีขนาดใหญ่ พบว่าการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดที่สั้นกว่าและมีค่าใช้จ่ายโดยรวมต่ำกว่าการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง^{13,14} อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ ระยะเวลาในการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผ่าตัดส่องกล้องอาจจะเกิดจากการผ่าตัดร่วม เช่น การผ่าตัดปีกมดลูกหนึ่งหรือทั้งสองข้าง หรือการผ่าตัดเลาะพังผืดในช่องท้อง ซึ่งในรายที่ตรวจพบว่ามีพยาธิสภาพที่ปีกมดลูกร่วมด้วยมีแนวโน้มที่จะถูกเลือกผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดส่องกล้อง

ในการศึกษานี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด แต่มีการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ 1 รายในกลุ่มผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในประเทศสหรัฐอเมริกา¹ ที่พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและการผ่าตัดแบบส่องกล้อง อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Clarke-Pearson¹⁵ พบว่าโอกาสในการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะเท่ากับร้อยละ 1.2-4 นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่า อัตราการเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยสาเหตุที่ต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกมีขนาดใหญ่และพังผืดในช่องท้องมาก รองลงมาคือมีการเสียเลือดมากระหว่างผ่าตัด

ในกลุ่มผ่าตัดทางช่องคลอดมีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้ภายใน 1 วันหลังผ่าตัด ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดแบบส่องกล้องอย่างมีนัยสำคัญ

โดยไม่มีผู้ป่วยที่ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (readmission) และระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดของกลุ่มผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดส่องกล้องอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้เป็นการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายโดยรวมและภาระงานของเจ้าหน้าที่ต่างๆในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลในวันเดียวกันหลังผ่าตัด¹⁰ พบว่ามีผลลัพธ์การผ่าตัดที่ดี (ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 34 นาที ปริมาณเลือดที่สูญเสีย 45 ลบ.ซม.) และอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำเพียงร้อยละ 0.5

ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังและมีจำนวนประชากรในการศึกษาค่อนข้างน้อย หากมีจำนวนประชากรมากขึ้น ผลลัพธ์อาจมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ระยะเวลาในการผ่าตัดอาจจะมีผลจากประสบการณ์การผ่าตัดของแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่ได้นำมาพิจารณาในการศึกษานี้ รวมทั้งอาจมีอคติในการแบ่งกลุ่มวิธีการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงมักจะถูกเลือกวิธีผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องมากกว่าวิธีผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด

สรุป

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การผ่าตัดมดลูกพบว่า การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดแบบไม่มีภาวะหย่อนของอุ้งเชิงกรานใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดที่สั้นกว่าและมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ยสั้นกว่าการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้องหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ ไม่มีความแตกต่างกันในด้านของภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง นอกจากนี้การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดยังได้ประโยชน์ด้านความสวยงาม เนื่องจากไม่มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องอีกด้วย ทำให้การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดมีข้อดีเหนือกว่าการ

ผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง ดังนั้นวิธีการผ่าตัดมดลูกทาง
ช่องคลอดควรพิจารณาเป็นลำดับแรกในการผ่าตัดมดลูก
ในโรคที่ไม่ใช่เนื้องอก ส่วนการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง
ถือเป็นทางเลือกที่เหมาะสม ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัด
มดลูกทางช่องคลอดได้ เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัด
มดลูกแบบเปิดหน้าท้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Matteson KA, Butts SF. Committee Opinion
No 701: Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(6): e155-9.
2. Sparić R, Hudelist G, Berisava M, et al. Hysterectomy throughout history. *Acta Chir Iugosl.* 2011; 58(4): 9-14.
3. Diaz-Arrastia C, Jurnalov C, Gomez G, et al. Laparoscopic hysterectomy using a computer-enhanced surgical robot. *Surg Endosc.* 2002; 16(9): 1271-3.
4. Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (8): CD003677.
5. Richardson RE, Bournas N, Magos AL. Is laparoscopic hysterectomy a waste of time. *Lancet.* 1995; 345(8941): 36-41.
6. Fuzayel AB, Bhadra B, Choudhury N, Shyam DJ. Total laparoscopic hysterectomy versus non-descent vaginal hysterectomy: An observational study. *International Journal of Recent Trends in Science And Technology.* 2017; 24(2): 40-3.
7. Pratt JH, Daikoku NH. Obesity and vaginal hysterectomy. *J Reprod Med.* 1990; 35(10): 945-9.
8. Wright JD, Herzog TJ, Tsui J, et al. Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States. *Obstet Gynecol.* 2013; 122 (2 Pt 1): 233-41.
9. Paparella P, Sizzi O, Rossetti A, et al. Vaginal hysterectomy in generally considered contraindications to vaginal surgery. *Arch Gynecol Obstet.* 2004; 270(2): 104-9.
10. Zakaria MA, Levy BS. Outpatient vaginal hysterectomy: optimizing perioperative management for same-day discharge. *Obstet Gynecol.* 2012; 120(6): 1355-61.
11. Dargent D. Vaginal and laparoscopic vaginal surgery. London: Taylor & Francis; 2004.
12. Koh CH. A new technique and system for simplifying total laparoscopic hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1998; 5(2): 187-92.
13. Kim HB, Song JE, Kim GH, et al. Comparison of clinical effects between total vaginal hysterectomy and total laparoscopic hysterectomy on large uteruses over 300 grams. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010; 36(3): 656-60.
14. Cho HY, Park ST, Kim HB, et al. Surgical outcome and cost comparison between total vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy for uteri weighing >500 g. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014; 21(1): 115-9.
15. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2013; 121(3): 654-73.

การศึกษายาพันธุ์ และผลของการรักษาผู้ป่วยที่มารักษา ไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2562

The Study of Genotypes and Result of Treatment in Hepatitis C Patients with or without HIV of Samutsakhon Hospital in 2019

สิริรัตน์ พุทธรังษิณ พ.บ.,
ว.อายุรกรรมทางเดินอาหารและตับ
กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
จังหวัดสมุทรสาคร

Sirirat Phuttasiriwat M.D.,
Thai Board of Gastroenterology
Division of Medicine
Samutsakhon Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษายาพันธุ์และผลของการรักษาผู้ป่วยที่มารักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2562

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาการรักษาผู้ป่วยที่มารักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า mean, median, mode และ range

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า อายุเฉลี่ย 52 ± 8 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 63 ± 16 กิโลกรัม เป็นเพศชาย 17 คน (ร้อยละ 62.9) เพศหญิง 10 คน (ร้อยละ 37.1) ตรวจพบปริมาณไวรัสตับอักเสบซีในเลือด น้อยกว่า 1,000,000 iu/ml 12 คน (ร้อยละ 44.4) นอกจากนี้ ผู้ป่วยเคยได้รับการตรวจพังผืดของตับ โดยวิธี ultrasound elastography 27 ราย (ร้อยละ 100) มีค่าน้อยกว่า 8 kPa จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 22.2)

ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย พบ 7 คน (ร้อยละ 25.9) โดยพบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการด้วยยาต้านไวรัส ร่วมกับมี CD4 cell count มากกว่าหรือเท่ากับ 200 cell/mm^3 ร่วมกับตรวจพบ HIV viral load น้อยกว่า 50 copies/ml ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังร่วมด้วยจำนวน 27 คน (ร้อยละ 100) นอกจากนี้พบผู้ป่วยมีภาวะตับแข็งร่วมด้วย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 70.3)

การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง มีทั้งหมด 3 สูตร ดังนี้

- Sofosbuvir+ peginterferon-alfa+ ribavirin จำนวน 8 คน (ร้อยละ 29.6)
- Sofosbuvir/ledipasvir จำนวน 8 คน (ร้อยละ 29.6)
- Sofosbuvir/ledipasvir+ ribavirin จำนวน 11 คน (ร้อยละ 40.8)

สรุป: พบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นสายพันธุ์ที่ 1 พบ 10 คน (ร้อยละ 37) สายพันธุ์ที่ 3 พบ 9 คน (ร้อยละ 33.3) สายพันธุ์ที่ 6 พบ 8 คน (ร้อยละ 29.6) ตามลำดับและไม่พบสายพันธุ์ที่ 2, 4 และ 5 นอกจากนี้ เมื่อติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย พบว่า ตรวจไม่พบปริมาณไวรัสเมื่อสิ้นสุดการรักษาและที่ 12 สัปดาห์ทุกราย (ร้อยละ 100)

คำสำคัญ : ไวรัสตับอักเสบซี ยารักษาไวรัสตับอักเสบซี มะเร็งตับ

วารสารแพทย์เขต 4-5 2563 ; 39(3) : 334-343.

ABSTRACT

Objective: The aim was to study genotypes and result of treatment in hepatitis C patients with or without HIV co-infection at Samutsakhon Hospital in one year (2019).

Methods: In this descriptive retrospective study, data were collected from information drug sheets of hepatitis C patients with or without HIV co-infection at Samutsakhon Hospital since 1 January to 31 December 2019. Analysis of the data was done by using mean, median, mode ,and range.

Result: Hepatitis C patients with or without HIV co-infection at Samutsakhon Hospital (2019) had the median age of 52 ± 8 years and the median body weight of 63 ± 16 kilograms. Males were more predominant than females (62.9% vs 37.1%). Of all 27 patients, 44% were detected HCV viral load less than 1,000,000iu/ml. Furthurmore, all patients were examined liver fibrosis by ultrasound elastography and 22 % had value less than 8 kPa. HIV co-infection was found in 25.9 % of chronic hepatitis C patients and those patients had antiretroviral drug treatment with CD4 cell count more than 200 cel/mm³ and HIV viral load less than 50 copies/ml. All chronic hepatitis C patients in this study were without hepatitis B co-infection. In addition, 70.3% of patients had cirrhosis.

In this study, there were 3 regimens of treatment chronic hepatitis C patients, i.e., 29.6 % used sofosbuvir + peginterferon-alfa+ ribavirin, 29.6% used sofosbuvir/ledipasvir and 40.8 % used sofosbuvir/ledipasvir+ ribavirin.

Conclusions: Genotypes 1 was the most of chronic hepatitis C patients(37%). Genotype 3 and Genotype 6 were found 33.3% and 29.6 % respectively. No case of genotypes 2, 4 and 5 was detected. All of hepatitis C patients with or without HIV co-infection at Samutsakhon Hospital had EOT and SVR at 12 weeks after treatment.

Keywords : hepatitis C, pegylated interferon(IFN) /sofosbuvir(SOF), sofosbuvir/ledipasvir(SOF/ LDV), ribavirin(PR), hepatocellular carcinoma (HCC)

Received : July 10 , 2020 Revised : July 11 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 334-343.

บทนำ

ไวรัสตับอักเสบบี เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิด การอักเสบของตับและนำไปสู่ภาวะตับแข็ง จนเกิดโรค มะเร็งตับได้ในที่สุด โดยทั่วโลกพบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จำนวน 170 ล้านคน¹จากการศึกษาจำนวน 1,217 การศึกษา ทำการเก็บข้อมูลรวม 117 ประเทศ ทั่วโลก ซึ่งนับเป็นร้อยละ 90 ของประชากรทั้งหมด พบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี สายพันธุ์ที่ 1 มากที่สุดถึง 83,400,000 คน นับเป็น ร้อยละ 46.2 รองลงมาเป็น สายพันธุ์ที่ 3 ร้อยละ 30.1 (54,300,000 คน) สายพันธุ์ที่ 2 4 และ 6 รวมกันร้อยละ 22.8 ส่วนสายพันธุ์ที่ 5 พบน้อยกว่าร้อยละ 1² นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศ พม่าพบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 11.6 จากการ เก็บตัวอย่างเลือด 1,333 ราย โดยพบเป็นสายพันธุ์ที่ 6 มากที่สุด ร้อยละ 49 รองลงมาเป็นสายพันธุ์ที่ 3 ร้อยละ 39.3 สายพันธุ์ที่ 1 ร้อยละ 11 และสายพันธุ์ที่ 2 ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ³

ส่วนในประเทศไทยทำการการศึกษาในสัณนิภาค ทั่วประเทศ ในช่วงอายุ 2 ถึง 60 ปี ตรวจพบ anti-HCV เป็นบวกด้วยวิธี ELISA จำนวน 125 ราย (ร้อยละ 2.15) จากตัวอย่างเลือด 5,825 รายไวรัสตับอักเสบบี สามารถ ตรวจพบได้ 6 สายพันธุ์ จากการรายงานวิจัยพบว่าผู้ป่วย ไวรัสตับอักเสบบี สายพันธุ์ที่ 1a ร้อยละ 6.7 สายพันธุ์ที่ 1b ร้อยละ 26.7 สายพันธุ์ที่ 2a ร้อยละ 2.2 สายพันธุ์ที่ 2c ร้อยละ 2.2 สายพันธุ์ที่ 3a ร้อยละ 51.1 สายพันธุ์ที่ 3b ร้อยละ 2.2 และสายพันธุ์ที่ 6 ร้อยละ 8.9⁴

ในปัจจุบันไวรัสตับอักเสบบีถือเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยในปี พ.ศ. 2554 มีการรักษาด้วยยาสูตรมาตรฐานด้วย pegylated interferon (IFN) ร่วมกับ ribavirin (PR) 24 สัปดาห์ หรือ 48 สัปดาห์ ซึ่งพบ sustained virological response (SVR) หมายถึงการตรวจไม่พบ HCV viral load ในเลือด เมื่อสิ้นสุดการรักษาที่ 24 สัปดาห์โดยมีการศึกษาพบว่า SVR มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการลดอัตราการเกิดโรค

มะเร็งตับ (HCC) และการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วย ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง⁵

การศึกษาย้อนหลังที่เก็บข้อมูลในผู้ป่วย อเมริกันและเอเชีย⁶พบว่า ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มีการตอบสนองต่อการรักษาสูตรมาตรฐานด้วย IFN ร่วมกับ PR พบว่า SVR โดยรวมทุกสายพันธุ์ ร้อยละ 76 แต่ถ้าจำแนกตามสายพันธุ์ 1, 2/3 และ 6 จะพบ SVR ร้อยละ 49, 75 และ 74 ตามลำดับ ต่อมา เริ่มมีการใช้ยา direct acting antiviral drugs (DAAs)^{7,8,9,10} นั่นคือ ยา sofosbuvir (SOF) และ sofosbuvir/ledipasvir (SOF/LDV) ทำเป็นรูปแบบยากินวันละหนึ่งครั้งใช้เวลา ในการรักษาน้อยลง เป็น 12 สัปดาห์ ทำให้ผลข้างเคียง ของยาน้อยลงและยังมี SVR ที่ดีขึ้น จากการศึกษา ต่างประเทศ¹¹ โดยพบว่า การรักษาด้วย sofosbuvir ร่วมกับ IFN ร่วมกับ PR ทำให้พบ SVR ที่สิ้นสุด การรักษา 12 สัปดาห์ ในสายพันธุ์ที่ 3 ร้อยละ 95 และสายพันธุ์อื่นร้อยละ 92^{12,3,14,15} นอกจากนี้ มีการศึกษาจากประเทศนิวซีแลนด์¹⁶ พบว่า การรักษา ด้วย sofosbuvir/ledipasvir จะทำให้ SVR ที่สิ้นสุด การรักษา 12 สัปดาห์ ในสายพันธุ์ที่ 3 ร้อยละ 64 และ สายพันธุ์อื่นร้อยละ 95^{15,17,8,19} แต่พบข้อจำกัดเรื่อง ราคายาค่อนข้างสูง เนื่องจากเป็นยาที่ต้องนำเข้าจาก ต่างประเทศ

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีการศึกษาวิเคราะห์ ต้นทุนหรือประโยชน์ของยา sofosbuvir โดยพบว่า สูตรการรักษาเสริม sofosbuvir-based regimens มีความคุ้มค่ามากในบริบทของประเทศไทย เนื่องจาก มีต้นทุนต่ำกว่าและมีประสิทธิภาพในแง่เพิ่มผลลัพธ์ ทางสุขภาพมากกว่าการรักษามาตรฐานด้วยยา peginterferon-alfa และ ribavirin โดยการตรวจ genotype แล้วเลือกสูตรยาที่เหมาะสมเพื่อรักษา สำหรับ genotype 3 และ genotype อื่นๆ กล่าว คือ ให้ยา sofosbuvir ร่วมกับ peginterferon-alfa และ ribavirin ในกรณีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

เรื้อรังสายพันธุ์ 3 และ sofosbuvir ร่วมกับ ledipasvir ในกรณีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังสายพันธุ์อื่นเป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด ณ ราคายาปัจจุบัน ดังนั้น การศึกษาถึงราคายาและผลการรักษาด้วยยาสูตรมาตรฐาน ที่คุ้มค่าต่อการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง จึงเป็นที่มาสู่การจัดยา sofosbuvir ดังกล่าวเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ (national list of essential medicines: NLEM) นั่นเอง²⁰ ทำให้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลสมุทรสาครสามารถทำเรื่องเบิกยา DAAs จากโครงการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังของส่วนกลางได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการเข้าถึงการรักษามากยิ่งขึ้น

ในปัจจุบัน ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับสายพันธุ์ และผลของการรักษาผู้ป่วยที่มารับการรักษาวีรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มี การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสายพันธุ์และผลของการรักษาผู้ป่วยที่มารักษาวีรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มี การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ปี 2562

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแบบฟอร์มกำกับการใช้ยารักษาผู้ป่วยที่มารักษาวีรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มี การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 และทำการสืบค้นผลการรักษาจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อ และจะทำการคัดออกในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่านเกณฑ์การได้รับยาจากส่วนกลาง จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า mean, median, mode และ range

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มารักษาวีรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มี การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในปีพ.ศ. 2562

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 27) (ร้อยละ)
อายุเฉลี่ย (ปี)	52 ±8
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	63±16
เพศ	
- ชาย	17(62.9)
- หญิง	10(37.1)
จำนวน HCV viral load (IU/mL)	
- 5,000 – 1,000,000	12(44.4)
- มากกว่า1,000,000	15(55.6)
HCV genotype	
- 1	10(37)
- 3	9(33.3)
- 6	8(29.6)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มารักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มี การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย
ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในปีพ.ศ. 2562 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 27) (ร้อยละ)
เคยได้รับการตรวจ ultrasound elastography (kPa)	
- น้อยกว่า 8	6(22.2)
- มากกว่า 8	21(77.8)
HBsAg	
- Positive	0(0)
- Negative	27(100)
Anti-HBc	
- Positive	17(62.9)
- Negative	10(37.1)
Anti-HIV	
- Positive	7(25.9)
- ยังไม่ได้รักษาด้วยยาต้านไวรัส ร่วมกับมี CD4 cell count มากกว่าหรือเท่ากับ 500 cell/mm ³	0(0)
- ได้รักษาด้วยยาต้านไวรัส ร่วมกับมี CD4 cell count มากกว่าหรือเท่ากับ 200 cell/mm ³ ร่วมกับตรวจพบ HIV viral load น้อยกว่า 50 copies/ml	7(100)
- Negative	20(74.1)
ภาวะตับแข็ง	
- มี	19(70.3)
- ไม่มี	8(29.7)
การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง	
- มี	0(0)
- ไม่มี	27(100)
สูตรการรักษา	
- Sofosbuvir + peginterferon-alfa+ ribavirin	8(29.6)
- Sofosbuvir/ledipasvir	8(29.6)
- Sofosbuvir/ledipasvir+ ribavirin	11(40.8)
ผลการรักษา	
- ตรวจไม่พบปริมาณไวรัสเมื่อสิ้นสุดการรักษา (end of treatment, EOT)	27(100)
- ตรวจไม่พบปริมาณไวรัสเมื่อสิ้นสุดการรักษาที่ 12 สัปดาห์ (sustained virological response; SVR)	27(100)

#ผลรวมอาจน้อยกว่าหรือมากกว่า 100

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า อายุเฉลี่ย 52 ± 8 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 63 ± 16 กิโลกรัม เป็นเพศชาย 17 คน (ร้อยละ 62.9) เพศหญิง 10 คน (ร้อยละ 37.1) ตรวจพบปริมาณไวรัสตับอักเสบบีในเลือด น้อยกว่า 1,000,000 iu/ml 12 คน (ร้อยละ 44.4) ส่วนใหญ่พบสายพันธุ์ที่ 1 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 37) สายพันธุ์ที่ 3 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 33.3) สายพันธุ์ที่ 6 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 29.6) ตามลำดับ และไม่พบสายพันธุ์ที่ 2, 4 และ 5 นอกจากนี้ ผู้ป่วยเคยได้รับการตรวจพังผืดของตับ โดยวิธี Ultrasound elastography 27 ราย (ร้อยละ 100) โดยมีค่าน้อยกว่า 8 kPa จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 22.2)

ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย พบ 7 คน (ร้อยละ 25.9) โดยพบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโรคเอดส์ ร่วมกับมี CD4 cell count มากกว่าหรือเท่ากับ 200 cell/mm³ ร่วมกับตรวจพบ HIV viral load น้อยกว่า 50 copies/ml

ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังร่วมด้วย จำนวน 27 คน (ร้อยละ 100) นอกจากนี้พบผู้ป่วยมีภาวะตับแข็งร่วมด้วย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 70.3)

การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มีทั้งหมด 3 สูตร ดังนี้

- Sofosbuvir + peginterferon-alfa+ ribavirin จำนวน 8 คน (ร้อยละ 29.6)
- Sofosbuvir/ledipasvir จำนวน 8 คน (ร้อยละ 29.6)
- Sofosbuvir/ledipasvir+ ribavirin จำนวน 11 คน (ร้อยละ 40.8)

นอกจากนี้เมื่อติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มีหรือไม่มี การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย พบว่า ตรวจไม่พบปริมาณไวรัสเมื่อสิ้นสุดการรักษาและที่ 12 สัปดาห์ทุกราย (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจำแนกตามสายพันธุ์

Genotypes	HIV	No HIV
1	(1/27), 3.7%	(9/27), 33.3%
3	(5/27), 18.5%	(4/27), 14.8%
6	(1/27), 3.7%	(7/27), 25.9%

จากตารางที่ 2 พบว่า ร้อยละ 18.5 ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย เป็นสายพันธุ์ที่ 3 มากที่สุด ส่วนผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี

เรื้อรังที่ไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยกลับพบว่า ร้อยละ 33.3 เป็นสายพันธุ์ที่ 1 มากที่สุด

ตารางที่ 3 ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย

Genotypes	Odds ratio	95% CI	P-value
1	4.909	0.496,48.622	.174*
3	0.1	0.014,0.719	.022*
6	3.23	0.321,32.477	.319*

Significant *p < .01

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้ Binary logistic regression พบว่า ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละสายพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

ไวรัสตับอักเสบบี เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการอักเสบของตับและนำไปสู่ภาวะตับแข็ง จนเกิดโรคมะเร็งตับได้ในที่สุด ผู้ป่วยที่มารับการรักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในปี พ.ศ. 2562 ส่วนใหญ่พบสายพันธุ์ที่ 1 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 37) สายพันธุ์ที่ 3 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 33.3) สายพันธุ์ที่ 6 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 29.6) ตามลำดับซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาของต่างประเทศ² แต่ขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้⁴ ซึ่งพบสายพันธุ์ที่ 3 มากที่สุดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสมุทรสาครมีน้อย อาจทำให้แปลผลได้ยาก จึงจำเป็นต้องเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษาต่อไป

การตรวจพังผืดในตับ สามารถทำได้หลายวิธีวิธีที่มีความแม่นยำมากที่สุด คือ การเจาะเนื้อตับเพื่อตรวจเซลล์ตับระดับโมเลกุล แต่เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้และในผู้ป่วยบางรายมีความวิตกกังวล จึงไม่เลือกวิธีนี้ นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือ fibroscan แต่มีราคาแพงและต้องส่งผู้ป่วยไปทำโรงพยาบาลอื่น ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สะดวก ร่วมกับมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในบางสิทธิ์การรักษาอีกด้วย ส่วนการตรวจพังผืดของตับทางอ้อม โดยการใช้ผลเจาะเลือด (fibrosis marker panels) มีค่าใช้จ่ายสูงและต้องส่งตรวจโรงพยาบาลอื่น ทำให้ในการศึกษานี้เลือกการตรวจพังผืดในตับผู้ป่วยที่มารับการรักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ด้วยวิธี ultrasound elastography โดยรายงานผลเป็น kPa นั่นเอง เป็นวิธีที่มีความแม่นยำ อีกทั้ง สามารถทำได้โดยรังสีแพทย์ในโรงพยาบาลสมุทรสาครเอง ทำให้ในการศึกษานี้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้นอีกด้วย

ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทุกรายไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังร่วมด้วย แต่กลับพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 70.3 มีภาวะตับแข็งร่วมด้วย ทำให้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการสนับสนุนถึงความจำเป็นในการรักษาแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งตับตามมา

จากการศึกษาต่างประเทศหลายแห่ง พบว่าการรักษาด้วย sofosbuvir ร่วมกับ IFN ร่วมกับ PR ทำให้พบ SVR ที่สิ้นสุดการรักษา 12 สัปดาห์ ในสายพันธุ์ที่ 3 ร้อยละ 95 และสายพันธุ์อื่นร้อยละ 92^{12,13,14,15} ซึ่งมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี มีความคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ นอกจากนี้ มีการศึกษาจากประเทศนิวซีแลนด์¹⁶ พบว่า การรักษาด้วย sofosbuvir/ledipasvir จะทำให้เกิด SVR ที่สิ้นสุดการรักษา 12 สัปดาห์ ในสายพันธุ์ที่ 3 ร้อยละ 64 และสายพันธุ์อื่นร้อยละ 95^{15,17,8,19} แต่ในการศึกษานี้ พบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังหายขาดจากการรักษาด้วย sofosbuvir/ledipasvir ทุกราย ถือเป็นการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีมากกว่าการศึกษาจากต่างประเทศ

การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยที่มารับการรักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า ตรวจไม่พบปริมาณไวรัสเมื่อสิ้นสุดการรักษาและที่ 12 สัปดาห์ทุกราย (ร้อยละ 100) จึงทำให้ไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทุกสายพันธุ์และที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยในการวิเคราะห์ทางสถิติ แต่ถือว่ายา sofosbuvir เป็นยาที่มีประสิทธิภาพที่ดีเยี่ยมและคุ้มค่าในบริบทของโรงพยาบาลสมุทรสาคร อีกทั้ง จัดเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง สามารถเข้าถึงการรักษาได้ทุกสิทธิ์การรักษาอีกด้วย ทำให้ลดโอกาสในการเกิดตับแข็งและมะเร็งตับในที่สุด

ในการศึกษานี้ไม่พบผลข้างเคียงของการรักษา เช่น ภาวะโลหิตจาง อ่อนเพลีย เกล็ดเลือดต่ำ จนทำให้หยุดการรักษาก่อนกำหนดในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ผู้ป่วยทุกรายสามารถได้รับการรักษาจนครบ 12 สัปดาห์ได้ โดยต่างจากการรักษาด้วยยาสูตรมาตรฐาน pegylated interferon (IFN) ร่วมกับ ribavirin (PR) 24 สัปดาห์ หรือ 48 สัปดาห์ ซึ่งใช้เวลานานกว่า ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง พบผลข้างเคียงที่รุนแรง ไม่สามารถทำการรักษาจนสิ้นสุดได้นอกจากนี้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการรักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยผู้ป่วยต้องมีอายุ 18 ถึง 70 ปี มีการประเมินสภาพร่างกายโดยใช้ ECOG (The Eastern Cooperative Oncology Group) performance status ต้องมีค่าเท่ากับ 0 หรือ 1 เท่านั้น มีค่าการกรองของไตมากกว่า 30 มิลลิเมตรต่อนาที ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะตับแข็ง จำเป็นต้องประเมิน Child Pugh score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 ร่วมกับ MELD score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ในกรณีที่ประเมินะเร็งร่วมด้วย ผู้ป่วยต้องผ่านการรักษาและพบว่หายขาดและมีระยะเวลาปลอดโรคเกินกว่า 6 เดือน ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา interferon-alfa และ ribavirin จำเป็นต้องมีการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ โดยมีเม็ดเลือดขาวมากกว่า 2,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเลือดมากกว่า 9 กรัมต่อเดซิลิตรและเกล็ดเลือดมากกว่า 50,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร อีกทั้ง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่ยังควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ยังควบคุมรักษาไม่ได้ดี เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ฤกษ์ลมโป่งพอง โรคไทรอยด์เป็นพิษและ HIV ที่ยังมีการติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ เหล่านี้ล้วนเป็นตัวกรองผู้ป่วยที่ดี ก่อนเข้ามาทำการรักษาอีกด้วย

นอกจากนี้ ยังมีการติดตามผู้ป่วยที่มารับการรักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยต่อเนื่อง หลังจากสิ้นสุดการรักษาจนครบ 12 สัปดาห์ โดยมีการตรวจผลเลือดค่าตับและอัลตราซาวด์ติดตาม ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการเฝ้าระวังมะเร็งตับต่อไป

ในปัจจุบัน มียารักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังใหม่ๆ เช่น glecaprevir/pibrentasvir sofosbuvir/velpatasvir และ sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir สามารถรักษาได้ทุกสายพันธุ์ แต่มีข้อจำกัดเรื่องราคาที่สูงมาก ซึ่งอาจต้องรอการศึกษาสนับสนุนต่อไปในเรื่องความคุ้มค่าและการตอบสนองต่อการรักษาในประเทศไทย

แนวทางการลดจำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังสามารถทำได้โดย

1. ส่งเสริมงานด้านสาธารณสุขชุมชนเพื่อให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง โดยร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขชุมชนของโรงพยาบาล
2. ให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่ถูกต้องในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังโดยทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติ (care-map hepatitis c) และเผยแพร่ในโรงพยาบาล พร้อมทั้งแนวทางการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาเร็วมากขึ้น เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้เกิดผลดี คือ ลดการอักเสบของตับและภาวะตับแข็ง ทำให้การเกิดโรคมะเร็งตับน้อยลง นอกจากนี้ ยังลดอัตราการเสียชีวิตในที่สุด
3. ติดตามอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยอาจจัดให้มีการตรวจผลเลือดแบบสุ่มในประชากรพื้นที่เสี่ยง

สรุป

จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในปีพ.ศ. 2562 พบว่า ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นสายพันธุ์ที่ 1 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 37) สายพันธุ์ที่ 3 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 33.3) สายพันธุ์ที่ 6 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 29.6) ตามลำดับและไม่พบ

สายพันธุ์ที่ 24 และ 5 นอกจากนี้ เมื่อติดตามผลการรักษา
ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง
ที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย พบว่า ตรวจไม่พบ
ปริมาณไวรัสเมื่อสิ้นสุดการรักษาและที่ 12 สัปดาห์
ทุกราย (ร้อยละ 100)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์อายุรกรรม โรงพยาบาล
สมุทรสาคร และทีมงานหน่วยงานส่งกล้องทางเดิน
อาหาร โรงพยาบาลสมุทรสาครช่วยให้การศึกษารครั้งนี้
สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Lawitz E, Mangia A, Wyles D, et al. Sofosbuvir for previously untreated chronic hepatitis c infection . N Eng J Med,2013;368: 1878-87. Doi: 10.1056/NEJMoa1214853
2. Messina JP, Humphreys I, Flaxman A, et al. Global distribution and prevalence of hepatitis c virus genotypes. Hepatology. 2015; 61(1): 77-87.doi: 10.1002/hep.27259
3. Lwin AA, Shinji T, Khin M, et al. Hepatitis C virus genotype distribution in Myanmar: Pedominance of genotype 6 and existance of new genotype 6 subtype. Hepatology Res. 2007; 37(5): 337-45. doi: 10.1111/j.1872-034X.2007.00053.x.
4. Sunanchaikarn S, Theamboonlers A, Chongsrisawat V, et al. Seroepidemiology and genotypes of hepatitis C virus in Thailand. Asian Pac J Allergy Immunol. 2007; 25(2-3): 175-82.
5. Gentile I, Borgia F, Buonomo AR, et al. A novel promising therapeutic option against hepatitis C virus: An oral nucleotide NS5B polymerase inhibitor sofosbuvir. Curr Med Chem. 2013;20(30):3733-42.doi: 10.2174/09298673113209990178.
6. Nguyen NH, VuTien P, Garcia RT, et al. Response to prglyated interferon and ribavirin in Asian American patients with Chronic hepatitis C genotypes 1 vs 2/3 vs 6. J Viral Hepat. 2010; 17(10): 691-7. doi: 10.1111/j.1365-2893.2009.01226.x.
7. Thomas D, Zoulim F. New challenges in viral hepatitis. Gut. 2012;61(Suppl 1):1-5.
8. Hill A, Cooke G. Hepatitis C can be cured globally, but at what cost?Science. 2014;345(6193):141-2. Doi: 10.1126/science.1257737
9. Welsch C, Jesudian A, Zeuzem S, et al. New direct-acting antiviral agents for the treatment of hepatitis C virus infection and perspectives. Gut. 2012;61(Suppl 1):i36-46.
10. Bhatia HK, Singh H, Grewal N, et al. Sofosbuvir: A novel treatment option for chronic hepatitis C infection. J PharmacolPharmacother.2014; 5(4): 278-84.doi: 10.4103/0976-500X.142464
11. Foster GR, Pianko S, Brown A, et al. Efficacy of sofosbuvir plus ribavirin with or without peginterferon-alfa in patients with hepatitis C virus genotype 3 infection and treatment experienced patients with cirrhosis and hepatitis C virus genotype 2infection. Gastroenterology. 2015;149(6):1462-70.

12. Lawitz E, Lalezari JP, Hassanein T, et al. Sofosbuvir in combination with peginterferon-alfa and ribavirin for non-cirrhotic, treatment-naïve patients with genotypes 1, 2 and 3 hepatitis C infection: a randomized, double-blind, phase 2 trial. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(5):401-8. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70033-1.
13. Lawitz E, Mangia A, Wyles D, et al. Sofosbuvir for previously untreated chronic hepatitis C infection. *N Engl J Med* 2013; 368: 1878-87. DOI: 10.1056/NEJMoa1214853
14. Rodriguez-Torres M, Lawitz E, Kowdley KV, et al. Sofosbuvir (GS-7977) plus peginterferon/ribavirin in treatment-naïve patients with genotype 1: randomized, 28-day, dose-ranging trial. *J Hepatol.* 2013;58(4):663-8. doi: 10.1016/j.jhep.2012.11.018
15. Mizokami M, Yokosuka O, Takehara T, et al. Ledipasvir and sofosbuvir fixed-dose combination with and without ribavirin for 12 weeks in treatment-naïve and previously treated Japanese patients with genotype 1 hepatitis C: an open-label, randomized, phase 3 trial. *Lancet Infect Dis.* 2015;15(6):645-53. doi: 10.1016/S1473-3099(15)70099-X
16. Gane EJ, Hyland RH, An D, et al. Efficacy of ledipasvir and sofosbuvir, with or without ribavirin, for 12 weeks in patients with HCV virus genotype 3 or 6 infection. *Gastroenterology.* 2015;149(6):1454-61.
17. Afdha N, Reddy KR, Nelson DR, et al. Ledipasvir and sofosbuvir for previously treated HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med.* 2014;370(16):1483-93. doi: 10.1056/NEJMoa1316366.
18. Afdha N, Zeuzem S, Kwo P, et al. Ledipasvir and sofosbuvir for untreated HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med* 2014; 370: 1889-98. DOI: 10.1056/NEJMoa1402454
19. Kowdley KV, Lawitz E, Poordad F, et al. Phase 2b trial of interferon-free therapy for hepatitis C virus genotype 1. *N Engl J Med.* 2014; 370(3): 222-32. doi: 10.1056/NEJMoa1306227.
20. Kapol K, Lochid-amnuay S, Teerawattananon Y. Economic evaluation of pegylated interferon plus ribavirin for treatment of chronic hepatitis C in Thailand: genotype 1 and 6. *BMC Gastroenterology.* 2016; 16: 91. doi: 10.1186/s12876-016-0506-4

รูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี Health Literacy Development Model for Preventing Stroke Disease among Patients with High Risk of Stroke in Primary Care Units, Phetchaburi Province

ฉัตรชัย สมานมิตร ศศ.ม., (การพัฒนาสังคม)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
อุไรรัชต์ บุญแท้ ปร.ด., (ยุทธศาสตร์การพัฒนา)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
นงนภัทร รุ่งเนย ค.ด., (อุดมศึกษา)
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Chatchai Samanmit M.A., (Social Development)
Phetchaburi Provincial Public Health Office
Urairach Boontae Ph.D., (Development Strategy)
Phetchaburi Provincial Public Health Office
Nongnaphat Rungnoei Ph.D., (Higher Education)
Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research & development) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมิถุนายน 2563 การวิจัยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี 117 แห่งจำนวน 228 คน โดยใช้แบบสอบถาม (2) ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งหมด 40 คน (3) พัฒนารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี (4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยทดลองใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง 49 คน และ (5) วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย กระบวนการหลัก 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การเตรียมความพร้อมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้บริหารทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ วิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. เสริมสร้างความ

ฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดย 1) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง 2) พัฒนาความรู้และทักษะโดยใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้น 3) องค์กรประกอบ ได้แก่ การฝึกความสามารถเชิงกระบวนการคิด การสื่อสารความรู้ทั่วไป และการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเฉพาะโรค 3) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง 3. เยี่ยมบ้านติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดย อสม., อสค. และ caregiver และ 4. ให้คำปรึกษาและประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนาระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ผลของการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 49 คนพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรคและการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 49.73$, $t = -41.581$, $t = 45.829$, $p = .001$ ตามลำดับ)

สรุป: ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณอย่างเพียงพอ การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดย การฝึกความสามารถเชิงกระบวนการคิด ทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยงและสังเกตอาการเตือนโรค ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสุขภาพและทัศนคติที่ดีของภาคีเครือข่ายในระดับปฐมภูมิจะช่วยให้สามารถเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ความฉลาดทางสุขภาพ รูปแบบ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยบริการปฐมภูมิ

วารสารแพทย์เขต 4-5 2563 ; 39(3) : 344-363.

ABSTRACT

Objective: The purpose was to develop and evaluate the effectiveness of the health literacy development model for stroke prevention among high-risk patients at primary care units in Phetchaburi Province.

Method: This research and development project was conducted between October 2019 and June 2020 on the high-risk patients at the primary care units in Phetchaburi Province. The research consisted of five steps: (1) exploring health literacy in preventing stroke of 228 patients in 117 primary care units by using questionnaires; (2) identifying the current conditions and problems in the prevention of stroke in patients of primary care units by in-depth interviews of 40 participants (executives, healthcare providers, network partners); (3) developing a model for the development of health literacy in the prevention of stroke among high-risk patients of primary care units; (4) evaluating the effectiveness of the model, by the experiment on participants of 49 high risk patients and (5) analyzing the key success factors of developed model and developing the policy proposals for stroke prevention. The data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation), t-test, and content analysis.

Result: The developed model consisted of four main processes as follows: (1) preparation and promotion of participation of health team administrators and network partners in primary care units, namely simple analysis needs for development of stroke prevention operations in the community, promoting good attitudes for caring for at-risk patients in the community, developing the capacity of the health team and network partners in the primary care unit; (2) strengthening health literacy in preventing stroke of high-risk patients by assessing problems and needs of them, and developing knowledge and skills by using the program that created three components which were 1) the training of cognitive abilities, 2) communication of general knowledge and 3) development of specific health-related knowledge to continually change behavior of high-risk patients; (3) continuously visiting homes by public health volunteers and caregivers; and (4) providing consultation and evaluation to improve provincial, district, and sub-district levels. Forty-nine high-risk patients who were experimented based on the developed model had higher score regarding health literacy in stroke prevention, health behaviors for stroke prevention and risk awareness. knowing the warning symptoms and preliminary risk assessment for stroke occurrence of high-risk patients than before the experiment with statistical significance at the level of .01 ($t = 49.73$, $t = -41.581$, $t = 45.829$, $p = .001$ respectively).

Conclusion: The results provide the policy recommendations for the provincial public health office and related agencies to support sufficient resources and budgets. They should strengthen the health teams and the attitude of the network partners at the primary level. In addition, the health teams should develop health literacy in stroke prevention. Training cognitive abilities and skills in risk assessment and warning symptoms together with ongoing behavioral change of high-risk patients will help to increase the capacity of patients at high risk for stroke prevention.

Keyword : health literacy, model, high-risk patients, stroke prevention, primary care unit

Received : June 1 , 2020 Revised : June 10 , 2020 Accepted : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 344-363.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) เกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทเนื่องจากระบบไหลเวียนเลือดในสมอง และส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและทั่วโลก¹ องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่าทุกๆปี จะมีผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคน มีความพิการถาวร 5 ล้านคน และเสียชีวิต 5 ล้านคน 2 ใน 3 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยในปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า² สำหรับในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุและมะเร็ง พบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น³ จากสถิติในปี 2560 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจาก

โรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 31,172 ราย (47.8 ต่อแสนประชากร) เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี (ก่อนวัยอันควร) จำนวน 15,863 ราย (44.6 ต่อแสนประชากร) โดยที่การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบในผู้ชายเป็น 2 เท่าของผู้หญิง⁴ จากรายงานพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15-74 ปี พบว่า ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน (BMI $\geq$ 25.0) ร้อยละ 21.3 ภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 30) ร้อยละ 4.4 และการสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.7⁵ จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าแนวโน้มของผู้ที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของประชากรในจังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสถิติตั้งแต่ปี 2558 ถึง 2561 พบอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 35.12, 33.80, 38.99, 44.17 และ 38.81 ต่อแสนประชากร (ตามลำดับ) โดยในปี 2562 พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างสูง เท่ากับ 41.87 ต่อแสนประชากร สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค⁶ ซึ่งสำหรับผู้รอดชีวิตส่วนหนึ่งอาจมีความพิการหลงเหลือ จึงต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการสูญเสียการทำงานของสมองอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งต้องรับภาระในการดูแลระยะยาว เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย⁷ แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ คือ การพัฒนาความรู้และความสามารถในการประเมินอาการแสดงหรืออาการเตือน

ภาวะฉุกเฉินทางหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และมีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น จะทำให้ได้รับการรักษาทันเวลา สามารถป้องกันความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตได้⁸

ประเทศไทยมีนโยบายและกลวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง โดยกระทรวงสาธารณสุขที่ชัดเจน ทั้งการประเมินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน⁹ ในงานนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีตระหนักถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง และดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคตามนโยบายและมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา โดยมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 8 อำเภอ 93 ตำบล ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น 117 แห่ง อย่างไรก็ตามพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้น และระบบการบริการยังดูแลได้ไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง⁶ การเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) จึงมีความจำเป็นในการควบคุมและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงตามมาตรการที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

ความฉลาดทางสุขภาพเป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิตการมีความฉลาดทางสุขภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วยลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้¹⁰ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ บริการสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ¹¹ บุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้อุปกรณ์ข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ¹² รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่วัยน้อยและมักจะมีสุขภาพมากกว่าหรือรุนแรงจนต้องเข้า

รับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า¹³ ผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ¹⁴ ทั้งนี้เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า การที่ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น¹⁵ จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้คนไทยทุกคนมีความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น¹⁶ กล่าวถึงความสำคัญของการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพว่า เป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการวิจัยของ แสงเดือน กิ่งแก้ว¹⁷ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ โดยที่ Lee¹⁸ อธิบายว่าปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การตรวจสุขภาพและการพบแพทย์ และ 4) การรับประทายยาต่อเนื่อง

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและยังไม่มีรูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับลักษณะของโรคและการรักษาที่มีลักษณะเฉพาะและยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดการลดการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทายยาที่ถูกต้องต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

และประเมินประสิทธิผลโดยนำไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองกระบวนการ-ความรู้ของความฉลาดทางสุขภาพของ Chin¹⁹ และแนวคิดความรู้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ²⁰ บูรณาการร่วมกับแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม²¹ มาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความฉลาดทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตลอดจนรับรู้ภาวะเสี่ยง สามารถเฝ้าระวังอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เพื่อสามารถดูแลรักษาได้ทันท่วงทีลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและความพิการหรืออัตราการเสียชีวิตได้เพิ่มขึ้น

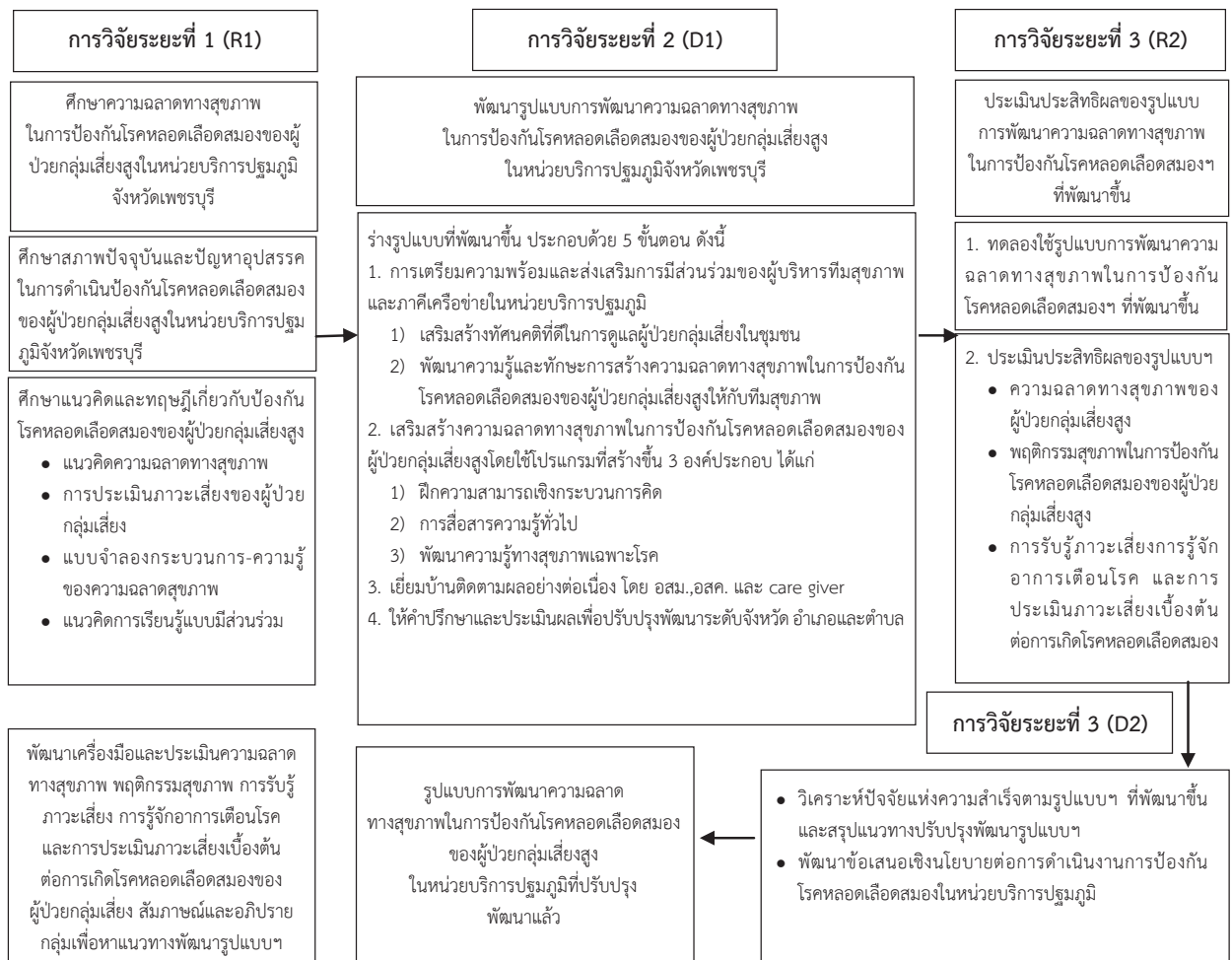
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี
5. เพื่อสรุปสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองกระบวนการ-ความรู้ของความฉลาดทางสุขภาพ ของ Chin¹⁹ แนวคิดความรู้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม²⁰ และ

และเครื่องมือประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²² คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข²³ ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม²¹ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (research and development) และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี หมายเลข คจม.พบ.ที่ 2/2563 ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมิถุนายน 2563 โดยดำเนินการวิจัย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองปีงบประมาณ 2562 ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี 117 แห่ง จำนวน 228 คน และศึกษาวิจัยในประชากรทั้งหมดโดยกำหนดคุณสมบัติ คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองตามแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) โดยใช้ตารางสีของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558)⁷ พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับ 3 ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี^{19,20,21,22,23} ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การวิตกกังวลหรือเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการเคยรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้วิจัยปรับจากแนวคิดความรู้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ²⁰ จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (2) ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (3) ด้านการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (4) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (5) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และ (6) ด้านการจัดการตนเองที่เหมาะสม ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้วิจัยปรับจากเครื่องมือประเมินความรู้และพฤติกรรมของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ²² จำนวน 40 ข้อ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด 4) ด้านการรับประทายาที่ถูกต้องต่อเนื่อง 5) ด้านการสูบบุหรี่ และ 4) ด้านการดื่มสุรา มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงการรู้จักอาการเตือน และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้วิจัยปรับปรุงจากคู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข²³ จำนวน 20 ข้อ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้ภาวะเสี่ยง 2) การรู้จักอาการเตือน และ 3) การประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

สำหรับการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยจากแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ใช้เกณฑ์ของ Best²⁴ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1.00-1.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด, 1.51-2.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย, 2.51-3.50 หมายถึง อยู่ในระดับ

ปานกลาง, 3.51-4.50 หมายถึง อยู่ในระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความชัดเจนของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (item-objective congruence index: IOC) ที่ยอมรับได้ คือ ตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป²⁵ คำนวณหาค่า IOC ได้เท่ากับ 0.6-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือทั้งสามชุด โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83, 0.86 และ .85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้รับคืนแบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนทั้งหมด 228 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี โดยการสำรวจพื้นที่ ศึกษาสถิติข้อมูล เอกสารรายงานต่างๆ และการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1. ศึกษาสถิติข้อมูลและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสำรวจพื้นที่เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถิติข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี จาก (1) ผลการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD risk) และ (2) ผลการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตามแนวทางของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁸

หน่วยที่ศึกษา ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพอำเภอที่กำกับดูแลและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรีปีงบประมาณ 2562 จำนวน 8 เครือข่าย ได้แก่ อำเภอเขาย้อย เมืองเพชรบุรี แก่งกระจาน ชะอำ ท่ายางบ้านแหลม บ้านลาด และหนองหญ้าปล้อง

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD risk) และ 2) แบบประเมินผลดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตามขั้นตอนการบริการหลังประเมินของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁸

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ใช้เกณฑ์การประเมินและการแปลความหมายคะแนนผลลัพธ์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁸

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินและศึกษาข้อมูลจากเอกสารรายงานประจำปี

2. การสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ เป็นผู้ที่มีรับผิดชอบและมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานตามนโยบายการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เจาะลึกและการอิ่มตัวของข้อมูล²⁶ ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูล ทั้งหมด 40 คน ได้แก่

1) กลุ่มผู้บริหาร คือ ผู้ที่มีส่วนกำหนดนโยบายการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 8 คน ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายชุมชน
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 22 คน
ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข
และผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (care manager) และภาคี
เครือข่ายชุมชน จำนวน 10 คน ได้แก่ อาสาสมัคร
สาธารณสุข (อสม.หมอบประจำบ้าน) อาสาสมัครประจำ
ครอบครัว (อศค.) และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (caregiver)
เครื่องมือในการวิจัยเป็นแนวทางการสัมภาษณ์
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหาของประเด็นคำถามที่ใช้ในการ
สัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและนำไป
ทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง
กลุ่มผู้ให้ข้อมูล กลุ่มละ 2 ราย และปรับปรุงแก้ไข
ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวม
ข้อมูลด้วยตนเองโดยประสานและนัดหมายวันเวลา
สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลาครั้งละ 45 นาทีถึง
1 ชั่วโมง และขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์
ข้อมูลเสี่ยงจากการสัมภาษณ์จะทำลายทิ้งภายใน 1 ปี
ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือยุติการสนทนาได้ตลอด
เวลา การรายงานผลการวิจัยไม่ระบุชื่อ และรายงานผล
สรุปในภาพรวม

**ขั้นตอนที่ 3 พัฒนารูปแบบการพัฒนา
ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด
สมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ
จังหวัดเพชรบุรี** โดยนำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1
และ 2 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดทฤษฎี^{19,20,21,22,23}
เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบ และนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพโดยพิจารณา
ตามแบบประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของ
รูปแบบฯ

**ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบ
การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วย
บริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี** ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง
และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตั้งแต่เดือนมกราคม
ถึงเดือนมิถุนายน 2563 เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้
แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและ
วัดหลังการทดลอง (one-group pre-test post-test
design)

1. กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย
(simple random sampling) โดยการคำนวณขนาดของ
กลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1.9.2
ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก
Means: Differences between two independent
means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง
(Effect size) = 0.5²⁷ ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05
และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ทั้งผู้วิจัย
เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการ
สูญหายของข้อมูล จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม
ทดลอง 49 คน

2. พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา สุ่มตัวอย่างแบบง่าย
โดยวิธีการจับสลากรายชื่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอจำนวน
8 อำเภอ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณ
สัดส่วนร้อยละ 25²⁸ จำนวน 2 อำเภอ และจับสลากผู้ป่วย
กลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิได้จำนวน 49 คน ที่ใช้
ทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ (1) แบบสอบถาม
ชุดเดิมในขั้นตอนวิจัยที่ 1-2 และ (2) รูปแบบฯ
ที่พัฒนาขึ้น

**การทดลองใช้รูปแบบฯ และการเก็บรวบรวม
ข้อมูล**

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพื้นที่หน่วยบริการปฐม
ภูมิที่ใช้ในการทดลอง และขอความร่วมมือในการดำเนินการ
ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. ดำเนินการทดลองตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การเตรียมการโดยจัดประชุมชี้แจงกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง ก่อน 1 สัปดาห์

2) การอบรมเชิงปฏิบัติการและฝึกปฏิบัติจริง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายตามกระบวนการ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถเชิงกระบวนการคิด การสื่อสารความรู้ทั่วไป และความรู้ทางสุขภาพเฉพาะโรค โดยการบรรยาย ฝึกปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ จัดอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มย่อยและนำเสนอประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้ รวม 5 วัน

3) เยี่ยมติดตามประเมินผลการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะในชีวิตประจำวันหลังการฝึกอบรม สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครประจำครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 1-2 ชั่วโมง

4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยใช้แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นและพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง คือ เป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี ที่อยู่ในพื้นที่ทดลองรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 6 เดือน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึก²⁹ และการอิมตัวของข้อมูล²⁶ ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ ใช้สำหรับการอภิปรายกลุ่ม จำนวน 25 คน ประกอบด้วย (1) ผู้บริหาร 10 คน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2) ผู้ให้บริการ 15 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้จัดการดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.หมอประจำบ้าน) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน

2. กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 15 คน ประกอบด้วยตัวแทนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรีที่เป็นพื้นที่ทดลองรูปแบบฯ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการแบบเจาะจงจากผู้ที่อยู่ในพื้นที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบฯ ครบถ้วนตามกำหนด

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแนวคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจัดประชุมเพื่ออภิปรายกลุ่มสำหรับกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ โดยขอความร่วมมือและประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดหมายวันเวลาและสถานที่ที่สะดวก ใช้เวลาในการอภิปรายกลุ่มครั้งละ 1 ชั่วโมง สำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มผู้รับบริการ ผู้วิจัยประสานงานและนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที-1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.1) มีอายุอยู่ระหว่าง 54-66 ปี (ร้อยละ 48.3) อายุเฉลี่ย 60.05 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 74.6) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 64.5) อาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 26.3) ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 67.1) มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 81.1) เบาหวาน (ร้อยละ 50.4) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 47.4) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 14.5) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 70.2) ไม่เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 68.4) ส่วนใหญ่ออกกำลังกายทุกวันโดยการ

ทำงานบ้าน งานครัว การเกษตร (ร้อยละ 66.2) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างชอบรับประทานอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม (ร้อยละ 57.9) มีระดับความดันโลหิตปกติค่อนข้างไปทางสูง (130-139/85-89 มม.ปรอท) ร้อยละ 31.58 มีระดับน้ำตาลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (100-125 มก./ดล.) ร้อยละ 47.4 และมีระดับน้ำตาลมากกว่า 125 มก./ดล. ร้อยละ 29.4 ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

ตารางที่ 1 ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (N = 228)

ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง	M	SD	ระดับ
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.02	0.56	น้อย
2. ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.89	0.67	ปานกลาง
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	1.90	0.55	น้อย
4. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	1.94	0.61	น้อย
5. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	2.81	0.63	ปานกลาง
6. ด้านการจัดการตนเองที่เหมาะสม	1.94	0.59	น้อย
รวม	2.29	0.61	น้อย

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โดยรวมอยู่ในระดับน้อย (M = 2.29, SD = 0.61) ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

(M = 2.89, SD = 0.67) รองลงมา คือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (M = 2.81, SD = 0.63) และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (M = 1.90, SD = 0.55)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (N = 228)

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	M	SD	ระดับ
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.14	0.48	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.89	0.92	ปานกลาง
3. ด้านการจัดการความเครียด	3.41	0.61	ปานกลาง
4. ด้านการรับประทานยา	3.97	0.72	มาก
5. ด้านการลดสูบบุหรี่	3.65	1.73	มาก
6. ด้านการลดดื่มสุรา	3.62	1.71	มาก
รวม	3.35	0.45	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.35, SD = 0.45) ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากได้แก่ด้านการ

รับประทานยา (M = 3.97, SD = 0.72) รองลงมา คือ ด้านการลดสูบบุหรี่ (M = 3.65, SD = 1.73) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย (M = 2.89, SD = 0.92)

ตารางที่ 3 การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (N = 228)

การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้น ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	M	SD	ระดับ
1. ด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยง	2.12	0.56	น้อย
2. ด้านการรู้จักอาการเตือนโรค	2.14	0.49	น้อย
3. ด้านการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรคหลอดเลือดสมอง (FAST)	2.16	0.52	น้อย
รวม	2.14	0.52	น้อย

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอยู่ในระดับน้อยทุกด้าน ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.14 (SD = 0.52) ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยง (M = 2.12, SD = 0.56)

2. สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

ผลการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD risk) ของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2562 ในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอ 8 เครือข่าย พบว่าผลการดำเนินงานในภาพรวมผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 88.11 เครือข่ายสุขภาพที่มีผลการ

ดำเนินงานมากที่สุด มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 93.42 รองลงมา คือ ร้อยละ 93.11 เครือข่ายสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานมีคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับร้อยละ 83.51 พบผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงในภาพรวม ร้อยละ 1.21 ของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด

ผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอ 8 เครือข่าย ปีงบประมาณ 2562 พบว่า มีผลการดำเนินงานในภาพรวมร้อยละ 84.2 เครือข่ายสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานมากที่สุด คะแนนเท่ากับร้อยละ 95.0 รองลงมา คือ ร้อยละ 88.9 เครือข่ายสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานน้อยที่สุด คะแนนเท่ากับร้อยละ 64.3 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วมีภาวะเสี่ยงลดลง ในภาพรวม ร้อยละ 39.1 เครือข่ายสุขภาพที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วมีภาวะเสี่ยงลดลงมากที่สุด ร้อยละ 66.7 เครือข่ายสุขภาพที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วมีภาวะเสี่ยงลดลงน้อยที่สุด ร้อยละ 22.2

ผลการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี พบว่ามีสภาพปัญหาและอุปสรรค สรุปได้ดังนี้

1. ด้านนโยบาย พบว่า ผู้บริหารระดับสูงสุดให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการประชุมชี้แจงนโยบายสู่การปฏิบัติ แต่พบว่ายังประสานการดำเนินงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นระบบการประสานดำเนินงานเฉพาะเรื่องหรือเป็นครั้งคราวการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างเป็นระบบยังไม่ต่อเนื่อง และมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกน้อย

2. ด้านการดำเนินงาน ผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ตามตารางสี) และการแปลค่าระดับความเสี่ยง แต่ยังไม่ได้กำหนดเป้าหมายผลลัพธ์

การบริการและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับผู้ป่วยองค์ประกอบที่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม ได้แก่ การให้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและจัดการตนเองเพื่อควบคุมและชะลอความก้าวหน้าของโรคและโรคร่วม

3. ด้านงบประมาณ พบว่าการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ ได้แก่ งบประมาณสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการติดตามผลหลังจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการวินิจฉัยโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนที่แฝงอยู่ และได้รับการรักษาล่าช้า

4. ด้านระบบข้อมูล ระบบการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน ต้องลงบันทึกข้อมูลหลายขั้นตอนแต่ไม่สามารถเชื่อมโยงได้ทั้งระบบ ไม่สามารถดึงข้อมูลของผู้ป่วยที่บันทึกในระบบอื่นๆ แล้วมาใช้ประโยชน์ได้

5. ด้านผู้รับบริการ พบว่า ส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง รวมถึงการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรคและการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ขาดการกำหนดปริมาณและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

6. ด้านภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่า ยังขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมินผลทุกระยะตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อกระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี

รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้บริหารทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ วิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเสริมสร้างทัศนคติที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. เสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดย

1) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

2) พัฒนาความรู้และทักษะโดยใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การฝึกความ

สามารถเชิงกระบวนการคิดการสื่อสารความรู้ทั่วไป และการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเฉพาะโรค

3) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง

3. เยี่ยมบ้านติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดย อสม., อสค. และ caregiver

4. ให้คำปรึกษาและประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนาระดับจังหวัด อำเภอและตำบลผลการตรวจสอบคุณภาพของร่างรูปแบบฯ ในด้านความเหมาะสมและสอดคล้องกันของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.8$, $SD=0.2$) มีข้อเสนอให้เพิ่มขั้นตอนเพิ่มรายละเอียดการให้คำปรึกษา

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรี

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 49)

ประสิทธิผลของรูปแบบ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		T	P
	M	SD	M	SD		
ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง						
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.04	0.23	2.84	0.28	22.921	.001
2. ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.85	0.36	4.41	0.47	29.860	.001
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	1.90	0.44	2.87	0.30	25.148	.001
4. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	1.99	0.36	2.90	0.25	28.065	.001
5. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	2.83	0.39	3.72	0.42	12.846	.001
6. ด้านการจัดการตนเองในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตน	1.96	0.27	2.93	0.14	34.327	.001
โดยรวม	2.30	0.24	3.32	0.19	49.731	.001

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย
กลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 49) (ต่อ)

ประสิทธิผลของรูปแบบ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		T	P
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง						
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.20	0.42	4.01	0.30	32.962	.001
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.88	0.92	3.75	0.46	11.250	.001
3. ด้านการจัดการความเครียด	3.38	0.54	4.17	0.28	18.544	.001
4. ด้านการรับประทานยา	4.00	0.77	4.32	0.46	5.985	.001
5. ด้านลดการสูบบุหรี่	2.83	0.39	4.85	0.36	27.781	.001
6. ด้านลดการดื่มสุรา	2.96	0.29	4.87	0.38	42.633	.001
โดยรวม	3.29	0.36	4.19	0.24	41.581	.001
การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้น						
1. ด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยง	2.18	0.56	3.52	0.28	-41.861	.001
2. ด้านการรู้จักอาการเตือนโรค	2.19	0.49	3.45	0.36	-32.692	.001
3. ด้านการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรคหลอดเลือดสมอง	2.29	0.52	3.85	0.25	-30.414	.001
โดยรวม	2.21	0.52	3.59	0.25	45.829	.001

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4 ความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรคและการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 49.731$, $t = 41.581$, $t = 45.829$, $p = .001$ ตามลำดับ)

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี

ผลการอภิปรายกลุ่มของผู้บริหารและผู้ให้บริการ และผลการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับบริการ สามารถสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นได้ 2 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย
 - (1) การกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน
 - (2) ศักยภาพของผู้บริหารและทีมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - (3) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
 - (4) ความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

- (5) การสนับสนุนด้านงบประมาณและวัสดุครุภัณฑ์อย่างเพียงพอ
 - (6) การมีระบบลงทะเบียนและฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
 - (7) ความร่วมมือของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและญาติผู้ดูแล
2. กระบวนการ ประกอบด้วย
- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงร่วมกันกับภาคีเครือข่าย
 - (2) การดำเนินการตามแผนที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
 - (3) ความเข้มแข็งของทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - (4) การติดตามกำกับและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการทดลองใช้รูปแบบฯ การอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกสามารถสรุปข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ดังนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โดยให้มีการตั้งเป้าหมายผลลัพธ์การบริการและการจัดการตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้วยตนเองอย่างยั่งยืน และมีการกำกับติดตามให้คำปรึกษาผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรสนับสนุนทรัพยากรด้านบุคลากร งบประมาณและวัสดุครุภัณฑ์อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากการนำรูปแบบไปทดลองใช้

พบว่า ยังมีข้อจำกัดเรื่องการสนับสนุนงบประมาณด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

3. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรบูรณาการใช้ชุมชนเป็นฐาน (ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรค) และส่งเสริมวิถีชีวิตผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างพอเพียงโดยเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสุขภาพและทัศนคติที่ดีของภาคีเครือข่ายในระดับปฐมภูมิเพื่อความร่วมมือในการดำเนินงานในชุมชน

4. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของตนเอง ดังนั้นการนำรูปแบบฯ ไปใช้ควรพัฒนาความรู้ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

5. การส่งเสริมการใช้รูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิเน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะความสามารถของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ให้สามารถจัดการตนเองร่วมกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายสุขภาพ ดังนั้นควรมีระบบลงทะเบียนและฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพที่สามารถติดตามให้คำปรึกษาและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ต่อเนื่อง เพื่อประสานงานในการดูแลอย่างเหมาะสม

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมอยู่ในระดับน้อยค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขณะเดียวกันพบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการ

เตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอยู่ในระดับน้อยทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงยังมีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ มีศักยภาพในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้น้อย ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง จึงพบแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเพชรบุรีเพิ่มขึ้น⁶ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา^{11, 21} กล่าวว่า การที่บุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เพียงพอจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งนับเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้น โดยประเด็นที่คะแนนต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานยามีคะแนนสูงสุด ถือเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรคได้ ดังที่ Lee¹⁸ พบว่า การรับประทานยาต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ และผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องค้นหารูปแบบในการพัฒนาศักยภาพในการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรู้จักอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคและเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ในส่วนที่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค โดยเฉพาะในประเด็นที่มีคะแนนต่ำซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่าเป็นการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพที่เน้นหลักการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานได้เพิ่มขึ้น

ขณะเดียวกันมีการฝึกกระบวนการคิดโดยใช้แนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองกระบวนการ-ความรู้ของความฉลาดทางสุขภาพของ Chin¹⁹ ส่งผลให้มีความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ภาวะเสี่ยง สามารถเฝ้าระวังอาการเตือนโรค และการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกด้านโดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการลดการสูบบุหรี่และดื่มสุราก็เป็นสิ่งที่ดีมาก เนื่องจากทั้งบุหรี่และสุราเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง²⁹ ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า เนื่องจากนิโคตินมีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตและลดระดับออกซิเจนในเลือดแดงได้^{30,31} และส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง³² กล่าวได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้และนำไปปฏิบัติได้จริงและช่วยพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดยการฝึกความสามารถเชิงกระบวนการคิด ทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยงและสังเกตอาการเตือนโรค ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสุขภาพและทัศนคติที่ดีของภาคีเครือข่ายในระดับปฐมภูมิจะช่วยให้สามารถเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้น ผลงานวิจัยทำให้ได้ข้อเสนอนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบฯ ไปใช้
ผู้บริหารทุกระดับควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพทีมงานที่ดี ในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วย

กลุ่มเสี่ยงและสนับสนุนงบประมาณ บุคลากรและวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตควรศึกษาระยะยาวโดยติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์ที่ชัดเจนและครอบคลุมรายละเอียดตามองค์ประกอบของรูปแบบเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศและนายบุญลภ ทิพย์จันทร์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดเพชรบุรีทุกแห่งที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่รับผิดชอบ และขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.
2. World Health Organization. Stroke, Cerebrovascular accident [internet]. 2015 [cited 2019 Aug 10]; Available from: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองที่เสียชีวิตและอัตราตาย ต่อประชากรแสนคน ปี 2555-2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2561]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.bps.ops.moph.go.th>
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2561 สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. บทสรุปรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปี 2563 จังหวัดเพชรบุรี. เพชรบุรี: พีเอสกราฟฟิค; 2562.
7. จันทรจิรา สีสว่าง, นงนภัทร รุ่งเนย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กลยุทธ์สู่การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2559; 34(3): 10-18.
8. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
9. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปีและกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561.
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008; 67(12): 2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
11. Sharif I, Blank AE. Relationship between child health literacy and body index in overweight children. Patient Educ Couns. 2010; 79(1): 43-8. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.035

12. Baker DW. The Meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(8): 878–83. doi: 10.1111/j.1525-1497.
13. National Assessment of Adult Literacy. The Health Literacy of America's Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. U.S. Department of Education; 2006.
14. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, et al. Health literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Arch Intern Med*. 2007; 167(14): 1503–09. doi: 10.1001/archinte.167.14.1503.
15. World Health Organization. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. 2009 [cited 2019 October 14]; Available from: <http://www.who.int/whr/>; 2009.
16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and community strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000; 15(3): 259–67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
17. แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2559; 25(3): 45-54.
18. Lee SYD, Arozullah AM, Cho Y. Health literacy, social support, and health: A research agenda. *Soc Sci Med*. 2004; 58(7): 1309-21. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00329-0.
19. Chin J, Morrow DG, Stine-Morrow EA, et al. The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *J Health Commun*. 2011; 16(Suppl 3): 222-41. doi: 10.1080/10810730.2011.604702.
20. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิดความรู้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2559.
21. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
22. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เครื่องมือประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562.
23. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
24. Best JW, Kahn JV. *Research in Education*. 10 th ed. Cape Town: Pearson Education Inc; 2006.
25. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in Nursing and Health Research*. 5th ed. New York: Springer Publishing Company; 2016.
26. บุญใจ ศรีสถิตยันทรากุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด; 2553.

27. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation. Ithaca: Cornell University, Center for International Studies; 1977.
28. นางลักษณ์ วิรัชชัย. วิจัยและสถิติ: คำถามชวนตอบ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552
29. Pennlert J. Recurrent stroke risk factors, prevention and prognosis [Internet]. 2016 [cited 2020 June 30]. Available from: <https://www.divaportal.org/smash/get/diva2:1045473/FULLTEXT02>
30. Markus M. Psychological stress ‘increases risk of stroke’ [Internet]. 2016 [cited 2020 June 30]. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/279438.php>
31. Hanna S.T. Nicotine effect on cardiovascular system and ion channels. J Cardiovasc Pharmacol. 2006; 47(3): 348-58. doi: 10.1097/01.fjc.0010205984.13395.9e.
32. กาญจนา จิตติพร, นนทซ์ อนุศักดิ์กุล, ภูมิพัฒน์ หิมะพรหม, และคณะ. ผลของบุหรี่ต่อการทำงานเซลล์เยื่อบุหลอดเลือดและหลอดเลือดแดงแข็งในอาสาสมัครไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2561; 62(6): 1013-22;

ผลการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือด ด้วยวิธีจุลศัลยกรรม ในโรงพยาบาลนครปฐม Outcome of Free Tissue Transfer By Microvascular Surgery in Nakhonpathom Hospital

อานิก อุชนกรกุล พ.บ.,
ศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้าง
กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม
จังหวัดนครปฐม

Arnik Usanakornkul M.D.,
Thai Board of Plastic and Reconstructive Surgery
Division of Surgery
Nakhonpathom Hospital,
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมในโรงพยาบาลนครปฐม

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและบันทึกการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมในโรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 31 มีนาคม 2563 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรม จำนวน 16 ราย ร้อยละ 62.5 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 44.8 ปี สาเหตุที่ทำให้ต้องผ่าตัด มาจากอุบัติเหตุ 2 รายและจากการตัดเนื้องอกหรือมะเร็ง 14 ราย เนื้อเยื่อนำมาใช้ทดแทนประกอบด้วย ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณต้นขา 5 ราย, ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณหน้าแขน 5 ราย, ผิวหนังและกระดูกขาส่วนน่อง 5 รายและกล้ามเนื้อหลัง 1 รายระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดทั้งหมดเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ชั่วโมง 51 นาที ผลสำเร็จของการรักษาคิดเป็นร้อยละ 87.5

สรุป: จากการศึกษาย้อนหลัง พบอัตราความสำเร็จในเกณฑ์ที่น่าพอใจทั้งยังทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งในแง่การใช้งานและความสวยงาม ดังนั้นการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมจึงเป็นทางเลือกที่ดี เมื่อมีการเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือด การผ่าตัดจุลศัลยกรรม อัตราความสำเร็จของการรักษา
วารสารแพทยเขต 4-5 2563 ; 39(3) : 364-378.

Abstract

Objective: The purpose was to study the result of patients who underwent microscopic free tissue transfer reconstruction in Nakhonpathom Hospital.

Methods: In this retrospective study, data were collected from medical records and surgical records of patients who had microvascular free tissue transfer in Nakhonpathom Hospital between July 1, 2017 to March 31, 2020. The statistics used for data analysis were percentage and mean.

Result: Sixteen patients who have had microvascular free tissue transfer; of these, 62.5 percent were male and the mean age was 44.8 years. According to cause of surgery, 2 cases were accidents and 14 cases from removals of tumors. Donor sites were anterolateral thigh flaps (5 cases), radial forearm flaps (5 cases), fibular flaps (5 cases), and latissimus dorsi flap (1 case). The average duration of surgery was 7 hours and 51 minutes. The overall success rate was 87.5 percent.

Conclusion: The success rate of free tissue transfer by microvascular surgery in Nakhonpathom Hospital is satisfactory. It also gives good results in both usability and aesthetics. So free tissue transfer by microvascular surgery is a good choice for reconstruction in an appropriated patient.

Keywords : free tissue transfer, microvascular surgery, success rate

Received : April 7, 2020 Revised : April 30, 2020 Accepted : August 4, 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 364-378.

บทนำ

การผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรม (microvascular free tissue transfer) คือ การผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อของร่างกายพร้อมกับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงทั้งเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดง จากตำแหน่งหนึ่งไปยังอีกตำแหน่งหนึ่ง โดยการต่อเส้นเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการแก้ไขทดแทนเนื้อเยื่อที่เสียหายจากอุบัติเหตุหรือถูกตัดออกจากการผ่าตัดมะเร็ง ในกรณีที่ไม่สามารถใช้การปลูกถ่ายผิวหนัง (skin graft) หรือใช้เนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียง (local flap) มาทดแทนได้^{1,2} การผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรม เป็นการผ่าตัดที่มีประโยชน์และเป็นที่นิยมเป็นอย่างมากในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถใช้ในการปิดแผลหรือทดแทนเนื้อเยื่อ

ที่เสียหายได้แทบจะทุกส่วน สามารถที่จะนำเนื้อเยื่อจากบริเวณใดก็ได้ ทำให้มีอิสระในการเลือกเนื้อเยื่อที่เหมาะสมสำหรับบาดแผลนั้นๆ ทั้งในแง่ของความสวยงามและการใช้งาน โดยทำการผ่าตัดเพียงครั้งเดียว^{1,2,3} ไม่ต้องผ่าตัดหลายครั้งเหมือนในอดีต ประกอบกับในปัจจุบันอุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับผ่าตัดจุลศัลยกรรมมีใช้กว้างขวางมากขึ้นแต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมยังเป็นการผ่าตัดที่ละเอียดอ่อน ใช้เวลาค่อนข้างนาน ต้องการความชำนาญและประสบการณ์ของแพทย์ผู้ผ่าตัด เนื่องจากเป็นการตัดต่อเส้นเลือดขนาดเล็ก มีโอกาสเกิดปัญหากับเส้นเลือดที่ต่อจนเนื้อเยื่อที่ย้ายมาตายไปทั้งชิ้นได้^{5,8} โดยในโรงพยาบาลนครปฐมได้พัฒนาการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมมาอย่าง

ต่อเนื่องซึ่งก่อนที่โรงพยาบาลนครปฐมจะเริ่มมีการ
ผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อด้วยวิธีจุลศัลยกรรม ถ้าหากมีเคสที่ไม่
สามารถปิดด้วยเนื้อเยื่อใกล้เคียงได้ก็จะต้องทำการส่งตัว
ต่อไปยังโรงเรียนแพทย์

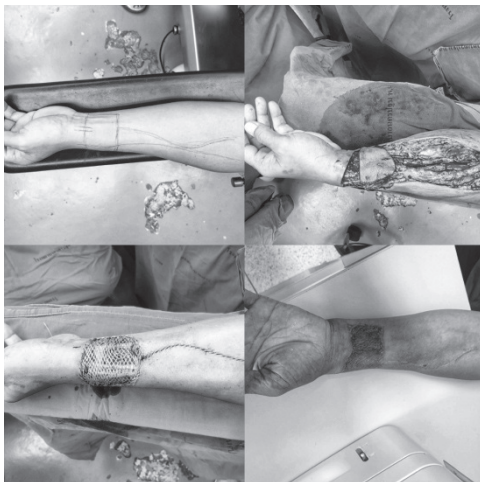
โดยข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่จะต้องใช้การผ่าตัด
ย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรม คือ
ผู้ป่วยที่มีบาดแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือจากการผ่าตัด
ที่ไม่สามารถปิดแผลได้ด้วยการปลูกถ่ายผิวหนังหรือ
ใช้เนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียง หรือในกรณีที่ใช้การผ่าตัด
ย้ายเนื้อเยื่อด้วยวิธีจุลศัลยกรรมแล้วจะทำให้ได้ผลลัพธ์
ที่ดีกว่า

ผู้ป่วยทุกคนที่มีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดย้าย
เนื้อเยื่อด้วยวิธีจุลศัลยกรรมจะได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยว
กับการผ่าตัดโดยละเอียด ทั้งข้อดี ข้อเสีย ความจำเป็น
ในการผ่าตัด ผลที่จะตามมาจากการผ่าตัด และความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นถ้าหากการผ่าตัดล้มเหลว

ตำแหน่งเนื้อเยื่อนำมาใช้สามารถเลือกใช้ได้
หลากหลาย โดยจะเลือกตามความเหมาะสมและขนาด
ของความเสียหาย โดยเนื้อเยื่อนำมาใช้บ่อยมีหลักใน
การพิจารณาดังนี้^{4,6,8}

1. ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบริเวณหน้าแขน (radial forearm flap) จะเลือกใช้ในกรณีที่แผลมีขนาด
ไม่ใหญ่ ไม่ต้องการความหนา เช่น หลังตัดมะเร็งบริเวณใบหน้า (ดังแสดงในรูปที่ 1)

รูปที่ 1 แสดง A. Design of radial forearm flap B. Radial forearm flap C. Immediate post-op
D. 6-mo. post-operation



- A. Design of radial forearm flap
- B. Radial forearm flap
- C. Immediate post-op
- D. 6-mo. post-operation

2. ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบริเวณต้นขา (anterolateral thigh [ALT] flap) จะเลือกใช้ในกรณี
ที่แผลมีขนาดใหญ่หรือต้องการความหนา เช่น หลังตัดมะเร็งที่ลิ้น (ดังแสดงในรูปที่ 2)

รูปที่ 2 แสดง A. Design of ALT flap B. ALT flap C. Primary closure donor site D. STSG donor site



- A. Design of ALT flap
- B. ALT flap
- C. Primary closure
- D. STSG

3. กล้ามเนื้อหลัง (latissimus dorsi muscle flap) จะเลือกใช้ในกรณีที่แผลขนาดใหญ่มากและไม่ต้องการ
ความหนา เช่น ใช้ในการปิดบาดแผลหนังศีรษะถูกกระชากหลุด (ดังแสดงในรูปที่ 3)

รูปที่ 3 แสดง A. Design of latissimus dorsi flap B. Latissimus dorsi flap



- A. Design of latissimus dorsi flap
- B. Latissimus dorsi flap

4. กระดูกขาส่วนน่อง (fibular flap) จะเลือกใช้ในกรณีที่ต้องการทดแทนส่วนของกระดูก เช่น ใช้
ทดแทนกระดูกขากรรไกรหลังตัดมะเร็งที่กระดูกขากรรไกร (ดังแสดงในรูปที่ 4)

รูปที่ 4 แสดง A. Fibular flap B. Fibular flap and reconstruction plate flap C. Primary closure
donor site D. STSG donor site



- A. Fibular flap
- B. Fibular flap and reconstruction plate
- C. Primary closure
- D. STSG

ในช่วงแรกได้ทำผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มที่เป็น
มะเร็งชนิดที่ไม่ต้องเลาะต่อมน้ำเหลือง กับผู้ป่วยอุบัติเหตุ
ต่อมาได้มีการร่วมมือกันระหว่างแผนกศัลยกรรมตกแต่ง
แผนกหู คอ จมูก และแผนกศัลยกรรมช่องปากและ
กระดูกขากรรไกร กลุ่มงานทันตกรรม ในการผ่าตัด
ผู้ป่วยมะเร็งในช่องปาก จึงเริ่มมีจำนวนเคสมากขึ้น
เรื่อยๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการ
ผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรม
ที่กลุ่มงานศัลยกรรม ในโรงพยาบาลนครปฐม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง
(descriptive, retrospective study) โดยเก็บข้อมูล
ย้อนหลังจากเวชระเบียนและบันทึกการผ่าตัดของ
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือด

ด้วยวิธีจุลศัลยกรรม ในโรงพยาบาลนครปฐมระหว่าง
วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2563
ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วย เพศ อายุ สาเหตุของการ
ผ่าตัด ตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่สูญเสีย (defect) ตำแหน่ง
ของเนื้อเยื่อนำมาใช้ทดแทน (donor site) ระยะเวลา
ที่ใช้ในการผ่าตัด อัตราความสำเร็จในการผ่าตัด ระยะเวลา
นอนโรงพยาบาล ผลลัพธ์ของการผ่าตัดในแง่ของ
การใช้งานและความสวยงาม โดยความสำเร็จของ
การผ่าตัดประเมินที่ 14 วันหลังการผ่าตัด เนื้อเยื่อที่ย้าย
มายังมีเลือดมาเลี้ยงเป็นปกติ ไม่มีเลือดคั่ง ไม่มีเนื้องอก
นำข้อมูลมาวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อ
และหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมทั้งหมด 16 ราย
เป็นเพศชาย 10 ราย (ร้อยละ 62.5) เพศหญิง 6 ราย
(ร้อยละ 37.5) อายุเฉลี่ย 44.8 ปี (ตั้งแต่ 24-55 ปี)

สาเหตุที่ทำให้ต้องผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรม มาจากอุบัติเหตุ 2 ราย (ร้อยละ 12.5) จากการตัดเนื้องอกหรือมะเร็ง 14 ราย (ร้อยละ 87.5) ซึ่งแบ่งเป็นมะเร็งชนิดต่างๆ ได้แก่ squamous cell carcinoma 6 ราย, dermatofibrosarcoma protuberans 2 ราย, ameloblastoma 2 ราย, eosarcoma basal cell carcinoma 1 ราย, mucoepidermoid carcinoma 1 ราย ตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่สูญเสีย (defect) แบ่งเป็นลิ้น 5 ราย (ร้อยละ 31.25), กระดูกขากรรไกรล่าง 5 ราย (ร้อยละ 31.25), แก้ม 2 ราย (ร้อยละ 12.5), ขา 2 ราย (ร้อยละ 12.5), หนังศีรษะ 1 ราย (ร้อยละ 6.25) และเหงือก 1 ราย (ร้อยละ 6.25) เนื้อเยื่อนำมาใช้ทดแทน (donor site) ประกอบด้วย anterolateral thigh flap 5 ราย (ร้อยละ 31.25), radial forearm flap 5 ราย (ร้อยละ 31.25), fibula flap 5 ราย (ร้อยละ 31.25), และ latissimus dorsi flap 1 ราย (ร้อยละ 6.25) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดทั้งหมดเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ชั่วโมง 51 นาที (5 ชั่วโมง 45 นาที ถึง 10 ชั่วโมง 12 นาที) ระยะเวลาอนโรพยาบาลเฉลี่ย 13.2 วัน (10-24 วัน) รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

มีผู้ป่วย 6 ราย ที่ทีมศัลยกรรมตกแต่งทำการผ่าตัดเองทั้งหมด เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุ 2 ราย ผู้ป่วยมะเร็ง 4 ราย ทั้ง 4 รายไม่ได้ทำการเลาะต่อมน้ำเหลือง

ส่วนอีก 10 ราย เป็นการร่วมมือกันระหว่างทีมศัลยกรรมตกแต่งและทีมศัลยกรรมช่องปากและกระดูกระกรรไกร กลุ่มงานทันตกรรม ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งทั้ง 10 ราย และต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองร่วมด้วย 8 ราย โดยทีมทันตกรรมเป็นผู้ตัดมะเร็งและเลาะต่อมน้ำเหลือง และทีมศัลยกรรมตกแต่งเป็นผู้ทำผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือด การผ่าตัดจะทำได้ไปพร้อมกันทั้ง 2 ทีม เพื่อลดระยะเวลาการผ่าตัด

การผ่าตัดต่อเส้นเลือดทำโดยใช้ nylon 10-0 ต่อเส้นเลือดแดง 1 เส้น และเส้นเลือดดำ 1 เส้น หลังผ่าตัดให้แอสไพริน 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง นาน 14 วัน สังเกตอาการในห้องดูแลผู้ป่วยวิกฤต 48 ชั่วโมง จึงย้ายกลับหอผู้ป่วย ทำการ monitor flap ด้วยวิธีเจาะดูสีเลือดทุก 3 ชั่วโมง ในช่วง 12 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นเจาะทุก 6 ชั่วโมง จนครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งในช่องปาก ส่วนใหญ่จะทำการผ่าตัดโดยใส่ท่อช่วยหายใจแบบ nasotracheal intubation และเอาออกเมื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยหายใจได้ไม่มีการบวมบริเวณลำคอ ประมาณ 5-10 วันและจะให้กินทางปากควบคู่กับการให้อาหารทางสายยาง หลังจากแผลในปากหายดีประมาณวันที่ 10 หลังผ่าตัด และเมื่อผู้ป่วยกินทางปากได้ดีก็จะทำการถอดสายให้อาหาร

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมในโรงพยาบาลนครปฐม

No	Gender	Age	Cause	Type of tumor	Defect	Donor	Donor size widthxlength (cm)	Fibular length(cm)	Donor site closure
1	M	55	Tumor	DFSP	Cheek	ALT	11x15		STSG
2	M	49	Tumor	SCC	Tongue	ALT	7x13		Primary closure
3	M	55	Tumor	SCC	Tongue	ALT	6x12		Primary closure
4	M	38	Trauma		Leg	ALT	8x13		STSG
5	F	52	Trauma		Scalp	LD	25x30		Primary closure
6	M	41	Tumor	BCC	Cheek	RF	4x6		STSG
7	M	50	Tumor	SCC	Tongue	RF	4x5		STSG
8	M	53	Tumor	SCC	Tongue	RF	5x5		STSG

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมในโรงพยาบาลนครปฐม (ต่อ)

No	Gender	Age	Cause	Type of tumor	Defect	Donor	Donor size widthxlength(cm)	Fibular length(cm)	Donor site closure
9	M	52	Tumor	SCC	Tongue	RF	4x5.5		STSG
10	F	24	Tumor	Ameloblastoma	Mandible	FF	4x10	12	STSG
11	F	55	Tumor	Osteosarcoma	Mandible	FF	11x5	12	STSG
12	F	51	Tumor	SCC	Gum	RF	3x4.5		STSG
13	M	34	Tumor	DFSP	Leg	ALT	9x14		STSG
14	F	27	Tumor	Osteosarcoma	Mandible	FF	4x11	7	STSG
15	M	40	Tumor	Ameloblastoma	Mandible	FF	4x10	10	Primary closure
16	F	41	Tumor	Mucoepidermoid	Mandible	FF	3x10	5	Primary closure

DFSP=dermatofibrosarcoma protuberans, SCC=squamous cell carcinoma, BCC=basal cell carcinoma,
ALT=anterolateral thigh flap, LD=latissimus dorsi flap, RF=radial forearm flap, FF= fibular flap

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมในโรงพยาบาลนครปฐม

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	16 (100)
เพศ	
หญิง	6(37.5)
ชาย	10(62.5)
อายุ(ปี)	44.8(24-55)
สาเหตุ	
อุบัติเหตุ	2(12.5)
ผ่าตัดเนื้องอก	14(87.5)
SCC	6
DFSP	2
Ameloblastoma	2
Osteosarcoma	2
BCC	1
Mucoepidermoidcarcinoma	1

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมในโรงพยาบาลนครปฐม (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	16 (100)
ตำแหน่ง Defect	
Tongue	5(31.25)
Mandible	5(31.25)
Cheek	2(12.5)
Leg	2(12.5)
Gum	1(6.25)
Scalp	1(6.25)
Donor site	
Anterolateral thigh	5(31.25)
Radial forearm	5(31.25)
Fibula	5(31.25)
Latissimus dorsi	1(6.25)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ลิ้น 5 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ทำ total glossectomy ปิดด้วย anterolateral thigh free flap 2 ราย และกลุ่มที่ทำ hemiglossectomy ปิดด้วย radial forearm free flap 3 ราย ผู้ป่วยมะเร็งที่เหงือก 1 ราย ทำผ่าตัด wide excision and marginal mandibulectomy และปิดด้วย radial forearm free flap

ผู้ป่วยมะเร็งกระดูกขากรรไกร 5 รายแบ่งเป็นกลุ่ม immediate reconstruction หลังทำ segmental mandibulectomy 3 ราย และกลุ่ม delay reconstruction 2 รายซึ่งใช้ fibular free flap ทั้ง 5 ราย ขนาดของ defect เฉลี่ย 9.2 ซม. (5-12 ซม.) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตำแหน่งเนื้อเยื่อที่ใช้แยกตามตำแหน่งเนื้อเยื่อที่สูญเสีย (defect)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
Tongue	5(100)
Anterolateral thigh	2(40)
Radial forearm	3(60)
Mandible	5(100)
Fibula	5(100)

ตารางที่ 3 ตำแหน่งเนื้อเยื่อที่ใช้แยกตามตำแหน่งเนื้อเยื่อที่สูญเสีย (defect) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
Cheek	2(100)
Anterolateral thigh	1(50)
Radial forearm	1(50)
Leg	2(100)
Anterolateral thigh	2(100)
Gum	1(100)
Radial forearm	1(100)
Scalp	1(100)
Latissimus dorsi	1(100)

ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมทั้งหมด 16 ราย มีผู้ป่วย 14 ราย ที่เนื้อเยื่อที่ทำการย้ายมีเลือดมาเลี้ยงเป็นปกติ ไม่มีเลือดคั่งและไม่มีเนื้อตาย 2 รายมีปัญหาเลือดเข้ามาเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่ได้ ไม่มีรายใดที่มีปัญหาจากภาวะเลือดคั่งรายละเอียดดังตารางที่ 4 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่มีปัญหาได้รับการเข้าผ่าตัดแก้ไข (revise anastomosis) แต่ไม่ประสบความสำเร็จทั้ง 2 ราย โดยรายแรกเป็นผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุที่ขาและข้อเท้ามีแผลเปิดขนาดใหญ่ลึกถึงกระดูกทำการผ่าตัดปิดโดยใช้เนื้อเยื่อต้นขา

หลังจากการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อล้มเหลว กระดูกขา มีการติดเชื้อ สุดท้ายต้องทำผ่าตัด amputation ส่วนอีกรายหนึ่งเป็นผู้ป่วย ameloblastoma ที่กระดูกขากรรไกร หลังผ่าตัดย้ายกระดูกน่องมาทดแทนล้มเหลว ได้ส่งตัวไปโรงพยาบาลศิริราช และได้ใช้กระดูกน่องอีกข้างมาทดแทนกระดูกขากรรไกร และมีผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด fibular free flap รายหนึ่งหลังผ่าตัดไม่มีเลือดมาเลี้ยงที่ผิวหนังของเนื้อเยื่อนำมา แต่เนื้อเยื่อรอบกระดูกยังมีเลือดมาเลี้ยงเป็นปกติ จึงได้ทำการตัดส่วนเนื้อตายออกและปลูกถ่ายผิวหนัง

ตารางที่ 4 ผลความสำเร็จในการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรม

ผลการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรม	จำนวน (ร้อยละ)
มีเลือดมาเลี้ยงเป็นปกติ ไม่มีเลือดคั่งและไม่มีเนื้อตาย	14(87.5)
มีปัญหาเลือดเข้ามาเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่ได้	2(12.5)
มีปัญหาจากภาวะเลือดคั่ง	0

การปิดแผล donor site ผู้ป่วยที่ใช้ anterolateral thigh flap 2 ราย ปิดด้วยการเย็บ 3 รายปิดด้วยการปลูกถ่ายผิวหนัง ผู้ป่วยที่ใช้ radial forearm free flap ทั้ง 5 ราย ปิดด้วยการปลูกถ่ายผิวหนัง ผู้ป่วยที่ใช้ fibular

free flap 2 รายปิดด้วยการเย็บ 3 รายปิดด้วยการปลูกถ่ายผิวหนัง ผู้ป่วยที่ใช้ latissimus dorsi free muscle flap ปิดด้วยการเย็บ โดยทุกรายแผล donor site หายดี ไม่มีรายใดมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มีเพียงรายที่ใช้

latissimus dorsi มี seroma หลังถอดสายระบาย ต้องทำการ aspirate seroma และผู้ป่วยที่ทำ fibular free flap 1 รายที่มี neurapraxia ของ deep peroneal nerve กระดกนิ้วหัวแม่เท้าไม่ได้ ซึ่งหายเป็นปกติได้เอง

จากคนไข้ทั้งหมด 16 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็ง 14 ราย มี 7 รายที่มีข้อบ่งชี้ต้องให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสง หลังการผ่าตัด มี 4 รายที่ได้รับยาเคมีบำบัดและฉายแสงครบ อีก 3 ราย ปฏิเสธการรับยาเคมีบำบัดหรือฉายแสง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มารับการตรวจติดตามอาการเฉลี่ย 10.2 เดือน (4-30 เดือน) ผู้ป่วยทั้ง 14 ราย ยังไม่มีรายใดมี local recurrent ไม่มีรายใดได้รับการผ่าตัดซ้ำ

มีผู้ป่วย 1 รายพบ lung nodule ขนาด 1.5 ซม. หลังผ่าตัด 18 เดือน ซึ่งขณะนี้กำลังอยู่ในขั้นตอนการตรวจเพิ่มเติม

ผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 14 ราย เป็นกลุ่มมะเร็งในช่องปากรวม 11 รายประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งที่ลิ้น 5 ราย มะเร็งที่เหงือก 1 ราย และมะเร็งกระดูกขากรรไกร 5 ราย หลังผ่าตัดแผลหายสนิทแล้ว ผู้ป่วยทั้ง 11 รายสามารถหายใจทางจมูก ไม่ต้องคาท่อเจาะคอสามารถกินทางปากได้เองทุกรายสามารถพูดสื่อสารได้เป็นปกติ 6 ราย และเกือบปกติ 5 รายรายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในช่องปาก

ผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในช่องปาก	จำนวน (ร้อยละ)
ทั้งหมด	11
สามารถหายใจทางจมูก	11(100)
ต้องคาท่อเจาะคอ	0
สามารถกินอาหารปกติ	4(36.4)
สามารถกินอาหารอ่อน	7(63.6)
กินได้แต่อาการเหลว	0
ต้องให้อาหารทางสายยาง	0
สามารถพูดสื่อสารได้เป็นปกติ	6(54.5)
สามารถพูดสื่อสารได้เกือบปกติ	5(45.5)
ไม่สามารถพูดสื่อสารได้	0

Case reports

รายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น basal cell carcinoma of left cheek and lower eyelid หลังการทำผ่าตัดมะเร็ง ได้ใช้ radial forearm free flap ขนาด 4x5 ซม. โดยต่อกับเส้นเลือด facial artery และ facial vein หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถลืมตาหลับตาได้เป็นปกติ (ดังแสดงในรูปที่ 5)

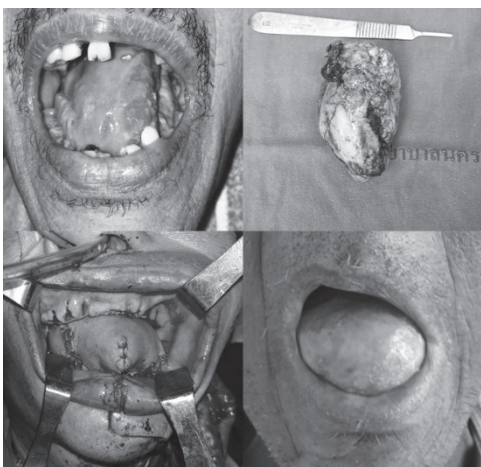
รูปที่ 5 แสดง A. Pre-op picture B. After tumor resection C. Immediate post-op D. 2-wk. post-operation



- A. Pre-op picture
- B. After tumor resection
- C. Immediate post-op
- D. 2-wk. post-operation

รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น squamous cell carcinoma of tongue T4N2M0 ได้รับการผ่าตัด total glossectomy with bilateral neck dissection และ reconstruction tongue โดยใช้ anterolateral thigh free flap ขนาด 7x13 ซม. โดยต่อกับเส้นเลือด facial artery และ external jugular vein หลังผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถหายใจได้โดยไม่ต้องคาท่อเจาะคอ กินอาหารอ่อนได้ และสามารถพูดสื่อสารได้เกือบปกติ (ดังแสดงในรูปที่ 6)

รูปที่ 6 แสดง A.Pre-op picture B. Tumor resection C. Immediate post-op D. 18-mo. post-operation



- A. Pre-op picture
- B. Tumor resection
- C. Immediate post-op
- D. 18-mo. post-operation

รายที่ 3 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 51 ปี ถูกใบพัดกระชากหนังศีรษะ ซึ่งหนังศีรษะเสียหายไม่สามารถนำกลับมาต่อได้ ได้ใช้ latissimus dorsi free muscle flap ต่อกับเส้นเลือด superficial temporal artery และ superficialtemporal vein หลังผ่าตัด recipient site ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ donor site มี seroma หลังจากถอดสายระบาย ทำการ aspirate 3 ครั้ง หลังจากนั้นแผลหายสนิท และได้ทำการปลูกถ่ายผิวหนังหลังจากผ่าตัดครั้งแรก 12 วัน โดยต้องปลูกถ่ายผิวหนัง 2 ครั้ง แผลจึงหายทั้งหมด หลังจากแผลหาย ผู้ป่วยสามารถ ใส่วิกและใช้ชีวิตได้เป็นปกติ (ดังแสดงในรูปที่ 7)

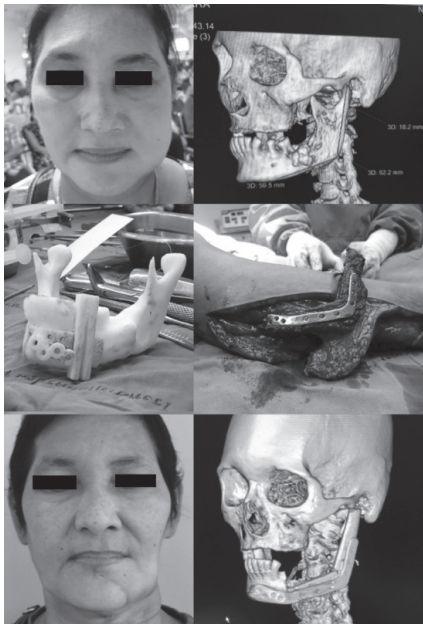
รูปที่ 7 แสดง A. Pre-op picture B. Latissimus dorsi flap C. Immediate post-op D. 6-mo. post-operation



- A. Pre-op picture
- B. Latissimus dorsi flap
- C. Immediate post-op
- D. 6-mo. post-operation

รายที่ 4 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น osteosarcoma of left mandible ได้รับการผ่าตัด hemimandibulectomy และได้ใช้ fibular free flap มาทดแทนกระดูกขากรรไกรได้มีการวางแผนตำแหน่งที่จะตัด mandible ทำ mandibulectomy cutting and drilling guide และ reconstruction plate ด้วยเครื่องมือ 3 มิติก่อนทำการผ่าตัด โดยจะทำการตัดกระดูก fibula และยึดเข้ากับ plate ก่อนที่จะตัดเส้นเลือด โดยต่อกับเส้นเลือด facial artery และ retromandibular vein หลังผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถหายใจได้โดยไม่ต้องคาท่อเจาะคอ กินอาหารอ่อนได้ และสามารถพูดสื่อสารได้ปกติ (ดังแสดงในรูปที่ 8)

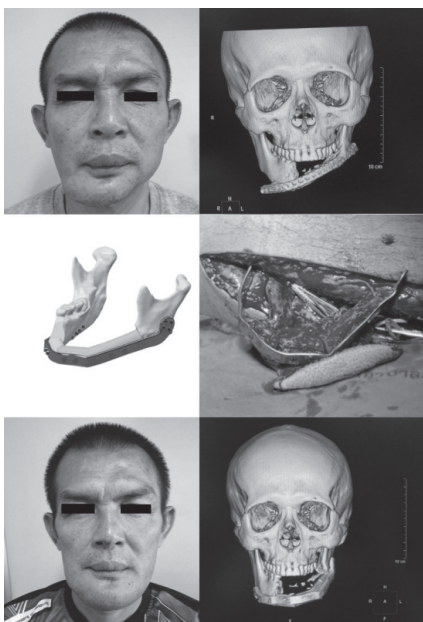
รูปที่ 8 แสดง A. Pre-op picture B. 3D CT pre-op C. Mandibulectomy cutting guide D. Fibular flap and reconstruction plate E. 12-mo. post-operation F. 3D CT post-operatio



- A. Pre-op picture
- B. 3D CT pre-op
- C. Mandibulectomy cutting guide
- D. Fibular flap and reconstruction plate
- E. 12-mo. post-operation
- F. 3D CT post-operation

รายที่ 5 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ameloblastoma ที่กระดูกขากรรไกร 10 ปี ก่อน ได้รับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกร และใส่เหล็กตามไว้ ต่อมาใบหน้าเริ่มผิดรูปมากขึ้น 3 เดือนก่อนเหล็กที่ตามไว้ แหว่งทะลุผิวหนัง ได้ทำการผ่าตัดนำเหล็กเดิมออก และใช้ fibular free flap ทดแทนกระดูกส่วนที่หายไป โดยการ ออกแบบด้วยคอมพิวเตอร์และใช้ reconstruction plate หลังผ่าตัด แผลหายสนิทดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โครงหน้า ใกล้เคียงปกติ สามารถพูด และกินอาหารได้เป็นปกติ (ดังแสดงในรูปที่ 9)

รูปที่ 9 แสดง A. Pre-op picture B. 3D CT pre-op C. Design of reconstruction plate D. Fibular flap and reconstruction plate E. 2-mo. post-operation F. 3D CT post-operation



- A. Pre-op picture
- B. 3D CT pre-op
- C. Design of reconstruction plate
- D. Fibular flap and reconstruction plate
- E. 2-mo. post-operation
- F. 3D CT post-operation

วิจารณ์

เนื่องจากการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อด้วยวิธีจุลศัลยกรรมเป็นการผ่าตัดที่ละเอียดอ่อน ใช้เวลาในการผ่าตัดค่อนข้างนาน หลังผ่าตัดเส้นเลือดที่ต่อไว้มีโอกาสตัน เกิดปัญหาเลือดไม่เข้าไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ หรือเลือดคั่งในเนื้อเยื่อ ทำให้การผ่าตัดล้มเหลวได้ โดยในโรงพยาบาลนครปฐมการผ่าตัดประสบความสำเร็จ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจสำหรับโรงพยาบาลที่เพิ่งเริ่มผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อด้วยวิธีจุลศัลยกรรม ถึงแม้ในงานวิจัยใหม่ๆ ผลสำเร็จจะสูงถึง ร้อยละ 92-96^{4,10} แต่งานวิจัยของ Harashina ในช่วง 3 ปีแรกของการเริ่มผ่าตัดก็มีอัตราการความสำเร็จของการผ่าตัดอยู่ที่ร้อยละ 75¹⁰ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยในงานวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นปัญหาที่เส้นเลือดดำ^{4,10} ซึ่งแตกต่างจากในการศึกษา

การดูแลหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ในการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อด้วยวิธีจุลศัลยกรรม ซึ่งในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลที่เพิ่งเริ่มต้นทำการผ่าตัด อาจจะขาดทีมงานที่มีประสบการณ์ในการดูแล ทำให้ตรวจพบปัญหาที่เกิดขึ้นได้ช้า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่มีปัญหาเลือดไม่เข้ามาเลี้ยง ตรวจพบในตอนเช้าวันต่อมา ซึ่งทำให้ไม่สามารถแก้ไขได้ทัน จึงได้ใช้การ monitor flap ด้วยการทำ pin prick test เป็นหลัก ซึ่งแปลผลได้ง่ายกว่าการ คลำ ดูสี หรือดู capillary refill

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 13 จาก 16 ราย เป็นเนื้องอกบริเวณใบหน้าและช่องปาก เนื่องจากบริเวณใบหน้าและช่องปากมีโอกาสเกิดมะเร็งได้หลายชนิด และเนื้อเยื่อบริเวณใบหน้าและช่องปากมีความจำเพาะและจำกัด หลังจากทำการผ่าตัดมะเร็งออกไปจึงยากที่จะปิดแผลโดยตรงหรือใช้เนื้อเยื่อข้างเคียงปิดโดยเฉพาะมะเร็งที่มีขนาดใหญ่ ซึ่งการใช้การผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรม จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากการตัดมะเร็งบริเวณใบหน้าและช่องปาก ทั้งในแง่ของความสวยงามและการใช้งาน โดยจะเห็นได้จากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในช่องปาก หลังการผ่าตัดยังสามารถหายใจทางจมูก กินอาหารทางปาก

และพูดสื่อสารได้ถึงร้อยละ 100 ส่วนในแง่ของความสวยงามและความพึงพอใจของผู้ป่วยยังไม่สามารถมีตัวเลขมาอธิบายในงานวิจัยนี้ เนื่องจากการศึกษาแบบย้อนหลัง

การผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมเป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลาผ่าตัดค่อนข้างมาก การจะทำการผ่าตัดให้ประสบความสำเร็จได้จึงจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมที่ดี การทำผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ตกแต่งเพียงทีมเดียวอาจทำให้มีข้อจำกัดหลายๆ อย่าง และใช้เวลาผ่าตัดนานเกินไป การพัฒนาทีมเช่นการผ่าตัดร่วมกับทีมหมอหู คอ จมูก หรือ ทีมทันตกรรมศัลยกรรม ก็จะทำให้สามารถพัฒนางานด้านจุลศัลยกรรมได้มากยิ่งขึ้น และใช้เวลาผ่าตัดที่น้อยลง

การเลือกผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดก็มีความสำคัญต่อ ถึงแม้ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่จะทำการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อด้วยวิธีจุลศัลยกรรม แต่ถ้าผู้ป่วยอายุมากหรือมีโรคประจำตัวหลายอย่าง หรือมีความเสี่ยงในการผ่าตัดนานๆ ก็ควรหลีกเลี่ยง ใช้ทางเลือกอื่นในการปิดแผล เช่น การใช้ regional flap

ในอนาคตถ้าหากมีจำนวนเคสที่มากขึ้น อาจจะทำการเก็บข้อมูลแยกแต่ละชนิดของ donor site ก็จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์มากขึ้น และการเก็บข้อมูลถ้าหากได้ออกแบบแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลไว้ก่อนจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์

สรุป

จากการศึกษาย้อนหลังของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรม ในช่วงระยะเวลา 4 ปี ของโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 16 ราย พบอัตราการสำเร็จ ร้อยละ 87.5 ทั้งยังทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งในแง่การใช้งานและความสวยงาม ดังนั้นการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดด้วยวิธีจุลศัลยกรรมจึงเป็นทางเลือกที่ดี เมื่อมีการเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Tamai S. History of microsurgery – from the beginning until the end of the 1970s. *Microsurgery*. 1993; 14(1):6-13. doi: 10.1002/micr.1920140105.
2. Jacobson JH, Suarez EL. Microsurgery in anastomosis of small vessels. *Surg Forum*. 1960; 11: 243-5.
3. Daniel RK, Taylor GI. Distant transfer of an island flap by microvascular anastomoses. A clinical technique. *Plast Reconstr Surg*. 1973; 52(2): 111-7. doi: 10.1097/00006534-197308000-00001
4. Wei FC, Jain V, Celik N, et al. Have we found an ideal soft-tissue flap? An experience with 672 anterolateral thigh flaps. *Plast Reconstr Surg*. 2002; 109(7): 2219-26. doi: 10.1097/00006534-200206000-00007
5. Kimura N, Saitoh M, Okamura T, et al. Concept and anatomical basis of microdissected tailoring method for free flap transfer. *Plast Reconstr Surg* 2009; 123(1): 152-62. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181934756.
6. Rath T, Millesi W, Millesi-Schobel G, et al. Mucosal prelamination of a radial forearm flap for intraoral reconstruction. *J Reconstr Microsurg*. 1997; 13(7): 507-13.
7. Wei FC, Demirkan F, Chen HC, et al. The outcome of failed free flaps in head and neck and extremity reconstruction: what is next in the reconstructive ladder?. *Plast Reconstr Surg*. 2001; 108(5): 1154-60. doi: 10.1097/00006534-200110000-00007
8. Wei FC, Tay SK. Principles and techniques of microvascular surgery. In: Gurtner GC, editor. *Plastic Surgery*. 3rd ed. Principles; 2012. 968-1021.
9. Tienboon P, Pantoomkomol T. Microvascular free skin flap report of 5-case series and technics applied. *Chula Med J*. 1983; 27(5): 365-879.
10. Harashina T. Analysis of 200 free flaps. *British Journal of Plastic Surgery* (1988). 41. 33-36

การเปรียบเทียบผลของการส่องกล้องระหว่างส่องภายใน 24 ชั่วโมง และหลัง 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเลือดออกบริเวณทางเดินอาหารส่วนบน ที่ไม่ใช่เส้นเลือดชนิดในหลอดอาหารที่มีสัญญาณชีพคงที่ ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

Comparing Result between Early and Delayed Endoscopy in Non-Variceal Upper GI Bleeding Patients with stable vital sign in Prachuapkhirikhan Hospital

ชวลิต รุ่งนฤทัย พ.บ.,
ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป
กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
ประจวบคีรีขันธ์

Chawalit Rungraruethai M.D.,
Thai Board of Surgery
Division of Surgery
Prachuapkhirikhan Hospital
Prachuap Khiri Khan

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตและคุณภาพของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างส่องภายใน 24 ชั่วโมง และหลัง 24 ชั่วโมงในคนไข้เลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดชนิดในหลอดอาหาร (non-variceal UGIB) และมีสัญญาณชีพคงที่ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

วิธีการศึกษา: งานวิจัยแบบ retrospective cohort study กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดชนิดในหลอดอาหาร (non-variceal UGIB) และมีสัญญาณชีพคงที่ที่มารักษาในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2561 โดยแยกเป็นกลุ่ม early endoscopy (≤ 24 ชั่วโมง) และ delayed endoscopy (> 24 ชั่วโมง) และนำข้อมูลมารวบรวมแบ่งแยกเป็น ข้อมูลพื้นฐานเฉพาะบุคคล, ข้อมูลก่อนการส่องกล้อง (pre-endoscopic score; GBS), รายงานการส่องกล้อง (Forrest classification) และอัตราการเสียชีวิตรวมถึงคุณภาพ (การมีเลือดออกซ้ำภายใน 30 วัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการให้เลือด) จากนั้นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ไค-สแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ โดยใช้โปรแกรม SPSS version 16 ในการคำนวณ

ผลการศึกษา: จำนวนประชากรทั้งหมด 112 คน แบ่งเป็น early endoscopy 19 คน และ delayed endoscopy 93 คน พบคนไข้ที่มีโรคตับร่วมเป็นอัตราส่วนในกลุ่ม early endoscopy มากกว่า delayed endoscopy (26.3% versus 9.7%, $p = .046$) ในกลุ่ม early endoscopy ได้รับการ therapeutic endoscopy มากกว่า

delayed endoscopy (47.4% versus 22.6%, $p = .005$) ส่วนอัตราการเสียชีวิตและคุณภาพ (การมีเลือดออกซ้ำใน 30 วัน ระยะเวลาอนโรงพยาบาล และการให้เลือด) ในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: อัตราการเสียชีวิตและคุณภาพระหว่างประชากรกลุ่ม early endoscopy และ delayed endoscopy ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : เลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดขาดในหลอดอาหาร อัตราการเสียชีวิต คุณภาพวารสารแพทย์เขต 4-5 2563 ; 39(3) : 380-390.

Abstract

Objective: This research required the comparison between early endoscopy and delayed endoscopy which had effected on mortality and morbidity rates (rebleeding in 30 days, amount of blood transfusion, and length of stay).

Methods: This was a retrospective cohort study. The studying population was Prachuapkhirikhan Hospital's patients with non-variceal UGIB from 1 November 2016 to 31 October 2018. They were divided into early endoscopy (≤ 24 hrs) and delayed endoscopy (> 24 hrs). The information of baseline characteristics, pre-endoscopy scores (GBS), and endoscopy reports (Forrest classification) were collected, including the outcomes (mortality, rebleeding in 30 days, length of hospital staying, and blood transfusion). The data were analyzed in terms of statistics i.e. mean, percent, chi-square test, and multiple linear regression by using SPSS Version 16.

Results: There were 112 people in total, 19 of early endoscopy (17%) and 93 of delayed endoscopy (83%). It was found that the proportion of patients with liver disease was more in the early endoscopy group than the delayed endoscopy group (26.3% versus 9.7%, $p = .046$). The early endoscopy group received therapeutic endoscopy more than the delayed group (47.4% versus 22.6%, $p = .005$). Regarding mortality rates, rebleeding in 30 days, length of stay, and PRC transfusion of both groups were not significantly different in terms of statistics.

Conclusion: The comparison of GI endoscopy in non-variceal UGIB patients between the early endoscopy and the delayed endoscopy groups in terms of mortality rates, rebleeding in 30 days, length of stay, and PRC transfusion reveals no significantly statistical difference.

Keywords : non-variceal UGIB, mortality rate, morbidity

Received : March 27 , 2020 Revised : March 30 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 380-390.

บทนำ

เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (upper GI bleeding; UGIB) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยในคนไข้ที่เข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาล โดยมีอัตราการนอนโรงพยาบาลอยู่ที่ 40-150 ต่อ 100,000 ราย¹ และมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 4-14²

ในกลุ่มเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดผิดปกติในหลอดเลือดอาหาร (non-variceal UGIB) พบอัตราการเสียชีวิตที่น้อย แต่มีปัญหาในเรื่องของอัตราการครองเตียงที่นาน ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) guideline 2015 แนะนำส่องกล้องทุกรายในคนไข้ที่มาด้วย UGIB ช่วงระยะเวลาการส่องกล้องในผู้ป่วย UGIB ทาง ESGE guideline³ แบ่งเป็น 3 ช่วงระยะเวลาหลังการเกิด UGIB คือ

- Very early (< 12 ชั่วโมง) แนะนำในกรณีคนไข้ที่มีลักษณะอาการทางคลินิกสัญญาณชีพไม่คงที่ หรือ สงสัยในคนไข้ที่ยังมีเลือดไหลในทางเดินอาหารส่วนบนอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่ม Glasgow-Blatchford Bleeding Score (GBS) ≥ 12 สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้และสามารถลดการให้เลือดลงได้⁴
- Early (≤ 24 ชั่วโมง) แนะนำหลัง resuscitation คนไข้จนสัญญาณชีพคงที่แล้วจึงนำไป ส่องกล้อง เนื่องจากสามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้⁵
- Delayed (> 24 ชั่วโมง) แนะนำในผู้ป่วยที่ hemodynamic stable ไม่มี serious comorbidity และไม่ได้สงสัย เส้นเลือดผิดปกติในหลอดเลือดอาหาร (varices)

ทางเอเชียในกลุ่ม Asia-Pacific working group consensus update 2018 กล่าวว่า ระยะเวลาการส่องกล้อง ในกลุ่ม non-variceal UGIB ยังเป็นข้อถกเถียงกันอยู่ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ที่ส่องกล้องภายใน 12 ชั่วโมง กับ กลุ่มที่ส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง พบว่าอัตราการเสียชีวิต และจำนวนที่คนไข้ที่ต้องไปผ่าตัดไม่ต่างกัน และข้อบ่งชี้ในการเลือกคนไข้กลุ่ม non-variceal UGIB ที่จำเป็นต้องส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง ยังไม่เป็นที่แน่ชัด⁶

ระยะเวลาการส่องกล้อง ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่า ควรส่องในช่วงระยะเวลาเท่าใดหลังคนไข้มาแสดงอาการด้วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน การศึกษาทางวิจัยที่ผ่านมาพบว่า เวลาที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือ early endoscopy (≤ 24 ชั่วโมง) เช่น ในงานวิจัยของ Garg⁷ พบว่าการ early endoscopy สามารถลด อัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายลงได้ รวมทั้งใน ESGE และ ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy) guideline แนะนำ early endoscopy แต่มีบางงานวิจัยที่พบว่าแม้ว่าจะ delayed endoscopy (> 24 ชั่วโมง) อัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน อัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ไม่ต่างกัน⁸

การทำวิจัยในครั้งนี้ จึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ early และ delayed endoscopy ในด้านของอัตราการเสียชีวิต, อัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ ปริมาณเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างส่องภายใน 24 ชั่วโมง และหลัง 24 ชั่วโมง ในคนไข้เลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดผิดปกติในหลอดเลือดอาหาร (non-variceal UGIB) ที่มีสัญญาณชีพคงที่ ของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

วิธีการศึกษา

ลักษณะงานวิจัยเป็นแบบ ศึกษาเชิงพรรณนา และการศึกษาเชิงอนุমানแบบย้อนกลับ จากเหตุไปหาผล (retrospective cohort study) โดยประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ประจวบคีรีขันธ์ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่วินิจฉัยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนแบบไม่ใช่เส้นเลือด หลอดอาหารโป่งพอง (non-variceal upper GI bleeding)

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ คนไข้ที่ได้รับวินิจฉัย non-variceal UGIB ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2561

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ คนไข้ที่วินิจฉัย variceal UGIB

จากนั้นจึงแบ่งเป็น 2 กลุ่มประชากร คือ กลุ่มที่ได้รับการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง และกลุ่มที่ส่องกล้องภายหลัง 24 ชั่วโมง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้

ก่อนการส่องกล้อง (pre-endoscopy) : เก็บรวบรวมข้อมูล เพศ อายุ โรคประจำตัวเดิมผู้ป่วย ยาประจำตัว ฯลฯ ประเมินคะแนนก่อนส่องกล้องโดยใช้ Glasgow-Blatchford score (GBS)

ระหว่างการส่องกล้อง (endoscopy) : ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น โดยบันทึกแบบ Forrest classification

หลังการส่องกล้อง (post endoscopy) : ระยะ

เวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนเลือดที่ได้รับ อัตราการเสียชีวิต และอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำภายใน 30 วัน

จากนั้นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ เปรียบเทียบข้อมูลระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่า chi-square test (ความเป็นอิสระกันของ 2 ตัวแปร) และการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ มากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้ multiple linear regression analysis โดยใช้ p-value < .05 และใช้ 95% confident interval ในการพิสูจน์ว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติหรือไม่ ทั้งหมดใช้โปรแกรม SPSS 16.0 ในการวิเคราะห์

ผลการศึกษา

การวินิจฉัยโรค non-variceal UGIB จะใช้ ICD-10 K92.2 ในการค้นหาคนไข้จากระบบคอมพิวเตอร์ของทางโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จากนั้นจะนำเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และ ข้อมูลสรุปการนอนโรงพยาบาล ในกรณีคนไข้ที่นอนโรงพยาบาล ที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2561 มาทำการศึกษาในครั้งนี้ โดยได้จำนวนประชากรทั้งหมด 112 คน แบ่งเป็นที่ได้รับการส่องกล้อง early esophagogastroduodenoscopy (EGD) (≤ 24 ชั่วโมง) จำนวน 19 คน และที่ได้รับการส่องกล้อง delayed EGD (> 24 ชั่วโมง) จำนวน 93 คน ลักษณะข้อมูลคนไข้โดยรวมในงานวิจัย แสดงได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค non-variceal UGIB

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน(112) คน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	67
หญิง	37	33
อายุเฉลี่ย (ปี)	58.65(14-87)	

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค non-variceal UGIB (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน(112) คน	ร้อยละ
การนำส่งโรงพยาบาล		
ห้องฉุกเฉิน	56	50
ห้องตรวจผู้ป่วยนอก	9	8
ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น	47	42
โรคร่วมทางอายุรกรรม		
โรคหัวใจ	7	6.2
โรคตับ	14	12.5
ยาที่รับประทานเป็นประจำ		
ยาแก้ปวด	54	48.2
ยาละลายลิ่มเลือด	25	22.3
ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด	4	3.6

มีจำนวนทั้งสิ้น 112 ราย (ชาย 75 ราย ร้อยละ 67, หญิง 37 ราย ร้อยละ 33) อายุเฉลี่ยโดยรวม 58.65 ปี (ระหว่าง 14 ปี ถึง 87 ปี) ลักษณะการนำส่งโรงพยาบาล มาห้องฉุกเฉิน 56 ราย (ร้อยละ 50), มาห้องตรวจผู้ป่วยนอก 9 ราย (ร้อยละ 8), และรถส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น 47 ราย (ร้อยละ 42) ผู้ป่วยมีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย คือ โรคหัวใจ 7 ราย (ร้อยละ 6.2) และโรคตับ 14 ราย (ร้อยละ 12.5) ผู้ป่วยมียาที่รับประทานเป็นประจำ คือ ยาแก้ปวด 54 ราย (ร้อยละ 48.2) ยาละลายลิ่มเลือด 25 ราย (ร้อยละ 22.3), และยาด้านการแข็งตัวของเลือด 4 ราย (ร้อยละ 3.6)

ประเมินผู้ป่วย (pre-endoscopy) โดยใช้ Glasgow-Blatchford bleeding score (GBS) ได้คะแนนเฉลี่ย 10.04 ผลการตรวจส่องกล้อง

ประเมินลักษณะรอยโรค โดยใช้ Forrest classification พบ class 1 จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 6.2), class 2 จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 25.9) และ class 3 จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 42.9) จำนวนคนไข้ที่ได้รับการรักษาโดยการส่องกล้อง (endoscopic treatment) จำนวน 30 ราย จำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับโดยเฉลี่ยต่อคน 2.5 unit ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.4 วัน จำนวนคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัย จากการส่องกล้องร่วมกับผลชิ้นเนื้อ ยืนยันว่า เป็นมะเร็งกระเพาะอาหารจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 3.6) ไม่พบจำนวนคนไข้ที่เสียชีวิตจากการวินิจฉัยโรค non-variceal UGIB และไม่พบคนไข้เลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำภายใน 30 วันหลังได้รับการรักษาส่องกล้อง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจและรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค non-variceal UGIB

ผลการตรวจและรักษา	ผลการตรวจ(เฉลี่ยร้อยละ)
Glasgow-Blatchford bleeding score (GBS)	10.04
ผลการตรวจจากการส่องกล้อง (Forrest classification)(คน)	
Class 1	7 (ร้อยละ 6.2)
Class 2	29 (ร้อยละ 25.9)
Class 3	48 (ร้อยละ 42.9)
จำนวนคนไข้ที่ได้รับการทำหัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง (คน)	30
ปริมาณเลือดเลือดที่คนไข้ได้รับโดยเฉลี่ย (unit)	2.5
ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล (วัน)	6.4
จำนวนคนไข้ที่วินิจฉัยมะเร็งกระเพาะอาหาร (คน)	4 (ร้อยละ 3.6)
คนไข้เสียชีวิต (คน)	0
คนไข้ที่เลือดออกซ้ำภายใน 30 วันหลังการส่องกล้อง (คน)	0

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า อายุเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม คือ early endoscopy 58.63 ปี และ delayed endoscopy 58.66 ปี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value .952), การนำส่งโรงพยาบาลของคนไข้ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value .801), โรคร่วมทางอายุรกรรมในกรณีของโรคตับ คนไข้ในกลุ่ม early endoscopy (n=5, ร้อยละ 26.3) มากกว่ากลุ่ม delayed endoscopy (n=9, ร้อยละ 9.7) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .046), ค่าเฉลี่ยประเมิณ GBS ในกลุ่ม early endoscopy (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.17) และ delayed endoscopy (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.36) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .533), ผลตรวจส่องกล้อง Forrest classification class I พบใน early endoscopy 1 คน (ร้อยละ 5.3), delayed endoscopy 6 คน (ร้อยละ 6.5) Forrest classification class 2 พบใน early endoscopy 11 คน (ร้อยละ 57.9), delayed endoscopy 18 คน (ร้อยละ 19.4) Forrest classification class 3

พบใน early endoscopy 2 คน (ร้อยละ 10.5), delayed endoscopy 46 คน (ร้อยละ 49.5) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .002)

จำนวนคนไข้ที่ได้รับการรักษาทางการส่องกล้อง early endoscopy (n=9, ร้อยละ 47.4) และ delayed endoscopy (n=21, ร้อยละ 22.6) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .005), จำนวนเลือดที่ได้รับของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .442), ระยะเวลาเฉลี่ยการนอนโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .669), จำนวนคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัย จากการส่องกล้องร่วมกับผลชิ้นเนื้อยืนยันว่า เป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร พบใน early endoscopy (n=3, ร้อยละ 15.8), delayed endoscopy (n=1, ร้อยละ 1.1) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .002) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบประชากร ระหว่างกลุ่ม early endoscopy และ delayed endoscopy

ลักษณะเฉพาะบุคคล	จำนวน (n=112)	ลักษณะการส่องกล้อง				P-value
		Delayed endoscopy		Early endoscopy		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุเฉลี่ย(ปี)	mean,SD 58.7(+ 16.5)	58.66		58.63		.952
เพศชาย	75(67%) คน	63	67.7	12	63.1	.699
การนำส่งโรงพยาบาล (คน)						
ห้องฉุกเฉิน	56(50%)	47	50.5	9	47.4	.801
ห้องตรวจผู้ป่วยนอก	9(8%)	9	9.7	0	0	
ส่งต่อฉุกเฉิน	47(42%)	37	39.8	10	52.6	
โรคร่วมทางอายุรกรรม (คน)						
โรคหัวใจ	7	7	7.5	0	0	.217
โรคตับ	14	9	9.7	5	26.3	.046
ยาที่รับประทานเป็นประจำ (คน)						
ยาแก้ปวด	54	45	48.4	9	47.4	.935
ยาลดกรดลิ้มเลือด	25	22	23.7	3	15.8	.453
ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด	4	4	4.3	0	0	.357
GBS	Mean,SD 10.0(+ 4.7)	10.17		9.36		.533
Forrest classifications (คน)						
Gastritis or Mallory-Weiss	20	16	17.2	4	21.0	
Class 1	7	6	6.5	1	5.3	.002
Class 2	29	18	19.4	11	57.9	
Class 3	48	46	49.5	2	10.5	
การทำหัตถการรักษา (คน)	30	21	22.6	9	47.4	.005
ปริมาณเลือดที่ได้รับ (unit)	Mean,SD 2.4(+ 2.3)	2.6		1.6		.442
ระยะเวลาการนอน รพ. (วัน)	Mean,SD 6.4(+ 3.7)	6.6		5.4		.669
คนไข้ได้รับการวินิจฉัยมะเร็ง (คน)	4	1	1.1	3	15.8	.002

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลารอน
โรงพยาบาลแสดงถึงทุกตัวแปรอิสระ ไม่มีผลต่อ ระยะ
เวลาการนอนในโรงพยาบาล เนื่องจากค่า p-value $\geq$
.05 และ ค่า 95% CI ที่คร่อม 1 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลวิเคราะห์ multiple linear regression ของการทดสอบสมมติฐานตัวแปรอิสระต่างๆของผู้ป่วย
non-variceal UGIB ที่มีผลต่อ ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		P-value	95% CI	
	B	Std.error	Beta	t		Lower	Upper
เพศ	-1.591	1.095	-0.192	-1.453	.153	-3.793	0.611
อายุ	-0.005	0.034	-0.023	-0.154	.878	-0.073	0.062
ใช้ยาแก้ปวด	-0.699	1.222	-0.086	-0.572	.570	-3.156	1.757
ใช้ยาต้านเกล็ดเลือด	3.013	1.496	0.308	2.014	.050	0.004	6.021
ใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด	4.725	4.038	0.254	1.170	.248	-3.394	12.844
โรคหัวใจ	-1.691	3.213	-0.115	-0.526	.601	-8.152	4.769
ดื่มแอลกอฮอล์	0.629	1.486	0.073	0.423	.674	-2.360	3.617
โรคตับ	2.444	2.105	0.206	1.161	.252	-1.790	6.677
ระยะเวลาการส่องกล้อง	-1.981	1.921	-0.147	-1.031	.308	-5.844	1.882
ระยะเวลามา รพ.	-0.003	0.004	-0.102	-0.733	.467	-0.011	0.005
ปริมาณเลือดที่ได้รับ	0.624	0.311	0.381	2.008	.050	0.000	1.249
ผล clo test	0.422	1.111	0.053	0.380	.706	-1.812	2.656
GBS	-0.125	0.160	-0.157	-0.786	.435	-0.446	0.195
Forrest classification	-0.131	0.515	-0.042	-0.255	.800	-1.166	0.904

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนเลือดที่ได้รับ แสดงถึงตัวแปรอิสระที่มีผลต่อจำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับพบว่า ระยะเวลาการส่องกล้อง (early และ delayed endoscopy) ไม่มีผลต่อจำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .869) โดยในตัวแปรอิสระตามตารางที่ 5 มีตัวแปรอิสระที่มีผลต่อจำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับ คือ เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆให้คงที่ คนไข้ที่มีโรคตับร่วมด้วยจะได้รับ

เลือดมากกว่า คนไข้ที่ไม่มีโรคตับร่วมด้วย 2.3 unit ที่ p-value = .012, ระยะเวลาลงคนไข้มีอาการจนถึงนำส่งโรงพยาบาลเมื่อระยะเวลานานขึ้น 1 ชั่วโมงทำให้คนไข้ได้รับเลือดเพิ่มมากขึ้น 0.005 unit ที่ p-value = .011 และ ค่า Glasgow-Blatchford bleeding score (GBS) ที่มากขึ้น 1 คะแนน ทำให้คนไข้ได้รับเลือดมากขึ้น 0.303 unit ที่ p-value < .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลวิเคราะห์ multiple linear regression ของการทดสอบสมมติฐานตัวแปรอิสระต่างๆ ของผู้ป่วย non-variceal UGIB ที่มีผลต่อ จำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับ

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		P-value	95% CI	
	B	Std.error	Beta	T		Lower	Upper
เพศ	0.608	0.492	0.120	1.237	.222	-0.380	1.596
อายุ	0.027	0.014	0.202	1.871	.067	-0.002	0.056
ยาแก้ปวด	-0.204	0.546	-0.041	-0.373	.711	-1.302	0.895
ยาต้านเกล็ดเลือด	0.176	0.695	0.030	0.254	.801	-1.221	1.573
ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด	2.489	1.792	0.219	1.389	.171	-1.113	6.092
โรคหัวใจ	-0.468	1.436	-0.052	-0.326	.746	-3.356	2.420
ดื่มแอลกอฮอล์	0.828	0.654	0.158	1.268	.211	-0.486	2.143
โรคตับ	-2.320	0.892	-0.320	-2.601	.012	-4.113	-0.527
ระยะเวลาการส่องกล้อง	-0.144	0.867	-0.017	-0.166	.869	-1.886	1.598
ระยะเวลามา รพ.	0.005	0.002	0.252	2.652	.011	0.001	0.008
ระยะเวลาการนอน รพ.	0.124	0.062	0.204	2.008	.050	0.000	0.249
ผล clo test	0.390	0.493	0.081	0.791	.433	-0.602	1.382
GBS	0.303	0.057	0.621	5.351	.000	0.189	0.417
Forrest classification	-0.083	0.230	-0.044	-0.361	.719	-0.545	0.379

วิจารณ์

งานวิจัยนี้ได้ใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบย้อนกลับจากเหตุไปหาผล เพื่อหาความสัมพันธ์และเปรียบเทียบ ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนของกลุ่มคนไข้ non-variceal UGIB ที่มีสัญญาณชีพคงที่ ระหว่างคนไข้ที่ได้รับ early endoscopy และ delayed endoscopy พบว่าระหว่างกลุ่มคนไข้ที่ได้รับ early endoscopy และกลุ่มที่ได้รับ delayed endoscopy ไม่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ จากการศึกษาวิจัยฉบับนี้เพิ่มเติมยังพบความสัมพันธ์อื่น ๆ ดังนี้ พบคนไข้ non-variceal UGIB เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า (ร้อยละ 67

เป็นเพศชาย) อาจเนื่องมาจากในกลุ่มเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่และดื่มเหล้ามากกว่าเพศหญิง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิด UGIB ได้ พบคนไข้ที่มีโรคตับร่วมได้รับ early endoscopy มากกว่า delayed endoscopy 2.7 เท่า อาจเนื่องมาจากในกลุ่มคนไข้ที่มีโรคตับร่วมด้วยทางแพทย์ผู้รักษามีความกังวลในเรื่องของอาจพบกลุ่ม variceal UGIB ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตที่มากกว่ากลุ่มโรค non-variceal UGIB ทำให้ได้รับการส่องกล้องที่เร็วกว่า, ในกลุ่ม early endoscopy พบผลการส่องกล้อง Forrest class 2 มากกว่ากลุ่ม delayed endoscopy 2.9 เท่าและพบคนไข้ที่วินิจฉัยมะเร็งกระเพาะอาหารในกลุ่ม early endoscopy จำนวน 3 คน

จากจำนวนในงานวิจัยนี้ทั้งหมด 4 คน กลุ่ม early endoscopy มีอัตราการการทำหัตถการรักษาขณะส่องกล้องมากกว่ากลุ่ม delayed endoscopy แต่ทั้งสองกลุ่มมีปริมาณเลือดที่ได้รับไม่แตกต่างกัน

ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ โดยตัวแปรตามคือจำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับพบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆให้คงที่ มีตัวแปรที่ส่งผลต่อการได้รับเลือดที่มากขึ้นคือ ตัวแปรด้านโรคประจำตัวโรคตับ ระยะเวลาการนำส่งโรงพยาบาลและค่า Glasgow-Blatchford bleeding score(GBS)

จากข้อแนะนำของ ASGE guideline 2012 พบว่า early endoscopy ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและช่วยลดปริมาณเลือดที่ผู้ป่วยจะได้รับ

จากงานวิจัยของ Garg⁷ เก็บข้อมูลศึกษาย้อนหลังในคนไข้ non-variceal UGIB พบว่า คนไข้ที่ได้รับ early endoscopy มี อัตราการตายและทุพพลภาพ น้อยกว่า delayed endoscopy รวมถึง ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย ที่น้อยกว่า

จากงานวิจัยของ Kim และคณะ⁹ เก็บข้อมูลศึกษาย้อนหลังคนไข้ non-variceal UGIB ที่ได้รับการรักษาใน ICU พบว่าคนไข้ที่ได้รับ early endoscopy มีอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ไม่ต่างจากกลุ่มที่ได้รับ delay endoscopy

สรุป

จากงานวิจัยฉบับนี้ เปรียบเทียบผลของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในกลุ่มคนไข้ non-variceal UGIB สัญญาณชีพคงที่ ที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารภายใน 24 ชั่วโมง และหลัง 24 ชั่วโมง ของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่าทั้งสองกลุ่ม มีอัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ ระยะเวลานอนโรงพยาบาลและปริมาณเลือดที่คนไข้ได้รับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทางด้าน early endoscopy มีจำนวนที่น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างทางด้าน delayed endoscopy อย่างชัดเจนทำให้ผลการศึกษาที่เปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งงานวิจัยนี้เป็นแบบการศึกษาย้อนกลับในกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเดียว ทำให้ความหลากหลายมีน้อยลง ซึ่งไม่สามารถอนุมานถึงประชากรภายในประเทศได้ รวมทั้งระบบการเก็บข้อมูลเป็นระบบเวชระเบียน อาจทำให้เกิดการขาดหายไปของข้อมูลเกิดขึ้นได้

งานวิจัยในอนาคตอาจทำการรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลอื่น รวมทั้งอาจของบสนับสนุนเครื่องมือให้มากขึ้นรวมทั้งพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. Gut. 2011; 60(10): 1327–35. doi: 10.1136/gut.2010.228437.
2. Nahon S, Hagège H, Latrive JP, et al. Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'ANGH. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: Results of a French prospective multicenter study. Endoscopy. 2012; 44(11): 998–1008. doi: 10.1055/s-0032-1310006.
3. Ian M. Gralnek, Jean-Marc Dumonceau, Ernst J. Kuipers, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015; 47: 1–46.

4. Lim LG, Ho KY, Chan YH, et al. Urgent endoscopy is associated with lower mortality in high-risk but not low-risk nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*. 2011; 43(4): 300–6. doi: 10.1055/s-0030-1256110.
5. Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review *Arch Intern Med*. 2001; 161(11): 1393–404.
6. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. *Gut*. 2018; 67(10): 1757–68. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316276.
7. Garg SK, Anugwom C, Campbell J, et al. Early esophagogastroduodenoscopy is associated with better Outcomes in upper gastrointestinal bleeding: a nationwide study. *Endosc Int Open*. 2017; 5(5): 376–86. doi: 10.1055/s-0042-121665.
8. Iqbal U, Anwar H, Patel H, et al. Does Early Endoscopy Improve Mortality in Patients with Acute Non-variceal Gastrointestinal Bleeding? A Retrospective review. *Cureus*. 2018; 10(2): e2246.
9. Jee Hyun Kim, Ji Hye Kim, Jaeyoung Chun, et al. Early versus late bedside endoscopy for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Korean J Intern Med* 2018;33:304–312.

การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ในโรงพยาบาลราชบุรี Positive Parenting of Parents with ADHD Children in Ratchaburi Hospital

เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร พ.บ.,
ว.ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น
กลุ่มงานจิตเวช
โรงพยาบาลราชบุรี
จังหวัดราชบุรี

Lerdsak Rungmueanporn M.D.,
Thai Board of Child and Adolescent Psychiatry
Division of Psychiatry
Ratchaburi Hospital
Ratchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเชิงบวกและความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study) โดยวิธีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 ถึง 18 ปี ที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 ใช้กลุ่มตัวอย่าง 277 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และแบบวัดความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเลี้ยงดูเชิงบวกเฉลี่ยเท่ากับ 26.75 คะแนน การเลี้ยงดูเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับระดับความเข้าใจในครอบครัว (Pearson's correlation = 0.351 , p value < .01) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าระดับความเข้าใจในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายการเลี้ยงดูเชิงบวกได้ร้อยละ 12 และมีสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 1.88

สรุป: ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลราชบุรีมีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และความเข้าใจกันในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง

คำสำคัญ : การเลี้ยงดูเชิงบวก สมาธิสั้น ผู้ปกครอง

วารสารแพทยเขต 4-5 2563 ; 39(3) : 392-403.

ABSTRACT

Objectives: The aims of this study were 1) to examine the positive parenting of parent with ADHD children who received treatment at Ratchaburi Hospital, 2) to study the association factors of positive parenting, 3) to examine the relationship between positive parenting and the severity of ADHD

Method: This was a cross sectional descriptive study. Data were collected by reviewing of medical records of 277 ADHD patients aged between 6 - 18 years old, who came for treatment at child and adolescent psychiatry clinic, Ratchaburi Hospital from October 1, 2018 to September 30, 2019. The instruments used were self-demographic data, Positive Parenting Questionnaire and SNAP-IV. The Data were analyzed using descriptive statistics, percentage, arithmetic mean, standard deviation, correlation coefficient and multiple regression analysis.

Result: The findings indicated that the sample had positive parenting with a mean of 26.75. It was also found that positive parenting was significantly related to the understanding relationship between family members (Pearson's correlation = 0.351, p value < .01) but was not correlated to the severity of ADHD. When analyzed using regression analysis, It was found out that the understanding relationship between family members was a significant predictor of the positive parenting with a mean of 12% and a regression coefficient at 1.88.

Conclusion: Parents of ADHD patients at Ratchaburi Hospital had positive parenting score fell within below and moderate level which the predictor factor was the understanding relationship between family members.

Keywords: positive parenting , ADHD , parent

Received : April 7 , 2020 Revised : April 30 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 392-403.

บทนำ

โรคสมาธิสั้นหรือ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) นั้น เป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่นที่ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ เช่น การประสบอุบัติเหตุ มีงานวิจัยที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างเกือบ 500,000 ราย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงมากเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคสมาธิสั้น¹ และยังมีการทบทวนงานวิจัยที่บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ของภาวะสมาธิสั้นและปัญหาการเรียน² มากไปกว่านั้น

ยังส่งผลกระทบกับปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว³ และสัมพันธภาพในกลุ่มเพื่อนที่จำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือ⁴

โรคสมาธิสั้นยังมีความเกี่ยวข้องกับปัญหา ด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ ในปี 2559 Storeb๑ และ Simonsen⁵ ได้ทบทวนงานวิจัยแบบไปข้างหน้า 18 ชิ้น ทำให้สรุปได้ว่า โรคสมาธิสั้นเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อโรคบุคลิกผิดปกติแบบต่อต้านสังคม และในงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กก่อนวัยเรียน (PATS) พบว่าผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นระดับปานกลางและ

รุนแรงมักจะพบปัญหาวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางการสื่อสารร่วมด้วย⁶ นอกจากนี้แล้วยังมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าเมื่อทำการติดตามผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นไปจนถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมักจะพบปัญหาหลายด้าน เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้สารเสพติดและการถูกให้ออกจากงาน เป็นต้น^{7,8} ไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบ หากแต่โรคสมาธิสั้นยังส่งผลถึงชีวิตประจำวันและความเครียดของผู้เลี้ยงดูด้วยเช่นกัน⁹

ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่มีผลต่ออาการของโรคสมาธิสั้นและมีผลกระทบต่อตัวเด็กโดยตรงคือการเลี้ยงดู ซึ่งส่งผลต่อปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กโดยตรง จากการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูที่มีระเบียบวินัยช่วยลดปัญหาการต่อต้าน ปัญหาพฤติกรรม และการกระทำที่ผิดกฎหมาย^{10,11} ในขณะที่การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบวินัยหรือการเลี้ยงดูเชิงลบมีส่วนที่ก่อให้เกิดปัญหาโรคดื้อ (oppositional defiant disorder) และโรคเกร (conduct disorder)^{12,13} ซึ่งทั้งสองโรคนี้เป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น^{14,15} นอกเหนือไปจากนั้นสมาคมกุมารเวชศาสตร์และสมาคมจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นแห่งสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ใช้การฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent training) เป็นการรักษหลักในโรคสมาธิสั้นควบคู่ไปกับการใช้ยาอีกด้วย¹⁶

การเลี้ยงดูของผู้ปกครองนั้นมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ จิตพยาธิวิทยาของผู้ปกครอง มีงานวิจัยโดยการสังเกตบิดามารดาของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมพบว่า ปัญหาอารมณ์ การใช้สารเสพติด และโรคบุคลิกภาพผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูที่ปล่อยปละละเลยขาดความอบอุ่น¹⁷ ผู้ปกครองที่มีภาวะวิตกกังวลมักจะมีอิทธิพลต่อภาวะวิตกกังวลในเด็กผ่านพฤติกรรมเลี้ยงดู เช่น การให้การปกป้องมากเกินไป (overprotection)¹⁸ การเลี้ยงดูยังมีความเกี่ยวข้องกับระดับเศรษฐฐานะ¹⁹ และความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส²⁰ อีกด้วย

นอกเหนือไปจากปัจจัยของผู้เลี้ยงดูแล้ว ปัจจัยของเด็กเองก็ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเช่นกัน เช่น ปัญหาพฤติกรรมของเด็กดังข้อสรุปในงานวิจัยของ Anderson และคณะ²¹ ที่พบว่าผู้ปกครองของเด็กจะมีการตอบสนองเชิงลบต่อเด็กที่เป็นโรคเกรมากกว่าเด็กปกติ ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นในเด็กก็ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเช่นเดียวกันดังหลักฐานการทบทวนงานวิจัยของ Johnston และ Jassy²² ในปี 2553 นอกเหนือจากปัจจัยของผู้ปกครองและเด็กแล้วการฝึกอบรมผู้ปกครองก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลี้ยงดู จากงานทบทวนวรรณกรรมในปี 2562 พบว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองมีค่าขนาดอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูเชิงลบเท่ากับ 0.63 ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวยังคงอยู่ต่อเนื่องแม้ว่าจะติดตามไปถึง 12 เดือน²³

จากการทบทวนข้อมูลที่ผ่านมาแล้วแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่มีผลต่ออาการและระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งในจังหวัดราชบุรีเอง ยังได้มีการศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน ในขณะที่โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรีและปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย และขยายองค์ความรู้ที่ได้รับไปยังหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study) โดยวิธีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุตั้งแต่ 6 ถึง 18 ปี ที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลราชบุรีระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 277 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองข้อมูลการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองและข้อมูลความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นจากเวชระเบียนและแบบบันทึกโดยใช้ข้อมูลล่าสุดที่ได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนของคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลราชบุรี โดยเก็บตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าจนครบจำนวน โดยไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

- เวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุตั้งแต่ 6 ถึง 18 ปีในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลราชบุรี
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 (ICD-10)
- มีการบันทึกข้อมูลส่วนตัวการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองและระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นครบถ้วน

เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- เวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา โรคประจำตัว มีผู้ช่วยดูแลเด็ก ระดับความเครียด

และความขัดแย้งในครอบครัวจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปในเวชระเบียน กรณีที่มีการเก็บข้อมูลหลายครั้งในช่วงเวลาที่กำหนดจะใช้ข้อมูลที่บันทึกครั้งล่าสุด

2. แบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Questionnaire) พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ²⁷ มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) อยู่ระหว่าง 0.81-0.94 ใช้วัดพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ในแต่ละข้อผู้ปกครองสามารถเลือกตอบได้ 3 คำตอบ คือ ทำสม่ำเสมอ นานๆ ทำครั้ง และไม่เคยทำเลย ซึ่งแปลเป็นคะแนน 2, 1, และ 0 ตามลำดับ จากนั้นจะรวมคะแนนทั้งหมด และจำแนกระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

3. แบบสอบถาม Swanson, Nolan and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย²⁴ ใช้วัดความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น โดยมีครูและผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 26 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อคำถามจะมีการให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการ โดยในงานวิจัยนี้จะใช้ผลคะแนนรวมเฉลี่ยระหว่างครูกับผู้ปกครองในการบอกระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นโดยรวม กรณีที่มีการเก็บข้อมูลหลายครั้งในช่วงเวลาที่กำหนดจะใช้ข้อมูลที่บันทึกครั้งล่าสุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหัวหิน
2. ผู้วิจัยขออนุญาตโรงพยาบาลราชบุรีเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ที่มาเข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลราชบุรี ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าได้กับเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองข้อมูลแบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวก และข้อมูลระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น ที่ได้มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียน

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ ระดับการเลี้ยงดูเชิงบวก และระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองกับการเลี้ยงดูเชิงบวกโดยใช้สหสัมพันธ์ (correlation)

- ใช้ Spearman rank-order correlation สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ (qualitative data)

- ใช้ Pearson product moment correlation สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ (quantitative data)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นกับการเลี้ยงดูเชิงบวก โดยใช้สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ Pearson product moment correlation

5. วิเคราะห์ตัวแปรต้นที่สามารถทำนายตัวแปรตามโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยกำหนดให้การเลี้ยงดูเชิงบวกเป็นตัวแปรตาม

ผลการศึกษา

การศึกษากการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี จากกลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นจำนวน 277 ราย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.2 มีอายุระหว่าง 31-50 ปี ร้อยละ 71.1 เป็นพ่อแม่ ร้อยละ 83.8 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 49.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 48.4 มีผู้ช่วยเหลือดูแลเด็ก 1-2 คน ร้อยละ 57.4 มีความเครียดเล็กน้อย ร้อยละ 49.1 และมีความเข้าใจในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 50.2 ดังรายละเอียด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวนราย(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	88 (31.8)
หญิง	189(68.2)
อายุ	
ต่ำกว่า30ปี	42 (15.2)
31-40 ปี	113 (40.8)
41-50 ปี	84 (30.3)
51-60 ปี	32 (11.2)
มากกว่า 60 ปี	7 (2.6)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

	จำนวนราย(ร้อยละ)
การศึกษา	
ต่ำกว่าประถม	10 (3.6)
ประถมศึกษา	87 (31.4)
มัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ	134 (48.4)
ปริญญาตรี	42 (15.2)
สูงกว่าปริญญาโท	4 (1.4)
รายได้	
น้อยกว่า 10,000 บาท	137 (49.5)
10,001 – 20,000 บาท	72 (26)
20,001 – 30,000 บาท	12 (4.3)
30,001 – 40,000 บาท	5 (1.8)
มากกว่า 40,000 บาท	6 (2.2)
ไม่ระบุ	45 (16.2)
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก	
พ่อแม่	232 (83.8)
ปู่ย่าตายาย	36 (13)
เครือญาติ	9 (3.2)
จำนวนผู้ที่ช่วยดูแลเด็กภายในบ้าน	
ไม่มี	70 (25.3)
1-2 คน	159 (57.4)
3-4 คน	44 (15.9)
5 คนขึ้นไป	4 (1.4)
ระดับความเครียด	
ไม่มีความเครียด	41 (14.8)
มีความเครียดเล็กน้อย	136 (49.1)
มีความเครียดปานกลาง	83 (30.0)
มีความเครียดมาก	17 (6.1)
ระดับความเข้าใจกันในครอบครัว	
ไม่เข้าใจกัน	7 (2.5)
เข้าใจกันเล็กน้อย	26 (9.6)
เข้าใจกันปานกลาง	139 (50.2)
เข้าใจกันมาก	105 (37.9)

ตอนที่ 1 การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน) จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมา มีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกปานกลาง (27-29 คะแนน) จำนวน 96 คน คิดเป็น

ร้อยละ 34.7 และมีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกสูง (27-29 คะแนน) จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 28.5 ตามลำดับ คะแนนการเลี้ยงดูเชิงบวกเฉลี่ยเท่ากับ 26.75 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.34 ผลการเลี้ยงดูเชิงบวกจำแนกเป็นรายข้อนำเสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเลี้ยงดูเชิงบวกจำแนกเป็นรายข้อ

	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(ร้อยละ)			คะแนนเฉลี่ยรายข้อจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
	ไม่เคยทำเลย	นานๆ ทำครั้ง	ทำสม่ำเสมอ	
1. กอดลูก	6(2.2)	97(35)	174(62.8)	1.61
2. พูดกับลูกดีๆ	0(0)	32(11.6)	245(88.4)	1.88
3. ชมหรือพูดถึงส่วนดีของลูก	5(1.8)	77(27.8)	195(70.4)	1.69
4. เล่นหรือทำอะไรเป็นพิเศษกับลูก	12(4.3)	144(52.0)	121(43.7)	1.39
5. เข้าใจความต้องการและความรู้สึกของลูก	4(1.4)	51(18.4)	222(80.1)	1.79
6. พูดให้ลูกรู้สึกดีและภูมิใจในตัวเอง	5(1.8)	66(23.8)	206(74.4)	1.73
7. มีกฎระเบียบในบ้านที่ชัดเจน	10(3.6)	128(46.2)	139(50.2)	1.47
8. เอาจริง ไม่ใจอ่อนเวลาที่ต้องทำโทษลูก	17(6.1)	135(48.7)	125(45.1)	1.39
9. อธิบายเหตุผลก่อนทำโทษลูก	11(4.0)	57(20.6)	209(75.5)	1.71
10. จัดการกับพฤติกรรมของลูกอย่างเสมอต้นเสมอปลาย	6(2.2)	85(30.7)	186(67.1)	1.65
11. ฝึกให้ลูกแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง	9(3.2)	89(32.1)	179(64.6)	1.61
12. ฝึกให้ลูกเป็นคนที่รับผิดชอบ	2(0.7)	44(15.9)	231(83.4)	1.83
13. เปิดโอกาสให้ลูกได้ลองตัดสินใจด้วยตัวเอง	5(1.8)	83(30.0)	189(68.2)	1.66
14. เปิดโอกาสให้ลูกแสดงความคิดเห็น	4(1.4)	46(16.6)	227(81.9)	1.81
15. ให้ความสนใจในสิ่งต่างๆ ที่ลูกทำ	1(0.4)	41(14.8)	235(84.8)	1.84
16. รู้ตลอดเวลาว่าลูกอยู่ที่ไหนและกำลังทำอะไร	3(1.1)	40(14.4)	232(84.5)	1.83

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการเลี้ยงดูเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับระดับความเข้าใจในครอบครัว (Pearson's correlation = 0.351 , p value < .01)

เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพบว่าระดับความเข้าใจในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายการเลี้ยงดูเชิงบวกได้ร้อยละ 12 และมีสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 1.88 ซึ่งสามารถนำมาเขียนสมการการถดถอยได้ว่า $Y = 19.98 + 2.09 (X)$ โดยที่ Y คือ คะแนนการเลี้ยงดูเชิงบวก และ X คือระดับความเข้าใจกันในครอบครัวรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ปัจจัยพยากรณ์	B	Std. Error	Beta	T	P-value
Constant	19.98	1.12		17.90	.00
ระดับความเข้าใจในครอบครัว	2.09	.34	.35	6.22	.00

$R^2 = 0.12$, $F = 38.72$, $p\text{-value} < .01$

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ปกครองไม่พบความสัมพันธ์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนผู้ช่วยเหลือในการเลี้ยงดู และระดับความเครียดของผู้ปกครอง ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรีพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นโดยใช้แบบวัด SNAP-IV ฉบับภาษาไทยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 36.06 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.02 ส่วนปริมาณยา methylphenidate ที่ใช้ต่อวัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.14 มิลลิกรัมต่อวันและมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.27

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับระดับความรุนแรงของอาการ

สมาธิสั้นไม่พบความสัมพันธ์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นและขนาดยาที่ใช้ในการรักษา

วิจารณ์

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีจำนวนผู้ที่ระดับการศึกษาอยู่ในขั้นต่ำกว่าประถมศึกษาเพียงร้อยละ 6 ซึ่งลักษณะดังกล่าวไม่สอดคล้องกับสถิติระดับการศึกษาของประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ในจังหวัดราชบุรีปี 2561 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีจำนวนผู้ที่มีการศึกษาอยู่ในขั้นต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 27 ความไม่สอดคล้องกันของข้อมูลทั้ง 2 อย่างนี้อาจสะท้อนถึงปัญหาในการเข้าถึงบริการของพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่ำ และหากพิจารณาข้อมูลรายได้ของกลุ่มตัวอย่างร่วมด้วยแล้วพบว่า ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท ยิ่งแสดงให้เห็นว่าหากจะแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในจังหวัดราชบุรี ก็ต้องมุ่งเน้นไปที่กลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำเป็นหลัก นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ช่วยในการดูแลเด็กอีกทั้งยังมีระดับความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลาง และมีความเข้าใจกันในครอบครัวที่ค่อนข้างสูง สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของครอบครัวขยายที่รักใคร่กลมเกลียวสอดคล้องไปกับบริบทของชุมชนในต่างจังหวัดของประเทศไทย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล การเลี้ยงดูเชิงบวกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.5 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สอดคล้องกับบริบทของการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ที่มุ่งเน้นการรักษาโดยการให้ยาเป็นหลัก ไม่ได้มีการฝึกอบรมผู้ปกครองในเรื่องการปรับพฤติกรรม การเลี้ยงดูมากกว่าที่ควร เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่าข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 4 ข้อคือ ข้อคำถามที่ 2, 12, 15 และ 16 ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 ข้อคือ ข้อคำถามที่ 4, 7 และ 8 ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ให้เห็นถึงรูปแบบการเลี้ยงดูของกลุ่มตัวอย่างที่มุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการสอดคล้องดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ขาดความเคร่งครัดเอาจริงในการตั้งและบังคับใช้กฎระเบียบภายในบ้านซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับปัญหาที่พบบ่อยในการตรวจรักษาจริงเช่นกัน

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเชิงบวก เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกบ่งชี้ว่าระดับความเข้าใจกันในครอบครัวมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการเลี้ยงดูเชิงบวกกล่าวคือยิ่งมีระดับความเข้าใจกันในครอบครัวสูงก็จะทำให้มีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกที่สูงขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องไปกับงานวิจัยเดิมที่ว่าความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การเลี้ยงดู^{25,26} ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่คนในครอบครัวสามารถปรึกษาหารือเกี่ยวกับแนวทางการดูแลเด็ก หรืออาจเพราะครอบครัวที่เข้าใจกันต่างก็มีปฏิสัมพันธ์กันในเชิงบวกซึ่งปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวก็ครอบคลุมไปถึงปฏิสัมพันธ์กับเด็กด้วย ดังจะเห็นได้

จากตารางที่ 2 พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำกับลูกมากที่สุดคือการพูดกับลูกดี ๆ

ในทางกลับกัน กลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐฐานะ และ ความเครียดของผู้ปกครอง ซึ่งผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับงานวิจัยเดิมที่พบว่า พฤติกรรม การเลี้ยงดูของผู้ปกครองนั้นมีความเกี่ยวข้องกับ จิตพยาธิวิทยาของผู้ปกครอง¹⁷ รวมไปถึงระดับการศึกษาและเศรษฐฐานะ¹⁹ ความไม่สอดคล้องกันนี้อาจเกิดจากวัฒนธรรมครอบครัวขยายในประเทศตะวันออก (ซึ่งแสดงให้เห็นจากจำนวนผู้ช่วยเหลือดูแลเด็กในตารางที่ 1) ที่ครอบครัวใหม่ยังมีการพึ่งพาครอบครัวเดิมอยู่โดยเฉพาะในเรื่องการเลี้ยงดูเด็กทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีอิทธิพลสูงต่อ พฤติกรรม การเลี้ยงดู ไม่ว่าผู้ปกครองจะมีความเครียด การศึกษา หรือเศรษฐฐานะเป็นอย่างไร อย่างไรก็ตาม การทดลองนี้ยังไม่สามารถหาตัวแปรกำกับและตัวแปรคั่นกลางระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ จึงควรที่จะมีการทำวิจัยเพิ่มเติม

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น เมื่อพิจารณาข้อมูลของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างจะเห็นว่าไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นกับการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยเดิม²² อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การเลี้ยงดูเชิงบวกที่เน้นไปทางด้านการสร้างความสัมพันธ์และการสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง แต่ได้เน้นในเรื่องการสร้างกฎและการลงโทษที่หนักแน่นอันเป็นส่วนประกอบสำคัญของการปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น เห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนของข้อคำถามที่ 7 และ 8 จึงทำให้ตัวแปรทั้งสองนี้ไม่สัมพันธ์กัน หรืออีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะเป็นสาเหตุก็คือการเก็บข้อมูลการเลี้ยงดูเชิงบวกกระทำโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองซึ่งอาจคลาดเคลื่อนกับการปฏิบัติจริงได้

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลแล้วแต่เป็นการให้ครูหรือผู้ปกครองเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมการเลี้ยงดู
2. งานวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนอาจมาจากช่วงเวลาที่แตกต่างกันได้ ซึ่งอาจทำให้มีผลต่อข้อมูลที่ได้รับในเวลานั้นๆ
3. งานวิจัยนี้ไม่ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามช่วงวัยของเด็ก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการเลี้ยงดูแตกต่างกัน

สรุป

ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรีมีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการสอดส่องดูแลอย่างใกล้ชิดแต่ขาดความเคร่งครัดเอาจริงในการบังคับใช้กฎระเบียบภายในบ้าน การเลี้ยงดูเชิงบวกมีระดับความเข้าใจในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนาย แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนผู้ช่วยเหลือในการเลี้ยงดู ระดับความเครียดของผู้ปกครอง และความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะของผู้วิจัยมีดังนี้

1. หากต้องการพัฒนาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น อาจต้องมุ่งเน้นกลุ่มผู้ปกครองที่มีระดับเศรษฐกิจและระดับการศึกษาต่ำ
2. หากต้องการพัฒนากลุ่มผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นให้มีการเลี้ยงดูเชิงบวกมากขึ้นควรจะต้องมุ่งเน้นในด้านการสร้างกฎระเบียบภายในบ้านและการบังคับใช้อย่างสม่ำเสมอรวมถึงมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้แน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้นไปด้วย

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงรูปแบบปฏิสัมพันธ์ และปัจจัยต่างๆของครอบครัวขยายที่มีผลต่อโรคทางจิตเวช พัฒนาการเด็ก และโรคทางกายเพิ่มเติม

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้เพิ่มเติมกับกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้น และอาจมีการแบ่งช่วงวัยของประชากรให้ชัดเจนเนื่องจากอาจมีผลต่อการเลี้ยงดูได้

5. หากมีการวิจัยเพิ่มเติม รูปแบบการเก็บข้อมูลอาจจะใช้การให้คะแนนการเลี้ยงดูโดยเจ้าหน้าที่ (Clinician rate) เพื่อให้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณสลิษา หลิมศิริรัตน์ ที่ให้ความช่วยเหลือตลอดงานวิจัย คุณเพ็ญใจ คาระมาตร และคุณสุพรรณิการ์ ช้อนเพชร ที่ให้การช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณธีรทัต สำเภากิน ที่ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล และคุณกนกกร ศรีโรจน์นพคุณ ที่ให้การดูแลในทุกๆ ด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Merrill R, Lyon J, Baker R, et al. Attention deficit hyperactivity disorder and increased risk of injury. Adv Med Sci. 2009;54(1):20-6. doi: 10.2478/v10039-009-0022-7.
2. Daley D, Birchwood J. ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom?. Child Care Health Dev. 2010;36(4): 455-64.
3. Lifford KJ, Harold GT, Thapar A. Parent-child hostility and child ADHD symptoms: A genetically sensitive and longitudinal analysis. J Child Psychol Psychiatry. 2009;50(12): 1468-76.

4. Mrug S, Hoza B, Gerdes AC. Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Peer relationships and peer-oriented interventions. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2001; (91): 51-77.
5. Storebø OJ, Simonsen E. The Association Between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD): A Review. *J Atten Disord.* 2016;20(10):815-24.
6. Posner K, Melvin GA, Murray DW, et al. Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The preschoolers with attention-deficit/hyperactivity treatment study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2007;17(5): 547-62.
7. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, et al. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(2):192-202.
8. Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH, et al. Functional Adult Outcomes 16 Years After Childhood Diagnosis of Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder: MTA Results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(11): 945-52.e2.
9. Laugesen B, Lauritsen MB, Jørgensen R, et al. Living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* 2016;14(4): 150-65.
10. Galambos NL, Barker ET, Almeida DM. Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Dev.* 2003;74(2): 578-94.
11. Brody GH, Murry VM, Kim S, et al. Longitudinal pathways to competence and psychological adjustment among African American children living in rural single-parent households. *Child Dev.* 2002;73(5): 1505-16.
12. Denham SA, Workman E, Cole PM, et al. Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. *Dev Psychopathol.* 2000;12(1):23-45.
13. Burke JD, Pardini DA, Loeber R. Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 2008;36(5): 679-92.
14. Hazell P. Review of attention-deficit/hyperactivity disorder comorbid with oppositional defiant disorder. *Australas Psychiatry.* 2010;18(6): 556-9.
15. Hinshaw SP. Conduct disorder in childhood: Conceptualization, diagnosis, comorbidity, and risk status for antisocial functioning in adulthood. *Prog Exp Pers Psychopathol Res.* 1994;3-44.

16. Pliszka S. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):894–921.
17. Harvey E, Stoessel B, Herbert S. Psychopathology and parenting practices of parents of preschool children with behavior problems. *Parenting*. 2011;11(4): 239–63.
18. Murray L, Creswell C, Cooper PJ. The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychol Med*. 2009;39(9): 1413–23.
19. Grant KE, Compas BE, Stuhlmacher AF, et al. Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychol Bull*. 2003;129(3):447–66.
20. Buehler C, Gerard JM. Marital conflict, ineffective parenting, and children's and adolescents' maladjustment. *J Marriage Fam*. 2002;64(1):78–92.
21. Anderson KE, Lytton H, Romney DM. Mothers' interactions with normal and conduct-disordered boys: Who affects whom?. *Dev Psychol*. 1986;22(5):604–9.
22. Johnston C, Jassy JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(2):74–9.
23. Rimestad ML, Lambek R, Zacher Christian-sen H, et al. Short-and long-term effects of parent training for preschool children with or at risk of ADHD: A systematic review and meta-analysis. *J Atten Disord*. 2019; 23(5): 423–34.
24. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, et al. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thail*. 2014;59(2):97–110.
25. Huth-Bocks AC, Hughes HM. Parenting stress, parenting behavior, and children's adjustment in families experiencing intimate partner violence. *J Fam Violence*. 2008; 23(4): 243–51.
26. Burlaka V, Graham-Bermann SA, Delva J. Family factors and parenting in Ukraine. *Child Abuse Negl*. 2017 ;72: 154–62. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.08.007
27. รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล. แบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Questionnaire: PPQ) พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.

การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการเริ่มรับประทานอาหารเร็วกว่าปกติ และตามขั้นตอนแบบเดิมในสตรีภายหลังการผ่าตัดคลอด ที่โรงพยาบาลนครปฐม

A Comparative Study of Early Feeding versus Conventional Feeding in Patients Undergoing Cesarean Section in Nakhonpathom Hospital

ชญาดา วรสถิตย์ พ.บ.,
ว.ว.สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูติศาสตร์นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม
จังหวัดนครปฐม

Chayada Worasatit M.D.,
Thai Board of Obstetrics and Gynecology
Division of Obstetrics and Gynecology
Nakhonpathom Hospital
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบการกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้ อาการข้างเคียง และความพึงพอใจ ระหว่าง
การเริ่มรับประทานอาหารเร็วกว่าปกติและตามขั้นตอนแบบเดิมในสตรีภายหลังการผ่าตัดคลอด

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมนี้ ทำการวิจัยกับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด
ที่โรงพยาบาลนครปฐมจำนวน 120 คน โดยการสุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 60 คน กลุ่มหนึ่งได้รับอาหาร
ภายหลังการผ่าตัดคลอดเร็วกว่าปกติที่เคยปฏิบัติ ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งได้รับอาหารตามขั้นตอนแบบเดิม กลุ่มที่รับประทาน
อาหารเร็วกว่าปกติได้รับน้ำดื่มภายในเวลา 2-6 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด มื้อถัดไปเป็นอาหารเหลว อาหารอ่อน
และอาหารธรรมดาตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ได้รับอาหารตามขั้นตอนแบบเดิมจะเริ่มจิบน้ำได้ 20-24 ชั่วโมงหลัง
การผ่าตัด มื้อถัดไปเป็นอาหารเหลว อาหารอ่อน และในวันถัดไปจะได้รับอาหารธรรมดา

ผลการศึกษา: ผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสองกลุ่มนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน อายุ
ภาวะมีบุตร อายุครรภ์ ระยะเวลาการผ่าตัด การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด น้ำหนักทารกแรกเกิด และข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด
คลอด สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วมีระยะเวลาที่เริ่มมีการผายลมครั้งแรกเร็วกว่า มีจำนวน
สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวในเช้าวันรุ่งขึ้นภายหลังการผ่าตัดมากกว่า ระยะเวลาที่เริ่มลุกลงเดิน
เร็วกว่า ระยะเวลาที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและสวนคาสาสวนปัสสาวะสั้นกว่า ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานอาหาร
ธรรมดาเร็วกว่า และมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่า ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) กับ
สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม ส่วนระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลนั้นไม่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองกลุ่ม และไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาวะแทรกซ้อน
ภายหลังผ่าตัดในเรื่องอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายในท้อง ท้องอืด และ มีไข้ ($p\text{-value} < .05$)

สรุป: การให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดเริ่มรับประทานอาหารเร็วกว่าปกติภายหลังการผ่าตัดคลอดนั้น
พบว่าลำไส้กลับมาทำงานตามปกติเร็วกว่า สามารถลุกลงเดินได้เร็วกว่า ระยะเวลาที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ
และสวนคาสายสวนปัสสาวะสั้นกว่า ระยะเวลาเริ่มรับประทานอาหารธรรมดาเร็วกว่า มีความพึงพอใจมากกว่า โดยที่
ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหารเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ผ่าตัดคลอด เริ่มรับประทานอาหารเร็ว

วารสารแพทย์เขต 4-5 2563 ; 39(3) : 404-413.

Abstract

Objective: The aim was to compare returns of bowel movement, adverse effects, and satisfaction of the patients postoperative early feeding versus conventional feeding in cesarean section.

Method: This randomized controlled trial was conducted on 120 pregnant women who underwent cesarean section in Nakhonpathom Hospital. All participants were randomized into 2 groups. One group initiated early feeding in 2-6 hours after cesarean sections while the other group had conventional feeding 20-24 hours after cesarean section. Feeding in both groups started with water followed by liquid diet, soft diet, and regular diet consecutively.

Results: Demographic characteristics of both groups including age, parity, gestational age, operative time, blood loss, neonatal birth weight, and indication for cesarean section were insignificantly different. Patients with early feeding had significantly less time to flatus, more presence of bowel sound at next morning, less time to ambulation, less duration of intravenous fluid hydration and Foley catheterization, and less time to regular diet ($p\text{-value} < .001$) compared to those with conventional feeding. Moreover, those with early feeding were more satisfied. In terms of hospitalization and adverse effects including nausea, vomiting, abdominal discomfort, ileus, and fever were not significantly different ($p\text{-value} > .05$) between two groups.

Conclusion: Early feeding in cesarean section resulted in earlier gastrointestinal functions, earlier ambulation, less duration of intravenous fluid hydration and Foley catheterization, less time to regular diet, and were more satisfied without increased adverse outcomes.

Keywords : cesarean section, early feeding

Received : July 16 , 2020 Revised : July 20 , 2020 Accepted. : August 21 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 404-413.

บทนำ

การผ่าตัดคลอดเป็นการผ่าตัดที่ทำกันมากที่สุดในโลก¹ และเพิ่มมากขึ้นในทั่วทุกภูมิภาคของโลก กล่าวคือประมาณร้อยละ 31.6 และร้อยละ 32.5 ของการคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกา² และในประเทศไทย³ ตามลำดับ การผ่าตัดคลอดถือว่าการผ่าตัดช่องท้อง (abdominal surgery) อย่างหนึ่ง การดูแลภายหลังการผ่าตัดด้วยการให้สารน้ำและอาหารเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ การเรียนการสอนที่ผ่านมาเรื่องข้อกำหนดอาหาร (diet regimen) ภายหลังการผ่าตัดก็คือ การงดน้ำงดอาหารทางปากเป็นเวลา 24 ชั่วโมง จนกว่าจะฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้หรือว่าสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดผายลมแล้ว จึงเริ่มรับประทานอาหาร⁴ ทั้งนี้ก็เนื่องจากกลัวว่าจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องอืดภายหลังการผ่าตัด (postoperative ileus) นั่นเอง⁴⁻⁵ แต่การเริ่มผายลมนั้นอาจจะไม่ใช่เป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่ามีการกลับมาทำงานของลำไส้ เพราะมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการเริ่มรับประทานอาหารเร็วขึ้นปลอดภัยก่อนที่จะกลับมาผายลม⁶

ถึงแม้ว่าภาวะท้องอืดจะพบได้บ่อยในการผ่าตัดช่องท้องทั่วไป แต่การผ่าตัดคลอดนั้นกลับพบไม่บ่อยนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการผ่าตัดคลอดใช้เวลาในการผ่าตัดไม่นาน ระบายลำไส้น้อยมากเมื่อเทียบกับการผ่าตัดช่องท้องอื่นๆ เป็นการผ่าตัดในสตรีที่อายุไม่มาก เป็นผู้ที่สุขภาพแข็งแรงดี ไม่ใช่เป็นการเจ็บป่วยจากโรค (medical problem) ทำให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดทนต่อการผ่าตัดได้ดี⁷⁻⁸

การดูแลสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดของสูติศาสตร์แพทย์แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันไปบ้างตามชนิดของการผ่าตัด แต่สิ่งหนึ่งที่สูติศาสตร์แพทย์ส่วนใหญ่มีธรรมเนียมการปฏิบัติที่คล้ายคลึงกันก็คือ เรื่องการเริ่มให้อาหารแก่สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดนั้น จะเริ่มให้หลังจากที่ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้และผายลมแล้ว⁹

อย่างไรก็ตามแนวทางการปฏิบัติเรื่องการเริ่มรับประทานอาหารนี้ได้มีการทดลองทางคลินิก (clinical trials)⁹⁻¹² ทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review)⁴ บ่งชี้ว่าการเริ่มรับประทานอาหารเร็วภายหลังการผ่าตัดคลอดนั้นปลอดภัยและมีประโยชน์ กล่าวคือมีการกลับมาทำงานของลำไส้เร็วกว่า สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดสามารถลุกลงเดิน (ambulate) ได้เร็วกว่า กลับบ้านได้เร็วกว่า ลดความต้องการยาแก้ปวด ตลอดจนลดการติดเชื้อ

ในปี พ.ศ. 2554 สมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งยุโรป (European Society of Anaesthesiology) ได้สนับสนุนการเริ่มรับประทานอาหารเร็วภายหลังการผ่าตัด โดยได้ออกเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติด้วย¹³

อย่างไรก็ตามแพทย์บางกลุ่มยังยึดถือการปฏิบัติแบบดั้งเดิมอยู่ แม้ว่าจะมีข้อปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based protocol) เช่นในประเทศปากีสถานที่พบว่าร้อยละ 61.6 ของสูติศาสตร์แพทย์เชื่อว่าการเริ่มรับประทานอาหารที่เป็นของแข็ง (solid diet) ภายหลังการผ่าตัดจะนำไปสู่ภาวะท้องอืด¹⁴

การวิจัยทดลองเพิ่มเติมมีความจำเป็น เพื่อให้มีหลักฐานมากขึ้นว่าการเริ่มรับประทานอาหารเร็วหลังการผ่าตัดคลอดมีข้อดี ข้อเสีย และเป็นประโยชน์ต่อสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดหรือไม่ อย่างไร เพื่อให้แพทย์ผู้ดูแลสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดมีความมั่นใจถึงข้อดี ข้อเสีย และประโยชน์ที่สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดจะได้รับมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้ อาการข้างเคียง และความพึงพอใจ ระหว่างการเริ่มรับประทานอาหารเร็วกว่าปกติและตามขั้นตอนแบบเดิมในสตรีภายหลังการผ่าตัดคลอด

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ทำการศึกษากับสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐมระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 กลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 18 ปี และอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการอธิบายถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย และลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการผ่าตัดคลอดโดยสูติรีแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางวิธีการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลนครปฐม มีเกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดมยาสลบ (general anesthesia) การผ่าตัดที่มีการบาดเจ็บต่อลำไส้ (bowel injury) กลุ่มตัวอย่างภายหลังผ่าตัดคลอดที่มีความจำเป็นต้องดื่มน้ำดื่มน้ำนมอาหารมากกว่า 2-6 ชั่วโมง เช่น ครรภ์เป็นพิษ หรือตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น

ภายหลังผ่าตัดคลอด กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสุ่มแบบบล็อก (block randomization) เป็นสองกลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งจะได้รับน้ำดื่มภายใน 2-6 ชั่วโมงตามด้วยอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่สองจะเริ่มรับประทานอาหารแบบเดิมคือดื่มน้ำดื่มน้ำนมประมาณ 20-24 ชั่วโมงหลังจากนั้นจะเริ่มจิบน้ำ แล้วตามด้วยอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาในวันถัดไป หากกลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารได้มากกว่าร้อยละ 80 ของอาหารทั้งหมดในมือนั้นถือว่ากลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารได้ระยะเวลาของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เริ่มนับตั้งแต่เย็บปิดแผลผ่าตัดเสร็จไปจนถึงเมื่อหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จะหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเมื่อสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดสามารถรับประทานอาหารเหลวได้ดี สายสวนปัสสาวะจะเอาออกเมื่อหยุดให้สารน้ำ

ทางหลอดเลือดดำแล้ว การกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้ หมายถึง การตรวจพบครั้งแรกของเสียงลำไส้เคลื่อนไหว ภายหลังผ่าตัด ท้องอืด (mild ileus) หมายถึงรู้สึกไม่สบายในท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร่วมกับการลดลงหรือฟังไม่ได้ยินเสียงลำไส้ ท้องอืดรุนแรง (severe ileus) หมายถึงท้องอืดแน่นมาก (marked abdominal distention) ร่วมกับมีอาเจียนมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 24 ชั่วโมง สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดต้องการการสอดสายยางเข้าทางรูจมูกไปยังกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) หรือมีภาพถ่ายทางรังสีบ่งชี้ว่ามีภาวะท้องอืดแน่นมาก ใช้หลังผ่าตัดหมายถึงอุณหภูมิร่างกาย $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ ภายหลังจากการผ่าตัด 24 ชั่วโมงไปแล้วมากกว่า 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง แผลผ่าตัดติดเชื่อหมายถึงมีการอักเสบติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ความพึงพอใจของสตรีภายหลังผ่าตัดคลอด วัดระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ระดับความพึงพอใจ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด ระดับความพึงพอใจ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก ระดับความพึงพอใจ 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง ระดับความพึงพอใจ 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย ระดับความพึงพอใจ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

เมื่อเสร็จจากการผ่าตัดและกลับถึงหอผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลนครปฐมเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม และจะได้รับแบบฟอร์มเพื่อบันทึก เวลาที่เริ่มผายลม เวลาที่เริ่มลุกลงเดิน ภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกไม่สบายในท้อง ท้องอืด หรืออาการผิดปกติอื่นๆ และวันสุดท้ายก่อนกลับบ้านสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดจะประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดจะได้รับการตรวจเยี่ยมวันละสองครั้งหรือมากกว่านี้ถ้าเป็นไปได้ หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และจะ

ได้การรับสอบถามถึงอาการต่างๆ ลงบันทึกในแบบฟอร์ม ในเช้าวันรุ่งขึ้นภายหลังการผ่าตัดผู้วิจัยจะฟังเสียงลำไส้ เคลื่อนไหวด้วยหูฟัง (stethoscope) ทางหน้าท้องของ สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดเป็นเวลา 1 นาที ระยะเวลา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ระยะเวลาการสวนคา สายสวนปัสสาวะ ระยะเวลาเริ่มรับประทานอาหารและ ระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการบันทึกไว้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการศึกษา ก่อนหน้านี้¹⁵ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 ราย พบว่า ระยะเวลาที่ลำไส้กลับมาทำงานในสตรีภายหลังผ่าตัด คลอดที่เริ่มให้รับประทานเร็ว คือ 7.8 ± 2.9 ชั่วโมง ในขณะที่ ระยะเวลาที่ลำไส้กลับมาทำงานในสตรีภายหลัง ผ่าตัดคลอดที่เริ่มให้รับประทานอาหารแบบเดิม คือ 11.7 ± 5 ชั่วโมง $p\text{-value} < .0001$ การคำนวณทางสถิติ¹⁶ พบว่า จะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับกลุ่มละ 18 ราย ดังนั้นขนาดตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดที่ต้องการในการ ศึกษาเท่ากับ 36 ราย เพื่อชดเชยการสูญหายของ ข้อมูล และความคลาดเคลื่อนของการศึกษาประมาณ ร้อยละ 20 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประมาณ 44 ราย แต่การวิจัยในครั้งนี้นอกจากวัตถุประสงค์หลักเรื่อง การกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้แล้ว ผู้วิจัยยังได้ศึกษา วัตถุประสงค์รองเรื่องภาวะแทรกซ้อนและความพึง พอใจในการเริ่มรับประทานอาหารเร็วภายหลังผ่าตัด คลอดด้วย ผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่าควรจะใช้กลุ่ม

ตัวอย่างเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่จะทำให้ ข้อมูลในการคำนวณทางสถิติมีความถูกต้องแม่นยำ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จึงได้ทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 60 ราย รวมเป็นกลุ่ม ตัวอย่างทั้งสิ้น 120 ราย

การวิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 22 ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลและ บรรยายลักษณะข้อมูล และใช้สถิติ t-test ในการทดสอบ ความแตกต่างหรือเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม $p\text{-value} < .05$ ถือว่ามีความแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 60 ราย ได้รับการสุ่มให้เริ่มรับประทานอาหารเร็ว ส่วนอีก 60 ราย ได้รับการสุ่มให้เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม รวม เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 ราย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใด ต้องออกจากการศึกษา ก่อนสิ้นสุดการวิจัย ไม่มีภาวะ แทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดและระยะพักฟื้น ข้อมูล ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม เช่น อายุ ภาวะ การมีบุตร อายุครรภ์ ระยะเวลาผ่าตัด การคาดคะเน การเสียเลือด และน้ำหนักของทารกแรกเกิด พบว่าไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

	เริ่มรับประทานอาหารเร็ว (n=60)	เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม (n=60)	P-value
อายุ (ปี)*	28.8 ± 5.7	27.3 ± 6.1	.197
ภาวะการมีบุตร (จำนวน)**	35	38	.460
อายุครรภ์ (สัปดาห์)*	39.2 ± 1.2	39.2 ± 1.0	.918
เวลาการผ่าตัด (นาที)*	35.1 ± 8.2	33.4 ± 8.2	.280
คาดคะเนการเสียเลือด (มล.)*	500.0 ± 144.4	493.3 ± 126.0	.788
น้ำหนักทารก (กรัม)*	$3,159.0 \pm 380.5$	$3,149.6 \pm 475.7$	.906

หมายเหตุ ; * รายงานเป็น mean $\pm$ SD, ** จำนวนของสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีบุตร

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด เช่น เคยผ่าตัดคลอด มีการติดเชื้อส่วนระหว่างทวารกับอวัยวะสืบของมารดา ปากมดลูกไม่พร้อม ทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ

ปกติ เป็นต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด

	เริ่มรับประทานอาหารเร็ว (n=60)(ร้อยละ)	เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม (n=60)(ร้อยละ)	P-value
เคยผ่าตัดคลอด	30 (50.0)	27 (45.0)	.587
มีการติดเชื้อส่วนระหว่างทวารกับอวัยวะสืบของมารดา	13 (21.7)	15 (25.0)	.669
ปากมดลูกไม่พร้อม	4 (6.6)	5 (8.3)	.732
ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ	3 (5.0)	4 (6.7)	.700
อื่น ๆ	10 (16.7)	9 (15.0)	.805

เปรียบเทียบกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วและเริ่มรับประทานแบบเดิม สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วมีระยะเวลาที่เริ่มมีการผายลมครั้งแรกเร็วกว่า มีจำนวนสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวในเช้าวันรุ่งขึ้นภายหลังการผ่าตัดมากกว่า ระยะเวลาที่เริ่มลุกลงเดินเร็วกว่า

ระยะเวลาที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและสวนคาสายสวนปัสสาวะสั้นกว่า ระยะเวลาเริ่มรับประทานอาหารธรรมดาเร็วกว่า และมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่า ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลนั้นไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม มีผลลัพธ์ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ภายหลังการผ่าตัดคลอด

	เริ่มรับประทานอาหารเร็ว (n=60)	เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม (n=60)	P-value
ระยะเวลาเริ่มผายลม (ชม.)*	12.8 ± 2.0	22.7 ± 1.0	<.001
มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวในเช้าวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัด (ร้อยละ)	85	45	<.001
ระยะเวลาเริ่มลุกลงเดิน (ชม.)*	12.2 ± 1.9	23.6 ± 1.7	<.001
ระยะเวลาการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ชม.)*	11.7 ± 1.9	21.9 ± 1.6	<.001
ระยะเวลาสวนคาสายสวนปัสสาวะ (ชม.)*	12.3 ± 1.9	22.8 ± 1.8	<.001
ระยะเวลาดนันทนาการ (ชม.)*	4.6 ± 1.2	21.5 ± 0.9	<.001
ระยะเวลาเริ่มอาหารธรรมดา (ชม.)*	13.9 ± 2.1	44.7 ± 2.7	<.001
ระยะเวลาพักรักษาในรพ. (ชม.)*	72.6 ± 1.3	73.2 ± 2.3	.104
ความพึงพอใจ (1-5 คะแนน)*	4.8 ± 0.4	4.2 ± 0.6	<.001

หมายเหตุ *รายงานเป็น mean ± SD

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดคลอดนั้นพบว่า อาการคลื่นไส้เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด รองลงมาคืออาเจียน รู้สึกไม่สบายในท้อง ท้องอืดเล็กน้อย มีไข้ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดคลอด

	เริ่มรับประทานอาหารเร็ว (n=60)(ร้อยละ)	เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม (n=60)(ร้อยละ)	P-value
คลื่นไส้	10 (16.7)	9 (15.0)	.805
อาเจียน	7 (11.7)	6 (10.0)	.771
รู้สึกไม่สบายท้อง	4 (6.7)	5 (8.3)	.732
ท้องอืด	1 (1.7)	1 (1.7)	.999
มีไข้	3 (5.0)	2 (3.3)	.651
แผลผ่าตัดติดเชื้อ	0 (0.0)	0 (0.0)	-

วิจารณ์

จากรายงานการศึกษาทดลองทางคลินิกและการทบทวนอย่างเป็นระบบ บ่งชี้ว่าการเริ่มรับประทานอาหารเร็วหลังผ่าตัดนั้นปลอดภัยและมีประโยชน์ต่อสตรีภายหลังผ่าตัดคลอด^{5,7-8,10,12} การเริ่มรับประทานอาหารเร็วภายใน 8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดพบว่าจะทำให้ลำไส้กลับมาทำงานเร็วกว่า เริ่มรับประทานอาหารธรรมดาได้เร็วกว่า^{10,12,17-18}

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วมีระยะเวลาเริ่มกลับบำมีการผายลมครั้งแรกเร็วกว่า มีจำนวนสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวในเช้าวันรุ่งขึ้นมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้^{4,7-10,12,18,20} โดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องอืด เพิ่มมากขึ้น แสดงว่าสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดรับประทานอาหารได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้^{4,8-10,12,18,20} แต่แตกต่างจากงานวิจัยในลิงค์โปรที่พบว่า สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วมีอัตราการคลื่นไส้เพิ่มขึ้นทั้งนี้อาจเนื่องจากว่างานวิจัยดังกล่าวนี้ให้สตรีภายหลัง

ในทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง ($p\text{-value} > .05$) ไม่มีสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดรายใดมีภาวะท้องอืดรุนแรงและไม่พบแผลผ่าตัดติดเชื้อ ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 4

ผ่าตัดคลอดเริ่มดื่มน้ำผลไม้ตั้งแต่วเวลา 30 นาทีภายหลังผ่าตัดคลอด⁷

สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วสามารถกลืนเดินได้เร็วกว่าดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและเอาสายสวนปัสสาวะออกได้เร็วกว่าระยะเวลาเริ่มกลับบำรับประทานอาหารธรรมดาเร็วกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{12,19,20} ซึ่งก็น่าจะเป็นผลมาจากว่า เมื่อสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่รับประทานอาหารได้ดีก็มีความจำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอีกต่อไป จึงสามารถกลืนเดินได้สะดวกขึ้น การเริ่มรับประทานอาหารเร็วจึงเป็นความสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลสตรีภายหลังผ่าตัดคลอด ที่อาจจะทำให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

ระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากว่าในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีแนวทางการปฏิบัติคือ จะอนุญาตให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดออกจากโรงพยาบาลได้เมื่อผ่านการผ่าตัดไปแล้ว 72 ชั่วโมง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆก่อนหน้านี้ที่พบว่าระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงอย่างมี

นัยสำคัญในกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็ว^{7-10,12,18} ถ้ามีงานวิจัยออกมามากขึ้นและสนับสนุนว่า การเริ่มรับประทานอาหารเร็วทำให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดฟื้นตัวได้เร็วขึ้น แนวทางการให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลับบ้านอาจจะมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนให้เร็วขึ้นเพื่อให้เกิดความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป ซึ่งก็น่าจะเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายอีกด้วย

ความพึงพอใจของการดูแลหลังคลอดพบว่า สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วมีความพึงพอใจมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{7,14,17} แต่บางงานวิจัยพบว่าความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน¹⁹ แต่จำนวนงานวิจัยที่ประเมินความพึงพอใจของสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดยังมีไม่มากนัก น่าจะได้มีงานวิจัยในเรื่องนี้เพิ่มเติมอีก

งานวิจัยในครั้งนี้พบว่า สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วและเริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆเช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน รู้สึกไม่สบายในท้อง ท้องอืดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{4,9-10,15,17-18,20}

ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วนั้น จากงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการระบุเวลาที่แน่นอน แตกต่างกันไปตามแต่ละงานวิจัย ส่วนใหญ่เริ่มรับประทานภายใน 8 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด บางงานวิจัยเริ่มดื่มน้ำผลไม้ 30 นาทีภายหลังการผ่าตัดคลอด⁷ หรือให้ดื่มน้ำผลไม้ภายหลังการผ่าตัดคลอดทันทีถ้าสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดรู้สึกกระหาย⁹ แต่การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่ง และอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ มักเกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมงแรกภายหลังการคลอด จึงได้ให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มรับประทานอาหารภายหลังการผ่าตัดคลอดไปแล้ว 2 ชั่วโมง

ควรจะได้มีการศึกษาต่อไปถึงระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะเริ่มต้นรับประทานอาหาร ชนิดของอาหาร

ควรจะรับประทานอาหารอะไร ปัจจัยอื่นๆก็ควรนำมาพิจารณาด้วยเช่น เป็นการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินหรือการนัดผ่าตัดคลอด ชนิดของยาที่ใช้ในการผ่าตัด เช่น ไขยาชาเฉพาะส่วน (regional anesthesia) หรือว่าดมยาสลบ (general anesthesia) ก็ควรนำมาพิจารณาด้วยเช่นกัน

เมื่อปี 2560 มีงานวิจัยว่าเสียงของลำไส้ (bowel sounds) นั้นไม่สัมพันธ์กับการผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel movement) หรือว่าความสามารถในการรับประทานอาหารทางปาก (tolerance of oral intake) ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง²¹ ผลการวิจัยนี้แตกต่างไปจากความเชื่อและการปฏิบัติที่ผ่านมาเป็นระยะเวลายาวนาน การฟังเสียงของลำไส้ที่เคลื่อนไหวภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง และการเริ่มรับประทานอาหารคงจะต้องมีการศึกษากันต่อไปอีกเพื่อให้มีข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้แบ่งแยกกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยว่าเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน (emergency) หรือเป็นการนัดผ่าตัด (elective) ซึ่งอาจจะมีระยะเวลาการงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดแตกต่างกันไปบ้าง อาจจะมีผลต่อการกลับมาทำงานของลำไส้และภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังการผ่าตัดได้ อีกทั้งผู้วิจัยเลือกทำการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ในเช้าวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัด เนื่องจากเห็นว่าเป็นวิธีที่แพทย์ปฏิบัติตามปกติทั่วไปนั้น สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดในช่วงเวลาที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อการกลับมาทำงานของลำไส้ที่แตกต่างกันออกไปได้

กล่าวโดยสรุป สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็ว มีจำนวนสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวในเช้าวันรุ่งขึ้นมากกว่า มีระยะเวลาที่เริ่มกลับมาผายลมครั้งแรกเร็วกว่าเวลาที่เริ่มลุกเดินเร็วกว่า ระยะเวลาที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและสวนคาสายสวนปัสสาวะสั้นกว่า ระยะเวลาเริ่มกลับมารับประทานอาหารธรรมดาเร็วกว่า มีความพึงพอใจมากกว่า ไม่พบว่ามีผลแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร การให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดเริ่มรับประทานอาหารเร็วขึ้นจะมีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีความหิวหรือมีความกระหาย

สรุป

การเริ่มรับประทานอาหารเร็วภายหลังการผ่าตัดคลอด พบว่าลำไส้กลับมาทำงานเร็วกว่า และไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหารเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณสุนีย์ เนตรภิญโญ คุณลักขณา บัวสมบุญ และคุณสัณห์จิรา นิตย์แสวง เจ้าหน้าที่ห้องคลอด เจ้าหน้าที่ตึกหลังคลอด ตลอดจนเจ้าหน้าที่กลุ่มงานสูติรีเวชกรรมทุกท่านที่ช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Gregory KD, Jackson S, Korst L, et al. Cesarean versus vaginal delivery whose risks? whose benefit?. *Am J Perinatol.* 2012; 29(1): 7-18. doi: 10.1055/s-0031-1285829.
2. Hehir MP, Ananth CV, Siddiq Z, et al. Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a population-based analysis using the Robson 10-Group Classification System. *Am J Obstet Gynecol.* 2018; 219(1): e105-11. doi: 10.1016/j.ajog.2018.04.012.
3. Liabsuetrakul T, Sukmanee J, Thungthong J, et al. Trend of Cesarean Section Rates and Correlations with Adverse Maternal and Neonatal Outcomes: A Secondary Analysis of Thai Universal Coverage Scheme Data. *AJP Rep.* 2019; 9(4): e328-36. doi: 10.1055/s-0039-1697656.
4. Hsu YY, Hung HY, Chang SC, et al. Early oral intake and gastrointestinal function after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2013; 121(6): 1327-34. doi: 10.1097/AOG.0b013e318293698c.
5. Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PH, et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *Br J Surg.* 2006; 93(7): 800-9. doi: 10.1002/bjs.5384.
6. Pearl ML, Frandina M, Mahler L, et al. A randomized controlled trial of a regular diet as the first meal in gynecologic oncology patients undergoing intraabdominal surgery. *Obstet Gynecol.* 2002; 100(2): 230-4. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02067-7.
7. Teoh WHL, Shah MK, Mah CL. A randomized controlled trial on beneficial effects of early feeding post-caesarean delivery under regional anesthesia. *Singapore Med J.* 2007; 48(2): 152-7.
8. Adupa D, Wandabwa J, Kiondo P. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after caesarean delivery in Mulago Hospital. *East Afr Med J.* 2003; 80(7): 345-50. doi: 10.4314/eamj.v80i7.8716.
9. Rabbo SA. Early oral hydration: a novel regimen for management after elective cesarean section. *J Obstet Gynaecol (Tokyo)* 1995; 21(6): 563-7. doi: 10.1111/j.1447-0756.1995.tb00913.x.
10. Patolia DS, Hilliard RL, Toy EC, et al. Early feeding after cesarean: randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2001; 98(1): 113-6. doi: 10.1016/s0029-7844(01)01387-4.

11. Burrows WR, Gingo Jr AJ, Rose SM, et al. Safety and efficacy of early postoperative solid food consumption after cesarean section. *J Reprod Med*. 1995; 40(6): 463–7.
12. Chantarasorn V, Tannirandorn Y. A comparative study of early postoperative feeding versus conventional feeding for patients undergoing cesarean section; a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai*. 2006; 89(Suppl 4): 11–16.
13. Smith I, Kranke P, Murat I, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol*. 2011; 28(8): 556–69. doi: 10.1097/EJA.0b013e3283495ba1.
14. Masood SN, Siddiqui IA, Masood MF, et al. To assess the practices about initiation of oral maternal feeding after cesarean section under regional anesthesia. *Pak J Med Sci*. 2011; 27(5): 996–1000.
15. Jalilian N, Ghadami MR. Randomized clinical trial comparing post operative outcomes of early versus late feeding after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014; 40(6): 1649–52. doi: 10.1111/jog.12246.
16. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, McNeil E. n4Studies: Sample Size Calculation for an Epidemiological Study on a Smart Device. *Siriraj Med J*. 2016; 68: 160–70.
17. Bar G, Sheiner E, Lezerovitz A, et al. Early maternal feeding following caesarean delivery: a prospective randomised study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008; 87(1): 68–71. doi: 10.1080/00016340701778849.
18. Orji EO, Olabode TO, Kuti O, et al. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2009; 22(1): 65–71. doi: 10.1080/14767050802430826.
19. Guo J, Long S, Li H, et al. Early versus delayed oral feeding for patients after cesarean. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; 128(2): 100–5. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.07.039.
20. Mawson AL, Bumrungphuet S, Manonai J. A randomized controlled trial comparing early versus late oral feeding after cesarean section under regional anesthesia. *Int J Womens Health*. 2019; 11: 519–25. doi: 10.2147/IJWH.S222922.
21. Read TE, Brozovich M, Andujar JE, et al. Bowel Sounds Are Not Associated With Flatus, Bowel Movement, or Tolerance of Oral Intake in Patients After Major Abdominal Surgery. *Dis Colon Rectum*. 2017; 60(6): 608–13. doi: 10.1097/DCR.0000000000000829.

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโควิด-19

The Development of Nursing Service System for Chronic Non – Communicable Diseases (NCDs) Patients in the COVID-19 Outbreak Situation

ประภา ราชา พย.ม.,
สาขาบริหารการพยาบาล
จารุภา คงรส วท.ม.,
สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ธนพร สดชื่น พย.ม.,
สาขาบริหารการพยาบาล
โรงพยาบาลพิจิตร
จังหวัดพิจิตร

Prapa Racha M.N.S.,
Nursing Administration
Jarupa Kongros M.Sc.,
Health Education and Behavior
Tanaporn Sodchien M.N.S.,
Nursing Administration
Phichit Hospital
Phichit

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

วิธีการศึกษา: วิจัยดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์การจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยศึกษาในพยาบาลผู้ปฏิบัติงานคลินิกเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 10 คน และผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนาระบบ มี 2 ขั้นตอน คือการเตรียมความพร้อมและการพัฒนาระบบบริการ ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้ระบบในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานจำนวน 100 คน และกลุ่มผู้รับบริการจำนวน 100 คน ระยะที่ 4 ประเมินผลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานจำนวน 100 คน ทีมสหสาขา จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้รับบริการจำนวน 100 คน

ผลการศึกษา: ระยะที่ 1 พบว่าระบบการบริหารจัดการและระบบบริการยังไม่ครอบคลุม ระยะที่ 2 ดำเนินการเตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบบริการ ระยะที่ 3 พบว่า พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และคนงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 สูงกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะความสามารถและเทคนิคการปฏิบัติถูกต้องระยะที่ 4 พบว่า พยาบาลผู้ช่วยเหลือคนไข้ และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ระดับมากส่วนคนงานมีความพึงพอใจที่ระดับปานกลางผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ระดับดีมาก ร้อยละ 100 และมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ระดับดีมากร้อยละ 81.0 และมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ระดับมากที่สุดอัตราการเข้าถึงบริการจากการได้รับยาต่อเนื่องของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลพิจิตรในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2563 เพิ่มขึ้น

สรุป: ระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ส่งเสริมการทำงานระหว่างสหวิชาชีพผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถดูแลจัดการตนเอง เข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ระบบบริการพยาบาล โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โควิด-19

วารสารแพทย์เขต 4-5 2563 ; 39(3) : 414-426.

Abstract

Objective: The aim was to study and develop the nursing service system for chronic non-communicable diseases (NCDs) patients amid the COVID-19 pandemic.

Methods: There were four stages in the research method as follows: Stage 1: studying the previous nursing service system for NCDs patients among the COVID-19 pandemic by choosing a sample of 10 nurses in the diabetic and hypertensive clinic and a sample of 10 outpatients of those clinics at Phichit Hospital; Stage 2: designing and developing the new system; Stage 3: implementing the new nursing service system with the interdisciplinary team of 100 nursing members and 100 outpatients; Stage 4: evaluation the results.

Results: Stage 1: the researchers found that the management of the nursing service system as well as the system itself was insufficient. Stage 2: preparing and upgrading the nursing service were done. Stage 3: after the workshop pertinent to the new nursing service system, nurses, nursing assistants, and workers gained higher average scores on caring the patients amid the COVID-19 pandemic than what they did prior to the workshop. Furthermore, most of them acquired the right skills and techniques. Stage 4: according to the satisfaction survey; nurses, nursing assistants, as well as the interdisciplinary team reported high levels of satisfaction with the nursing service system for NCDs patients amid the COVID-19 pandemic. The workers reported moderate levels of satisfaction. As for the diabetes and hypertension patients, they gained high levels (100%) of basic knowledge about how to prevent the COVID-19, as well as high levels (81%) of behavior in doing so. Plus, the patients reported the highest levels of satisfaction with implementing the nursing service system for NCDs patients amid the COVID-19 pandemic. The diabetes and hypertension patients also reported the better rate of access to the healthcare service by consistent medication amid the COVID-19 pandemic, from April to July 2020.

Conclusion: The research results indicated that the nursing service system for NCDs patients amid the COVID-19 pandemic is appropriate and practical to the Thai context. Moreover, it enhances the working condition of the interdisciplinary team, leading to the quality of care provided to patients who can better manage and access the regular nursing service.

Keywords : nursing service system, chronic non-communicable diseases (NCDs), COVID-19

Received : June 1 , 2020 Revised : June 10 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 414-426.

บทนำ

การระบาดทั่วไปของไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย พบเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 โดยเป็นประเทศที่มีผู้ป่วยยืนยันรายแรกนอกประเทศจีน การคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศไทยพบผู้ป่วยประปรายตลอดเดือนมกราคม ซึ่งเป็นผู้ที่เดินทางมาจากหรือเป็นผู้พำนักอยู่ในประเทศจีนแทบทั้งสิ้น การแพร่เชื้อท้องถิ่นที่มีรายงานรายแรกมีการยืนยันเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 จำนวนผู้ป่วยยังมีน้อยตลอดเดือนกุมภาพันธ์ โดยมีผู้ป่วยยืนยัน 40 รายเมื่อสิ้นเดือน แต่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากในกลางเดือนมีนาคม ซึ่งมีการระบุสาเหตุจากกลุ่มการแพร่เชื้อหลายกลุ่ม ซึ่งกลุ่มใหญ่สุดเกิดจากการชกมวยไทย ณ สนามมวยเวทีลุมพินี เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยยืนยันแล้วเพิ่มเกิน 100 รายต่อวัน ในอีก 1 สัปดาห์ต่อมา¹

การตอบสนองของรัฐบาลต่อการระบาดเริ่มจากการคัดกรองและการติดตามการสัมผัส มีการคัดกรองโรคโควิด-19 (COVID-19) ตามท่าอากาศยานนานาชาติ ตลอดจนที่โรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเดินทางหรือสัมผัส มีการสอบสวนโรคกรณีที่เกิดกลุ่มการระบาด กระทรวงศึกษาธิการเน้นการเฝ้าระวังตนเอง การรักษาความสะอาดโดยเฉพาะการล้างมือและการเลี่ยงฝูงชน (หรือใส่หน้ากากอนามัยแทน) แม้บุคคลที่เดินทางมาจากประเทศเสี่ยงสูงจะได้รับคำแนะนำให้กักตนเอง แต่ยังไม่มีความจำเป็นต่อการเดินทาง

ในวันที่ 5 มีนาคม 2563 และวันที่ 19 มีนาคม 2563 มีประกาศเพิ่มเติมให้ต้องมีเอกสารการแพทย์รับรองการเดินทางระหว่างประเทศ และคนต่างด้าวต้องมีประกันสุขภาพปลายเดือนมีนาคม 2563 สถานที่สาธารณะและธุรกิจห้างร้านได้รับคำสั่งให้ปิดในกรุงเทพมหานคร และอีกหลายจังหวัด นายกรัฐมนตรีประยุทธ์ จันทร์โอชา ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน มีผลวันที่ 26 มีนาคม 2563 และมีประกาศห้ามออกนอกเคหสถานยามวิกาลตั้งแต่คืนวันที่ 3 เมษายน 2563 พระราชกำหนดสถานการณ์ฉุกเฉินยังสั่งงดจำหน่ายสุราชั่วคราวและให้ประชาชนชะลอการเดินทางข้ามจังหวัด

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 30 มีนาคม 2563 พบข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 ในประเทศไทยมีดังต่อไปนี้ อัตราการเสียชีวิตแบ่งตามเพศ พบเพศชายร้อยละ 2.7 และหญิงร้อยละ 0.7 อัตราการเสียชีวิตแบ่งตามกลุ่มอายุ : พบอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 12.1 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 3.7 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 4.0 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 1.9 อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 0.6 และอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 0.2 ภาวะร่วมที่พบในผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 41) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 18) โรคหัวใจ (ร้อยละ 14) โรคไต (ร้อยละ 9) โรคอ้วน (ร้อยละ 7) และอื่นๆ (ร้อยละ 14)²

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2, 2019 novel coronavirus) นับเป็นภัยคุกคาม

สร้างความหวาดวิตกแก่ประชาชนอย่างมาก และการระบาดยังไม่มีที่ท่าว่าจะยุติลงง่ายๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินใดๆ ก็ตามที่มีความสับสนวุ่นวายจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการสถานการณ์ที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และในขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีระบบนัดติดตามผู้ป่วยทุกเดือน จากการดำเนินการตามมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและลดการติดเชื้อจากโรงพยาบาล การเว้นระยะห่างทางสังคม การลดความแออัดในการให้บริการ ประกอบกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความวิตกกังวลกลัวการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการทำให้ผู้ป่วยมารับบริการรักษาพยาบาลไม่ต่อเนื่องจากข้อมูลผู้มารับบริการคลินิกเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2563 พบว่ามีแนวโน้มลดลง ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานเดือนมกราคม 2563 จำนวน 639 คน เดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 586 คน เดือนมีนาคม 2563 จำนวน 515 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เดือนมกราคม 2563 จำนวน 1,361 คน เดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 1,184 คน เดือนมีนาคม 2563 จำนวน 1,080 คน ตามลำดับ³

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการภารกิจในกลุ่มการพยาบาล และเป็นทีมบริหารของโรงพยาบาล จำเป็นจะต้องบริหารจัดการเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ให้กับบุคลากรในกลุ่มการพยาบาลและในโรงพยาบาล อีกทั้งผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ด้วยการเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันการติดเชื้อ

ในโรงพยาบาลเกิดการประสานงาน การสั่งการและแนวทางการปฏิบัติตามหลักวิชาการทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยใช้ รูปแบบการวิจัยและพัฒนาที่มีการนำหลักวิชาการทฤษฎีระบบและ 6 System Building Blocks⁴ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทการทำงานของโรงพยาบาลพิจิตร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19
2. ศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

วิธีการศึกษา

การวิจัยและพัฒนานี้ดำเนินการวิจัยภายใต้ทฤษฎีระบบ และ 6 System Building Blocks ดำเนินการศึกษา ณ คลินิกเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร ตั้งแต่เดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2563 แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ระยะการออกแบบและพัฒนาระบบระยะการทดลองใช้ระบบและระยะการประเมินผล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์การจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 (7 มีนาคม ถึง 8 มีนาคม 2563) โดยศึกษาในพยาบาลผู้ปฏิบัติงานคลินิกเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 10 คนและผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คนโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเอกพันธ์ (homogeneous sampling)⁵ ซึ่งยินดี

ร่วมมือในการวิจัย รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างปี 2560-2562 รวมทั้งศึกษาวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) และการสนทนากลุ่ม (focusgroups) เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาก็ที่ทีมผู้วิจัยได้จัดทำและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.92 การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลคนละ 30-45 นาที สนทนากลุ่มใช้เวลา 60 นาที การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 (9 มีนาคม ถึง 14 มีนาคม 2563) โดยการนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐานศึกษาหลักการ แนวคิดทฤษฎีการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ตามบริบทของโรงพยาบาล พิจารณาตรวจสอบคุณภาพร่างจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.96

ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 (15 มีนาคม ถึง 30 มิถุนายน 2563) โดยทดลองใช้ระบบใน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานและกลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานประกอบด้วยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางอากาศหอบผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อความดันโลหิตสูง ห้องแยกโรคติดเชื้อ จำนวน 60 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางอากาศหอบผู้ป่วย

แยกโรคติดเชื้อความดันโลหิตสูง ห้องแยกโรคติดเชื้อ จำนวน 20 คน คนงานผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางอากาศหอบผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อความดันโลหิตสูง ห้องแยกโรคติดเชื้อจำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยเจาะจง (purposive sampling)⁶ และกลุ่มผู้รับบริการ 2 กลุ่ม ประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 50 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คน รวม 100 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power Program⁷ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบประกอบด้วย 2 ตัวเลือกคือ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0) 2) แบบประเมินทักษะความสามารถและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ พยาบาล จำนวน 14 ข้อ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 10 ข้อ คนงาน จำนวน 10 ข้อ แบบทักษะความสามารถและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ตัวเลือกคือ ปฏิบัติถูกต้อง (1) ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0) ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ 0.86 ตามลำดับ

ขั้นตอนการทดลองมีรายละเอียดดังนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่กลุ่มตัวอย่างผู้ร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 (16 มีนาคม 2563) โดยทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลฝึกทักษะความสามารถและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 (18-20 มีนาคม 2563) และประเมินผล แจกคู่มือแนวทางปฏิบัติหลังจากนั้นนำระบบ

บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การคัดกรอง การจัดบริการและนวัตกรรมการบริการ การควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อการจัดอัตรา กำลังและค่าตอบแทน การสื่อสารสุขภาพ การจัดหา และสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การนิเทศและฝึกซ้อมเสมือนจริง ภายหลังการปฏิบัติตามระบบทุก 1 เดือน (15 เมษายน 2563 และ 15 พฤษภาคม 2563) กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งเพื่อสรุปว่าได้เรียนรู้อะไรบ้าง สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนาเพื่อนำมาวางแผนพัฒนาระบบในครั้งต่อไป พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานที่ร่วมวิจัยและสรุปผลดำเนินการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ให้เป็นฉบับที่สมบูรณ์

ระยะที่ 4 ประเมินผลการดำเนินการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 (1 กรกฎาคม ถึง 30 กรกฎาคม 2563) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน จำนวน 15 ข้อ กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก ห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางอากาศหอผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อความดันลบ ห้องแยกโรคติดเชื้อ จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยเจาะจง (purposive sampling) ข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับแปลผลคะแนนดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.21– 5.00 แสดงว่าความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80

ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับน้อยที่สุด 2) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันไวรัสโควิด-19 ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0) 3) แบบบันทึกการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.82, 0.81 และ 0.88 ตามลำดับ

การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ content analysis ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และ paired sample t-test

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์การจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 พบว่ามีประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การจัดระบบบริการยังไม่ครอบคลุมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเข้าถึงบริการและการรับยาต่อเนื่อง

“เราจะรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลคนไหนติดเชื้อโควิด”

“ห้องคลินิกเบาหวานเล็กและแคบ จะจัดบริการอย่างไรให้ปลอดภัย”

“ตอนนี้คนไข้กลัวโควิด มีบางคนโทรมาขอเลื่อนนัดตรวจ บางคนก็ไม่มารับยาต่อเนื่องตามนัด”

“โรงพยาบาลมีทางเข้าห้องตรวจ OPD และ ward หลายทาง จุดคัดกรองน่าจะต้องมีทุกจุดที่เป็นทางเข้า”

“ผมต้องมารับยาเบาหวาน แต่ตอนนี้ผมไม่อยากมาโรงพยาบาลแต่ถ้าไม่มายาก็หมด จะมีวิธีไหนมัยที่มียากินแต่ไม่ต้องมาโรงพยาบาล เพราะเวลา

จะมาต้องขออนุญาตผู้ใหญ่บ้านออกนอกพื้นที่เพื่อมา
รับยา”

ประเด็นที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพมีจำกัด

“พยาบาล OPD ต้องขึ้นเวรเช้าแล้วต้องมา
ต่อเวรนอกเวลาตอนเย็น (extra) บางทีตอนเช้าก็ต้องมา
ขึ้นเวรรุ่งอรุณตั้งแต่เจ็ดโมงเช้า”

“ช่วงที่มีโควิดระบาดต้องมีหน้าที่เพิ่มขึ้นอีก
ต้องไปช่วยแพทย์ swab เวลามี case มา”

“แล้วเรื่องคลินิก ARI ที่ต้องเปิดให้บริการ
จะหาพยาบาลที่ไหนไปอยู่”

ประเด็นที่ 3 ระบบข้อมูลข่าวสารและ
การสื่อสารยังไม่ครอบคลุม

“มีข่าวโรคโควิดทุกวัน มีการนำเสนอทาง
สื่อทุกช่องทาง เห็นแต่ข่าวโควิดว่ามีคนติดเชื้อและ
คนตายทั้งในไทยและต่างประเทศ”

“ใช่เลย มีแต่ข่าวน่ากลัว รักษาไม่หายตาย
อย่างเดียว อยากรู้ว่าจริงๆแล้วจะมีแนวทางการป้องกัน
และการรักษาที่ถูกต้องอย่างไร”

“ผมดูข่าวคนที่ติดโควิดแล้วตายส่วนใหญ่
เป็นเบาหวาน แล้วผมจะต้องทำอย่างไร”

ประเด็นที่ 4 เวชภัณฑ์และเทคโนโลยี
ทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอและขาดความพร้อมใช้

“โรงพยาบาลมีชุด PPE ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน
ที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยได้ใส่เพียงพอมีอะ”

“ห้องแยกโรคมีเตียงจำกัดแค่ 1 เตียง ถ้ามี
คนป่วยมากกว่า 1 คน จะทำอย่างไร”

“อยากให้โรงพยาบาลช่วยหาผ้าปิดจมูก
และเจลล้างมือให้คนไข้บ้าง”

ประเด็นที่ 5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพขาด
ความคล่องตัว

“ถ้าเราติดเชื้อโควิดแล้ว จะมีการดูแลพวกเรา
อย่างไร และถ้าเราต้องตายใครจะดูแลครอบครัวของเรา”

ประเด็นที่ 6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล
แนวทางการบริหารจัดการขาดความชัดเจน

“อยากให้ผู้บริหารสร้างระบบที่ชัดเจน
ตัดสินใจไว”

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนาระบบบริการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์
การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากระยะที่ 1
มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ศึกษาหลักการ แนวคิดทฤษฎี
ยกร่างจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ตามบริบท
ของโรงพยาบาลพิจิตร ดังนี้

ขั้นตอน	กิจกรรม	ระยะเวลา
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อม		
1.1 การเตรียมความพร้อม	ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์แก่กลุ่มตัวอย่างผู้ร่วมวิจัย	
1.2 การให้ความรู้บุคลากร	อบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โควิด-19	16 มีนาคม 2563
1.3 ฝึกทักษะบุคลากร	ฝึกทักษะความสามารถและเทคนิคการปฏิบัติการ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19	18-20 มีนาคม 2563
1.4 การให้ความรู้ผู้ป่วย	กิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน กิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก	ทุกวันอังคาร-พุธ-พฤหัสบดี เดือนมีนาคม-เมษายน 2563 ทุกวันศุกร์ เดือนมีนาคม- เมษายน 2563

ขั้นตอน	กิจกรรม	ระยะเวลา
ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาระบบบริการ	1.ระบบบริการ : จัดจุดคัดกรองจัดตั้งคลินิก ARI ห้องแยกโรค เว้นระยะห่างทางสังคมลดแออัด รับยาทางไปรษณีย์ one stop service คลินิก เบาหวานรับยาผ่านเครือข่ายบริการสุขภาพ (PCC-รพ.สต.-อสม.) รับยาร้านยา 2.กำลังคนด้านสุขภาพ: มีระบบจัดอัตรากำลังดูแลผู้ป่วยห้องแยกโรค คลินิก ARI มีระบบช่วยเหลือระหว่างหน่วยงานมีระบบพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการ การซ่อมเสมือนจริง 3.ระบบข้อมูลข่าวสาร:มีการสื่อสารข้อมูลผ่านทางกลุ่มไลน์สื่อสารสุขภาพผ่านทางสื่อสารมวลชน กลุ่มไลน์โทรศัพท์เคลื่อนที่กิจกรรมกลุ่ม 4.เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ : ผลิตจัดหาและรับบริจาคอุปกรณ์ป้องกัน จัดทำระบบสำรองจัดทำแนวทางปฏิบัติการใช้เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมตามบริบท 5.ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ:จัดทำประกันชีวิตให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกคนมีเงินตอบแทนค่าเสี่ยงภัย 6.ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล:ประชุม war room ทุกสัปดาห์	

ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ผลดังนี้

พยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ประเด็นความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ($\bar{X} = 10.65$, $SD = 0.81$) สูงกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ($\bar{X} = 10.40$, $SD = 1.02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ประเด็นการป้องกันและควบคุม

การแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ($\bar{X} = 12.38$, $SD = 1.41$) สูงกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ($\bar{X} = 11.38$, $SD = 1.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ประเด็นการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ($\bar{X} = 13.55$, $SD = 0.75$) สูงกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ($\bar{X} = 12.80$, $SD = 1.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ดังตารางที่ 1

[illegible]

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมการป้องกันไวรัสโควิด-19 ของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=100) (ต่อ)

ประเด็น	ดีมาก		ดี		ระดับปานกลาง		ต่ำ		ต่ำมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการป้องกันไวรัสโควิด-19	81	81.0	19	19.0	0	0	0	0	0	0

คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 9.0, SD = 0.86 , min = 7, max = 10

ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ระดับมากที่สุดในระดับมั่นใจในมาตรการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยบริการ เช่น ใส่หน้ากากอนามัย จัดระยะห่างพึงพอใจในการบริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยและญาติที่มาโรงพยาบาลพึงพอใจ การให้บริการของเจ้าหน้าที่และพึงพอใจในการให้บริการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลพิจิตรในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เข้าถึงบริการจากการได้รับยาต่อเนื่องผ่านทางยาทางไปรษณีย์ ร้อยละ 85.4 ร้อยละ 85.4 ร้อยละ 87.9 ร้อยละ 89.7 ร้อยละ 90.2 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการเข้าถึงบริการจากการได้รับยาต่อเนื่องของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลพิจิตรในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19

เดือน	จำนวนผู้ป่วยนัด(คน)	จำนวนผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องตามนัด(คน)	ร้อยละ
เมษายน 2563	3,250	2,775	85.4
พฤษภาคม 2563	2,506	2,202	87.9
มิถุนายน 2563	3,140	2,817	89.7
กรกฎาคม 2563	2,284	2,059	90.2

วิจารณ์

การพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 พบว่า ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ออกแบบตามแนวคิดทฤษฎีระบบและ 6 System Building Blocks ที่ประกอบด้วย การบริหารจัดการในเรื่องการปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับมาตรการการ

ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 การบริหารจัดการกำลังคนและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการจัดการข้อมูลข่าวสารการสื่อสารความเสี่ยงเทคโนโลยีทางการแพทย์ วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สนับสนุนการจัดระบบบริการ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล พิจารณานำไปปฏิบัติงานได้จริงทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว การพยาบาลมีคุณภาพดีขึ้น ส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ความครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายกรอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก⁴ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพและพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในภาพรวมคือประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี สอดคล้องกับงานวิจัยของชุดิถาญจน์ หลุทัย⁵ ที่ศึกษาการพัฒนาบริการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการยกฐานะโดยนำ แนวคิด six building blocks มาประกอบในการดำเนินงานบูรณาการกรอบแนวคิดของมาตรฐานและระบบคุณภาพการบริการพยาบาลเข้าด้วยกัน พบว่า มีความสัมพันธ์สอดคล้อง และส่งเสริมกันไปด้วยดี สอดคล้องกับงานวิจัยของดารณี เทียมเพ็ชร⁶ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ช่วยให้เกิดระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ให้บริการเกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ

ด้านผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 พบว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานทุกระดับของกลุ่มการพยาบาล มีระดับความรู้ดีมากเพิ่มขึ้นทักษะความสามารถและเทคนิคการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล

ผู้ป่วยโควิด-19 ขึ้นพื้นฐานถูกต้อง จากการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการฝึกทักษะความสามารถและเทคนิคการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom¹⁰ ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด (cognitive domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้มากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง และในส่วนเรื่องการฝึกทักษะสามารถพัฒนาได้ด้วยการฝึกฝนจะทำให้เกิดความถูกต้อง ความคล่องแคล่ว ความเชี่ยวชาญชำนาญผลของพฤติกรรมหรือการกระทำสังเกตได้จากความรวดเร็ว ความราบรื่นในการจัดการ

ประเด็นความพึงพอใจนั้นพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และคนงาน มีความพึงพอใจในระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ระดับมาก ทีมสหวิชาชีพ มีระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ระดับมากที่สุดทั้งนี้จากการมีส่วนร่วมให้ข้อมูลในขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์และดำเนินการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และการสื่อสารสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของวงเดือน ภาษา¹¹ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีระดับความรู้ที่ระดับดีมาก มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพเพื่อการป้องกันไวรัสโควิด-19 โดยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ที่ระดับดีมาก และมีระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ระดับมากที่สุด จากการนำระบบบริการ

พยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ไปใช้ปฏิบัติและมีการสื่อสารสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังส่งผลให้อัตราการเข้าถึงบริการจากการได้รับยาต่อเนื่องของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาล พิจิตร ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของพนม คล้ายยา¹² ศึกษาการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดมาจากต่างประเทศ ของประชาชน ในเขตเมือง พบว่าการนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ในการนำไปใช้ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการระบาด รวมทั้งการนำไปใช้ดูแลสุขภาพของตนเองในการกินอยู่อย่างถูกสุขลักษณะ สำนวอาการเจ็บป่วยของตนเอง การแสวงหาและติดตามข่าวสาร ผลการทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์พบว่า ความถี่ในการเข้าถึงข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้าใจเนื้อหา ลักษณะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และลักษณะการเข้าถึง ความเข้าใจ การประเมินคุณค่าความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ประโยชน์

สรุป

ระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลพิจิตร และสามารถนำไปปฏิบัติงานได้จริงทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว การพยาบาลมีคุณภาพดีขึ้น ส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการ ได้ความครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล พิจิตร ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ ทีมบริหารสถานการณ์ COVID-19 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิกิพีเดีย. การระบาดทั่วของไวรัสโคโรนา พ.ศ. 2562-2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2563]; เข้าถึงได้จาก: https://th.wikipedia.org/wiki/การระบาดทั่วของไวรัสโคโรนา_พ.ศ._2562-2563.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
3. โรงพยาบาลพิจิตร. รายงานประจำปี 2563 สถิติผู้ป่วย โรงพยาบาลพิจิตร. โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร 2563.
4. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health System: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Services; 2010.
5. Nastasi BK, Schensul SL. Contribution of qualitative research to the validity of intervention research. Journal of School Psychology. 2005;43(3):177-95.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง และการประมาณค่า. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: www.service.nso.go.th

7. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1 : Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods 2009, 41 (4), 1149-60.
8. ชุตติกาญจน์ หลุทัย, อีรพร สติธอังกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการยกฐานะ. วารสารกองการพยาบาล. 2559; 43(1):113-34.
9. ดารณี เทียมเพ็ชร, กศิมา สง่ารัตนพิมาน, มัญจิตา อักษรดี, และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมืองจังหวัด สระแก้ว. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559; 25(3):156-69.
10. Bloom BS. Taxonomy of Education Objective. Reviewed in the United States On December 8, 2013.
11. วงเดือน ภาขา, สุชัยญา เบญจพัฒนานนท์, กาญจนา เปสี, และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสาร กองการพยาบาล. 2554; 38(1):31-41.
12. พนม คล้ายยา. การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และ ใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจาก ต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4899?locale-attribute=th>.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นหลังการผ่าตัดต้อกระจก ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

Risk Factors for Posterior Capsule Opacification Following Cataract Surgery in Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi

บุญยวีร์ นันทานิช พ.บ.,
ว.ว. จักษุวิทยา
กลุ่มงานจักษุวิทยา
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
จังหวัดราชบุรี

Poonyawee Nunthanid M.D.,
Thai Board of Ophthalmology
Department of Ophthalmology
Damnoen Saduak Hospital,
Ratchaburi

บทคัดย่อ

ภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นหลังผ่าตัดต้อกระจกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบได้บ่อยที่สุดภาวะหนึ่งที่เกิดขึ้นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจกในปัจจุบัน มีผลทำให้การมองเห็นลดลง การศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะนี้ลงได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจก

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2556 เป็นระยะเวลา 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอข้อมูลด้วยร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะนี้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ chi-square test

ผลการศึกษา: อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลดำเนินสะดวกอยู่ที่ร้อยละ 5 ที่ 1 ปี ร้อยละ 18 ที่ 3 ปี และร้อยละ 28 ที่ มากกว่า 3 ปีหลังการผ่าตัด (73 คน ใน 261 คน) ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นหลังผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระดับการมองเห็น (visual acuity) ก่อนการผ่าตัดในกลุ่มการมองเห็นที่ลดลงอย่างรุนแรง (severe visual impairment or blindness) VA logMAR >1.00 เกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นน้อยกว่า (เกิดร้อยละ 13.7; $p < .05$) ผู้ป่วยที่มีต้อกระจกชนิด mature cataract เกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นที่น้อยกว่า (เกิดร้อยละ 2.7; $p < .05$) ผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาสั้น (myopia) เกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นมากกว่า (เกิดร้อยละ 58.9; $p < .05$) แต่ระดับของสายตาสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

สรุป: การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นหลังการผ่าตัดต้อกระจกของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก คือ ระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัดที่ลดลงอย่างรุนแรงและต้อกระจกชนิด mature cataract มีผลทำให้เกิดถุงเลนส์ตาขุ่นน้อยกว่า ส่วนปัจจัยภาวะสายตาสั้นทำให้เกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นมากกว่า

คำสำคัญ : ภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น การผ่าตัดต้อกระจก อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 428-439.

Abstract

Posterior capsule opacification is one of the most common complication following cataract surgery which can result in visual disturbance. In order to prevent or reduce the incidence, the study of risk factors for posterior capsule opacification is important.

Objective: This study aimed to find the incidence of posterior capsule opacification following cataract surgery in Damnoen Saduak Hospital and to study the associated factors of posterior capsule opacification after the surgery.

Methods: A retrospective study was conducted in patients who had undergone cataract surgery since October 1, 2012 to September 30, 2013. The data were analyzed by using statistical package and presented as frequency, mean, and standard deviation. Chi-square was applied to test relation between the condition and associated factors.

Results: The incidence of posterior capsule opacification following cataract surgery in Damnoen Saduak Hospital was 5% at the first year, 18% at the third year, and 28% after the third year of the surgery (73 of 261 patients). Statistically significant factors associated with posterior capsule opacification were severe visual impairment or blindness (before surgery) VA logMAR > 1.00 (less posterior capsule opacification 13.7%; $p < .05$), mature cataract (less posterior capsule opacification 2.7%; $p < .05$) and myopia (more posterior capsule opacification 58.9%; $p < .05$). But the levels of myopia were not associated.

Conclusion: The study of risk factors for posterior capsule opacification following cataract surgery in Damnoen Saduak Hospital indicated that severe visual impairment or blindness (before surgery) and mature cataract affected less posterior capsule opacification while myopia affected more posterior capsule opacification.

Keywords : posterior capsule opacification, cataract surgery, incidence, risk factors

Received : January 6 , 2020 Revised : January 10 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 428-439.

บทนำ

ภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นหลังผ่าตัดต้อกระจก (posterior capsule opacification ; PCO) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบได้บ่อยที่สุดภาวะหนึ่งที่เกิดขึ้นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจกในปัจจุบัน โดยมีการศึกษาพบว่า มีอุบัติการณ์โดยประมาณร้อยละ 11.8 ที่ 1 ปี, ร้อยละ 20.7 ที่ 3 ปี และร้อยละ 28.4 ที่ 5 ปีหลังการผ่าตัด¹ ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูง ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมีการมองเห็นลดลงกว่าเดิมเทียบกับหลังทำการผ่าตัดต้อกระจกในระยะแรก โดยการมองเห็นลดลงนี้ส่งผลถึงระดับการมองเห็น (visual acuity) และความสามารถในการแยกความแตกต่างของความมืด-สว่าง (contrast sensitivity) ที่ลดลงด้วยการรักษาภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นสามารถรักษาได้ด้วยวิธี Nd:YAG laser ซึ่งมีอัตราความสำเร็จสูงถึง ร้อยละ 95² แต่ก็อาจพบภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ ได้แก่ ความดันตาสูงขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือระยะยาวในบางราย อาจมีความจำเป็นต้องได้ยาลดความดันตา อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดจอตาลอก โดยมีอุบัติการณ์ ร้อยละ 0.1- 3.6 และพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเกิดจอตาลอกภายใน 1 ปีหลังการยิงเลเซอร์รักษาถุงเลนส์ตาขุ่น เกิดภาวะจลรัศภาพชัด จอตาบวม เลือดออกในช่องหน้าม่านตา เลนส์ตาเทียมได้รับความเสียหายหรือเลนส์หลุดจากที่กระຈกตาบวมหรือเป็นรอยถลอกได้² และเพิ่มจำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาลเพื่อรักษาภาวะนี้อีกด้วย ภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นจึงเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อย ทำให้การค้นหานหาหนทางป้องกันการเกิดโรค รวมถึงปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคเป็นเรื่องที่ควรตระหนัก

จากสถิติของแผนกจักษุวิทยาที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวกในช่วงปีพ.ศ.2555-2560 พบว่า มีผู้เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกจำนวน 2,396 ตา และพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคถุงเลนส์ตาขุ่นและได้รับการรักษาโดยวิธียิงเลเซอร์จำนวน 696 ตา³ ซึ่งเป็นจำนวนสูงถึงร้อยละ 29 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด การศึกษาวิจัย เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของ

บุคคลในชุมชนจึงมีความสำคัญเพื่อหาแนวทางป้องกันและพัฒนาเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจกของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2560 เป็นระยะเวลา 1 ปี เนื่องจากระยะเวลาการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นสามารถพบได้ตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึงระยะ 5 ปีหรือมากกว่าหลังจากการผ่าตัดต้อกระจก

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา คือ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และมาเข้ารับบริการติดตามการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปีหลังการผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในลูกตาข้างหลังจากผ่าตัดต้อกระจกในตาข้างเดียวกันมาก่อนหรือมาตรวจติดตามน้อยกว่า 1 ปี จะถูกคัดออกจากการศึกษา โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกทั้งสองตาและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นทั้งสองตาจะเลือกตาที่มีการมองเห็นลดลงมากกว่าสำหรับลงข้อมูลเพื่อตัดการซ้ำของข้อมูล หากการมองเห็นลดลงเท่าๆกันจะเลือกตาข้างขวาสำหรับการลงข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจก โดยบันทึกข้อมูล 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจขาดเลือด ไตวายเรื้อรัง เส้นเลือดในสมองตีบ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางตา ได้แก่ ระดับการมองเห็น ก่อนผ่าตัด ความดันลูกตา ชนิดต้อกระจก ภาวะสายตาสั้น ต้อหิน โรคต้อเนื้อ โรคต้อเนื้อ และประวัติการอักเสบหรือบาดเจ็บทางตา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ วิธีการผ่าตัดต้อกระจก มีการผ่าตัดร่วมกับการผ่าตัดเนื้อ ตำแหน่งของเลนส์ตาเทียม วัสดุเลนส์ตาเทียม และภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด และระยะเวลาของการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นขึ้นนับจากผ่าตัดต้อกระจก

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาประเด็นจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก เลขที่ COA DNSH-REC No.61/6

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางตาและปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัด กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นขึ้นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ chi-square test หรือ Fisher's exact test

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำนวน 261 คน มี 73 คนที่เกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น 188 คน ไม่เกิดภาวะนี้ มีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลดำเนินสะดวกอยู่ที่ร้อยละ 5 ที่ 1 ปี ร้อยละ 18 ที่ 3 ปี และร้อยละ 28 ที่ มากกว่า 3 ปี

ผู้ป่วยจำนวน 261 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.6 มีอายุเฉลี่ย 69.29 ปี อายุน้อยที่สุด 36 ปี และมากที่สุด 92 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 69 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 39.1 เป็นโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 52.5 เป็นโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 5.4 เป็นโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 29.9 และเป็นโรคเส้นเลือดสมองร้อยละ 4.6 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 75.1 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 85.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด มีตาขวาร้อยละ 52.1 ส่วนใหญ่มีการมองเห็นระดับปานกลางร้อยละ 56.3 มีความดันลูกตาก่อนผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 95.8 มีต้อกระจกชนิด nuclear cataract ร้อยละ 51 โดยมีสายตาสั้นร้อยละ 47.9 สายตายาวร้อยละ 24.1 และสายตาสั้นร้อยละ 65.1 มีความดันตาสูงและเป็นต้อหินร้อยละ 7.7 และมีต้อเนื้อเป็นโรคร่วมในตาข้างที่ผ่าตัดร้อยละ 31.4 ดังแสดงในตารางที่ 2 ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดด้วย วิธี phacoemulsification ร้อยละ 91.6 และมีการผ่าตัดร่วมกับต้อเนื้อ ร้อยละ 28 ตำแหน่งของเลนส์ตาเทียมอยู่ใน capsular bag ร้อยละ 95.8 วัสดุที่ใช้ผลิตเลนส์ตาเทียมเป็นสารชนิด polymethyl methacrylate (PMMA) ร้อยละ 49.8 และพบภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจกร้อยละ 27 ดังแสดงในตารางที่ 3

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจขาดเลือด ไตวายเรื้อรัง เส้นเลือดในสมองตีบ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะถุงลมโป่งพองเรื้อรังตามหลังการผ่าตัดต่อกระดูกสันหลัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	N = 261 คน (ร้อยละ)	เกิดภาวะถุงลมโป่งพองเรื้อรัง (PCO) คน	χ^2	df	P-value
เพศ					
ชาย	116(44.4)	33	0.000	1	.988 ^c
หญิง	145(55.6)	40			
อายุ					
< 60 ปี	37(14.2)	7	1.769	2	.413 ^b
60-79 ปี	189(72.4)	56			
80 ปี ขึ้นไป	35(13.4)	10			
โรคประจำตัว					
ความดันโลหิตสูง					
ไม่เป็น	81(31.0)	21	0.119	1	.731 ^c
เป็น	180(69.0)	52			
เบาหวาน					
ไม่เป็น	159(60.9)	46	0.085	1	.771 ^c
เป็น	102(39.1)	27			
ไขมันในเลือดสูง					
ไม่เป็น	124(47.5)	28	2.914	1	.088 ^c
เป็น	137(52.5)	45			
โรคหัวใจขาดเลือด					
ไม่เป็น	247(94.6)	68	0.128	1	.544 ^a
เป็น	14(5.4)	5			
โรคไตวายเรื้อรัง					
ไม่เป็น	183(70.1)	47	1.232	1	.267 ^c
เป็น	78(29.9)	26			
โรคเส้นเลือดในสมองตีบ					
ไม่เป็น	249(95.4)	69	0.009	1	.743 ^a
เป็น	12(4.6)	4			
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					
ไม่เป็น	243(93.1)	66	0.636	1	.425 ^c
เป็น	18(6.9)	7			
สูบบุหรี่					
ไม่เคยสูบ	196(75.1)	53	2.000	2	.368 ^b
เคยสูบ เลิกแล้ว	45(17.2)	16			
สูบ	20(7.7)	4			

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจก (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N = 261 คน (ร้อยละ)	เกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น (PCO) คน	χ^2	df	P-value
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
ไม่เคยดื่ม	222(85.1)	61	1.582	2	.453 ^b
เคยดื่ม เล็กแล้ว	24(9.2)	9			
ดื่ม	15(5.7)	3			

a=Fisher's exact test, b=Pearson chi-square, c=continuity correction, *=มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ปัจจัยทางตา พบว่า ระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัดที่ลดลงอย่างรุนแรง (severe visual impairment or blindness) VLogMAR > 1.00 และต้อกระจกชนิด mature cataract มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นน้อยกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาสั้น (myopia) มีความสัมพันธ์

กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับของสายตาสั้น ความดันลูกตา ภาวะสายตาวาว สายตาเอียง โรคต้อเนื้อ ต้อหิน และความดันตาสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยทางตาของผู้ป่วยกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นหลังการผ่าตัดต้อกระจก

ปัจจัยทางตา	N = 261 คน (ร้อยละ)	เกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น (PCO)	χ^2	df	P-value
ระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัด (LogMAR VA)					
Mild or no visual impairment (น้อยกว่าเท่ากับ 0.48)	45(17.2)	12	9.558	2	.008 ^{b*}
Moderate visual impairment (0.49-1.00)	147(56.3)	51			
Severe visual impairment and blindness (มากกว่า 1.00)	69(26.4)	10			
ความดันลูกตา					
ปกติ (น้อยกว่าเท่ากับ 21 mmHg)	250(95.8)	67	2.767	1	.078 ^a
สูง (มากกว่า 21 mmHg)	11(4.2)	6			
ชนิดของต้อกระจก					
Nuclear cataract	133(51.0)	43	6.236	2	.044 ^{b*}
Incipient cataract	103(39.4)	28			
Mature cataract	25(9.6)	2			
ภาวะสายตาสั้น					
ไม่เป็น	136(52.1)	30	4.331	1	.037 ^{c*}
เป็น	125(47.9)	43			

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยทางตาของผู้ป่วยกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นหลังการผ่าตัดต้อกระจก (ต่อ)

ปัจจัยทางตา	N = 261 คน (ร้อยละ)	เกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น (PCO)	χ^2	df	P-value
ระดับของสายตาสั้น					
สายตาสั้น < 3.00		17	0.290	1	.590
สายตาสั้น 3.00 ขึ้นไป		26			
สายตายาว					
ไม่เป็น	198(75.9)	59	1.011	1	.315 ^c
เป็น	63(24.1)	14			
สายตาเอียง					
ไม่เป็น	91(34.9)	19	2.967	1	.085 ^c
เป็น	170(65.1)	54			
โรคร่วมทางตา					
ต้อหินและความดันตาสูง					
ไม่เป็น	241(92.3)	66	0.221	1	.639 ^c
เป็น	20(7.7)	7			
ต้อเนื้อ					
ไม่เป็น	179(68.6)	49	0.028	1	.867 ^c
เป็น	82(31.4)	24			

a=Fisher's exact test, b=Pearson chi-square, c=continuity correction, *=มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต้อกระจก พบว่าวิธีการผ่าตัดต้อกระจก การผ่าตัดร่วมกับต้อเนื้อ ตำแหน่งของเลนส์ตาเทียมและวัสดุที่ใช้ผลิตเลนส์ตาเทียมไม่มี

ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นหลังการผ่าตัดต้อกระจก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจกกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น

ปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจก	N = 261 คน (ร้อยละ)	เกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น (PCO)	χ^2	df	P-value
วิธีการผ่าตัดต้อกระจก					
Phacoemulsification	239(91.6)	71	3.288	1	.070 ^c
Extracapsular cataract extraction (ECCE)	22(8.4)	2			
มีการผ่าตัดร่วม					
ผ่าตัดต้อกระจกเพียงอย่างเดียว	188(72.0)	50	0.409	1	.522 ^c
ผ่าตัดต้อเนื้อร่วมกับผ่าตัดต้อกระจก	73(28.0)	23			

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจกกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น (ต่อ)

ปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจก	N = 261 คน (ร้อยละ)	เกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น (PCO)	χ^2	df	P-value
ตำแหน่งของเลนส์ตาเทียม					
Capsular bag	250(95.8)	70	0.000	1	1.000 ^a
Ciliary sulcus	11(4.2)	3			
วัสดุที่ใช้ของเลนส์ตาเทียม					
Polymethyl methacrylate (PMMA)	130(49.8)	35	0.287	2	.866 ^b
Hydrophilic Acrylic	38(14.7)	12			
Polyhydroxyethyl methacrylate (P-HEMA)	93(35.5)	26			
ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด					
ไม่มี	234(89.7)	62	1.782	1	.182 ^c
มี	27(10.3)	11			

a=Fisher's exact test, b=Pearson chi-square, c=continuity correction, *=มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี อยู่ที่ร้อยละ 5 ที่ 1 ปี ร้อยละ 18 ที่ 3 ปี และร้อยละ 28 ที่ มากกว่า 3 ปี ซึ่งมีความใกล้เคียงสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Schaumberg และคณะ¹ ซึ่งรวบรวมอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจกในต่างประเทศ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีรูปแบบคือ การศึกษาย้อนหลัง มีผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้มาติดตามการรักษาต่อเนื่องหลังจากผ่าตัดมากกว่า 1 ปี ดังนั้น อุบัติการณ์ที่คำนวณได้อาจมีค่าน้อยกว่าความเป็นจริงที่ระยะ 3 ปีและมากกว่า 3 ปีหลังการผ่าตัด

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นซึ่งไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่รายงานว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นมากกว่า⁷⁻⁸ โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มีผลกับการเพิ่มอัตราการแบ่งตัว (mitotic activity) ของเซลล์ ซึ่งปัจจุบันพบว่า human

lens epithelial cells (HLECs) นั้นมี estrogen receptor และมีรายงานว่า HLECs ตอบสนองต่อ 17 β -estradiol ระดับปกติในร่างกาย ทำให้อัตราการแบ่งตัวเพิ่มขึ้น แต่เมื่อได้รับปริมาณของ 17 β -estradiol มากกว่าปกติจะกระตุ้นให้เกิดการสลายตัวของเซลล์ แพน (apoptosis)⁶ จากรายงานของ Sundelin และคณะ⁴ พบว่าความสามารถในการแบ่งตัวของ HLECs ในเพศหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นจริงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าฮอร์โมนเพศอาจจะไม่มีผล หรือมีผลน้อยมากต่อการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นเช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น⁵

ด้านอายุ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจกได้มากกว่า อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวกมีกลุ่มอายุที่อยู่ในช่วงใกล้เคียงกันมากคือ อายุเฉลี่ยประมาณ 70 ปี ซึ่งมากกว่าในการศึกษาที่อ้างอิงที่ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่าและในเด็ก ทำให้อาจ

ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นในผู้ใหญ่¹⁶

โรคเบาหวานไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Ebihara และคณะ¹⁰ และ Hayashi และคณะ¹¹ ที่รายงานว่า การมีโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นที่มากขึ้น โดยอธิบายจากแนวคิดความผิดปกติของ blood ocular barrier ของเส้นเลือดในตาของผู้ป่วยเบาหวานทำให้ตาอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการแบ่งตัวของ intraocular cells ให้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น⁵ แต่ Zaczek¹² รายงานว่า โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นที่ลดลง และจากรายงานของ Sundelin และคณะ⁴ ที่ศึกษาการแบ่งตัวของ human lens epithelial cells (HLECs) ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจก พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานจะมีการแบ่งตัวของ HLECs ที่น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน ในช่วงสัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด และในสัปดาห์ที่สองมีการแบ่งตัวไม่แตกต่างกันในผู้ป่วยที่เป็นและไม่ใช่เบาหวาน แสดงว่าโรคเบาหวานอาจจะไม่ได้เป็นสาเหตุหลักที่มีบทบาทต่อการแบ่งตัวของ HLECs ที่ทำให้เกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น ชี้ให้เห็นว่าภาวะเบาหวานน่าจะไม่มีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นโดยตรง

ปัจจัยทางตา พบว่า ระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัดที่ลดลงอย่างรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นลดลงกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับผู้ป่วยที่มีต้อกระจกชนิด mature cataract ซึ่งทำให้มีการมองเห็นที่ลดลงกว่ากลุ่มอื่น มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษา สอดคล้องกับการวิจัยของ Argento และคณะ¹³ ที่ศึกษาการเกิดถุงเลนส์ตาขุ่นกับต้อกระจกชนิดต่างๆ และพบผลในทางเดียวกัน คือกลุ่มที่มีต้อกระจกชนิด mature cataract เกิดภาวะ

ถุงเลนส์ตาขุ่นลดลง ทั้งนี้เนื่องจากในผู้ป่วยที่มีต้อกระจกชนิด mature cataract จะมีจำนวน human lens epithelial cells (HLECs) ที่ยังมีชีวิตอยู่ในตำแหน่งขอบของถุงเลนส์ตาด้านหลังลดลงเทียบกับต้อกระจกชนิดอื่น ทำให้ HLECs สามารถแบ่งตัวย้ายที่และเปลี่ยนแปลงไปเป็นเยื่อพังผืดที่ทำให้ถุงเลนส์ตาด้านหลังขุ่นได้น้อยลงกว่าต้อกระจกชนิดอื่น ทำให้การเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นลดลง¹⁴

ภาวะสายตาสั้น (myopia) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับหลายการศึกษา¹⁵⁻¹⁷ อธิบายได้จากรายงานของ Zhao และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาการยึดติดกันของเลนส์ตาเทียมกับถุงเลนส์ตา พบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาสั้นจะมีการยึดติดกันของตัวเลนส์ตาเทียมและถุงเลนส์ตาเทียม ชั่วกว่าปกติ ซึ่งการยึดติดกันนี้จะขัดขวาง HLECs ไม่ให้แทรกเข้ามาระหว่างตัวเลนส์ตาเทียมและถุงเลนส์ตาได้ ทำให้ HLECs สามารถเคลื่อนย้ายมาที่ถุงเลนส์ตาด้านหลังได้มากกว่าและสร้างเป็นเยื่อพังผืดถุงเลนส์ตาขุ่นขึ้น

ทั้งนี้ภาวะสายตาสั้นจะทำให้เลนส์ตาเทียมที่ใส่จะมีขนาดบางลงและผิวสัมผัสด้านหลังเรียบขึ้น ทำให้ดัชนีขยายถุงเลนส์ตาให้ตึงแนบกับผิวเลนส์ตาเทียมด้านหลังได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสายตาสั้น จึงน่าจะมีส่วนทำให้การยึดติดของตัวเลนส์ตาเทียมและถุงเลนส์ตาเทียมช้ากว่าปกติ ภาวะสายตาสั้นจึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต้อกระจก การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ phacoemulsification และแบบ extracapsular cataract extraction (ECCE) ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ram และคณะ¹⁹ ที่พบว่าอัตราการเกิดถุงเลนส์ตาขุ่นในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบ phacoemulsification น้อยกว่า extracapsular cataract extraction (ECCE) อย่างมีนัยสำคัญ แต่มีรายงานของ

Quinlan และคณะ²⁰ ที่ศึกษาการเจริญเติบโตของเซลล์บนถุงหุ้มเลนส์หลังการผ่าตัดทั้งสองวิธีเปรียบเทียบกัน ไม่พบความแตกต่างในการเจริญเติบโตของเซลล์บนถุงหุ้มเลนส์หลังผ่าตัดซึ่งอาจอธิบายสาเหตุของการไม่พบความแตกต่างในการศึกษานี้ได้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดวิธี ECCE น้อยเกินไปจึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างได้เช่นกัน

ตำแหน่งของเลนส์ตาเทียมระหว่าง capsular bag กับ ciliary sulcus ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ram และคณะ¹⁹ ที่พบว่า อัตราการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นลดลงอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่เลนส์ตาเทียมอยู่ใน capsular bag เทียบกับ ciliary sulcus และ bag-sulcus (haptics หรือขาเลนส์ข้างหนึ่งอยู่ใน bag และอีกข้างอยู่ใน sulcus) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่เลนส์ตาเทียมอยู่ใน sulcus น้อยเกินไปจึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น

ด้านวัสดุที่ใช้ทำเลนส์ตาเทียม การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นกับวัสดุที่ใช้ทำเลนส์ตาเทียมชนิดต่างๆ แต่ในการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เลนส์ตาเทียมวัสดุชนิด hydrophobic acrylic IOLs ซึ่งหลายการศึกษา^{2,21} รายงานว่ามีอัตราการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นน้อยที่สุดเทียบกับวัสดุชนิดอื่นๆ และวัสดุชนิด hydrophilic acrylic IOLs มีอัตราการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นมากที่สุดในด้านนี้จึงควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นตามหลังการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี อยู่ที่ร้อยละ 5 ที่ 1 ปี ร้อยละ 18 ที่ 3 ปี และร้อยละ 28 ที่ มากกว่า 3 ปี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นหลังการผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ การมองเห็นที่

ลดลงอย่างรุนแรง (severe visual impairment or blindness) และต้อกระจกชนิด mature cataract มีผลกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นลดลง ภาวะสายตาสั้น (myopia) มีผลกับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นเพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่น

ข้อเสนอแนะ

1. ภาวะสายตาสั้น เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ จึงควรได้รับการพัฒนาโดยการแนะนำผู้ป่วยหลังจากผ่าตัดต้อกระจกแล้วให้กลับมาตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอตามนัด เพราะมีโอกาสเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นได้มากกว่าปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

2. แม้ว่าปัจจัยการมองเห็นที่ลดลงมาก และต้อกระจกชนิดสุกจะมีการเกิดภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นที่ลดลงแต่ก็ไม่แนะนำให้รอคอยจนต้อสุกค่อยทำการผ่าตัด แนะนำให้รักษาจนถึงระยะสุดท้าย เนื่องจากจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากต้อกระจกได้มากขึ้น เช่น การกลายเป็นต้อหินแทรกซ้อนซึ่งมีผลต่อการมองเห็นถาวร และระดับการมองเห็นที่ลดลงจนเกิดอุบัติเหตุได้

3. ควรมีการวางแผนศึกษาเปรียบเทียบ (case control study) เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยต่างๆต่อการเกิดถุงเลนส์ตาขุ่น และศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดของแต่ละปัจจัย เช่น ใช้ชนิดเลนส์ตาเทียมชนิดอื่น ปรับเทคนิควิธีการผ่าตัดให้มีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ควบคุมโรคประจำตัวอย่างเหมาะสมเป็นต้น เพื่อพัฒนาให้อุบัติการณ์ของภาวะถุงเลนส์ตาขุ่นในโรงพยาบาลดำเนินสะดวกลดลงในภายภาคหน้า

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องความสัมพันธ์ของการเกิดถุงเลนส์ตาขุ่นกับระดับการมองเห็นที่มีผลในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและรักษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัย ซึ่งได้รับการแนะนำและได้รับคำปรึกษาอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณ นพ.สถาพร เมธาวี และ คุณจงกล อินทร์ยงค์ ที่สนับสนุนและให้คำแนะนำในการทำวิจัย เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ประสานงานและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Schaumberg DA, Dana MR, Christen WG, et al. A systematic overview of the incidence of posterior capsule opacification. *Ophthalmology*. 1998 ; 105(7): 1213-21.
- Skuta GL, Cantor LB, Weiss JS. Basic and clinical science course, Section 11: Lens and Cataract. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2011: 169-75.
- งานเวชระเบียนและสถิติ. เวชระเบียนสถิติแผนก จักษุวิทยา. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
- Sundelin K, Petersen A, Soltanpour Y, et al. In vitro growth of lens epithelial cells from cataract patients - association with possible risk factors for posterior capsule opacification. *Open Ophthalmol J*. 2014; 8: 19-23. doi: 10.2174/1874364101408010019
- Kuchle M, Amberg A, Martus P, et al. Pseudoexfoliation syndrome and secondary cataract. *Br J Ophthalmol*. 1997; 81(10): 862-6.
- Celojevic D, Petersen A, Karlsson JO, et al. Effects of 17 β -estradiol on proliferation, cell viability and intracellular redox status in native human lens epithelial cells. *Mol Vis*. 2011; 17: 1987-96.
- Ninn-Pedersen K, Bauer B. Cataract patients in a defined Swedish population 1986-1990. VI. YAG laser capsulotomies in relation to preoperative and surgical conditions. *Acta Ophthalmol Scand*. 1997; 75(5): 551-7.
- Ando H, Ando N, Oshika T. Cumulative probability of neodymium: YAG laser posterior capsulotomy after phacoemulsification. *J Cataract Refract Surg*. 2003; 29(11): 2148-54.
- Kim NE, Lee SJ, Park JM. Risk Factors for Development of Posterior Capsule Opacification after Cataract Surgery or Combined Vitreoretinal Surgery *J Korean Ophthalmol Soc*. 2014; 55(8): 1132-8.
- Ebihara Y, Kato S, Oshika T, et al. Posterior capsule opacification after cataract surgery in patients with diabetes mellitus. *J Cataract Refract Surg*. 2006; 32(7): 1184-7.
- Hayashi K, Hayashi H, Nakao F, et al. Posterior capsule opacification after cataract surgery in patients with diabetes mellitus. *Am J Ophthalmol*. 2002; 134(1) :10.
- Zaczek A, Zetterström C. Posterior capsule opacification after phacoemulsification in patients with diabetes mellitus. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*. 1999; 25(2): 233-7.
- Argento C, Nunez E, Wainsztein R. Incidence of postoperative posterior capsular opacification with types of senile cataracts. *J Cataract Refract Surg*. 1992;18(6): 586-8.

14. Argento C, Zárate J. Study of the lens epithelial cell density in cataractous eyes operated on with extracapsular and intercapsular techniques. *J Cataract Refract Surg*. 1990; 16(2): 207-10.
15. Ignjatović Z. Secondary cataracts in extreme myopia. *Srp Arh Celok Lek*. 1998; 126(7-8): 239-41.
16. Raj SM, Vasavada AR, Johar S.R. Kaid, Vasavada VA, et al. Post-Operative Capsular Opacification: A Review. *Int J Biomed Sci*. 2007; 3(4): 237–50.
17. Hovanesian JA. Highly myopic eyes may be more prone to PCO after cataract surgery. *American Journal of Ophthalmology*. 2013.
18. Zhao Y, Li J, Lu W, et al. Capsular Adhesion to Intraocular Lens in Highly Myopic Eyes Evaluated In Vivo Using Ultralong-scan-depth Optical Coherence Tomography. *American Journal of Ophthalmology*. 2013; 155(3): 484-91.
19. Ram J, Pandey SK, Apple DJ, et al. Effect of in-the-bag intraocular lens fixation on the prevention of posterior capsular opacification. *J Cataract Refract Surg* 2001; 27(7): 1039-46.
20. Quinlan M, Wormstone IM, Duncan G, et al. Phacoemulsification versus extracapsular cataract extraction: a comparative study of cell survival and growth on the human capsular bag in vitro. *Br J Ophthalmol*. 1997; 81(10): 907–10.
21. Zhao Y, Yang K, Li J, et al. Comparison of hydrophobic and hydrophilic intraocular lens in preventing posterior capsule opacification after cataract surgery: An updated meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(44): e8301. doi: 10.1097/MD.00000000000008301.

ความชุกของโรคทางผิวหนังในโรงพยาบาลไทรน้อย Prevalence of Skin Disease in Sai Noi Hospital

ปารชญา พชรวิจิตร พ.บ.,
กลุ่มงานการแพทย์
โรงพยาบาลไทรน้อย
จังหวัดนนทบุรี

Parachaya Pacharavijit M.D.,
Division of General Practice
Sai Noi Hospital
Nonthaburi

บทคัดย่อ

ปัญหาทางโรคผิวหนังเป็นปัญหาที่ได้รับการยอมรับมากขึ้นในระยะเวลาหลังว่าส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีผลทั้งโดยตัวบุคคลและต่อสังคม การรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องในด้านจำนวนตลอดจนความชุกของโรคจึงเป็นเรื่องสำคัญ ในอำเภอไทรน้อยมีผู้เข้ารับบริการด้วยปัญหาโรคผิวหนังเป็นจำนวนไม่น้อยแต่ยังไม่มีการศึกษาถึงความชุกของโรค จึงได้เกิดการศึกษาขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาหาความชุกของโรคผิวหนังของผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลไทรน้อย

วิธีการศึกษา: ศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของโรคทางผิวหนังของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลไทรน้อยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทุกรายและได้การวินิจฉัยว่ามีโรคทางผิวหนัง โดยยึดข้อมูลจากการวินิจฉัยในโปรแกรมจัดการฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาล แบ่งตาม ICD – 10 และนำมาจัดแบ่งเป็นกลุ่มโรค

ผลการศึกษา: จากประชากรชุมชนไทรน้อยทั้งหมด 65,750 คน มีผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางผิวหนัง 5,948 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 9.046 โดยพบกลุ่มโรคติดเชื้อมากกว่าโรคไม่ติดเชื้ออยู่ที่ร้อยละ 5.426 และ 2.659 โดยหากแยกเป็นตัวโรค พบโรคที่มีความชุกสูงสุด 10 ลำดับแรก คือ 1.cellulitis ร้อยละ 2.546 โดยพบไม่ระบุตำแหน่งมากที่สุด ตามมาด้วย limb และ buttock; 2.carbuncle, furuncle, and abscess ร้อยละ 3.334; 3.dermatitis,unspecified ร้อยละ 0.887; 4.dermatophytosis ร้อยละ 0.520; 5.allergic contact dermatitis ร้อยละ 0.260; 6.herpes zoster ร้อยละ 0.221; 7.candidiasis ร้อยละ 0.204; 8.herpes simplex ร้อยละ 0.128; 9.epidermal cyst ร้อยละ 0.120; และ 10.decubitus ulcer ร้อยละ 0.102

สรุป: การศึกษานี้พบว่า ความชุกของโรคทางผิวหนังของผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลไทรน้อย อยู่ที่ร้อยละ 9.1 โดยเป็นโรคติดเชื้อมากกว่าโรคไม่ติดเชื้อ โรคที่พบมากที่สุดสองลำดับแรกคือ cellulitis และ carbuncle, furuncle และ abscess ตามมาด้วย dermatitis,unspecified และ urticaria ซึ่งอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดเชื้อ ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับที่มีผู้ได้เคยทำการศึกษาก่อนหน้านี้ว่า ความชุกของโรคทางผิวหนังของประเทศที่อยู่ในเขตร้อนพบในกลุ่มโรคติดเชื้อมากกว่าโรคไม่ติดเชื้อ

คำสำคัญ: ความชุก โรคผิวหนัง ความผิดปกติทางผิวหนัง

วารสารแพทยเขต 4-5 2563 ; 39(3) : 440-453.

Abstract

Skin disease is nowadays considered as a major public health problem. Various studies have shown that skin diseases can have a major impact on the quality of life of those affected. It is therefore crucial to assess their numbers accurately at a population level. But there is no systematic study of epidemiologic data of skin disease in Sai Noi District, Nonthaburi.

Objective: This study aimed to determine the prevalence of skin disease in Sai Noi Hospital.

Methods: The study design is descriptive study. The retrospective data were collected. The samples were the persons over 15 and met physicians at outpatient department in Sai Noi Hospital and were diagnosed by physicians as some skin diseases from January 1, to December 31, 2019.

Results: The prevalence of skin disease in Sai Noi Hospital is 9.046% (5,948 cases from 65,750 of population). Top 10 prevalence could be distributed as follows: 1.cellulitis in 2.546% that could be distributed into unspecified site as the most common site, followed by limb and buttock; 2.carbuncle, furuncle and abscess in 3.334%; 3.dermatitis, unspecified in 0.887%; 4.dermatophytosis in 0.520%; 5.allergic contact dermatitis in 0.260%; 6.herpex zoster in 0.221%; 7.candidiasis in 0.204%; 8. herpex simplex in 0.128%; 9.epidermal cyst in 0.120%; and 10.decubitus ulcer in 0.102%.

Conclusion: The study shows that the prevalence of skin disease is 9.1%. Most cases are founded in infectious group. The most common disease is cellulitis, following by carbuncle, furuncle and abscess, dermatitis, unspecified, and urticaria. The result supports other previous studies showing that infectious disease is the most common skin disease in tropical region.

Keyword: prevalence, skin disease, skin disorders

Received : June 1 , 2020 Revised : June 10 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 440-453.

บทนำ

โรคทางผิวหนังเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคที่ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับมากขึ้นว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในแง่รายบุคคลเองหรือต่อสังคมส่วนรวม¹ ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต² ณ ปัจจุบันโรคทางผิวหนังถือเป็นภาระโรค (burden of disease) ลำดับที่ 4 ในกลุ่มโรคไม่ร้ายแรง³ การรับทราบข้อมูลทางโรคผิวหนังโดยเฉพาะจำนวนที่แน่นอนของผู้ป่วยแต่ละโรค จึงถือเป็นเรื่องจำเป็น ซึ่งในปัจจุบันพบว่า การศึกษาข้อมูลความชุก

ของโรคทางผิวหนังยังพบได้น้อย เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ⁴ โดยเฉพาะข้อมูลระดับนานาชาติที่ในปัจจุบันพบว่าการศึกษาความชุกของโรคผิวหนังระดับนานาชาติยังจำกัดอยู่ในไม่กี่โรคเท่านั้น เช่น atopic dermatitis⁵⁻⁷ itchy rash⁸ หรือ rosacea ในเยอรมันและรัสเซีย เป็นต้น

ในส่วนของประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับความชุกของการเกิดโรคทางผิวหนัง แต่จากข้อมูลทางสถิติบางอย่าง¹⁰ อาจทำให้เราได้ข้อสังเกตว่าโรคที่พบบ่อยมีแนวโน้มเปลี่ยนไป กล่าวคือ จาก

ข้อมูลผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของสถาบันโรคผิวหนัง ปีพ.ศ. 2561 พบว่า โรคอันดับหนึ่ง คือ สิวหรือภาวะ สิวสามัญ (acne vulgaris, 47.13 %) อันดับสอง คือ ผิวหนังอักเสบ (dermatitis, 18.92 %) ตามมาด้วย psoriasis vulgaris (สะเก็ดเงิน, 17.85 %) ซึ่งสอดคล้อง กับผู้มาใช้บริการในปี 2559-2560 (ปี 2560 ผู้เข้ารับ บริการด้วยเรื่องสิวสามัญ สะเก็ดเงิน และผิวหนังอักเสบ ตามลำดับ ในขณะที่ปี 2559 ผู้เข้ารับบริการด้วยเรื่อง สิวสามัญ ผิวหนังอักเสบ และสะเก็ดเงินตามลำดับ) ในทาง กลับกัน หากศึกษาข้อมูลย้อนหลังไปในปี 2554 - 2556 จะพบว่า ผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกมาพบแพทย์ด้วย ปัญหาโรคผิวหนังอักเสบหรือ dermatitis เป็นอันดับแรก คือ ร้อยละ 19.0 - 19.7 ตามมาด้วยสิวสามัญหรือ acne vulgaris เป็นลำดับที่ 2 คือ ร้อยละ 16.2 -17.9 และ โรคผิวหนังด้านความผิดปกติของเม็ดสี (disease of pigmentation) เป็นลำดับถัดมา คือร้อยละ 8.5 - 9.8 จะเห็นได้ว่า โรคทางผิวหนังที่พบมากที่สุดมีความ เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น

โรงพยาบาลไทรน้อย ตั้งอยู่ในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี มีพื้นที่รวม 186.02 ตารางกิโลเมตร แบ่งออกเป็น 1 เทศบาล 7 ตำบล 30,595 หลังคาเรือน มีประชากรรวม 65,750 คน (ข้อมูลเดือนธันวาคม 2562) สถานประกอบการประกอบไปด้วยโรงงานอุตสาหกรรม 277 แห่ง ร้านอาหาร 185 แห่งและร้านค้า 379 แห่ง จึงทำให้คนในพื้นที่ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้าง คือ ทำงานโรงงานมากที่สุดเป็นอันดับแรก ตามมาด้วย ค้าขาย เกษตรกรรม และอาชีพอื่นตามลำดับ

ผู้เขียนบทความเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่ได้ ออกลงตรวจ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ไทรน้อยแทบทุกวันเป็นระยะเวลากว่าหนึ่งปี พบว่า มีผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการด้วยปัญหาทางโรคผิวหนังใน ทุกวันที่ออกตรวจ จึงได้เกิดความสนใจในการรวบรวม ข้อมูลด้านความชุกของโรคทางผิวหนังในโรงพยาบาล ไทรน้อย เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการ

ส่งเสริม รักษาและป้องกันโรคทางผิวหนังของคนในพื้นที่ รวมถึงการค้นคว้าวิจัยต่อยอดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาหาความชุกของโรคทางผิวหนัง ในโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

วิธีการศึกษา

ศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาหาความชุกของโรคทางผิวหนังของผู้เข้ารับ บริการในโรงพยาบาลไทรน้อย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก เข้าคือ เป็นประชากรในเขตพื้นที่ไทรน้อยที่เข้ารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทุกราย โดยเข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 และได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรค ทางผิวหนัง และมีเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ เป็นประชากรในเขตพื้นที่ ผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในของ โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มาตรวจซ้ำ (ได้รับการตรวจและ วินิจฉัยโรคเดิมภายใน 2 สัปดาห์) และผู้ป่วยที่มาตรวจ ติดตามการรักษา โดยยึดข้อมูลจากการวินิจฉัยใน โปรแกรมจัดการฐานข้อมูล HOSXP ของโรงพยาบาล แบ่งตาม ICD - 10 จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาจัดแบ่ง เป็นกลุ่มโรค โดยข้อมูลจะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency), ค่าร้อยละ (percentage) และใช้ค่า 95% confidence interval (Wilson method, 1927) เพื่อ บ่งบอกความเที่ยงของผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรในเขตพื้นที่ไทรน้อย ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ไทรน้อยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีโรคทางผิวหนังและผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและ เกณฑ์การคัดออกเบื้องต้น ซึ่งได้มาจากการเลือก แบบเฉพาะเจาะจง (judgement sampling) โดยแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไปของโรงพยาบาลไทรน้อย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย
การศึกษานี้ให้ความสำคัญยิ่งกับการเก็บข้อมูล
ของผู้ป่วยเป็นความลับ โดยข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิจัย
จะถูกบันทึกโดยใช้รหัสแทนและข้อมูลจะถูกทำลาย
ภายใน 1 ปีหลังงานวิจัยสำเร็จ

การศึกษานี้ ได้ผ่านการขอรับพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนนทบุรี (ที่ 18/2563)

ผลการศึกษา

จากจำนวนประชากรทั้งหมด 65,750 ราย (N=
65,750) เป็นประชากรวัยผู้ใหญ่ (15 – 59 ปี) ร้อยละ 74.8

และวัยผู้สูงอายุร้อยละ (>= 60ปี) ร้อยละ 25.2 แบ่งเป็น
เพศหญิง 34,389 ราย เพศชาย 31,361ราย โดยสัดส่วน
ของประชากรชายต่อประชากรหญิงคิดเป็น 1:1.1 โดย
สิทธิ์การรักษามากที่สุดคือ สิทธิ์ universal coverage
(UC) หรือสิทธิ์ 30 บาทของโรงพยาบาลไทรน้อย

พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่มาพบแพทย์และได้
รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางผิวหนัง จำนวน 5,948 ราย
คิดเป็นร้อยละ 9.1 ของประชากรทั้งหมด สามารถ
แจกแจงคุณลักษณะของผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค
ทางผิวหนังได้ดังตารางที่ 1 และแจกแจงความชุกของ
โรคทางผิวหนังที่พบได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางผิวหนังของโรงพยาบาลไทรน้อย (patient demographics)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2,036	34.2
หญิง	3,912	65.8
อายุ		
15 - 30	812	13.6
31 - 45	1,104	18.6
46 - 60	2,645	44.5
60 ปีขึ้นไป	1,387	23.3
Mean (SD), Median (Min,Max)	48.67 (18.50), 52 (16/94)	
BMI		
< 21	1,377	23.1
21 - 23	1,545	26.0
> 23	3,026	50.9
Mean (SD), Median (Min,Max)	25.39 (6.42), 24 (19/30)	
โรคประจำตัว		
มี	1,820	30.6
ไม่มี	4,128	69.4

ตารางที่ 2 ความชุกของโรคผิดปกติทางผิวหนังโรงพยาบาลไทรน้อย

กลุ่มโรคใหญ่	กลุ่มโรค	โรค	จำนวน	ความชุก (ร้อยละ)	95% CI
โรคติดเชื้อทางผิวหนัง (infectious disease)	โรคติดเชื้อทางผิวหนัง กลุ่มแบคทีเรีย (bacterial skin infection)	Cellulitis	1674	2.546	2.426–2.666
		Cutaneous abscesses, Carbuncle, Furuncle	877	1.334	1.246–1.422
		Impetigo	77	0.116	0.091–0.143
		Skin infection, unspecified	43	0.065	0.049–0.088
		Pyoderma	21	0.032	0.021–0.049
		Other bacterial infection	20	0.030	0.019–0.044
		Acne vulgaris	10	0.015	0.009–0.028
	โรคติดเชื้อผิวหนังกลุ่มรา (fungal skin infection)	Dermatophytosis	344	0.520	0.471–0.581
		Candidiasis	134	0.204	0.172–0.241
		Pityriasis vesicolor	22	0.033	0.022–0.051
	โรคติดเชื้อทางผิวหนัง กลุ่มไวรัส (viral skin infection)	Herpes Zoster	145	0.221	0.187–0.259
		Herpes Simplex Infection	84	0.128	0.103–0.158
		Viral warts	51	0.078	0.059–0.102
		Varicella	38	0.058	0.042–0.079
	โรคติดเชื้อทางผิวหนัง กลุ่มโปรโตซัว (protozoa skin infection)	Scabies	29	0.044	0.031–0.063
		Pediculosis and phthiriasis	1	0.002	0.000–0.005

ตารางที่ 2 ความชุกของโรคผื่นปฏิกิริยาทางผิวหนังโรงพยาบาลไทรน้อย (ต่อ)

กลุ่มโรคใหญ่	กลุ่มโรค	โรค	จำนวน	ความชุก (ร้อยละ)	95% CI
โรคไม่ติดเชื้อทางผิวหนัง (non-infectious disease)	ความผื่นปฏิกิริยาชนิดตุ่ม น้ำพอง (bullous disorder)	Pemphigus	6	0.009	0.004–0.020
		Pemphigoid	4	0.006	0.003–0.016
		Other bullous disorder	4	0.006	0.003–0.016
	ผิวหนังอักเสบ (dermatitis and eczema)	Dermatitis, unspecified	583	0.887	0.818–0.961
		Allergic contact dermatitis	171	0.260	0.224–0.302
		Atopic dermatitis	54	0.082	0.063–0.107
		Irritant contact dermatitis	52	0.079	0.059–0.104
		Unspecified contact dermatitis	47	0.071	0.054–0.095
		Seborrheic dermatitis	11	0.017	0.010–0.030
		Pruritus	9	0.014	0.008–0.026
		Other dermatitis	7	0.011	0.005–0.022
	กลุ่มโรคทางผิวหนัง ชนิดสะเก็ด (papulosquamous disorders)	Psoriasis	40	0.061	0.045–0.083
		Lichen planus	9	0.014	0.008–0.026
		Other papulosquamous disorders	7	0.011	0.005–0.022

ตารางที่ 2 ความชุกของโรคผิดปกติทางผิวหนังโรงพยาบาลไทรน้อย (ต่อ)

กลุ่มโรคใหญ่	กลุ่มโรค	โรค	จำนวน	ความชุก (ร้อยละ)	95% CI
	กลุ่มโรคลมพิษและ ผิวหนังแดงผิดปกติ (urticaria and erythema)	Urticaria	310	0.471	0.422–0.527
		Erythema nodosum	2	0.003	0.001–0.011
		Erythema multiforme	2	0.003	0.001–0.011
	กลุ่มโรคความผิดปกติของ รยางค์ผิวหนัง (disorders of skin appendages)	Epidermal cyst	79	0.120	0.096–0.150
		Alopecia areata	16	0.024	0.015–0.040
		Other follicular disorder	15	0.023	0.014–0.038
		Nail disorder, unspecified	10	0.015	0.009–0.028
		Ingrowing nail	8	0.012	0.006–0.024
	กลุ่มโรคความผิดปกติ แบบอื่นของผิวหนังและ เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (other disorders of the skin and subcutaneous tissue)	Miliaria	5	0.008	0.004–0.018
		Hair loss	4	0.006	0.003–0.016
		Decubitus ulcer	67	0.102	0.081–0.129
		Skin ulcer	66	0.100	0.079–0.128
		Hypertrophic scar	58	0.088	0.068–0.114
		Corns and callosities	41	0.062	0.046–0.085
		Granulomatous disorder	9	0.014	0.008–0.026

ตารางที่ 2 ความชุกของโรคผิดปกติทางผิวหนังโรงพยาบาลไทรน้อย (ต่อ)

กลุ่มโรคใหญ่	กลุ่มโรค	โรค	จำนวน	ความชุก (ร้อยละ)	95% CI
		Vitiligo	9	0.014	0.008–0.026
		Atrophic disorder of skin	5	0.008	0.004–0.018
		Radiation-related disorders of skin	5	0.008	0.004–0.018
		Connective tissue disorder	4	0.006	0.003–0.016

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางผิวหนัง สามารถแจกแจงความชุกและจัดแบ่งตามกลุ่มโรคได้ดังตารางเบื้องต้น

นอกจากนี้ โรคที่พบความชุกมากที่สุด คือ cellulitis ยังสามารถแจกแจงได้เพิ่มเติมตามตำแหน่งที่เกิดโรสดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกของโรค cellulitis ตามตำแหน่งที่เกิดโรคของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไทรน้อย

โรค	ตำแหน่งที่เกิดโรค	จำนวน	ร้อยละ (ต่อจำนวนคนเกิดโรค cellulitis ทั้งหมด)	ความชุก (ร้อยละ)	95% CI
Cellulitis	Unspecified	1077	64.3	1.638	1.544 – 1.738
	Limb	315	18.8	0.479	0.429 – 0.535
	Finger and toe	185	11.1	0.281	0.244 – 0.325
	Trunk	52	3.1	0.079	0.046 – 0.104
	Face	33	2.0	0.050	0.036 – 0.066
	Other sites	12	0.7	0.018	0.003 – 0.032

จากตารางที่ 3 จะพบว่าโรค cellulitis ที่พบบ่อยที่สุดคือ cellulitis, unspecified หรือไม่ระบุตำแหน่ง ตามมาด้วย limb (รยางค์), finger and toe (นิ้วมือและนิ้วเท้า), trunk (ลำตัว), face (ใบหน้า) และ other sites (ตำแหน่งอื่น) ตามลำดับ

และในส่วน of โรคที่พบบ่อยจากการทำงาน ได้แก่ contact dermatitis สามารถแจกแจงตามสาเหตุการเกิดโรค ได้ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ความชุกของโรค allergic contact dermatitis ตามสาเหตุการเกิดโรคของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไทรน้อย

โรค	โรคย่อย	จำนวน	ร้อยละ (ต่อจำนวนคนเกิดโรค allergic contact dermatitis ทั้งหมด)	ความชุก (ร้อยละ) (ร้อยละ)	95% CI
Allergic contact dermatitis	Allergic contact dermatitis, unspecified cause	139	81.3	0.211	0.179 – 0.250
	Allergic contact dermatitis due to chemical products	7	4.1	0.011	0.005 – 0.022
	Allergic contact dermatitis due to cosmetics	6	3.5	0.009	0.004 – 0.020
	Allergic contact dermatitis due to metals	4	2.4	0.006	0. 003- 0.015
	Allergic contact dermatitis due to foods	2	1.2	0.003	0.001 – 0.011
	Allergic contact dermatitis due to other agents	10	5.9	0.015	0.007 – 0.028

ตารางที่ 5 ความชุกของโรค irritant contact dermatitis ตามสาเหตุการเกิดโรคของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไทรน้อย

โรค	โรคย่อย	จำนวน	ร้อยละ (ต่อจำนวนคนเกิดโรค โรค irritant contact dermatitis ทั้งหมด)	ความชุก (ร้อยละ) (ร้อยละ)	95% CI
Irritant contact dermatitis	Irritant contact dermatitis, unspecified	29	55.8	0.044	0.031 – 0.063
	Irritant contact dermatitis due to metals	18	34.6	0.027	0.017 – 0.043
	Paederus irritant contact dermatitis	3	5.8	0.005	0.002 – 0.013
	Irritant contact dermatitis due to chemical products	2	3.9	0.003	0.001 – 0.011

จากตารางที่ 4 จะพบว่าโรค allergic contact dermatitis หรือผื่นแพ้สัมผัส แฉกแฉกตามสาเหตุการเกิดโรค พบ allergic contact dermatitis, unspecified cause คือไม่ระบุสาเหตุมากเป็นอันดับแรกตามด้วย allergic contact dermatitis due to chemical products, cosmetics and metals คือผื่นแพ้สัมผัสที่เกิดจากผลิตภัณฑ์ทางเคมี เครื่องสำอาง และโลหะตามลำดับ ในขณะที่ตามตารางที่ 5 จะพบว่าผื่นระคายเคืองหรือ irritant contact dermatitis พบสาเหตุที่ทำให้เกิดมากที่สุด คือ irritant contact dermatitis, unspecified หรือไม่ระบุสาเหตุ ตามด้วย irritant contact dermatitis due to metal, paederus and chemical products คือ ผื่นระคายเคืองที่เกิดจากจากโลหะ จากด้วงก้นกระดก และจากผลิตภัณฑ์ทางเคมีตามลำดับ

วิจารณ์

การศึกษาร้านนี้พบความชุกของโรคทางผิวหนังทุกโรคอยู่ที่ 9 คนต่อประชากร 100 คน โดยจากโรคทางผิวหนังทั้งหมด แบ่งย่อยไปเป็น 2 กลุ่มโรคใหญ่ คือกลุ่มโรคติดเชื้อและกลุ่มโรคไม่ติดเชื้อ พบว่ากลุ่มโรคติดเชื้อมีความชุกมากกว่ากลุ่มโรคไม่ติดเชื้อ อยู่ที่ร้อยละ 5.426 และ 2.659 ตามลำดับ โดยความชุกของกลุ่มโรคติดเชื้อคือ กลุ่มโรคติดเชื้อแบคทีเรียร้อยละ 4.140 กลุ่มโรคติดเชื้อราร้อยละ 0.760 กลุ่มโรคติดเชื้อไวรัสร้อยละ 0.489 และโรคติดเชื้อกลุ่มโปรโตซัวร้อยละ 0.046 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มโรคไม่ติดเชื้อที่พบความชุกมากที่สุด คือ กลุ่มผิวหนังอักเสบ (dermatitis and eczema) ร้อยละ 1.436 กลุ่มลมพิษหรือผิวหนังแดงผดผื่น (urticaria and erythema) ร้อยละ 0.479 กลุ่มโรคความผิดปกติแบบอื่นของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (other disorders of the skin and subcutaneous tissue) ร้อยละ 0.406 กลุ่มโรคความผิดปกติของรยางค์ผิวหนัง (disorders of skin appendages) ร้อยละ 0.234 กลุ่มโรคทางผิวหนังชนิดสะเก็ด (papulosquamous

disorders) ร้อยละ 0.085 และความผิดปกติชนิดตุ่มน้ำพอง (bullous disorders) ร้อยละ 0.021

โดยเมื่อแบ่งแยกย่อยเป็นตัวโรครวมทั้งสองกลุ่ม พบว่า โรคที่มีความชุกสูงที่สุด (ร้อยละ 2.546) คือ cellulitis หรือโรคเนื้อเยื่ออักเสบซึ่งอยู่ในกลุ่มโรคติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 46.9 ของกลุ่มโรคติดเชื้อและร้อยละ 28.2 ของกลุ่มโรคทางผิวหนังทั้งหมด โรคที่มีความชุกเป็นลำดับ2 (ร้อยละ 1.334) คือ carbuncle, furuncle, abscess หรือฝีหนองซึ่งอยู่ในกลุ่มโรคติดเชื้อเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 25.6 ของกลุ่มโรคติดเชื้อและร้อยละ 14.7 ของกลุ่มโรคทางผิวหนังทั้งหมด ตามมาด้วยลำดับที่ 3 และ 4 คือ dermatitis, unspecified และ urticaria ซึ่งทั้ง 2 โรคนี้อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดเชื้อ โดยมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 0.887 และ ร้อยละ 0.471ตามลำดับ แต่หากรวมกลุ่มโรค dermatitis เข้าด้วยกันทั้งหมด จะพบว่าความชุกของการเกิดโรคจะพบเป็นลำดับสอง รองจาก cellulitis อยู่ที่ร้อยละ 1.436

โรคที่พบความชุกมากที่สุดลำดับแรก คือ cellulitis จึงได้มีการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมถึงตำแหน่งที่เกิดโรคพบว่า cellulitis, unspecified หรือไม่ระบุตำแหน่งพบมากเป็นอันดับแรก อยู่ที่ร้อยละ 64.3 ต่อจำนวนคนที่เกิดโรค cellulitis ทั้งหมดหรืออยู่ที่ความชุก 1.638 ตามด้วย limb, finger and toe, trunk อยู่ที่ร้อยละ 18.8, 11.1, 3.1 และความชุก 0.479, 0.281, 0.079 ตามลำดับ รวมถึงตำแหน่งอื่นที่พบคือ face และ other sites

กลุ่มโรค dermatitis โดยเฉพาะผื่นแพ้ที่เกิดจากการสัมผัสหรือ contact dermatitis เป็นอีกหนึ่งโรคที่พบได้มาก โดยโรคในกลุ่มนี้สามารถแบ่งย่อยโดยมี 2 โรคหลัก ได้แก่ allergic contact dermatitis (ผื่นแพ้สัมผัส) และ irritant contact dermatitis (ผื่นระคายเคือง) ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลไทรน้อยพบว่า มีผู้ป่วยในกลุ่ม allergic contact dermatitis มากกว่า irritant contact dermatitis ในอัตราส่วน 3.3:1 ซึ่งในกลุ่ม allergic contact dermatitis เอง

พบว่าสาเหตุอันดับหนึ่งเกิดจาก allergic contact dermatitis, unspecified cause คือไม่ระบุสาเหตุ ตามด้วย allergic contact dermatitis due to chemical products, allergic contact dermatitis due to cosmetics, allergic contact dermatitis due to metals คือ ผื่นแพ้สัมผัสที่เกิดจากผลิตภัณฑ์ทางเคมี เครื่องสำอาง และโลหะ ตามลำดับ ในขณะที่ผื่นระคายเคืองหรือ irritant contact dermatitis พบสาเหตุที่ทำให้เกิดมากที่สุด คือ irritant contact dermatitis, unspecified หรือไม่ระบุสาเหตุ ตามด้วย irritant contact dermatitis due to metal, paederus irritant contact dermatitis, irritant contact dermatitis due to chemical products คือ ผื่นระคายเคืองจากโลหะ จากตัวงักนกระดก และจากผลิตภัณฑ์ทางเคมีตามลำดับ

เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ยกตัวอย่างเช่นการศึกษาของ Svensson และคณะ⁴ ในปี 2017 ซึ่งทำการเก็บข้อมูลใน 5 ประเทศ ได้แก่ เยอรมัน อิตาลี เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส และสวีเดน พบว่า โรคที่พบมากเป็นอันดับแรก ได้แก่ viral warts ร้อยละ 41.3 ตามด้วย acne ร้อยละ 19.2 other eczema ร้อยละ 14.2 urticaria ร้อยละ 9.2 contact dermatitis ร้อยละ 8.3 atopic dermatitis ร้อยละ 7.1 และ psoriasis ร้อยละ 4.6 ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของ Hay และคณะ¹¹ ที่กล่าวว่าโรคที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ warts, acne, และ atopic dermatitis ตามลำดับ

ในขณะที่การศึกษาของ Borda¹² พบว่ากลุ่มโรคติดเชื้อเป็นกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 58 ของกลุ่มโรคทางผิวหนังทั้งหมดเรียงตามลำดับความชุกคือ fungal infection (ร้อยละ 40.0), bacterial infection (ร้อยละ 7.7), parasitic infection (ร้อยละ 7.1) และ viral infection (ร้อยละ 3.2) ซึ่งจากงานวิจัยนี้ ผู้เขียนได้กล่าวว่าปัจจัยแวดล้อมต่างๆ อาทิ สภาพภูมิศาสตร์ คือการเป็นประเทศในเขตร้อน การเกษตรกรรม ความอุดมสมบูรณ์ของแหล่งน้ำ ส่งผลให้ความชุก

มีลักษณะดังกล่าว¹³⁻¹⁵ ซึ่งคล้ายคลึงกันกับในประเทศเขตร้อนอื่นซึ่งได้มีการศึกษาก่อนหน้า ได้แก่ ประเทศมาลี ไนจีเรีย และกานา¹⁶⁻¹⁸ ยิ่งไปกว่านั้น ผลการศึกษาความชุกของโรคทางผิวหนังใน Peruvian Rainforest¹⁴ มีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาในมาชิ่งซันในแง่ของการติดเชื้อ fungal เป็นลำดับที่หนึ่ง โดยผู้เขียนให้ความเห็นว่า อาจเป็นเพราะสภาพอากาศร้อนชื้น เป็นตัวส่งผลให้เกิดการเจริญเติบโตที่ดีของเชื้อกลุ่ม Malassezia ซึ่งเป็นเชื้อก่อโรคหลักในกลุ่ม fungal infection ได้

สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีรายงานข้อมูลความชุกของโรคทางผิวหนังเป็นกิจจะลักษณะ เคยมีผู้ทำการศึกษาความชุกของความผิดปกติทางผิวหนังในผู้ป่วย HIV ในปี 2004 พบว่าความผิดปกติทางผิวหนังที่พบบ่อยที่สุดคือในผู้ป่วย HIV คือ xerosis (ร้อยละ 73.3) และ oral candidiasis (ร้อยละ 54.2)¹⁹ ในขณะเดียวกันมีรายงานการศึกษาข้อมูลทางสถิติของการเกิดโรคจากการทำงานในประเทศไทยปี 2551²⁰ พบว่าโรคผิวหนังจากการทำงานพบมากเป็นอันดับสองของโรคจากการทำงาน และสถิติโรคผิวหนังจากการทำงานปี 2550 -2552²¹ ของสถาบันโรคผิวหนัง พบว่าร้อยละ 90 ของโรคผิวหนังที่เกิดจากการทำงานมีสาเหตุจากโรคผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสหรือ contact dermatitis ซึ่งเกิดจากการระคายเคืองหรือ irritant contact dermatitis มากกว่าการแพ้หรือ allergic contact dermatitis

จากผลการศึกษาในครั้งนี้จะพบว่า ความชุกของโรคทางผิวหนังในโรงพยาบาลไทรน้อย มีความคล้ายคลึงกันกับผลการศึกษาความชุกโรคทางผิวหนังของประเทศเฮติและประเทศเขตร้อนอื่น คือ พบกลุ่มโรคติดเชื้อมากกว่ากลุ่มไม่ติดเชื้อ แตกต่างกันในอำเภอไทรน้อยพบการติดเชื้อแบคทีเรียมากเป็นอันดับแรก โดยมีข้อน่าสังเกตว่า ประเทศไทยเองก็เป็นประเทศในเขตร้อนและอาชีพของประชากรในเขตพื้นที่ไทรน้อยที่ได้ทำศึกษานั้น อาชีพเกษตรกรรมพบมากเป็นลำดับที่ 2 ข้อมูลการศึกษานี้จึงค่อนข้างสอดคล้องไปในทิศทางที่มีผู้ได้เคยศึกษาไว้ว่า ประเทศแถบเขตร้อนมักมีความ

ชุกของโรคทางผิวหนังเป็นโรคติดเชื้อมากกว่า ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในประเทศยุโรปซึ่งเป็นกลุ่มประเทศเขตอบอุ่น ที่พบว่าโรคที่พบเป็นอันดับแรกคือ viral warts ที่แม้จะเป็นโรคติดเชื้อ แต่เป็นเชื้อไวรัสที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับสภาพภูมิศาสตร์ รวมถึงโรคที่พบรองถัดมาล้วนเป็นโรคไม่ติดเชื้อทั้งสิ้น

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มโรค dermatitis ที่พบจากการศึกษา ทั้งในกลุ่ม allergic contact dermatitis และ irritant contact dermatitis ต่างพบความชุกในกลุ่มแพ้โลหะ (due to metals) ด้วยกันทั้ง 2 กลุ่ม สอดคล้องไปกับข้อมูลจากในการศึกษาข้อมูลของสถาบันโรคผิวหนังที่ผ่านมาที่พบว่า nickel sulfate ที่พบในโลหะเป็นสารก่อภูมิแพ้ลำดับที่ 3 ในโรคที่เกิดจากการทำงาน ซึ่งตรงกับกันรายงานในต่างประเทศเช่นกัน

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดคือ การลงการวินิจฉัยโรคทั้งหมดเป็นไปตามความเห็นของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ไม่ได้ลงความเห็นโดยแพทย์ specialists ซึ่งถือเป็น gold standard ในปัจจุบัน รวมถึงการวินิจฉัยโรคทั้งหมดนั้นมาจากการวินิจฉัยจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ไม่ได้ได้รับการยืนยันการตรวจด้วยชิ้นเนื้อหรือทางห้องปฏิบัติการอื่น และอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการ อาจไม่ใช่ตัวแทนของประชากรทั้งหมด เนื่องจากด้วยเศรษฐกิจของคนในพื้นที่ อาจทำให้กลุ่มคนบางส่วนยังคงประสบปัญหาการเข้าถึงการรับบริการของโรงพยาบาล จึงอาจทำให้ข้อมูลบางประการยังอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

สรุป

การศึกษานี้พบว่า ความชุกของโรคทางผิวหนังของผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลไทรน้อยอยู่ที่ร้อยละ 9.1 โดยเป็นโรคติดเชื้อมากกว่าโรคไม่ติดเชื้อ โรคที่พบมากที่สุดสองลำดับแรกคือ cellulitis และ carbuncle, furuncle และ abscess ตามมาด้วย

dermatitis, unspecified, และ urticaria ซึ่งอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดเชื้อ ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับที่มีผู้ได้เคยทำการศึกษาก่อนหน้าว่า ความชุกของโรคทางผิวหนังของประเทศที่อยู่ในเขตร้อนพบในกลุ่มโรคติดเชื้อมากกว่าโรคไม่ติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่าความชุกของโรคผิวหนังพบในกลุ่มโรคติดเชื้อมากกว่า จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการลดโอกาสการเกิดโรคคือ บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่สามารถทำกิจกรรม health promotion อาทิ การรณรงค์ให้ความรู้กับคนในพื้นที่ ทั้งในแง่ที่เกี่ยวกับตัวโรค วิธีการติดเชื้อ ตลอดจนการดูแลรักษาทำความสะอาดตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวไปจนถึงการป้องกันตนเอง เพื่อให้คนในพื้นที่ได้มีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เป็นแนวทางในการเกิดลดการเกิดโรคได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นางชารินทร์ มัยจิน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลไทรน้อย ที่ช่วยสืบค้นข้อมูลที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Hay RJ, Johns NE, Williams HC et al . The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. J Invest Dermatol. 2014; 134(6):1527–34. doi: 10.1038/jid.2013.446.
2. Lewis V, Finlay AY. 10 years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). J Investig Dermatol Symp Proc 2004; 9(2): 169–80. doi: 10.1111/j.1087-0024.2004.09113.x.

3. Wolkenstein P, Grob JJ, Bastuji-Garin S et al. French people and skin diseases: results of a survey using a representative sample. *Arch Dermatol*. 2003; 139(12): 1614–19; discussion 1619. doi: 10.1001/archderm.139.12.1614.
4. Svensson. Prevalence of skin disease in a population - based sample of adults from five European countries. *Br J Dermatol*. 2018; 178(5): 1111-8. doi: 10.1111/bjd.16248.
5. Williams H, Robertson C, Stewart A et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *J Allergy Clin Immunol*. 1999; 103(1 Pt 1): 125–38. doi: 10.1016/s0091-6749(99)70536-1.
6. Williams H, Stewart A, von Mutius E et al. Is eczema really on the increase worldwide?. *J Allergy Clin Immunol*. 2008; 121(947–54): e15. doi: 10.1016/j.jaci.2007.11.004.
7. Deckers IAG, McLean S, Linssen S et al. Investigating international time trends in the incidence and prevalence of atopic eczema 1990–2010: a systematic review of epidemiological studies. *PLoS One*. 2012; 7(7): e39803. doi: 10.1371/journal.pone.0039803
8. Naldi L, Cazzaniga S, Gonçalo M et al. Prevalence of self-reported skin complaints and avoidance of common daily life consumer products in selected European Regions. *JAMA Dermatol*. 2014; 150(2): 154–63. doi: 10.1001/jamadermatol.2013.7932.
9. Tan J, Schöfer H, Araviiskaia E et al. Prevalence of rosacea in the general population of Germany and Russia – the RISE study. *J Eur Acad Dermatol Venereology*. 2016; 30(3): 428–34. doi: 10.1111/jdv.13556.
10. สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย, สถิติโรคผู้ป่วยนอก พ.ศ.2554 – 2556, 2559-2561.
11. Hay RJ, Johns NE, Williams HC et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol*. 2014; 134(6): 1527–34. doi: 10.1038/jid.2013.446
12. Borda LJ, Louis SJ, Fethiere M, et al. Prevalence of Skin Disease in Urban Haiti: A Cross-Sectional Study. *Dermatology*. 2019; 235(6): 495-500. doi: 10.1159/000503061.
13. Arria M, Rodriguez-Morales AJ, Franco-Paredes C. Ecoepidemiología de las enfermedades tropicales en países de la cuenca Amazónica. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2005; 22: 236–40.
14. Gutierrez EL, Galarza C, Ramos W, et al. Skin diseases in the Peruvian Amazonia. *Int J Dermatol*. 2010; 49(7): 794–800. doi: 10.1111/j.1365-4632.2010.04473.x.
15. Kelly J, Chiaravalloti A. Prevalence of dermatologic disease in rural Haiti. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 70(5): AB83. doi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.01.345
16. Mahé A, Cissé IAH, Faye O, et al. Skin diseases in Bamako (Mali). *Int J Dermatol*. 1998; 37(9): 673–6. doi: 10.1046/j.1365-4362.1998.00454.x.

17. Onayemi O, Isezuo SA, Njoku CH. Prevalence of different skin conditions in an outpatients' setting in north-western Nigeria. *Int J Dermatol*. 2005; 44(1): 7–11. doi: 10.1111/j.1365-4632.2004.02298.x.
18. Doe PT, Asiedu A, Acheampong JW, et al. Skin diseases in Ghana and the UK. *Int J Dermatol*. 2001; 40(5): 323–6. doi: 10.1046/j.1365-4362.2001.01229.x.
19. Wiwanitkit V. Prevalence of dermatological disorders in Thai HIV-infected patients correlated with different CD4 lymphocyte count statuses. *Int J Dermatol*. 2004; 43(4): 265–8. doi: 10.1111/j.1365-4632.2004.01649.x.
20. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. สถิติการเกิดโรคจากการทำงานในประเทศไทยปี พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร; 2551.
21. ประณีต สัจจเจริญพงษ์. โรคผิวหนังจากการทำงาน. ใน: อุดุลย์ บัณฑิตกุล, บรรณาธิการ. ตำราอาชีพเวชศาสตร์ (Textbook of occupational medicine). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554. หน้า 667-89.

รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา : OIMCCE Model Phaholpolpayuhasaena Hospital Care Management Model for Ischemic Stroke Patients to Enhance Activity of Daily Living: OIMCCE Model

อวยพร จงสกุล ป.พ.ส.,
ศิริพร สีสันต์ ป.พ.ส.,
กัญญา เลียนเครือ วท.ม.,
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
จังหวัดกาญจนบุรี
ศิริกุล การุณเจริญพานิชย์ ปร.ด.,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
จังหวัดราชบุรี

Auayporn Chongsakul Dip. In N.S.,
Siriporn Srisun Dip. In N.S.,
Kunya Liankruea M.Sc.,
Phaholpolpayuhasaena Hospital
Kanchanaburi
Sirikul Karuncharearnpanit Ph.D.,
Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj
Ratchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก มีความรุนแรงเนื่องจากทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและเกิดภาวะพึ่งพิงได้ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมีการรักษาที่ก้าวหน้าและมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ยังมีช่องว่างในการดูแลอย่างเป็นระบบและไร้รอยต่ออยู่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำการศึกษาและพัฒนาซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ก่อนการพัฒนารูปแบบ 2) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และ 3) ทดสอบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการดูแลที่พัฒนาขึ้น (OIMCCE model)

วิธีการศึกษา: รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นการทบทวนรายงานเวชระเบียน การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม และญาติผู้ดูแล จำนวน 10 คู่ และทีมสหวิชาชีพ จำนวน 9 คน เกี่ยวกับระบบการจัดการดูแลก่อนพัฒนารูปแบบ ปัญหาอุปสรรคและความต้องการการดูแล และสังเกตลักษณะการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ทำโดยประชุม

ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและทีมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งพิจารณาจากปัญหาและอุปสรรคและความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผลการวิจัยในระยะที่ 1 และหาแนวทางการแก้ไข ระยะที่ 3 เป็นการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลที่พัฒนาขึ้นต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล มีรูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจำนวน 60 คู่ แล้วแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล และแบบบันทึกการตรวจสอบการปฏิบัติตามรูปแบบของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ independent t-test

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเดิมสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคดังนี้ 1) การผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ไม่รวดเร็วหรือไม่ทันเวลาที่กำหนดไว้ เนื่องจาก การขาดแคลนจำนวนบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และ พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการให้ยา 2) แนวปฏิบัติยังไม่มีกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 3) ขาดระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านจึงได้มีการนำปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวมาจัดการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาในระยะที่ 2 ได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง OIMCCE โดยมีองค์ประกอบดังนี้ 1) การกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ชัดเจนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ (objectives) 2) การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ (interdisciplinary team) 3) การบริหารจัดการ (management) 4) การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (clinical practice) 5) การพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลและระบบการจำหน่ายผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (caregivers' ability) และ 6) การติดตามประเมินผลอย่างชัดเจนทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน (evaluation and home visit) ระยะที่ 3 ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความสามารถของผู้ดูแลหลักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 (SD=0.28) ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบร้อยละ 100 และไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่าย

สรุป: ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง มีประสิทธิผล ทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลและสามารถไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วย เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการสนับสนุน ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ รูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ความสามารถของผู้ดูแล กิจวัตรประจำวัน

ABSTRACT

Objective: Ischemic stroke is a major health problem in Thailand because of its high prevalence, high mortality and dependence. Although, current advanced technology leads to an increase of survival rate, there are some gaps in care management and seamless care system. Therefore, the researchers undertook the research and development research design of this study. This study aimed to 1) explore situations of care management system for ischemic stroke patients of Phaholpolpayuhasaena Hospital; 2) develop the Care Management Model to Enhance Activity of Daily Living; and 3) examine the effect of developed care management model to enhance activity of daily living of Phaholpolpayuhasaena Hospital: OIMCCE Model.

Methods: Research and development research design was used for this study which had three phases. Phase I, the situations of care management system for ischemic stroke patients of Phaholpolpayuhasaena Hospital; data including previous and current care management system, issues and needs of care, were collected from reviewing patient charts, interviewing 10 dyads of stroke patients and their caregivers and nine interdisciplinary teams involving in stroke care and observing real situation of stroke care. Data were analyzed using content analysis. Phase II, development of the care management model to enhance activity of daily living; an appropriate care management model were developed based on results from phase I. Phase III, the effect of developed care management model to enhance activity of daily living for stroke patients receiving care in Phaholpolpayuhasaena Hospital were examined using quasi experimental research: two groups pretest posttest design. Sixty dyads of stroke patients and their caregivers who met the inclusion criteria were recruited to this phase and randomly assigned into two groups: an intervention group receiving the developed care management system and a control group receiving normal care management system. Research instrument included 1) the developed stroke care management model 2) Bathel ADL measurement, caregivers competence evaluation, and satisfaction evaluation. Reliability tests of research instruments were 0.89 and 0.82 respectively. Frequency, percentages, mean, standard deviations and independent t test were applied for this study.

Results: the result of phase I revealed that the previous care management model was good but there were some obstacles: 1) door to needle time was higher than the criteria because of a lack of personnel experience in stroke care and emergency department nurses felt uncomfortable to care for stroke patients during receiving medication; 2) there was no mutual goal among interdisciplinary team and caregivers; and 3) lack of effective discharge planning and referring back to homes, Based on the phase I results, the new stroke care management model (OIMCCE) including 1) mutual goal /objective arrangement among stroke patients, caregivers and interdisciplinary team (objective); 2) mutual working among interdisciplinary teams (interdisciplinary team); 3) management;

4) clinical practice using nursing process and clinical practice guideline (clinical practice); 5) caregivers' competence improvement and seamless care (caregivers' ability); and 6) evaluation and home visit. (evaluation). Phase III results were 1) average scores of activity of daily living score, caregivers ability score, satisfaction score of the intervention group were higher than the control group statistical significantly ($p < .05$). Dyads of stroke patients and caregivers satisfied the care at high level ($M = 3.95$, $SD = 0.28$). All interdisciplinary teams satisfied on the developed care management model (100%) and no major complications of stroke patients in the hospital and after discharging.

Conclusion: The developed stroke care management model of Phaholpolpayuhasaena Hospital can be implemented and improve activity of daily living of stroke patients and caregivers' ability. Therefore, this model can be applied widely to provide an effective care for stroke patients and their caregivers.

Keywords: model development, care management model, stroke patients, caregivers' competence, activity of daily living

Received : June 1 , 2020 Revised : June 10 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 454-471.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจาก โรคหลอดเลือดสมอง (stroke or cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย มีความรุนแรงถึงชีวิตถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตแต่ก่อให้เกิดความพิการในระยะยาวและทำให้เกิดความเสียหายต่อเศรษฐกิจและสังคมเป็นได้เป็นอย่างมากโดยเฉพาะกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง¹ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียชีวิตในระยะเฉียบพลัน และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนอย่างเป็นปกติสุข² ซึ่งแนวทางของการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ ต้องให้การบำบัดรักษาโดยเร็วที่สุดเพื่อลดอัตราการตายและความพิการที่รุนแรงอย่างถาวรรวมทั้งการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการและให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองได้มากที่สุด²

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ของผู้ป่วยและครอบครัว ผลกระทบทางด้านร่างกายที่สำคัญคือภาวะทุพพลภาพ การพึ่งพา รวมถึงสูญเสียด้านความคิดและปัญญา โดยเฉพาะความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน³ ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจสังคม เช่น เครียด สับสน ซึมเศร้า หรือท้อแท้ตามมา แม้แต่ในกลุ่มที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือมีโรคหลอดเลือดสมองระดับเล็กน้อย (minor stroke)⁴ และมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกประมาณ 3,000 บาท ต่อคนและต่อวัน⁵ การมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐอย่างน้อยปีละ 100,000-1,000,000 บาท⁶ และจากการศึกษาของสถาบันประสาทวิทยาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเท่ากับ 118,580 บาทต่อคน ทั้งนี้

ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและการที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น⁵ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้การดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวหรือจัดการกับผลกระทบที่ผู้ป่วยเผชิญได้อย่างเหมาะสม และสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพ การสาธารณสุขที่ผ่านมาได้พยายาม ส่งเสริมการเข้าถึง stroke fast tract ในระยะเฉียบพลันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมง² หลังเกิดอาการ ผลจากการศึกษาถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ในระยะแรกของการดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2554 ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เช่น ระยะเวลาในการให้ยา อัตราการตาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพเร็วภายใน 72 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA ในระยะแรกยังมีอัตราการสูงถึงร้อยละ 12.8 และเริ่มมีแนวโน้มที่ดีขึ้นตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2556 เช่น การลดความพิการหรือทุพพลภาพของผู้ป่วยหลังจากให้ยาซึ่งเป็นตัวชี้วัดใหม่สามารถผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดได้⁵ ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินเกี่ยวกับความพิการหรือทุพพลภาพคือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การที่จะสามารถลดความพิการหรือทุพพลภาพของผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องมีรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับบริบทเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการอย่างมีประสิทธิภาพ^{7, 8} โดยเฉพาะในระยะหลังจากที่พ้นจากระยะวิกฤติแล้ว และเป็นระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ขึ้นระยะนี้มีเป้าหมายที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย

จิตใจ และสังคมเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข⁹ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามอัตภาพและกลับไปมีชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนหลังการจำหน่ายเป็นช่วงที่ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องปรับตัวในการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านซึ่งอาจมีความยุ่งยากและสับสนในการปรับบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทของผู้ป่วย⁹ ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ได้รับการตอบสนองความต้องการ ตลอดจนได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว¹⁰

โรงพยาบาลพลพลพวยหเสนามีการปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ.2558 เป็นต้นมา แต่ยังพบปัญหาและโอกาสพัฒนา คือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันในระยะเมื่อพ้นระยะวิกฤตเรื้อรังค่อนข้างไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทีมสหสาขาวิชาชีพมุ่งดูแลตามอาการ อาการสำคัญที่ปรากฏ และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายยังล่าช้าและการได้รับการฟื้นฟูด้านจิตใจน้อย รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ครอบคลุม ผู้ป่วย ไม่ได้รับการฟื้นฟูในระยะเวลาที่เหมาะสม คณะผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและประสิทธิภาพครอบคลุมการดูแลทุกระยะ ลดอัตราการตาย ส่งเสริมการฟื้นหายลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนให้ได้มากที่สุด ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อการศึกษาสถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (OIMCCE) ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living: ADL)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยและพัฒนา (research and development research) กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจำนวน 10 คู่ และทีมสหสาขาวิชาชีพ 9 คนที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ไม่ต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มหลักคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2562-30 กันยายน 2562 มีค่าคะแนน ดัชนีบาร์เทล เอดีแอลอยู่ระหว่าง 50 - 90 คะแนน ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลเล็กน้อยมีสติสัมปชัญญะดีสามารถสื่อสารภาษาไทยได้จำนวน 60 ราย

2. ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยเป็นบุคคลในครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตลอดการศึกษาวิจัย ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน ฟัง และเขียนภาษาไทยได้ จำนวน 60 ราย

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 กลุ่ม จำนวน 9 คน คัดเลือกจากทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (patient care team) ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นประจำ ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน พยาบาลเวชกรรมสังคมผู้รับผิดชอบงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ พยาบาลหัวหน้างาน / หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 หอผู้ป่วย จำนวน 85 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

1. แบบบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียน เป็นแบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนในประเด็นกิจกรรมการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผู้ป่วยได้รับ ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำและค่ารักษาพยาบาล

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ความคิดเห็นและวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหา อุปสรรค ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามหลัก 3 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร 2) วิธีการที่ได้ปฏิบัตินั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง 3) ท่านคิดว่าอะไรที่ช่วยส่งเสริมหรืออะไรที่เป็นอุปสรรคสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอุปสรรคดังกล่าวจะมีวิธีการแก้ไขอย่างไร

3. แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะการบริการที่ได้รับความรู้ ความรู้สึก ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามหลัก 3 ข้อ ได้แก่ 1) บริการที่ท่านได้รับขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร 2) กิจกรรมอะไรที่ท่านสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและกิจกรรมอะไรที่ท่านต้องการให้คนอื่นช่วยเหลือ 3) ท่านคิดว่ามีวิธีการอย่างไรที่จะช่วยให้ท่านหรือผู้ที่ท่านดูแลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และบุคลากรทีมสุขภาพต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัช ควรช่วยเหลืออย่างไร

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเป็นขั้นตอนการพัฒนาจึงไม่ได้ใช้เครื่องมือวิจัย

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการประเมินโดยใช้ Barthel index ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหาและมีการปรับปรุงแก้ไขจนเป็นมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งประเทศ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยใน 10 กิจกรรมได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย (ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม) การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่ายปัสสาวะ การขับถ่ายอุจจาระ การเข้าห้องน้ำ การขึ้นลงจากเตียง การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน และการขึ้นบันไดแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 0-20 คะแนน หมายถึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้, 25-45 คะแนน หมายถึงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย, 50-70 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง, 75-90 คะแนน หมายถึงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากและ 100 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

2. แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบทดสอบที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลด้านร่างกายได้แก่ การดูแลทำความสะอาดร่างกายและการเปลี่ยนเสื้อผ้า การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การดูแลการหายใจ การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกาย การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย และความสามารถในการดูแลด้าน

จิตสังคม จำนวน 25 ข้อแบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติทุกครั้ง เกณฑ์การให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย < 1.5 หมายถึงความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

คะแนนเฉลี่ย 1.5-2.5 หมายถึงความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย > 2.5 หมายถึงความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 ราย วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลัก เป็นแบบสอบถามที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดัดแปลงจากแบบสอบถามที่สร้างโดยเยาวลักษณ์ หาญวิชัยพงศ์, ไพรวลัย พรหมที, ทินวิสุทธิ ศรีละมัย และ สุวรรณธาดาพิพัฒน์¹¹ ร่วมกับการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีข้อคำถามแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิดในการให้ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะอีก 1 ข้อ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 1 - 5 ค่าคะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 10- 50 แล้วนำค่าคะแนนที่ได้มาคิดเป็นค่าเฉลี่ย ช่วงคะแนนของระดับความพึงพอใจโดยแบ่งเป็น 4 ระดับขึ้น คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก, คะแนนเฉลี่ย 4.01 - 5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 ราย วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

1. แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) กิจกรรมตามแผนการดูแลผู้ป่วย โดยระบุให้มีส่วนลงบันทึกเป็นไป “ตามแผน” และ “ไม่เป็นไปตามแผน” ในแต่ละรายการ ตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 คน

2. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 2 ข้อ คือ 1) ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ 2) กรณีไม่พึงพอใจท่านคิดว่าควรปรับปรุงแก้ไขอย่างไร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ก่อนการดำเนินการวางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดำเนินการโดย

1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 - วันที่ 30 กันยายน 2561 จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียนในประเด็นกิจกรรมการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผู้ป่วยได้รับระยะเวลา

ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อน
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำและ
ค่ารักษาพยาบาล

2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับ
การรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างไม่เป็นทางการ
ตามแนวคำถามที่กำหนด โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย
สัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 กลุ่ม จำนวน 9 ราย

3) การสังเกตเหตุการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ
สถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ตึกหรือจุดต้นในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยผู้วิจัยและ
ผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม เช่น ลักษณะ
การปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด
และทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้องรวมถึงความสัมพันธ์ของ
เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ

4) จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์หรือ
ปัญหาระบบการดูแลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟู
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถ
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามผลการวิเคราะห์
สถานการณ์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันกำหนด
รูปแบบการจัดการดูแล

การพัฒนาดำเนินการโดย

1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการ
จัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อฟื้นฟูความ
สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประกอบด้วย
ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมผู้รับผิดชอบ
การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด เภสัชกร
นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์

พยาบาลจิตเวช พยาบาลเวชกรรมสังคม ผู้รับผิดชอบ
งานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ
การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง

- ทีมผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมโดยศึกษาคำ
ถาม แนวปฏิบัติ คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง การใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดการ
พยาบาลแบบองค์รวม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหา
คำตอบเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการ รวมทั้ง
ลักษณะที่เหมาะสมของรูปแบบ เพื่อให้สอดคล้องกับ
บริบท และความต้องการในการพัฒนา

- ประชุมระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพ
ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ
พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการดูแลประจำหอผู้ป่วย
อายุรกรรมร่วมวิเคราะห์ปัญหาส่วนขาดและโอกาส
พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
โดยใช้ผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลในการ
กำหนดร่างรูปแบบและร่วมยกยกร่างรูปแบบการจัดการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถ
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- ประชุมทีมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบ
การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อฟื้นฟู
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร่วม
พิจารณาปรับแก้ไขรูปแบบให้เหมาะสมกับการนำไปใช้

- การนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ได้พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในการ
ดูแลผู้ป่วยโดยนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองไปทดลองปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย
กลุ่มตัวอย่างหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 หอ หอละ 2 ราย
รวมจำนวน 10 ราย

ผลการทดลองใช้พบปัญหาและอุปสรรคใน
ใช้รูปแบบบริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน

ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมบางคนยังขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบของทีมสหสาขาที่กำหนดไม่ครบถ้วนเนื่องจากกิจกรรมการดูแลบางกิจกรรมไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นแนวปฏิบัติการดูแลไม่ครอบคลุมปัญหา มีการปรับปรุงและพัฒนาดังนี้

1) จัดสรรอัตรากำลังและพัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง แผนกฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยอายุรกรรมด้านการประเมินผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง โดยการจัดประชุมวิชาการและการสอนแบบพี่เลี้ยงโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านหลอดเลือดสมอง และมีการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) ปรับกิจกรรมในแผนการดูแลให้เหมาะสมตามความจำเป็นและชัดเจนไม่ซ้ำซ้อนกันในแต่ละสาขาวิชาชีพพร้อมทั้งจัดทำระบบตรวจสอบรายการ (check-list) การปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพในแผนการดูแล

3) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมปัญหาด้านจิตสังคมทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย รวมถึงการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย

- ประชุมทีมวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลัก และ

แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2562-30 กันยายน 2562) โดยนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนกลุ่มละ 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน แบบสอบถาม แบบบันทึก ดังรายละเอียด

1) ด้านผู้ให้บริการตรวจสอบการปฏิบัติตามรูปแบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยทีมคณะผู้วิจัยนำแบบตรวจสอบการปฏิบัติตามรูปแบบบริการไปติดตามประเมินผลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และตรวจสอบข้อมูลการบันทึกการปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพจากแบบตรวจสอบรายการ (checklist) กิจกรรมตามแผนการดูแลเอกสารการรับการรักษา และแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (progress note) ว่ามีความสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ตรวจสอบการปฏิบัติตามการส่งต่อการเยี่ยมบ้านจากการติดตามรายงานผลการเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น

2) ด้านผู้ใช้บริการประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยประเมินเมื่อแรกเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและติดตามประเมินจากการเยี่ยมบ้านภายหลัง

หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักก่อนการใช้รูปแบบและหลังการจำหน่ายผู้ป่วย 1 เดือน ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลหลักหลังจำหน่าย 1 เดือน ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบของทีมสหสาขาวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลักและข้อมูลจากการสังเกตการปฏิบัติการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วนำมาแยกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

2. ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลัก ข้อมูลการปฏิบัติตามแผนการดูแลตามรูปแบบ ข้อมูลความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ และข้อมูลที่ได้จากแบบวัดความพึงพอใจผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลก่อนการทดลองใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t – test) แต่ในระยะเวลาหลังการทดลองใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกันและไม่อิสระต่อกัน (independent t-test และ paired t –test)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการโดยขออนุมัติการศึกษาวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำให้วิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยในเรื่องสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธ

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ที่จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจ

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ปัญหาและอุปสรรคได้ 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านผลลัพธ์การดูแล ผลการวิเคราะห์พบว่าถึงแม้ว่าโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาจะมีการพัฒนาระบบ stroke fast tract และมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจน ในการให้การรักษามะเร็ง มีการกำหนดทีม

สหสาขาที่เกี่ยวข้องร่วมในการให้การดูแลรักษา และมีการจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะ (stroke unit) ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล แต่พบว่าผลลัพธ์การดูแลรักษาก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 75) และอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าค่าเป้าหมาย โดย (<ร้อยละ 5) และพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้มีภาวะการณพื้นตัวไม่ดีในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตภายหลังการรักษาและมีภาวะต้องพึ่งพา โดยพบว่า ผู้ดูแลปานกลางถึงต้องพึ่งพาทั้งหมด โดยผลการประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน ในผู้ป่วย 59 ราย พบว่าในกลุ่มที่มีค่า ADL อยู่ในระดับ 0-75 มีการฟื้นตัวดีขึ้นเพียง 1 ราย (45%) ระดับADL คงเดิม 17 ราย (77.3%) ระดับADL ลดลง 3 ราย(13.7%) และเสียชีวิต 1 ราย (5 %)

2) ด้านระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

- ด้านบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ - จำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขาดแคลน การขาดความรู้และทักษะ

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมนสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลผู้ให้การดูแลในหน่วยงานเฉพาะด้าน เช่น แผนกฉุกเฉิน หรือหน่วยโรคหลอดเลือดสมองยังขาดความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติงานเนื่องจากขาดประสบการณ์ ทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติ

- การปฏิบัติงานทีมนสหสาขาวิชาชีพตามแนวทางในการดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองยังไม่มีกำหนดเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนทั้งภายในทีมผู้ให้การดูแลรักษาเองและระหว่างทีมและผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และยังไม่ครอบคลุมด้านการวางแผนการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

- ระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน พยาบาลเวชกรรมสังคมผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านไม่เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายทำให้การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่สามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้ว่าดีขึ้นหรือเลวลงจึงไม่สามารถตอบกลับข้อมูลให้ทางทีมผู้ดูแลรักษาทราบความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้

3) ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียด พยายามปรับตัวต่อการมีข้อจำกัดที่เกิดขึ้น ยอมรับบทบาทการเป็นผู้เจ็บป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและครอบครัวมาก

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาประกอบด้วย

1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 9 กลุ่ม ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลเวชกรรมสังคมผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องและเยี่ยมบ้าน ร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2) แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (care map) ในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลรักษาของแต่ละสาขาวิชาชีพ 9 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม เภสัชกร โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลเวชกรรมสังคม ผู้รับผิดชอบเรื่องการดูแลต่อเนื่อง ในการให้การดูแลรักษาสอนสาธิต ฝึกทักษะ ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างชัดเจนตั้งแต่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก

3) แนวปฏิบัติการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่กำหนดแนวปฏิบัติการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมนสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจนครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ขณะรับ

การรักษาในโรงพยาบาล การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย การติดตามและการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้หลักการ OIMCCE ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (objective) การร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary team) การบริหารจัดการที่เน้นด้านการจัดอัตรากำลัง การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล (clinical practice) เน้นการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาล การส่งเสริมสมรรถนะของญาติผู้ดูแลหลัก (caregiver's ability) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (evaluation) โดยใช้การส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ด้าน คือ ด้านผู้รับบริการ และด้านผู้ให้บริการ

1) ด้านผู้ให้บริการ

การปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนได้ครบถ้วนร้อยละ 100 และจากการสัมภาษณ์พบว่าร้อยละ 100 ของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากได้แสดงความคิดเห็นและมีการตัดสินใจร่วมกัน รูปแบบ การดูแลมีการกำหนดบทบาท กิจกรรมที่ชัดเจน รวมทั้งมีการสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมอย่างชัดเจนทำให้การทำงานไม่ซ้ำซ้อน

2) ด้านผู้ใช้บริการ

2.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ($p=.21$) แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (N=60)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		T-test	P-value
	M	SD	M	SD		
1.การรับประทานอาหาร	5.83	1.89	5.33	1.26	1.20	.23
2.การขึ้นลงจากเตียง	7.16	3.39	6.83	3.07	.39	.69
3.การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน	4.16	1.89	3.83	2.15	.63	.52
4.การเข้าห้องน้ำ	4.66	1.82	4.83	1.59	-.37	.70
5.การอาบน้ำ	4.16	1.89	3.66	2.24	.93	.35
6.การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน	6.50	2.97	5.83	2.30	.96	.33
7.การขึ้นบันได	5.33	1.82	5.00	2.27	.62	.53
8.การแต่งตัว	5.66	1.72	5.83	1.89	-.35	.72
9.การอุจจาระ	5.66	1.72	5.33	1.26	.85	.39
10.การปัสสาวะ	7.33	2.53	6.33	2.24	1.61	.11
รวม	56.50	11.82	52.83	10.64	1.26	.21

2.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

คะแนนรวมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจวัตรประจำวัน

พบว่า การรับประทานอาหาร การขึ้นลงจากเตียง การขึ้นบันได และการอุจจาระ ที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) ส่วนการล้างหน้า หวี้ม แปรงฟัน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ

การเคลื่อนไหวการขึ้นบันได และการแต่งตัวที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ยกเว้น การปัสสาวะ เท่านั้นที่มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (N = 60)

ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		T-test	P value
	M	SD	M	SD		
1.การรับประทานอาหาร	6.16	2.15	8.16	2.45	-3.360	.00*
2.การขึ้นลงจากเตียง	7.33	2.85	10.00	4.35	-2.804	.01*
3.การล้างหน้า หวี้ม แปรงฟัน	3.83	2.15	4.83	.91	-2.344	.02**
4.การเข้าห้องน้ำ	5.33	2.60	6.66	2.39	-2.063	.04**
5.การอาบน้ำ	4.16	1.89	5.00	0.00	-2.408	.02**
6.การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน	6.33	2.24	8.16	3.59	-2.369	.02**
7.การขึ้นบันได	4.83	.91	5.83	1.89	-2.604	.01**
8.การแต่งตัว	5.83	1.89	7.16	2.52	-2.316	.02**
9.การอุจจาระ	5.16	.91	7.16	2.52	-4.087	.00*
10.การปัสสาวะ	7.16	2.52	8.16	2.45	-1.558	.12
รวม	56.16	8.47	71.16	16.64	-4.398	.00*

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

2.3 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .88$)

2.4 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุม

และกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($p < .01$) โดยเมื่อพิจารณารายละเอียดของการดูแลในด้านต่างๆ พบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในกลุ่มทดลองสามารถดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ด้านจิตสังคม ขณะเดียวกันเมื่อพิจารณากิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย

ด้านร่างกาย พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของ
ผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ ระดับ.05 เป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นกิจกรรม

การดูแลด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะที่ไม่มี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (N = 60)

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		P value
	M	SD	M	SD	
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย					
ด้านร่างกาย	2.65	0.90	2.82	0.90	.01**
- ด้านความสะอาดร่างกาย และเปลี่ยนเสื้อผ้า	2.68	0.12	2.81	0.10	.02**
- ด้านการรับประทานอาหาร	2.78	0.04	2.90	0.10	.04**
- ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	2.72	0.07	2.83	0.04	.04**
- ด้านการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ	2.64	0.09	2.71	0.06	.34
- ด้านระบบทางเดินหายใจ	2.53	0.35	2.73	0.28	.03**
- ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและ ปลอดภัย	2.59	0.21	2.91	0.91	.04**
ด้านจิตสังคม	2.58	0.64	2.78	0.51	.00*
รวม	2.64	0.87	2.82	0.82	.00*

* p<.01, ** p<.05

2.5. ความพึงพอใจของผู้ดูแลหรือผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองต่อบริการที่ได้รับตามรูปแบบการ
จัดการดูแล (n= 30) พบว่าผู้ดูแลหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับตามรูปแบบ
การจัดการดูแลในระดับมากถึงมากที่สุด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปรผลความพึงพอใจของผู้ดูแลหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ต่อบริการที่ได้รับตามรูปแบบการจัดการดูแล (n= 30)

การบริการที่ได้รับ	ความพึงพอใจ		การแปลผล
	M	SD	
1.สถานที่/สิ่งแวดล้อมมีความสะอาด	3.60	0.54	มาก
2.ความสะดวกในการใช้บริการ	3.49	0.83	มาก
3.ทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเอาใจใส่ท่านอย่างเต็มที่	4.20	0.44	มาก
4.ทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยให้บริการด้วยความสุภาพ	4.18	0.60	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปรผลความพึงพอใจของผู้ดูแลหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ต่อบริการที่ได้รับตามรูปแบบการจัดการดูแล (n= 30) (ต่อ)

การบริการที่ได้รับ	ความพึงพอใจ		การแปรผล
	M	SD	
5..ความรวดเร็วในการให้บริการเมื่อท่านร้องขอความช่วยเหลือ	4.01	0.66	มากที่สุด
6.ท่านและผู้ดูแลสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอาการที่ท่านเป็นอยู่กับทีมผู้ให้การดูแล ได้ตลอดเวลา	4.27	0.74	มากที่สุด
7.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตัวขณะที่พักรักษาตัว ในโรงพยาบาลจากทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วย	4.13	0.70	มากที่สุด
8.ท่านได้รับคำแนะนำ/สอน/สาธิตในการดูแลตนเอง/ดูแลผู้ป่วย ระหว่างอยู่โรงพยาบาล	4.22	0.71	มากที่สุด
9.ท่านได้รับคำแนะนำ/สอน/สาธิตในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน และการดูแลตนเอง/ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	4.03	0.66	มากที่สุด
10.อุปกรณ์ต่างๆและสถานที่ที่ใช้ในการสอน/สาธิตเกี่ยวกับผู้ป่วย	3.80	0.83	มาก
รวม	3.99	0.27	มาก

วิจารณ์

1. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้การดูแล แผนการดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้าน เป็นรูปแบบที่เป็นการทำงานร่วมกันทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้การดูแล โดยมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบและกิจกรรมการดูแลรักษาไว้อย่างชัดเจน การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นระบบและครอบคลุมองค์รวม ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านสอดคล้องกับหลักการดูแลรักษาที่พบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรหลายฝ่าย ประกอบกันร่วมทีมกันให้การดูแลรักษาให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันตลอดจนปรึกษาร่วมกันการดูแลรักษาในหน่วยหรือคลินิกเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจะประสบ

ความสำเร็จอย่างดี¹² การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในแผนการดูแลผู้ป่วยและแนวปฏิบัติซึ่งรวมทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้การดูแลรักษาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการใช้รูปแบบการจัดการดูแลที่มีแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบหลักช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล¹⁴ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น¹³ ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี มีค่าคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง^{11, 7, 14}

2. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อ

บริการที่ได้รับ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามาเนื่องจากบุคลากรทุกคนในทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการดูแลได้อย่างครบถ้วนและทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแล เนื่องจากได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ได้แสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมอย่างชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน⁸ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย^{14, 15} และความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 เดือน มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอธิบายได้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับการเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะแรกรับ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการดูแล มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มศักยภาพเพื่อทำหน้าที่ได้สูงสุดก่อนจำหน่ายมีผลทำให้ภายหลังจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ เกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจ มุ่งมั่นในการพึ่งพาตนเอง ผู้ดูแลหลักสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องมีผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงขึ้นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักสูงขึ้นทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่ายสามารถควบคุมอาการได้และไม่กลับมารักษาซ้ำ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับมาก¹⁴ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้รับการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนดโดยผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการเตรียมอย่างเป็นระบบเป็นกระบวนการมีการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยต่อเรื่องที่บ้าน ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

สรุป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลและสามารถไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วย เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการสนับสนุน ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ
2. ด้านการบริหารพยาบาล นำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านการสร้างมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟูสภาพ
3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆสามารถเกิดได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย ดังนั้นควรมีการศึกษาติดตามผลเป็นระยะๆ เช่น ในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S. Stroke: a global response is needed. Bulletin of the World Health Organization. 942016. p. 634-A.
2. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส; 2562. Available from: <https://www.pni.go.th/pnigoth/wp-content/uploads/2019/12/cpgforischemic-stroke2019.pdf>.
3. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2559. Available from: shorturl.at/dqGJM.
4. Kellett N, Drummond A, Palmer T, Munshi S, Lincoln N. Impact of transient ischaemic attack and minor stroke on daily life. International Journal of Therapy & Rehabilitation. 2014;21(7):318-23.
5. สมชาย ไทวณะบุตร, สุชาติหาญไชยพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ตันติฤทธิ์ศักดิ์, ธเนศ เตมิกลิ้นจันทร์, ลินดา เหล่ารัตน์ใส, จิดาภา ตริยเจริญวงศ์. โรคหลอดเลือดสมอง. ใน: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, บรรณาธิการ. การแพทย์ไทย 2554-2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; มปท.
6. สุธพร ขจรฤทธิ์. ลักษณะการกลับมาอยู่รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.; 2547.
7. เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์, จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2557;21(1):4-21.
8. แสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ, ศรีวรรณ เรืองวัฒนา, ธนิตา จิตนารินทร์, กนกรัตน์ มัชชะ. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำพูน. วารสารพยาบาล. 2563;69(2):37-45.
9. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. ปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา; 2550.
10. กาญจนศรี สิงห์ภู. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2552;1(1):54-9.
11. เยาวลักษณ์ หาญวชิรวงศ์, ไพโรวัลย์ พรหมที, ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย, สุวรรณ ชาติาพิพัฒน์. การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารขอนแก่น. 2547;30(3):272-83.
12. Bisailon S, Douloff C, LeBlanc K, Pageau N, Selchen D, Woloshyn N. Bringing innovation to stroke care: development of a comprehensive stroke unit. AXON/ L'AXONE. 2004;25(4):12-7.
13. อนงค์ ถาวร, ศศิวิมล พงษ์นิลละอาภรณ์, กฤตพัทธ ฝึกฝน. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลพะเยา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557;32(3):110-8.
14. จารุพัทธ์ สุขุมลย์พิทักษ์, วลัยพร นันทศุภวัฒน์, พร้อมจิตร ห่อนบุญheim. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555;30(1):32-7.
15. บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์, สุภาภรณ์ ดั่งวง, ฉันทนา จันทวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการทำหน้าที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560;11(2):28-37.

**ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในเด็กอายุ 1-10 ปี
ที่มารับการผ่าตัดทางทันตกรรมภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล**

**Anesthetic Complications and Relating Factors in 1-10 Year-Old-Child
Underwent Elective Dental Procedure Under General Anesthesia
in Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital,
Mahidol University.**

วีรพงศ์ วงศ์ชา พ.บ.,
อณิธมา ศิริทองถาวร พ.บ.,
พิมพ์สิริ ตั้งกิจโชติ พ.บ.,
ภมรา ชุ่มโชคชัยกุล พ.บ.,
ว.วิสัญญีวิทยา แผนกวิสัญญี
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

Weerapong Wongs M.D.,
Anticha Siritongtaworn M.D.,
Pimsiri Tangkitchot M.D.,
Pummara Soomchokchaikul M.D.,
Thai Board of Anesthesiology,
Department of Anesthesia Golden Jubilee Medical Center,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital,
Mahidol University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเด็กอายุ 1 ถึง อายุ 10 ปี ที่มารับการผ่าตัดทางทันตกรรม ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ระหว่างปี ค.ศ. 2008 ถึง ค.ศ. 2018 ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีการศึกษา: ทำการเก็บข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังระหว่างปี ค.ศ. 2008 ถึง ค.ศ. 2018 โดยเก็บข้อมูลทั่วไป โรคประจำตัว ปัญหาที่พบในการประเมินก่อนผ่าตัด ข้อมูลด้านวิสัญญีและภาวะแทรกซ้อน ทั้งระหว่างและ หลังการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

ผลการศึกษา: พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน 47 ราย จากทั้งหมด 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.2 โดย ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดหลังทำหัตถการ, คลื่นไส้ อาเจียน, หัวใจเต้นช้า, หลอดลมหดเกร็งและ ตีบตัน, ภาวะวุ่นวายสับสนหลังฟื้นจากการระงับความรู้สึก, ภาวะตื่นช้าหลังการระงับความรู้สึก, กระจุกตามีบาดแผล, และการสำลักเข้าสู่ปอด คิดเป็นร้อยละ 22.2, 9.4, 8.5, 7.7, 3.4, 1.7, 0.9 และ 0.9 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วย 2 ราย

ที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังการทำหัตถการ คือ ปอดอักเสบจากการสำลัก และภาวะกระจกตามีบาดแผล โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีกับอายุและประวัติการติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจ ก่อนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ($p\text{-value} = .037$ และ $.003$ ตามลำดับ) และพบว่าประวัติการติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจก่อนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมีผลต่อการเกิดภาวะหลอดลมหายใจตีบตันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = .005$) ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง น้ำหนัก, ASA classification, และระยะเวลาการระงับความรู้สึกกับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี

สรุป: การให้การระงับความรู้สึกกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มาทำหัตถการทางทันตกรรมมีความท้าทายสำหรับวิสัญญีแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีสัมพันธ์กับอายุและภาวะเจ็บป่วยของระบบทางเดินหายใจ ส่วนภาวะหลอดลมตีบตันของหลอดลม มีความสัมพันธ์กับภาวะเจ็บป่วยของระบบทางเดินหายใจ วิสัญญีแพทย์ต้องอาศัยประสบการณ์ความรู้ ความเชี่ยวชาญพร้อมทั้งต้องมีความระมัดระวัง ละเอียด รอบคอบ อยู่ตลอดเวลา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี หัตถการทางทันตกรรมในเด็ก การเจ็บป่วยทางเดินหายใจก่อนการระงับความรู้สึก ภาวะหลอดลมตีบตันของหลอดลม

วารสารแพทย์เขต 4-5 2563 ; 39(3) : 472-487.

Abstract

Objectives: The purpose was to study the rate of complications and relating anesthetic factors in 1-10 year-old-children underwent elective dental procedure under general anesthesia between 2008-2018 in Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

Methods: The electronic medical records of the hospital between 2008 and 2018 were retrospectively reviewed. Demographic data, preoperative problems, intraoperative and postoperative data and complications were obtained and analyzed.

Results: The study found that the rate of complications was 47 out of a total of 117 cases, accounting for 40.2 percent. The most common complications were post-operative dental pain, nausea and vomiting, bradycardia, bronchospasm and wheezing, emergence agitation, delayed emergence after anesthesia, and corneal abrasion accounting for 22.2%, 9.4%, 8.5%, 7.7%, 3.4%, 1.7%, 0.9% ,and 0.9% respectively. Two cases (0.02%) needed to be hospitalized after the procedure because of aspiration pneumonia and corneal abrasion. There were significant correlations between anesthetic complications and age, pre-anesthetic respiratory problems ($p\text{-value} = .037$ and $.003$ respectively), and also between bronchospasm-wheezing and pre-anesthetic respiratory problems ($p\text{-value} = .005$). The anesthetic complications were found no relationship with weight, ASA classification, and anesthetic time.

Conclusions: General anesthesia for pediatric dental procedure is a challenge for anesthesiologists. The anesthetic complications were related to the age and pre-operative respiratory problems additionally, pre-operative respiratory problem related bronchospasm- wheezing. The anesthesiologists must have experience, knowledge, expertise and always be careful to prevent the complications.

Keywords: anesthetic related complication, pediatric dental procedure, pre-anesthetic respiratory problems, bronchospasm and wheezing

Received : March 10 , 2020 Revised : March 28 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 472-487.

บทนำ

ในการทำหัตถการการถอนฟัน ทันตแพทย์จะเป็นผู้ฉีดยาชา บริเวณตำแหน่งเยื่อปริฟันในช่องปากลึกไปถึงบริเวณยอดของรากฟัน แต่เนื่องจากหัตถการที่ทำภายในช่องปาก ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ทางทันตกรรมหลายชนิด และบางครั้งต้องทำมากกว่า 1 หัตถการ การฉีดยาเพียงอย่างเดียวโดยทันตแพทย์อาจจะไม่เพียงพอที่จะทำหัตถการทั้งหมด รวมถึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดพิษของยาชาจากการใช้ยาชาเกินขนาดในผู้ป่วยเด็กนั้น จากอดีตที่ผ่านมาทันตแพทย์มักจะใช้เทคนิคการสร้างความคุ้นเคยกับเด็กร่วมกับการฉีดยาชาเฉพาะที่ แต่บางครั้งไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษา จึงต้องอาศัยวิสัญญีแพทย์ร่วมดูแล โดยวิสัญญีแพทย์จะให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยการให้ยานำสลบและควบคุมการหายใจผ่านท่อหายใจ ในปี 2011 Hicks¹ ได้ทำการสำรวจทันตแพทย์ที่กำลังศึกษาทันตกรรมสำหรับเด็ก พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของความต้องการ การใช้บริการทางวิสัญญี และยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยกลุ่มอื่นโดยมีข้อบ่งชี้ที่กำหนด^{1,2}

ถึงแม้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายโดยวิสัญญีแพทย์จะเป็นที่ต้องการและนิยมของทันตแพทย์และผู้ปกครอง^{1,2,3} แต่ก็มีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

เกิดขึ้น จากการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก จากการศึกษาของ Bartella⁴ พบว่า เด็กที่มาทำหัตถการภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่อายุน้อยกว่า 10 ปี พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 4 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและสัมพันธ์กับ ASA physical status ที่มากกว่า 2 อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.004$) รวมถึงไปถึงการทบทวนรายงานใน Lexis-Nexis Academic Database⁵ และเว็บไซต์มูลนิธิส่วนตัว ในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 21 ปี ที่มีถิ่นฐานในสหรัฐอเมริกาที่ทำหัตถการทางทันตกรรม โดยใช้วิธีการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในระหว่างปี 1980-2011 พบว่ากลุ่มประชากรที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 2-5 ปี และส่วนใหญ่สัมพันธ์กับการระงับความรู้สึกโดยการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสงบ ดังนั้นในกลุ่มผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางวิสัญญีมากกว่าผู้ใหญ่ทั้งในแง่ของกายวิภาคและสรีรวิทยา จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ปัญหาที่ยังรวมไปถึงระยะเวลาการรอคิวในการผ่าตัดที่นานมากขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายและทรัพยากรด้านการแพทย์ที่ต้องใช้เพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษา ของ Bunchungmongkol¹⁵ ใน Pediatric Anesthesia Adverse Events (THAI Study)¹⁵ จำนวนทั้งสิ้น

25,098 ราย ในปี 2003-2004 ทั่วประเทศไทย พบว่า ในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในเด็กจะพบภาวะที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กที่อายุ 0-1 ขวบสูงกว่ากลุ่มประชากรผู้ใหญ่ (ร้อยละ 4.6 กับร้อยละ 1.2) อย่างมีนัยสำคัญ โดยภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำเป็นภาวะไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุด ภาวะไม่พึงประสงค์ต่างๆมักเกิดในช่วงระหว่างการระงับความรู้สึกถึงร้อยละ 67 รวมถึงอุบัติการณ์การเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจยาก การเกิดภาวะโคมาหรือชัก และการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือเสียชีวิต พบในกลุ่มเด็กที่มี ASA ระดับ 3-5 มากกว่า ASA ระดับ 1-2 การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในเด็กโดยทั่วไปที่มีการระงับความรู้สึกทั้งหมด ไม่ได้เจาะจงศึกษาในกลุ่มเด็กที่มีการระงับความรู้สึกทั่วทั้งร่างกายเพื่อมารับการทำหัตถการทางทันตกรรม โดยเฉพาะแบบผู้ป่วยนอก ดังเช่นในการศึกษานี้ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในด้านการคัดกรองผู้ป่วย และทำการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยเด็กอายุ 1 - 10 ปี ที่มารับการทำหัตถการทางทันตกรรม ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ระหว่างปี ค.ศ. 2008-2018 ของ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีการศึกษา

แผนงานวิจัยและวิธีการ: การศึกษาย้อนหลังแบบสังเกตเชิงพรรณนาจากเหตุไปหาผล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 368/2562(EC4) ผู้วิจัยทำการ

เก็บข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 1-10 ปี และมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดถอนฟัน และหัตถการทางทันตกรรมโดยใช้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ภายใต้ความเห็นของทันตแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ตั้งแต่ มกราคม ค.ศ. 2008 ถึง ธันวาคม ค.ศ. 2018 ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จำนวนทั้งสิ้น 117 คน

เกณฑ์การเก็บข้อมูล (inclusion criteria)

เวชระเบียนผู้ป่วย :

1. ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 1-10 ปี และมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดถอนฟัน และหัตถการทางทันตกรรมโดยใช้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ภายใต้ความเห็นของทันตแพทย์และวิสัญญีแพทย์
2. มารับการทำหัตถการทางทันตกรรมแบบนัดหมายแบบผู้ป่วยนอก (elective out-patient case)

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. มารับการทำหัตถการทางทันตกรรมแบบฉุกเฉิน
2. ได้รับการระงับความรู้สึกโดยการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสงบ โดยไม่มีการใส่ท่อช่วยหายใจ
3. ผู้ป่วยที่มาทำหัตถการในช่องปากหรือฟันจากสาเหตุการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่
4. ผู้ป่วยได้รับการบริการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายโดยบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่วิสัญญีแพทย์ ยกเว้นว่ามีวิสัญญีแพทย์ควบคุมตลอดการทำหัตถการ
5. มีข้อมูลบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน คือ

- ขาดเอกสารแบบฟอร์มการรายงานการประเมินคนไข้ก่อนการให้การระงับความรู้สึก (pre-anesthetic assessment)
- ขาดเอกสารแบบฟอร์มการบันทึกระหว่างการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์ (anesthetic record)
- ขาดเอกสารแบบฟอร์มการบันทึกอาการผู้ป่วยขณะอยู่ที่ห้องพักฟื้น
- ขาดเอกสารแบบบันทึกการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยใน ในกรณีที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน หลังการทำหัตถการ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษาครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะของข้อมูลปัจจัยที่มีต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี และการเกิดหลอดลมหายใจตีบตัน
2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ กับตัวแปรตามทีละตัว โดยใช้สถิติ chi-square test หรือ Fisher-exact test ในกรณีที่พบว่าไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของ chi-square test นำเสนอค่า crude odds ratio (OR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และ p-value < .05

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ กับตัวแปรตามทีละหลายตัวแปร โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) เทคนิคการนำตัวแปรเข้าโดยผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณา (enter selection) ควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่มีค่า p-value น้อยกว่า .20 จาก univariate ลงใน model และนำเสนอค่า adjusted odds ratio (ORadj) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม

STATA version 15.0 ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (univariate analysis) p-value < .05 และความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติกส์ (multiple logistic regression) นำเสนอค่า adjusted odds ratio (ORadj) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% CI และ p-value < .05

ผลการศึกษา

จากการทบทวนประวัติจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของศูนย์การแพทยากัญญาภิเชก คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าในปี 2008-2018 มีจำนวนผู้ป่วยเด็กอายุ 1 ถึง 10 ปี ที่เข้ามารับการผ่าตัดการทางทันตกรรม ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย 155 ราย ในจำนวนนี้พบว่า ไม่มีข้อมูลหรือ ข้อมูลไม่ครบถ้วนจำนวน 34 ราย และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่ที่ต้องได้รับการรักษาแบบนอนโรงพยาบาลอีกจำนวน 4 ราย เหลือจำนวนศึกษา ทั้งสิ้น 117 ราย ผู้ป่วยทุกรายเป็นผู้ป่วยนอกที่นัดหมาย ได้รับการประเมินจากวิสัญญีแพทย์ก่อนการนัดหมายและก่อนการให้การระงับความรู้สึกอีกครั้ง ซึ่งวิธีการในการนำสลบขึ้นกับดุลยพินิจของวิสัญญี ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยได้แสดงในตารางที่ 1 พบว่า ร้อยละ 80.3 ของจำนวนทั้งหมด เป็นเด็กอายุ 5-10 ปี และร้อยละ 85.5 มีน้ำหนัก 10.1-20.0 กิโลกรัม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 71 ราย (ร้อยละ 60.7) ผู้ป่วยทุกรายได้งดอาหารก่อนได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มีประวัติการติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจก่อนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 17.9) และมีโรคประจำตัวเป็นออสติก, ความสามารถในการเรียนรู้ผิดปกติ, พัฒนาการช้าจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 17.1) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยและรายละเอียดก่อนการผ่าตัด

ลักษณะโดยทั่วไป	Total 117 Cases (ร้อยละ100)	
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	23	(ร้อยละ 19.7)
มากกว่า 5 ปี ถึง 10 ปี	94	(ร้อยละ 80.3)
(Min=2, Max=8.67, = 4.04)		
น้ำหนัก		
10.1 - 20 กิโลกรัม	100	(ร้อยละ 85.5)
20.1- 30 กิโลกรัม	13	(ร้อยละ 11.1)
มากกว่า 30 กิโลกรัม	4	(ร้อยละ 3.4)
(Min=10, Max=42, = 16.93)		
ASA classification		
I	71	(ร้อยละ 60.7)
II	44	(ร้อยละ 37.6)
III	2	(ร้อยละ 1.7)
ระยะเวลาที่งดน้ำและอาหาร (NPO time)		
ตั้งแต่ 8 ถึง12 ชั่วโมง	108	(ร้อยละ 92.3)
มากกว่า 12 ชั่วโมง	9	(ร้อยละ 7.7)
(Min=8, Max=14, = 9.25)		
ประวัติการติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจก่อนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย*	21	(ร้อยละ 17.9)
ออทิสติก, ความสามารถในการเรียนรู้ผิดปกติ, พัฒนาการช้า	20	(ร้อยละ 17.1)

*การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน, หอบหืด, หลอดลมอักเสบ

ในส่วนเทคนิคการเริ่มการระงับความรู้สึก ร้อยละ 94.0 ใช้เทคนิคการให้แก๊สซีโวฟลูเรนสูดดม ขนาดที่สูงจนกระทั่งผู้ป่วยหลับ จึงเริ่มทำการเปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้ยาแก้ปวด หรือยาคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งยาคลายกล้ามเนื้อที่นิยมใช้มากที่สุด คือ ซัคซินิลโคลีน (ร้อยละ 82.9) แล้วทำการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยพบว่า มีการใส่ท่อหายใจแบบไม่มีถุงลม (ร้อยละ 76.1) ส่วนใหญ่สามารถใส่ได้ภายในครั้งแรก (ร้อยละ 77.8) พร้อมทั้งมีการเฝ้าระวังทั้งความดันโลหิตแบบไม่รุกราน ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้ว คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และค่าระดับ

คาร์บอนไดออกไซด์จุดสุดท้ายสุดของลมหายใจออกที่ผ่านท่อหายใจ จนกระทั่งใกล้เสร็จสิ้นการทำหัตถการ ทันตแพทย์จะทำการฉีดยาชาบริเวณที่ทำการผ่าตัด เพื่อถอดฟันออก เพื่อลดอาการปวดหลังการผ่าตัด วิสัญญีแพทย์จะปิดการให้แก๊ส และลดการให้ยาคลายกล้ามเนื้อ อาจใช้ยาแก้ฤทธิ์ยาคลายกล้ามเนื้อหรือไม่ใช้แล้วแต่กรณี แล้วปลุกผู้ป่วยให้ฟื้นที่ห้องผ่าตัด ซึ่งพบว่าการศึกษารั้งนี้ทุกรายร้อยละ 100 สามารถถอดท่อหายใจได้ในห้องผ่าตัด และไม่มีการใส่ท่อหายใจซ้ำหลังการถอดท่อ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เทคนิค และวิธีการให้การระงับความรู้สึก

เทคนิค รายละเอียด และวิธีการให้การระงับความรู้สึก	จำนวนทั้งหมด =117 (ร้อยละ 100)	
เทคนิคการเริ่มการระงับความรู้สึก		
แก๊สน้ำสลบ	110	(ร้อยละ 94.0)
ยาน้ำสลบทางหลอดเลือด	4	(ร้อยละ 3.4)
ยาน้ำสลบทางกล้ามเนื้อ	3	(ร้อยละ 2.6)
ประเภทของท่อหายใจ		
แบบมีถุงลม	28	(ร้อยละ 23.9)
แบบไม่มีถุงลม	89	(ร้อยละ 76.1)
จำนวนครั้งของการใส่ท่อช่วยหายใจ		
1	91	(ร้อยละ 77.8)
2	18	(ร้อยละ 15.4)
3	7	(ร้อยละ 6.0)
4	1	(ร้อยละ 0.9)
ยาทางวิสัญญี		
ไทโอเพนทอล (thiopental)	14	(ร้อยละ 12.0)
โพรโปโฟล (propofol)	5	(ร้อยละ 4.3)
คีตามีน (ketamine)	3	(ร้อยละ 2.6)
ซัคซินิลโคลีน (succinylcholine)	97	(ร้อยละ 82.9)
เฟนทานิล (fentanyl)	95	(ร้อยละ 81.2)
เพทิดีน (pethidine)	19	(ร้อยละ 16.2)
อะทราคูเรียม (atracurium)	6	(ร้อยละ 5.1)
ซีโวฟลูเรน (sevoflurane)	117	(ร้อยละ 100)
ไนตรัสออกไซด์ (nitrous oxide)	115	(ร้อยละ 98.3)
ยาแก้ฤทธิ์ยาคลายกล้ามเนื้อ	7	(ร้อยละ 6.0)
การถอดท่อหายใจหลังเสร็จสิ้นการทำหัตถการในห้องผ่าตัด	117	(ร้อยละ 100)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของปัจจัยต่างๆ ในระหว่างการผ่าตัด

ปัจจัยต่างๆ ในระหว่างการผ่าตัด	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	
จำนวนสารน้ำที่ได้รับระหว่างการได้รับการระงับความรู้สึก (มิลลิลิตร)	192.18 $\pm$ 85.92	(50, 500)
การเสียเลือดระหว่างการทำการหัตถการทางทันตกรรม (มิลลิลิตร)	5.77 $\pm$ 8.21	(0, 50)
ระยะเวลาการให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (นาที)	162.56 $\pm$ 39.10	(75, 255)
ระยะเวลาการทำการหัตถการทางทันตกรรม (นาที)	134.70 $\pm$ 37.73	(45, 225)
จำนวนฟันที่ถูกถอน (ซี่)	3.34 $\pm$ 3.59	(0, 16)
จำนวนฟันที่ได้รับการบูรณะ (ซี่)	12.24 $\pm$ 5.05	(2, 33)

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนที่มีความเกี่ยวข้องกับวิสัญญี

ภาวะแทรกซ้อนที่มีความเกี่ยวข้องกับวิสัญญี	47 ราย (ร้อยละ 41.0)	
การรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลหลังการทำการหัตถการโดยมีได้นัดหมาย ⁺⁺	2	(ร้อยละ 1.7)
ภาวะปวดหลังการทำการหัตถการทางทันตกรรม	26	(ร้อยละ 22.2)
คลื่นไส้ อาเจียน	11	(ร้อยละ 9.4)
ภาวะหัวใจเต้นช้า	10	(ร้อยละ 8.5)
ภาวะหลอดลมหดเกร็งและตีบตัน	9	(ร้อยละ 7.7)
ภาวะตื่น ตระหนก หลังจากฟื้นจากการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย	4	(ร้อยละ 3.4)
ภาวะฟื้นตื่นช้าจากการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ⁺	2	(ร้อยละ 1.7)
กระเจตตามีบาดแผล ชีตข่วน	1	(ร้อยละ 0.9)
การสำลักเข้าสู่ปอด	1	(ร้อยละ 0.9)

+ มี 1 รายที่ต้องได้รับยานาล็อกโซน (naloxone) สำหรับแก้ฤทธิ์โอปิออยด์ (opioid)

++ เคสกระเจตตามีบาดแผลชีตข่วน 1 ราย, การสำลักเข้าสู่ปอด 1 ราย

จากการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดคือ ร้อยละ 41.0 โดยมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจนต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 1.7 รายที่ 1 มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักช่วงระหว่างการทำการหัตถการผู้ป่วยเป็นเด็กหญิงอายุ 2 ขวบ 6 เดือน ไม่มีโรคประจำตัว (ASA class 1) ได้รับการระงับความรู้สึกโดยใช้แก๊ส

เริ่มนำสลบ ใส่ท่อหายใจ เบอร์ 4.5 แบบไม่มีถุงลม หลังการทำการหัตถการมีระดับออกซิเจนที่จับปลายนิ้วมือต่ำ (ร้อยละ 94) เสี่ยงมีลักษณะหลอดลมตีบตัน รักษาด้วยการพ่นยาขยายหลอดลมแล้วอาการดีขึ้น ตรวจเพิ่มเติมโดยเอกซเรย์ปอด พบปอดมีการอักเสบลักษณะเป็นรอยทึบขาวหยาบๆ บริเวณรอบๆ ขั้วปอดข้างซ้าย ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 วัน

รายที่ 2 เกิดแผลขีดข่วนที่กระจกตา เป็นเด็กหญิงอายุ 4 ขวบ ปิดตาด้วยเทปทำความสะอาดช่องปากและใบหน้าด้วยคลอร์เฮกซิดีน ใช้เวลาในการระงับความรู้สึก 200 นาที มีอาการตาแดงหลังจากตื่นจากการระงับความรู้สึก และได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน หลังจากได้กลับบ้านไปแล้วอาการตาแดงไม่ดีขึ้น ปวดมีน้ำตาไหล จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนจำนวน 8 วัน ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะพื่นตื้นซ้ำจากการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมีจำนวน 2 ราย โดยตื่นซ้ำหลังจากปิดแก็สนำสลบมากกว่า 30 นาที (35 นาที และ 45 นาที ตามลำดับ) โดยรายที่ 2 จำเป็นต้องได้รับยานาล็อกโซน (naloxone) สำหรับแก้ฤทธิ์โอปิออยด์ (opioid) เพื่อให้ผู้ป่วยตื่น

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการปวดหลังทำหัตถการ, คลื่นไส้ อาเจียน, หัวใจเต้นช้า, หลอดลมหดเกร็ง, ภาวะวุ่นวายสืบสนหลังตื่นจากการระงับความรู้สึก, ภาวะตื่นซ้ำหลังการระงับความรู้สึก, กระจกตามีบาดแผล, และการสำลักเข้าสู่ปอด คิดเป็นร้อยละ 22.2, 9.4, 8.5, 7.7, 3.4, 1.7, 0.9, และ 0.9 ตามลำดับ โดยพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีกับน้ำหนัก, ASA classification, และระยะเวลาการได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายแต่อย่างใด ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ

ปัจจัย	การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี (ร้อยละ)		Crude OR (95% CI)	P-value	OR _{adj} (95% CI)	P-value
	เกิด (n=45)	ไม่เกิด (n=72)				
อายุ (ปี)				.051 [†]		.037**
≤ 5	32 (71.11)	62 (86.11)	1.00		1.00	
> 5	13 (28.89)	10 (13.89)	2.52 (1.00, 6.37)		3.26 (1.07, 9.93)	
น้ำหนัก [‡] (กิโลกรัม)				.804		-
≤ 20	38 (84.44)	62 (86.11)	1.00			
> 20	6 (13.33)	7 (9.72)	1.14 (0.40, 3.25)			
ASA classification				.200 [†]		.207
I	24 (53.33)	47 (65.28)	1.00		1.00	
II – III	21 (46.67)	25 (34.72)	1.65 (0.77, 3.52)		0.49 (0.16, 1.48)	
ประวัติการติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจก่อนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย*				.003 [†]		.003**
ไม่มีประวัติ	32 (71.11)	67 (93.06)	1.00		1.00	
มีประวัติ	13 (28.89)	5 (6.94)	5.44 (1.79, 16.59)		8.92 (2.16, 36.84)	
อหิสติก, ความสามารถในการเรียนรู้ผิดปกติ, พัฒนาการช้า [‡]				.395		-
ไม่มีประวัติ	39 (86.67)	58 (80.56)	1.00			
มีประวัติ	6 (13.33)	14 (19.44)	0.64 (0.23, 1.80)			

*การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน, หอบหืด, หลอดลมอักเสบ

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05

[†] ควบคุมตัวแปรอายุ, ASA classification, และประวัติการติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจก่อนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จาก univariate analysis ที่มีค่า p-value > .20 ทุกตัว

[‡] ตัวแปรจาก univariate analysis ที่มีค่า p-value > .20 ไม่นำตัวแปรเข้า multivariate analysis

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ (ต่อ)

ปัจจัย	การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี (ร้อยละ)		Crude OR (95% CI)	P-value	OR _{adj} (95% CI)	P-value
	เกิด (n=45)	ไม่เกิด (n=72)				
ระยะเวลาการให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ^๕ (นาที)				.904		
≤ 180	28 (62.22)	44 (61.11)	1.00			
> 180	17 (37.78)	28 (38.89)	0.95 (0.44, 2.05)			

*การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน, หอบหืด, หลอดลมอักเสบ

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05

† ควบคุมตัวแปรอายุ, ASA classification, และประวัติการติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจก่อนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จาก univariate analysis ที่มีค่า p-value > .20 ทุกตัว

๕ ตัวแปรจาก univariate analysis ที่มีค่า p-value > .20 ไม่นำตัวแปรเข้า multivariate analysis

จากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โดยรวมโดยกลุ่มอายุที่มากกว่า 5 ปีขึ้นไปถึง 10 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีมากกว่ากลุ่ม ที่อายุ 1 ถึง 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .037) ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางเดินหายใจ เช่น มีการติดเชื้อทางเดินหายใจภายใน 2 สัปดาห์ เป็นหอบหืด หรือมี หลอดลมอักเสบ ก่อนมาได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เพื่อทำการหัตถการทางทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนทางวิสัญญีโดยรวม (p-value = .003) แสดงในตารางที่ 5

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะหลอดลมหดเกร็งและตีบตันพบว่า มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางเดินหายใจ เช่น มีการติดเชื้อทางเดินหายใจภายใน 2 สัปดาห์ เป็นหอบหืด หรือมี หลอดลมอักเสบ ก่อนมาได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมีนัยสำคัญ (p-value = .005) ด้วย ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดหลอดลมหดเกร็ง

ปัจจัย	การเกิดหลอดลมหดเกร็ง (ร้อยละ)		Crude OR (95% CI)	P-value	OR _{adj} (95% CI)	P-value
	เกิด (n=9)	ไม่เกิด (n=108)				
จำนวนครั้งของการใส่ท่อช่วยหายใจ (ครั้ง)				.021 [†]		.051
1	4 (44.44)	87 (80.56)	1.00			
> 1	5 (55.56)	21 (19.44)	5.18 (1.28, 20.97)			
ประวัติการติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจก่อนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย*				.003 [†]		.005**
ไม่มีประวัติ	4 (44.44)	95 (87.96)	1.00		1.00	
มีประวัติ	5 (55.56)	13 (12.04)	9.13 (2.17, 38.43)		7.79 (1.59, 38.08)	

*การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน, หอบหืด, หลอดลมอักเสบ

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05

† ควบคุมตัวแปรจำนวนครั้งของการใส่ท่อช่วยหายใจ (ครั้ง) ประวัติการติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจก่อนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และระยะเวลาการทำหัตถการทางทันตกรรม (นาที) จาก univariate analysis ที่มีค่า p-value > 0.20 ทุกตัว

๕ ตัวแปรจาก univariate analysis ที่มีค่า p-value > .20 ไม่นำตัวแปรเข้า multivariate analysis

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดหลอดลมอุดกั้น (ต่อ)

ปัจจัย	การเกิดหลอดลมอุดกั้น (ร้อยละ)		Crude OR (95% CI)	P-value	OR _{adj} (95% CI)	P-value
	เกิด (n=9)	ไม่เกิด (n=108)				
ระยะเวลาการให้การระงับ ความรู้สึกทั่วร่างกาย ^๕ (นาที)				.281		-
≤ 180	4 (44.44)	68 (62.96)	1.00			
> 180	5 (55.56)	40 (37.04)	2.13 (0.54, 8.38)			
ระยะเวลาการทำหัตถการทาง ทันตกรรม (นาที)				.192 ^๑		-
≤ 180	6 (66.67)	91 (84.26)	1.00		1.00	
> 180	3 (33.33)	17 (15.74)	2.68 (0.61, 11.75)		2.35 (0.46, 11.09)	

*การติดเชื้อมาก่อนเข้าห้องผ่าตัด, หอบหืด, หลอดลมอักเสบ

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05

^๑ ควบคุมตัวแปรจำนวนครั้งของการใส่ท่อช่วยหายใจ (ครั้ง) ประวัติการติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจก่อนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และระยะเวลาการทำหัตถการทางทันตกรรม (นาที) จาก univariate analysis ที่มีค่า p-value > 0.20 ทุกตัว

^๕ ตัวแปรจาก univariate analysis ที่มีค่า p-value > .20 ไม่นำตัวแปรเข้า multivariate analysis

วิจารณ์

การระงับความรู้สึกในเด็ก โดยทั่วไปมีความยากและซับซ้อนมากกว่าผู้ใหญ่ต้องอาศัยวิสัญญีแพทย์ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเพื่อลดความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่มาทำหัตถการทางทันตกรรมแบบผู้ป่วยนอก วิสัญญีแพทย์ต้องมีการประเมินความเสี่ยง และคาดเดาถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มอายุ 5 ปีขึ้นไป ถึง 10 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีมากกว่ากลุ่มอายุ 1 ถึง 5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากการประเมินภาวะแทรกซ้อนบางอย่าง เช่น อาการปวด หรือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ในเด็กกลุ่มที่อายุมากกว่าที่ไม่มีปัญหาทางด้านการสื่อสาร จะมีทักษะในการรายงานอาการต่างๆ ได้ดีกว่า กลุ่มเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี ซึ่งในเด็กกลุ่มนี้ วิสัญญีแพทย์จะคาดเดาอาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน จากอาการที่แสดงออก^๖

การจัดการความปวดหลังการทำหัตถการทางทันตกรรมภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในผู้ป่วยเด็ก เป็นสิ่งสำคัญและข้อบ่งชี้หนึ่งที่จะทำให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกนั้นประสบผลสำเร็จ โดยทั่วไป

วิสัญญีแพทย์จะระมัดระวังการให้ยาควบคุมอาการปวด กลุ่มโอปิออยด์ให้เหมาะสมที่สุด เพื่อลดการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน การกดการหายใจ หลังการผ่าตัด โดยจะร่วมมือกับทันตแพทย์ โดยให้ทันตแพทย์ฉีดยาชาในบริเวณที่ทำหัตถการ ซึ่งในการศึกษานี้ทันตแพทย์ได้ฉีดยาชาให้กับผู้ป่วยทุกราย แต่ก็มีผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังการทำหัตถการที่ต้องการการให้ยากกลุ่มโอปิออยด์อยู่ ซึ่งจากการศึกษาของ Leong⁷ พบว่า ไม่มีความแตกต่างของอาการปวด หลังการทำหัตถการทางทันตกรรม ทั้งกลุ่มที่ได้รับหรือไม่ได้รับการฉีดยาชาลิโดเคนแบบผสมอีพินาเฟริน อย่างไรก็ตามการฉีดยาชาเฉพาะที่สามารถลดการให้ยาระงับความรู้สึกในระหว่างการผ่าตัดได้ จึงเป็นเหตุผลที่ควรจะต้องคงแนวทางปฏิบัตินี้อยู่นอกเหนือจากการฉีดยาชาเฉพาะที่แล้วยาแก้ปวดที่ใช้ควรมีบริหารยาแก้ปวดในกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มฝิ่นหรืออนุพันธ์ฝิ่น เพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ ทั้งอาการกดการหายใจหรือคลื่นไส้อาเจียน เช่น ยากลุ่มพาราเซตามอล ซึ่งสามารถให้ได้ก่อนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายแบบกิน หรือแบบสวนทวาร หรือใช้ยาแก้ปวดกลุ่มลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ถ้าไม่มีข้อห้าม⁸

ภาวะคลื่นไส้อาเจียนเป็นภาวะแทรกซ้อนอีกชนิดหนึ่ง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงหลักของวิสัญญีที่กระตุ้นให้เกิดอาการดังกล่าวในผู้ป่วยเด็กคือการใส่ท่อหายใจ, การใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ประวัติอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัดที่มากกว่า 30 นาที การใช้ยาโปรโปฟอลซึ่งมีฤทธิ์ด้านการอาเจียนจะช่วยลดอาการดังกล่าวได้ การใช้ยากลุ่มอนคาเซทรอนใช้ได้ปลอดภัยและไม่ทำให้เด็กมีอาการง่วงซึม¹⁰ ส่วนวิธีการลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนแบบไม่ใช้ยาที่ง่ายไม่ซับซ้อนคือ การให้สารน้ำแบบ ซูเปอร์ไฮเดรชัน ซึ่งในการศึกษาของ Goodarzi¹¹ พบว่า การให้สารน้ำที่สูงถึง 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว กิโลกรัมต่อชั่วโมง เมื่อเทียบกับวิธีโดยทั่วไปที่ให้สารน้ำ 10 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ในการผ่าตัดแก้ไขภาวะตาเข และผ่าตัดทอนซิล พบภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ลดลงจากร้อยละ 54 เหลือร้อยละ 22 และร้อยละ 82 เหลือร้อยละ 62 ตามลำดับ ทั้งนี้การพิจารณาการให้ยาป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน ขึ้นอยู่ดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์ โดยการประเมินจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในระบบไหลเวียนเลือดจากการระงับความรู้สึกเด็กที่มารับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เพื่อทำหัตถการทางทันตกรรมคือ ภาวะหัวใจเต้นช้า ภาวะหัวใจเต้นช้าลงเป็นภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนเลือดที่พบบ่อยที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ และมักพบในระยะเริ่มนำสลบระหว่างการใส่ท่อหายใจซึ่งไม่ต่างจากการศึกษาของ Aroonpruksakul¹² ซึ่งมีปัจจัยกระตุ้นทั้งจากกระบวนการใส่ท่อช่วยหายใจที่ไปกระตุ้น เวกเวกัล หรือเวกเวกัลรีเฟล็กซ์ ตรงตำแหน่งคอหอย(pharynx) หลอดอาหารและทางเดินหายใจ หรือ การเพิ่มขึ้นของความดันเลือดที่ไปกระตุ้น บาร์เรซีเพเตอร์รีเฟล็กซ์ ระยะเวลาการใส่ท่อหายใจทางจมูกที่ทำให้ใช้ระยะเวลาในการใส่เวลานานขึ้น และจำนวนครั้งของการใส่ที่มากขึ้น จะทำให้เกิดภาวะการหายใจลดลง (hypoventilation)¹³ ร่วมกับการใช้ยาคลายกล้ามเนื้อซัคซินิลโคลีนและการให้แก๊สซีโอ

ฟลูเรนในระดับสูง ยังทำให้ภาวะหัวใจเต้นช้าลงมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น¹⁴ ถึงแม้วิสัญญีแพทย์จะทราบดีว่าการใช้ซัคซินิลโคลีนจะทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้าจากการกระตุ้น ตัวรับสัญญาณระบบประสาท พาราซิมพาธิกที่หัวใจ หรือผ่านวิถีประสาทเวกัส (vagal pathway) จากการกระตุ้นผ่านตัวรับสัญญาณความรู้สึกส่วนปลาย แต่ก็ยังมีความนิยมในการใช้ เพราะวิสัญญีแพทย์เองมีความสบายใจและมั่นใจที่จะใช้ในการจัดการกับทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็ก ที่มีขนาดเล็กและทำหามากกว่าผู้ใหญ่¹⁵ ส่วนอะโทรปีนนั้นไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนในการให้อะโทรปีนก่อนการให้ซัคซินิลโคลีนในครั้งแรก แต่ควรให้ในกรณีที่ได้ซัคซินิลโคลีน เป็นครั้งที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าลง¹⁶ การตรวจจับและการให้การรักษภาวะหัวใจเต้นช้าที่ช้าเกินไป อาจนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตได้¹⁷ ดังนั้นวิสัญญีแพทย์ที่ให้บริการควรมีการตระหนักและเฝ้าระวังตลอดเวลา

จากการศึกษาของ Bunchungmongkol¹⁵ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเด็กมีการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ในระหว่างการระงับความรู้สึกมากกว่าผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ ซึ่งอาจเกิดทั้งในระหว่างการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือหลังการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่ห้องพักฟื้น ถ้าผู้ป่วยมีประวัติการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนที่มีอาการภายใน 2 สัปดาห์ก่อนมารับการระงับความรู้สึก จะมีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการมาก่อนหน้านี้มากกว่า 2-4 สัปดาห์¹⁸ ส่วนการจัดการกับทางเดินหายใจเด็กโดยวิสัญญีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญกับผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะจะลดความเสี่ยงลงได้¹⁹ ภาวะหลอดลมหดเกร็ง อาจมีสาเหตุมาจากการระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ การใส่ท่อหายใจ การสำลักน้ำลายเล็ดลงไปในปอด การใส่ท่อหายใจหลายครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บต่อกล่องเสียงหรือหลอดลมได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดพังผืดตามมา วิธีการลดความเสี่ยงอาจจะท่อหายใจแบบมีถุงลม

ซึ่งจะช่วยลดจำนวนครั้งของการใส่ท่อช่วยหายใจ
ได้^{18,20,21}

การเกิดแผลขีดข่วนที่กระจกตา เป็นการ
บาดเจ็บของกระจกตาที่เกิดขึ้นมากที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับการ
ระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย²² ซึ่งสาเหตุที่มักเกี่ยวข้อง
กับการบาดเจ็บที่เกิดจากสารเคมีการบวมคั่งของบริเวณ
ตาขาว²³ ในปัจจุบันการป้องกันการเกิดแผลขีดข่วนที่
กระจกตาในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
มักจะใช้วิธีปิดเปลือกตาให้สนิทแล้วแปะด้วยเทป บางที
อาจใช้สารหล่อลื่นบางชนิดหยอดที่ดวงตาก่อนปิด²⁴
การให้การดูแลอย่างเป็นมาตรฐานและให้ความรู้
สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่อย่างไร
ก็ตามจากการศึกษาแบบมีระบบพบว่าไม่มีวิธีใดที่เป็น
มาตรฐานสูงสุดในการป้องกันการเกิดแผลขีดข่วนที่
กระจกตา²³ อาการเกิดแผลขีดข่วนที่กระจกตา แม้ว่า
จะไม่อันตรายถึงแก่ชีวิต แต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ
ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บปวด ตามัว
ทำให้การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลช้ากว่า
กำหนดเดิมที่คาดการณ์ไว้ ดังเช่นในผู้ป่วยในการศึกษา
ครั้งนี้

ผู้ป่วยเด็กบางส่วนมีภาวะตื่นตระหนกหลังจาก
พ้นจากการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ภายหลังจาก
เสร็จการทำหัตถการทางทันตกรรม ซึ่งมีรายงานการ
ใช้ซีไอฟูเรนในการนำสลบแบบใช้แก๊สเป็นตัวนำหรือ
ผดุงไว้ซึ่งการระงับความรู้สึกมีความสัมพันธ์กับการเพิ่ม
อุบัติการณ์การเกิดภาวะตื่นตระหนกหลังจากพ้นจาก
การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย^{25,26} เป็นสาเหตุทำให้การ
จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลล่าช้ากว่ากำหนด²⁷
เพิ่มค่าใช้จ่าย หรือทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ
มากไปกว่านั้นยังทำให้การรับรู้หรือพฤติกรรมเปลี่ยนไป
ซึ่งอาการมักเกิดในช่วงแรกหลังจากพ้นจากการระงับ
ความรู้สึกทั่วร่างกายและจะหายไป ใน 48 ชั่วโมงหลัง
การผ่าตัด อย่างไรก็ตาม อาการเช่น อาละวาด ผันรำย
เรียกร้องความสนใจ อาจอยู่ยาวนานถึง 2 สัปดาห์ได้^{8,28}
ส่วนการให้ ยามิดาโซแลม 0.1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม

สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะตื่นตระหนกหลังจากพ้นจาก
การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่รุนแรงได้²⁹

ผู้ป่วยเด็กที่มีการฟื้นคืนสติจากการระงับความรู้สึก
ช้าพบว่า การได้ยากลุ่มเบนโซไดอาเซพีนคือ มิดาโซแลม
ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ
Misal³⁰ ที่รายงานว่า การให้ยากลุ่มเบนโซไดอาเซพีน
ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ ขนาดสูงจะเสริมฤทธิ์กัน ทำให้
เกิดการหายใจ เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดคั่ง
หรือโคมาได้ รวมถึงปัจจัยที่เกิดจากตัวเด็กเองที่มีพื้นที่
ผิวมากกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งอาจเกิดภาวะของการเมตา
บอลิซึมที่ช้าลงของยา ทำให้ระยะเวลาการตื่นจากการ
ดมยาสลบนานขึ้น^{30,31} ทั้งนี้การประเมินระดับความรู้สึก
ตัวและอาการปวดระหว่างทำหัตถการภายใต้การระงับ
ความรู้สึกทั่วร่างกายครั้งนี้ อาศัยการแปลผลจากการ
เปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเพียงอย่างเดียว จึงทำให้
มีการจัดการที่ไม่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์ตรวจวัดการ
ทำงานของสมองขณะได้รับยาสลบ bispectral index
(BIS) มาช่วยเป็นแนวทางในการใช้ยาจะช่วยลดการใช้ยา
ระงับความรู้สึก และทำให้ระยะเวลาในการตื่นสั้นลงได้³²
ควรปรับอุณหภูมิห้องและรักษาให้เด็กอยู่ในอุณหภูมิ
ปกติ รวมถึงวิสัญญีแพทย์ควรมีความรู้เภสัชพลศาสตร์
เภสัชจลนศาสตร์ของยา เพื่อจะได้ใช้ยาได้อย่างเหมาะสม
และจะได้ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

สรุป

การให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายแก่
ผู้ป่วยเด็กที่มารับการทำหัตถการทางทันตกรรมแบบ
ผู้ป่วยนอก ปัจจุบันเป็นที่ต้องการของทั้งทันตแพทย์และ
ผู้ปกครอง และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งวิธีการดังกล่าว
มีความเสี่ยงทางวิสัญญี โดยภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี
สัมพันธ์กับอายุและภาวะเจ็บป่วยของระบบทางเดิน
หายใจ ทั้งนี้ภาวะเจ็บป่วยของระบบทางเดินหายใจยังม
มีความสัมพันธ์กับภาวะหดรัดเกร็ง ตีบตันของหลอดลมด้วย
ดังนั้นการเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เทคนิคการให้การ
ระงับความรู้สึก การเฝ้าระวัง การสื่อสารกับ ทันตแพทย์

และผู้ปกครอง เป็นสิ่งที่จำเป็นและพึงระวัง เพื่อให้เกิด
ภาวะแทรกซ้อนให้น้อยที่สุด และเป็นประโยชน์ต่อ
ผู้มารับบริการให้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษานี้มีการคัดผู้ป่วยออกจากการ
ศึกษาเป็นจำนวนมาก เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของ
การบันทึกและการจัดเก็บเวชระเบียน ดังนั้นหน่วยงาน
ควรให้ความสำคัญกับการบันทึกและจัดเก็บเวชระเบียน
ให้ครบถ้วนถูกต้อง เพื่อประโยชน์ในการนำมาศึกษา
วิเคราะห์ต่อไป รวมถึงในการศึกษานี้ไม่ได้ทำการแบ่ง
กลุ่มอายุจำนวนประชากรทั้งสองกลุ่มให้ใกล้เคียงกัน
อาจทำให้เกิดการเอนเอียงของข้อมูลของปัจจัยด้านอายุ
ต่อภาวะแทรกซ้อนได้ จึงควรทำการศึกษาในประเด็น
นี้ซ้ำอีกครั้ง และการวิจัยนี้ไม่ได้ศึกษาเรื่องระยะเวลา
จำหน่ายผู้ป่วยว่ามีผลซ้ำ หรือไม่จากภาวะแทรกซ้อน
ต่างๆ เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน หากมีการศึกษาครั้ง
ต่อไปควรมีข้อมูลส่วนนี้ไว้ศึกษาวิเคราะห์ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Hicks CG, Jones JE, Saxen MA, et al. Demand in pediatric dentistry for sedation and general anesthesia by dentist anesthesiologists: a survey of directors of dentist anesthesiologist and pediatric dentistry residencies. *Anesthesia progress*. 2012; 59(1): 3-11.
2. Lim MAWT, Borromeo GL. The use of general anesthesia to facilitate dental treatment in adult patients with special needs. *J Dent Anesth Pain Med*. 2017; 17(2): 91-103.
3. White H, Lee JY, Vann WF, Jr. Parental evaluation of quality of life measures following pediatric dental treatment using general anesthesia. *Anesth Prog*. 2003; 50(3): 105-10.
4. Bartella AK, Lechner C, Kamal M, et al. The safety of paediatric dentistry procedures under general anaesthesia. A five-year experience of a tertiary care center. *Eur J Paediatr Dent*. 2018; 19(1): 44-8.
5. Lee HH, Milgrom P, Starks H, et al. Trends in death associated with pediatric dental sedation and general anesthesia. *Paediatr Anaesth*. 2013; 23(8): 741-6.
6. Von Baeyer CL. Children's self-report of pain intensity: what we know, where we are headed. *Pain Res Manag*. 2009; 14(1): 39-45.
7. Leong KJ, Roberts GJ, Ashley PF. Perioperative local anaesthetic in young paediatric patients undergoing extractions under outpatient's short-case general anaesthesia. A double-blind randomised controlled trial. *British Dental Journal*. 2007; 203(6): E11.
8. Lonnqvist P-A, Morton NS. Paediatric day-case anaesthesia and pain control. *Current Opinion in Anesthesiology*. 2006; 19(6): 617-21.
9. Eberhart LH, Geldner G, Kranke P, et al. The development and validation of a risk score to predict the probability of postoperative vomiting in pediatric patients. *Anesth Analg*. 2004; 99(6): 1630-7.
10. Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, Kovac A, Kranke P, Meyer TA, et al. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2014; 118(1): 85-113.

11. Goodarzi M, Matar MM, Shafa M, et al. A prospective randomized blinded study of the effect of intravenous fluid therapy on postoperative nausea and vomiting in children undergoing strabismus surgery. *Paediatr Anaesth*. 2006; 16(1): 49-53.
12. Aroonpruksakul N, Leelanukrom R, Jantorn P, et al. Perioperative non-hypoxic bradycardia in pediatric patients: Thai anesthesia incident monitoring study (Thai AIMS). *Asian Biomed*. 2010; 2(6): 477-83.
13. Jimenez N, Posner KL, Cheney FW, et al. An update on pediatric anesthesia liability: a closed claims analysis. *Anesth Analg*. 2007; 104(1): 147-53.
14. Ahmed A, Ali M, Khan M, et al. Perioperative cardiac arrests in children at a university teaching hospital of a developing country over 15 years. *Paediatr Anaesth*. 2009; 19(6): 581-6.
15. Bunchungmongkol N, Somboonviboon W, Suraseranivongse S, et al. Pediatric anesthesia adverse events: the Thai Anesthesia Incidents Study (THAI Study) database of 25,098 cases. *J Med Assoc Thai*. 2007; 90(10): 2072-9.
16. Fleming B, McCollough M, Henderson SO. Myth: Atropine should be administered before succinylcholine for neonatal and pediatric intubation. *CJEM*. 2005; 7(2): 114-7.
17. Morris R, Watterson L, Westhorpe R, et al. Crisis management during anaesthesia: hypotension. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14(3): e11-e.
18. von Ungern-Sternberg BS, Boda K, Chambers NA, et al. Risk assessment for respiratory complications in paediatric anaesthesia: a prospective cohort study. *Lancet*. 2010; 376(9743):773-83.
19. Mamie C, Habre W, Delhumeau C, et al. Incidence and risk factors of perioperative respiratory adverse events in children undergoing elective surgery. *Paediatr Anaesth*. 2004; 14(3): 218-24.
20. Westhorpe R, Ludbrook G, Helps S. Crisis management during anaesthesia: bronchospasm. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14(3): e7.
21. Chen L, Zhang J, Pan G, et al. Cuffed versus uncuffed endotracheal tubes in pediatrics: a meta-analysis. *Open Medicine*. 2018; 13(1): 366-73.
22. Lichter JR. A Department-of-Anesthesiology-based management protocol for perioperative corneal abrasions. *Clin Ophthalmol*. 2015; 9: 1689-95. doi: 10.2147/OPTH.S84367. eCollection 2015.
23. Papp AM, Justin GA, Vernau CT, et al. Perioperative corneal abrasions after nonocular surgery: a systematic review. *Cornea*. 2019; 38(7): 927-32.
24. Batra YK, Bali IM. Corneal abrasions during general anesthesia. *Anesth Analg*. 1977; 56(3): 363-5.

25. Kuratani N, Oi Y. Greater incidence of emergence agitation in children after sevoflurane anesthesia as compared with halothane: a meta-analysis of randomized controlled trials. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]: Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2008.
26. Voepel-Lewis T, Malviya S, Tait AR. A prospective cohort study of emergence agitation in the pediatric postanesthesia care unit. *Anesth Analg*. 2003; 96(6): 1625-30.
27. Sun L, Guo R, Sun L. Dexmedetomidine for preventing sevoflurane-related emergence agitation in children: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014; 58(6): 642-50.
28. Millar K, Asbury A, Bowman A, Hosey M, Musiello T, Welbury R. The effects of brief sevoflurane-nitrous oxide anaesthesia upon children's postoperative cognition and behaviour. *Anaesthesia*. 2006; 61(6): 541-7. doi: 10.1111/j.1365-2044.2006.04662.x
29. Kawai M, Kurata S, Sanuki T, et al. The effect of midazolam administration for the prevention of emergence agitation in pediatric patients with extreme fear and non-cooperation undergoing dental treatment under sevoflurane anesthesia, a double-blind, randomized study. *Drug Des Devel Ther*. 2019; 13: 1729. doi: 10.2147/DDDT.S198123. eCollection 2019.
30. Misal US, Joshi SA, Shaikh MM. Delayed recovery from anesthesia: A postgraduate educational review. *Anesth Essays Res*. 2016; 10(2): 164 -72. doi: 10.4103/0259-1162.165506.
31. Shaikh SI, Lakshmi R. Delayed awakening after anaesthesia—A challenge for an anaesthesiologist. *Int J Biomed Adv Res*. 2014;5:252-4.
32. Bannister CF, Brosius KK, Sigl JC, et al. The effect of bispectral index monitoring on anesthetic use and recovery in children anesthetized with sevoflurane in nitrous oxide. *Anesth Analg*. 2001; 92(4): 877-81.

พฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 0-5 ปี ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี Caring Behavior of the Guardians of Pediatric Patients with Asthma Aged 0-5 years in Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi.

วงศ์เดือน จูแดง พย.บ.,
ศศิธร จตุโกคา พย.บ.,
กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
จังหวัดราชบุรี

Vongdern Judang B.N.S.,
Sasithorn Jatupoka B.N.S.,
Division of Nursing
Damnoen Saduak Hospital,
Ratchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในเด็ก 0-5 ปี ของผู้ดูแล และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการณ์ดูแลเด็กโรคหืดในเด็ก 0-5 ปี จำแนกตามระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ในกลุ่มประชากรคือผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ.2560 จำนวน 39 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กโรคหืด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน การเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการณ์ดูแล โดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา:

1. ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.3 อายุเฉลี่ย 31 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.3 และส่วนใหญ่ร้อยละ 84.6 มีรายได้พอใช้หรือเหลือเก็บ

2. ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในงานวิจัยครั้งนี้ สามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหืดได้มากที่สุด ร้อยละ 100 คือ ข้อการทำความสะอาดบ้านเรือนให้สะอาดอยู่เสมอ, การให้เด็กหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่นและอยู่ในที่อากาศถ่ายเท ไม่แออัด, ให้เด็กงดกินไอศกรีม น้ำแข็ง เมื่อมีอาการหอบ และการกลั้วปากและคอด้วยน้ำหลังการพ่นยาสเตียรอยด์ ข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การซื้อยารักษาอาการหอบให้เด็กรับประทานเอง ที่ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 64.1

3. พบว่าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในงานวิจัยครั้งนี้ เคยรับทราบข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรคหืดจากแพทย์/หรือพยาบาลร้อยละ 89.7 และจากเอกสารร้อยละ 10.3

4. ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดในเด็ก 0-5 ปี อยู่ในระดับสูงหรือดี ร้อยละ 84.6 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.4

5. เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาและฐานะเศรษฐกิจของผู้ดูแลเด็กโรคหืดในเด็ก 0-5 ปี พบว่าค่าพฤติกรรมการดูแลไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืด 0-5 ปี ของผู้ดูแล และใช้เป็นทางในการส่งเสริมการดูแลเด็กป่วยโรคหืดให้ดียิ่งขึ้น

สรุป: งานวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กป่วยหืด พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 84.6 ของผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยรวมระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวด้านรายได้ พบว่าพฤติกรรมการจัดการทุกด้านอยู่ในระดับสูง ทำให้ไม่เกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัวและมีความพร้อมในการปฏิบัติการจัดการและดูแล

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแล โรคหืด ผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 0-5 ปี

วารสารแพทย์เขต 4-5 2563 ; 39(3) : 488-499.

ABSTRACT

Objective: This research took aim at studying the caring behaviors among the care-givers of pediatric patients aged 0-5 with asthma and comparing their caring behaviors related to education level and economic status.

Method: In this descriptive study, thirty-nine caregivers of pediatric patients aged 0-5 years treated at the asthma clinic from May to June 2017 were enrolled in the study population. The study tool consisted of the interview questionnaire for the caregivers of pediatric patients with asthma; the validity and reliability of the questionnaire were verified by three experts. Data were analyzed by descriptive statistics, i.e., frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Relation of the studied factors to the caring behaviors was analyzed by using chi square.

Results:

1. A little over half of the respondents in this study were male (51.3%); and an average age was thirty-one years. Most of the respondents graduated up to a primary school level and were hired for wages (51.3% both), and most of them had adequate income (79.5%).

2. All the respondents presented capability to take care pediatric asthma in accordance with the “always cleaning home, caring patients from dust and living in uncrowded and airy place, having the child refrain from eating ice cream when suffering from wheezing, and rinsing the patients’s mouths and throats after using the steroid inhaler”. however, 64.1 percent of the practices were

detected for buying the medication to treat patients by themselves.

3. Most of the respondents received the information of asthma care from physicians and or nurses (89.7%) and about ten percent from pharmacists (10.3%).

4. Most of the respondents in this study had good at care practice for pediatric asthma aged 0-5 years (84.6%); 15.4 percent of them had average level.

5. When classified by education level and economic status, there was no statistical difference among the caregivers in care behaviors of pediatric asthma.

The result of the study provided nurses with understanding of management behaviors and asthma symptom control in children of the families, and served as a guide for promoting the care of children with asthma.

Conclusion: This study presented that 84.6% of family-caregivers of children with asthma had total high level of caring practices. In connection with the household management, all management aspects were good; therefore, there was no challenge in household expenditure. In addition, the caregivers had capability to take care their children with asthma as well as managed all relevance.

Keywords : caring behavior , asthma disease , pediatric patients aged 0-5 with asthma

Received : September 18 , 2019 Revised : October 5 , 2019 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 488-499.

บทนำ

โรคหืด (asthma) เป็นการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้ผนังเยื่อหลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้ และสิ่งแวดล้อมไวกว่าปกติ มีลักษณะเฉพาะคือเด็กจะมีอาการทันที เมื่อได้รับสารก่อโรคและอาจหายได้เองหรือหายเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม โรคหืดจัดเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในเด็ก โดยที่โรคหืดจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 จะมีอาการเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกภายในอายุ 5 ปี และถ้ายังมีอาการชัดเจนหลังจากที่เด็กอายุ 6 ปีไปแล้ว ส่วนใหญ่จะเป็นโรคหืดเรื้อรัง แม้ว่าโรคหืดจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถควบคุมโรคไม่ให้อาการรุนแรงได้ ในรายที่ควบคุมโรคไม่ดีเด็กจะมีอาการหอบหืดบ่อยๆ และมีอาการเลวร้ายลง รวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดและมีภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด¹

โรคหืดมีแนวโน้มบ่งชี้ว่า ปริมาณผู้ป่วยเด็กจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น การเพิ่มของมลภาวะ อากาศเสียและสภาพการเป็นอยู่ที่แออัดมา² ในปัจจุบันหลักเกณฑ์ในการรักษาโรคหืดตามแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็กพ.ศ.2559³ ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความมีส่วนร่วมในการรักษาโรคหืดการประเมินและการเฝ้าระวังติดตามความรุนแรงของโรคหืด การหลีกเลี่ยงการสัมผัสต่อสารก่อภูมิแพ้และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การวางแผนและจัดการรักษาโดยทางยาที่เหมาะสมในการรักษาระยะยาว การวางแผนการดูแลรักษาการจับผิดเฉียบพลัน และการติดตามการรักษาผู้ป่วยเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ^{4,5} จากหลักเกณฑ์การรักษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำเป็นจะต้องให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาด้วยการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลตนเอง

อย่างถูกต้อง เพื่อควบคุมอาการหอบหืด นอกจากนี้ ปัจจัยพื้นฐานยังมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองหรือ การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานที่ได้เสนอแนะไว้คือ ฐานะเศรษฐกิจและการศึกษาซึ่งมีความสัมพันธ์ค่อนข้างใกล้ชิดกัน ฐานะเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับ ระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพด้วย ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่ดี มักจะมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ทางด้านสุขภาพในทางตรงกันข้ามถ้าฐานะทางเศรษฐกิจ ของประชาชนดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องมีความฉลาด และสามารถเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นผลให้เขามีสุขภาพที่ดี รายได้ของบุคคลแสดง ถึงฐานะเศรษฐกิจ^{3,4,5} ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ แสดงถึงการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง บ่งบอกถึง อำนาจการใช้จ่ายในการบริโภคข่าวสารผู้ที่มีสถานภาพ ทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหา สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีสถานภาพ ทางเศรษฐกิจต่ำจะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัด ในการรับรู้เรียนรู้ตลอดจนการแสวงหาความรู้และ ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง^{6,7,8}

สำหรับผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 0-5 ปีนั้น ต้อง พึงพาการดูแลจากผู้ดูแลในภาวะที่เจ็บป่วย เนื่องจาก เด็กวัยนี้ติดเชื้ระบบทางเดินหายใจได้บ่อย ประกอบกับ หลอดลมของเด็กมีขนาดเล็กกว่าผู้ใหญ่ ทำให้เกิดอาการ หอบกำเริบได้ง่าย หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่ดี ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง อาการหอบกำเริบ จะลดน้อยลงและลดระดับความรุนแรงของโรคลง^{3,5} เด็กผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดำเนินสะดวก มีผู้ป่วยเด็กโรคหืด ที่มารับการรักษา มีผู้ป่วยจำนวน 39 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาพฤติกรรมดูแล ผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 0-5 ปี เพื่อนำผลการศึกษามา วางแผนปรับปรุงส่วนที่เป็นอุปสรรคหรือข้อบกพร่อง ของพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 0-5 ปี

ของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลมีความสามารถ ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ในเด็กช่วงอายุ 0-5 ปี ของผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบความพฤติกรรมในการดูแล เด็กโรคหืดในเด็กช่วงอายุ 0-5 ปี จำแนกตามระดับ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ในลักษณะการเก็บข้อมูลครั้งเดียว (cross - sectional study) ด้วยการสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประชากรคือผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 0-5 ปี ที่นำเด็กมารับการตรวจรักษาที่คลินิกตรวจโรคหืด โรคหืด โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ระหว่างเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2560 ทุกรายจำนวน 39 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มประชากรเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลซึ่งหมายถึง บิดาหรือมารดา หรือ ญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านของเด็กโรคหืดอายุ 0-5 ปี และอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
2. เคยนำเด็กโรคหืดมารับการตรวจรักษาแล้ว อย่างน้อย 3 ครั้ง ที่คลินิกโรคหืด
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี
4. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินหรือการใช้ สายตา ยกเว้นสายตาสั้นหรือสายตาวาว
5. สมัครใจเข้าร่วมการตอบแบบสัมภาษณ์
6. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เช่น โทรศัพท์บ้าน หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหัดและผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ แบบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับเด็กโรคหัด อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหัดรายอื่น และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัด ประกอบด้วย อายุ เพศ อายุที่เด็กเริ่มมีอาการหอบครั้งแรก จำนวนครั้งที่เด็กมีอาการหอบอาการของโรคหัด ยาที่ได้รับในปัจจุบัน และสิ่งที่เด็กสัมผัสแล้วทำให้เกิดอาการหอบ

2. เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการณ์การดูแลเด็กโรคหัดอายุ 0-5 ปี สำหรับผู้ดูแลทั้งหมด 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบคือ

2.1 การแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 2

2.2 การรับรู้สนใจ และดูแลผลจากพยาธิสภาพของโรคและผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 - 5

2.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษาเมื่อได้รับการวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 - 18

2.4 การดูแลและป้องกันผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19 - 20

2.5 การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษาจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21-22

2.6 การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23 -33

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. ศึกษางานวิจัย เอกสารตำราที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือและการเลือกใช้เครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับสิ่งที่วัด

2. จัดหมวดหมู่ เอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยที่ได้ค้นคว้า

3. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในเครื่องมือ โดยนำข้อมูลต่างๆที่ได้จากการศึกษามาวางกรอบเนื้อหาที่ต้องการหาคำตอบ

4. กำหนดเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้วิจัยร่วมกันสร้างขึ้น คือ

4.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทางประชากร (ข้อมูลทั่วไป)

4.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการณ์การดูแลเด็กโรคหัดอายุ 0-5 ปี สำหรับผู้ดูแลลักษณะเป็นแบบวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 2 ระดับ คือ ข้อคำถามด้านบวก ใช้ มีค่า 1 คะแนน ไม่ใช่ มีค่า 0 คะแนน มีทั้งหมด 29 ข้อ ส่วนคำถามเรื่องปัญหาหรืออุปสรรคเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติการดูแล เพื่อช่วยเหลือเด็กเมื่อมีอาการหอบหืด และหาปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการดูแลเด็กโรคหัดอายุ 0-5 ปี ของผู้ดูแลแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการณ์การดูแลเด็กโรคหัดอายุ 0-5 ปี สำหรับผู้ดูแลมีคะแนนรวมทั้งหมด 33 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการณ์การดูแลเด็กโรคหัดอายุ 0-5 ปีแบบอิงเกณฑ์ (criterion reference) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁹ คือ

เกณฑ์คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คะแนน 0-20 มีการปฏิบัติระดับไม่เหมาะสม

คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 คะแนน 21-25 มีการปฏิบัติระดับดีพอใช้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนน 26-33 มีการปฏิบัติระดับดี

5. นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและแก้ไขเพื่อความชัดเจนและถูกต้องของภาษาและความตรงในเนื้อหา (content validity)^{10,11} โดยถือเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85

6. นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไข ปรับเปลี่ยนและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนที่จะนำเครื่องมือไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2560 ระยะเวลาการสัมภาษณ์ไม่เกิน 10 นาที และไม่เก็บกลุ่มตัวอย่างซ้ำโดยการทำสัญลักษณ์เป็นรูปตัว P ไว้ที่มุมขวาล่างของ OPD card ผู้วิจัยทำการคัดเลือกประชากรจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย (OPD card) เพื่อทราบรายชื่อและจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 0-5 ปี ตามเกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมดและตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลของเด็กตามเกณฑ์การคัดเข้าเมื่อได้ผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลเด็ก บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยชี้แจงระยะเวลาของการเข้าร่วมวิจัยและรายละเอียดของการวิจัย จากนั้นขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยให้อ่านใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย

กลุ่มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี เลขที่โครงการวิจัย 60/8 เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบเรียบร้อยตามต้องการแล้วผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษาด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 0-5 ปี ที่มาจากฐานะ เศรษฐกิจต่างกัน และระดับการศึกษาต่างกันโดยใช้การทดสอบแบบไคสแควร์

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	51.3
หญิง	19	48.7
รวม	39	100.0
อายุ		
น้อยกว่า 35 ปี	32	82.1
ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป	7	17.9
รวม	39	100.0

$\bar{X} = 30.62, SD = 8.729, \text{Min} = 16, \text{Max} = 57$

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
จบประถมศึกษา	20	51.3
จบมัธยมศึกษา	13	33.3
ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา	2	5.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	10.3
รวม	39	100.0
อาชีพ		
แม่บ้าน	2	5.1
ค้าขาย	14	35.9
รับจ้าง	20	51.3
ทำนา / ทำไร่ / ทำสวน	1	2.6
รับราชการ	2	5.1
อื่นๆ		
รวม	39	100.0
รายได้		
ไม่พอใช้	6	15.4
พอใช้	31	79.5
เหลือเก็บ	2	5.1
รวม	39	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหัด อายุ 0-5 ปี จำนวน 39 คน มีอายุในกลุ่มน้อยกว่า 35 ปี เป็นส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รายได้โดยรวมระดับพอใช้

ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนมากได้รับข้อมูล การดูแลเด็กโรคหัดจากแพทย์หรือพยาบาลจำนวนมากร้อยละ 89.7 และรองลงจากเภสัช 10.3

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 0-5 ปี ที่สามารถปฏิบัติได้ในการดูแลเด็กโรคหืด

ข้อที่	พฤติกรรม	ปฏิบัติ จำนวน/ ร้อยละ
1	คุณหาความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและการดูแลเด็กโดยการซักถามจากแพทย์ พยาบาล	35/97.4
2	เมื่อเด็กป่วย คุณพาเด็กไปรับการรักษาจากกุมารแพทย์	38/97.4
3	คุณสังเกตอาการของเด็กก่อนที่จะมีอาการหอบหืด เช่น แน่น อึดอัด ไอ จาม หายใจเร็ว เป็นต้น	38/97.4
4	คุณดูแลเด็กเมื่อเป็นหวัดจนทำให้เด็กอาการดีขึ้นโดยไม่ปล่อยให้หายเอง	35/89.7
5	คุณพาเด็กไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ อาการหอบไม่ดีขึ้นภายใน 11 ชั่วโมง หลังใช้ยาขยายหลอดลมที่เคยใช้ได้ผลแล้ว หรือมีไข้ ไอ หอบ นอนราบไม่ได้ เชื้อหวัด	33/84.6
6	คุณให้ความร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลในเรื่องการดูแลรักษาเด็กป่วย	37/94.9
7	คุณดูแลให้เด็กหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการอักเสบของหลอดลมคือสารก่อภูมิแพ้ ได้แก่ ไรฝุ่น ขนสัตว์ แมลงสาบ เกสร ดอกไม้ เชื้อรา ตุ๊กตามีขน	36/92.3
8	คุณดูแลให้เด็กได้รับยา กินหรือยาพ่นตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ	38/97.4
9	เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหอบ คุณดูแลให้เด็กกินยาหรือพ่นยาขยายหลอดลม (ที่ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการหอบ) ทันที	38/97.4
10	คุณวางยาขยายหลอดลมไว้ในที่หยิบใช้ได้ง่ายเมื่อเด็กมีอาการหอบ	36/92.3
11	คุณลดหรือเพิ่ม ขนาดของยา หรือหยุดยาด้วยตนเอง	32/82.1
12	คุณซื้อยารักษาอาการหอบหืดให้เด็กรับประทานด้วยตนเอง	25/64.1
13	เมื่อลืมพ่นยาคุณพ่นยาให้เด็กทันทีที่นึกได้และพ่นครั้งต่อไปตามปกติ	30/76.9
14	คุณทำความสะอาดอุปกรณ์สำหรับพ่น ที่เป็นพลาสติก และฝาคครอบในน้ำผสมน้ำยาทำความสะอาด (สบู่ น้ำยาล้างจาน น้ำยาล้างขวดนม) ที่เจือจางแล้วอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	32/82.2
15	คุณทำความสะอาดอุปกรณ์สำหรับพ่น ที่เป็นพลาสติกและฝาคครอบในน้ำผสมน้ำยาทำความสะอาด (สบู่ น้ำยาล้างจาน น้ำยาล้างขวดนม) ที่เจือจางแล้วอย่างน้อยเดือนละครั้ง	32/82.1
16	หลังทำความสะอาดกระบอกรพ่นยาในน้ำยาผสมน้ำยาทำความสะอาด คุณเช็ดกระบอกรพ่นยาให้แห้งและนำตากแดด	32/82.1
17	คุณเตรียมยาพ่นกระบอกรพ่นใหม่ไว้เสมอก่อนยาหมดล่วงหน้า 7-10 วัน	31/79.5
18	คุณนำเด็กมาตรวจตามกุมารแพทย์นัดทุกครั้ง	39/100
19	คุณดูแลให้เด็กอมน้ำกลั้วปากและคอเพื่อล้างยาที่ไปเกาะในช่องปากหลังพ่นยาเสร็จเรียบร้อยแล้วทุกครั้ง	39/100
20	คุณสังเกตอาการข้างเคียงภายหลังให้เด็กกินยาขยายหลอดลมทุกครั้ง เช่น มือสั่น คลื่นไส้ ภาวะวุ่นวาย กล้ามเนื้อกระตุก เป็นต้น	35/89.7

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็กโรคหัดอายุ 0-5 ปี ที่สามารถปฏิบัติได้ในการดูแลเด็กโรคหัด (ต่อ)

ข้อที่	พฤติกรรม	ปฏิบัติ จำนวน/ ร้อยละ
21	คุณดูแลเด็กเหมือนเด็กปกติคนอื่นในครอบครัว ไม่ให้ความสนใจ โอบอุ้มป้องกันเด็กมากเกินไป	31/79.5
22	คุณดูแลช่วยเหลือและประคับประคองอารมณ์ของเด็กให้กิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก	33/84.6
23	คุณทำความสะอาดผ้าปูเตียง ผ้าคลุมที่นอน ปลอกหมอน ปลอกหมอนข้างและผ้าห่ม ด้วยการนำไปผึ่งแดดเพื่อกำจัดไรฝุ่น	37/94.9
24	คุณหรือผู้ใกล้ชิดที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน งดสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ในห้องที่มีเด็กอยู่ด้วยอย่างเด็ดขาด	34/87.2
25	คุณดูแลให้เด็กหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่น อยู่ในอากาศถ่ายเทไม่อัด	39/100
26	คุณกำจัดแหล่งน้ำขังในที่ต่างๆ ในบ้าน เช่น ในอ่างน้ำ ขาตู้กับข้าว ที่ล้างจาน เพราะเป็นที่อยู่ของแมลงสาบ	36/92.3
27	คุณแยกเด็กออกจากการเล่นกับผู้ที่มีอาการหวัด ไอ จามหรือมีน้ำมูก ในบ้าน	37/94.9
28	คุณให้การช่วยเหลือเด็กขณะมีอาการหอบหืดที่บ้านโดยให้เด็กพัก หยุดกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการ ปล่อยให้นอน ให้ดื่มน้ำอุ่น ให้รับประทานยาหรือพ่นยาขยายหลอดลมตามที่แพทย์ให้ไว้	36/92.3
39	ขณะมีอาการหอบหืดที่บ้านคุณงดพาพ่นยาขยายหลอดลมตามที่แพทย์ให้ไว้ เข้า 3 ครั้งห่างกัน 20 นาที อาการไม่ดีขึ้นใน 1 ชั่วโมง หรือแยลงพ่นยาซ้ำทันที แล้วรีบมาโรงพยาบาลรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน	33/84.6
30	คุณดูแลให้เด็กใส่เสื้อผ้าหนา น้ำแข็ง เมื่อมีอาการ	38/97.4
31	คุณให้เด็กดื่มน้ำไอศกรีม น้ำแข็ง เมื่อมีอาการหอบ	39/100
32	คุณไม่นำสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว เข้ามาภายในตัวบ้านที่อยู่อาศัย	37/94.9

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัดส่วนมาก มีการปฏิบัติดูแลพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคหัดได้มากกว่า ร้อยละ 80.0 ยกเว้นในเรื่อง การซื้อยาแก้หอบหืด ให้เด็กรับประทานเอง การปฏิบัติเมื่อลิ้นพ่นยา การเตรียม ยาพ่นไว้ล่วงหน้าก่อนยาหมด และดูแลเด็กเหมือนเด็ก ปกติคนอื่นในครอบครัวไม่ให้ความสนใจโอบอุ้มป้องกัน เด็กมากเกินไป ปฏิบัติได้น้อยกว่าร้อยละ 80.0

นำค่าคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรค หอบหืดอายุ 0-5 ปี ที่พฤติกรรมการดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรค หอบหืด แบ่งเป็น 3 ระดับพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลเด็กโรคหัดในเด็ก 0-5 ปี อยู่ในระดับสูงหรือดี ร้อยละ 84.6 รองลงมา มีพฤติกรรมในการดูแลเด็ก โรคหัดในเด็ก 0-5 ปี อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.4 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหอบหืดของผู้ดูแลอยู่ ในเกณฑ์ดี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนน 0 - 20 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (คะแนน 21 - 25 คะแนน)	6	15.4
สูง/ดี (คะแนน 26 - 33 คะแนน)	33	84.6
$\bar{X} = 29.74$, $SD = 2.871$, $Min = 22$, $Max = 33$		

3. เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรม
การดูแลเด็กโรคหืดในเด็ก 0-5 ปี จังหวัดราชบุรี จำแนก
ตามระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ

ในการเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรม
การดูแลเด็กโรคหืดในเด็ก 0-5 ปี จังหวัดราชบุรี จำแนก
ตามระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจพบว่า
ไม่แตกต่างกันทางสถิติ จึงได้นำผลมาเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยตามตารางที่ 4 ระดับการศึกษาและฐานะ
ทางเศรษฐกิจ ของผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดอายุ
0-5 ปี ที่ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ป่วยเป็น
โรคหอบหืดใกล้เคียงกันแต่ผู้ดูแลเด็กที่จบการศึกษา
ระดับการศึกษาปริญญาตรี และผู้ดูแลเด็กที่มีฐานะ
ทางเศรษฐกิจไม่พอใช้ มีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ป่วย
เป็นโรคหอบหืดต่ำกว่ากลุ่มอื่น

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหอบหืดในเด็ก 0-5 ปี อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จำแนก
ตามระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ

ตัวแปร	mean	SD
ระดับการศึกษา		
จบประถมศึกษา	30.30	2.93
จบมัธยมศึกษา	29.76	2.42
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	30.50	.70
ปริญญาตรีขึ้นไป	26.50	3.10
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
ไม่พอใจ	27.0	5.65
พอใช้	29.77	2.86
เหลือเก็บ	30.50	1.87

วิจารณ์

1. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กป่วยหอบหืดพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.6 ของผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยรวมระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวจำแนกตามรายได้พบว่า พฤติกรรมการจัดการทุกด้านอยู่ในระดับสูง ทำให้ไม่เกิดปัญหาเรื่องของการค่าใช้จ่ายในครอบครัวและมีความพร้อมในการปฏิบัติการจัดการและดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตินันท์ ไหมตรี และคณะ¹² เรื่องผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหืดต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลพบว่า ถ้าเราจัดการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด หลังได้รับการวางแผนจำหน่าย ทำให้พฤติกรรมในการดูแลดีกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p \leq .05$) ตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มและการศึกษาของอกนิษฐ์¹⁴ กมลวัชรพันธ์ การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 0-5 ปี โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ได้รับการวางแผนจำหน่ายทำให้พฤติกรรมในการดูแลดีกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p \leq .05$) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน ระดับการศึกษาต่างกันจะมีความสามารถในการปฏิบัติดูแลได้เป็นอย่างดี ถ้าทีมพัฒนาโปรแกรมในการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล¹²

2. จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ผู้ดูแลในครอบครัวจะมีความพร้อมในการดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กป่วยของโรคหอบหืดที่ดีได้ อาจเป็นเพราะผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดทุกคนได้รับความรู้ ข้อมูลการดูแลเด็กโรคหอบหืดจากระบบบริการของโรงพยาบาล ดำเนินสะดวก และสามารถนำความรู้ที่ได้ ไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในการดูแลของตนได้เป็นอย่างดี ตามผลการประเมินการปฏิบัติหรือพฤติกรรม

การดูแลเด็กโรคหอบหืดที่อยู่ในระดับดี ผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของจิตินันท์ ไหมตรี และคณะ¹² และดนัย พิทักษ์ธรรมพ และคณะ¹³

งานวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กป่วยหอบหืด พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 84.6 ของผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยรวมระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวรายได้ และระดับการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการจัดการทุกด้านอยู่ในระดับสูง ทำให้ไม่เกิดปัญหาเรื่องของการค่าใช้จ่ายในครอบครัวและมีความพร้อมในการปฏิบัติการจัดการและดูแลผู้ป่วย ดังนั้นทีมที่ให้ความรู้ในการใช้ยาของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญในการให้ข้อมูลติดตามและเน้นย้ำผู้ดูแลในการดูแลกลุ่ม 0-5 ปี ทางโรงพยาบาลดำเนินสะดวกจึงนำผล การศึกษานี้ปรับในกลุ่มทีมดูแลร่วมกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วัชร บัญสวัสดิ์. โรคหืด. ใน: นิธิพัฒน์ เจริญกุล, บรรณาธิการ. ตำราโรคระบบการหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2561. 444-54.
2. นิราวดี พัทธิน, สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และคณะ. ปัจจัยที่มี อิทธิพล ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัย นครสวรรค์. 2557; 8(3): 92-103.
3. พัชร วัฒนชัย, พัชรภรณ์ อารีย์, สุธิศา ล่ามช้าง. ความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการ ของ ครอบครัวและการควบคุมอาการของโรคหืด ในเด็กของผู้ดูแลในครอบครัว. พยาบาลสาร. 2559; 43(2): 1-12.
4. อาภาวรรณ หนูคง, สุตาภรณ์ พยัคฆ์เรือง, ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล, และคณะ. การจัดการของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กโรคหืด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2555; 30(1): 1-7.

5. Pedersen ES, Hurd SS, Lemanske RF, et al. Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. *Pediatr Pulmonol*. 2011; 46(1): 1-17. Doi: 10.1002/ppul.21321
6. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: ปียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2560.
7. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. ตำราโรคหืด. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2556.
8. อรพรรณ โพชนุกูล, สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร. โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก. พระนครศรีอยุธยา: เทียนวัฒนาพรินต์; 2558.
9. Bloom B. *Mastery learning*. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
10. Polit DF, Beck CT, Owen SV, et al. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007; 30(4): 459-67. doi: 10.1002/nur.20199.
11. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams&Wilkins; 2012.
12. ฐิตินันท์ ไมตรี. ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหืดต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแล. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2558.
13. ดนัย พัทธกษอรณพ, บังอร ม่วงไทยงาม. การพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2561; 27(5): 856-65
14. อกนิษฐ์ กมลวัชรพันธ์. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 0-5 ปี โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555.

การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลตามความต้องการ การพยาบาลของหอผู้ป่วยใน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี

Staffing Based on Nursing Care Needs of the In-Patient Wards : A Case Study of Chetsamian Hospital , Ratchaburi Province

วนิดา สิงหาติปริชากุล พย.บ.,
แผนกผู้ป่วยใน
กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน
จังหวัดราชบุรี

Vanida Singhachartpreechakul B.N.S.,
Unit of Inpatient
Division of Nursing
Chetsamian Hospital
Ratchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อศึกษาปริมาณความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วย โดยจำแนกตามประเภทผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ควรจะเป็นของการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลของ
หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน 3. เพื่อเปรียบเทียบอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลระหว่างสูตรการจัดอัตรา
กำลังของกองการพยาบาลกับสูตรการจัดอัตรากำลังของ Warstler

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้า
รับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จำนวน 1,589 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบจำแนกประเภท
ผู้ป่วย 5 ประเภท ตามแนวของ Warstler และแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน
ตุลาคม 2561 ถึง เดือนกันยายน 2562 ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตาม
เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

ผลการศึกษา : 1. ปริมาณความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วย โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี
พบว่า มีปริมาณความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวมทุกประเภท มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) อยู่ที่ 3.44 ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (SD) เท่ากับ 1.16 ความต้องการโดยรวมต่อเวรอยู่ที่ 3.44 คน ความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวม
ใน 3 เวร (เวรเช้า – เวรบ่าย – เวรดึก) จะได้เป็น $3.44 \times 3 = 10.32$ คน 2. ปริมาณความต้องการทางการพยาบาล
ของผู้ป่วยโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี โดยรวมทุกประเภทตามสูตร Warstler พบว่า ความต้องการพยาบาล
ของผู้ป่วย โดยรวมทุกประเภทต่อเวรอยู่ที่ 3.44 คน ความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวม ใน 3 เวร (เวรเช้า – เวร
บ่าย – เวรดึก) อยู่ที่ 10.32 คน ปริมาณความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานจริงปัจจุบัน ต่อเวรอยู่ที่ 2.34 คน

และความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวม ใน 3 เวร (เวรเช้า – เวรบ่าย – เวรดึก) ที่ปฏิบัติงานจริง เป็น $2.34 \times 3 = 7.02$ คน พบว่า โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ขาดอัตรากำลังของพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน $= 10.32 - 7.02 = 3.30$ คน

3. เปรียบเทียบอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ควรจะมีระหว่างสูตรการจัดอัตรากำลังของกองการพยาบาล กับสูตรการจัดอัตรากำลังของ Warstler พบว่า มีความใกล้เคียงกันคือประมาณ 10 คน สรุปว่า อัตรากำลังตามแนวคิดของ Warstler กับของกองการพยาบาล ไม่มีความแตกต่าง

จากผลการวิจัยที่ได้ ควรนำเอารูปแบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภทไปใช้ในการมอบหมายงานให้เหมาะสม สามารถปรับสัดส่วนของบุคลากรแต่ละระดับที่มีอยู่ในปัจจุบัน ให้เหมาะสมกับปริมาณงาน ใช้ข้อมูลดังกล่าวตัดสินใจในการจัดสรรเปลี่ยนแปลงการวางแผนกำลังคนให้เหมาะสมกับปริมาณภาระงานในแต่ละช่วงเวลา วางแผนการจัดอัตรากำลังต่อไปในอนาคต

สรุป : จากการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาปริมาณความต้องการทางการพยาบาล ของผู้ป่วยโดยจำแนกตามประเภทผู้ป่วยของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน และ เปรียบเทียบการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลระหว่างสูตรของกองการพยาบาล กับสูตรของ Warstler พบว่า หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ขาดอัตรากำลังของพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน 3 คน เปรียบเทียบการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลระหว่างสูตรของกองการพยาบาลกับสูตรของ Warstler ไม่มีความแตกต่าง

คำสำคัญ : ปริมาณความต้องการทางการพยาบาล อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

วารสารแพทย์เขต 4-5 2563 ; 39(3) : 500-509.

ABSTRACT

Objective : The aims were 1. to study the amount of nursing needs of the patients by classifying their types, 2. to study the rate at which the nursing personnel should be of Chetsamian Hospital, 3. to compare the rate of nursing personnel that should be between the formula of Nursing Division (Minister of Public Health) and the formula of Warstler.

Method : This is a descriptive research. The sample group consisted of 1,589 in-patients, admitted to Chetsamian Hospital from October 2018 to September 2019. Data collection was done using the forms of five types of patient classification according to Warstler and the records of nursing activities which had passed the verification of the contents from 3 qualified people. The data were analyzed using descriptive statistics, i.e., frequency distribution, percentage, and the standard deviation.

Results : 1. An average of nursing needs of all types of patients was at 3.44 (SD = 1.16) The nursing needs of all, if at 3.44 was the patients' nursing needs in a third part of the day (8-hours-shift : morning-afternoon-night), would be $3.44 \times 3 = 10.32$ people. 2. According to the Warstler formula, a quantity of nursing needs of all types of patients was at 3.44. The nursing needs of all, if at 3.44 was the patients' nursing needs in a third part of the day, would be $3.44 \times 3 = 10.32$

people. The nursing needs of the patients for performing the actual work against the call were 2.34 people ; thus the relevant total nursing needs would be $2.44 \times 3 = 7.02$ people per day. Lack of nursing manpower for keeping up with total nursing needs per day would be $10.32 - 7.02 = 3.30$ people. 3. Comparing the rate of nursing personnel between the formula of Nursing Division with the formula of Warstler at Chetsamian Hospital revealed that both methods yielded a similar quantity of the nursing needs ,i. e. , about 10 people. In conclusion , there was no difference between the both formulas. The results suggested to bring out a classification and distribution of patients in order for appropriate assignments , adjusting the proportion of the individual personnel currently available to the amount of work, use of such information for decision on the allocation, changing the capacity planning to fit the workload in each period and planning the next capacity of the future rate.

Conclusion : The research studied nursing needs of the inpatients by classifying their types, as well as comparing rating of the personnel between Nursing Division's formula and warstler's formula. Lack of the practicing nurses at Chetsamian Hospital per day equals 3, and there is no difference between the both formulas

Keywords : nursing need , nursing personnel rate , patient classification system

Received : February 10 , 2020 Revised : March 20 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 500-509.

บทนำ

โลกาภิวัตน์ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพในระดับโลกและภูมิภาคเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาจากปัญหาเดิมที่เกิดจากความด้อยพัฒนา ได้แก่ เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โรคติดต่อต่างๆ ไปสู่ปัญหาสุขภาพใหม่ ได้แก่ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก และล่าสุดคือ เชื้อไวรัสอีโบล่า การแพร่ระบาดของเชื้อจุลชีพดื้อยาปฏิชีวนะ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของความชุกและการตายก่อนวัยอันควรจากโรคติดต่อและโรคเรื้อรัง รวมทั้งความพิการที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนสูงขึ้น จึงเกิดประเด็นใหม่ๆด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาสุขภาพจากแรงงานและผู้อพยพข้ามพรมแดน คนไร้รัฐ ผู้ลี้ภัย¹ ทำให้

ความต้องการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันปัญหาการขาดแคลนพยาบาลมีความรุนแรงขึ้น ด้วยสาเหตุที่สำคัญคือ ความต้องการด้านสุขภาพของประชากรทั่วโลกมีสูงขึ้นและในภาครัฐมีนโยบายการเพิ่มงานเชิงรุกและเพิ่มพยาบาลในระดับปฐมภูมิทั่วประเทศ แต่มีข้อจำกัดในการผลิต การจ้างงานซึ่งอาจเกิดจากงบประมาณต่างๆในการจ้างไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถรักษากำลังคนในวิชาชีพพยาบาลภาครัฐไว้ได้ บุคลากรพยาบาลจึงไปสู่อะกาศเอกชนเพิ่มขึ้น² ผลกระทบที่กล่าวมาส่งผลให้งานอาชีพพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบจากเดิม เช่น จากการทำงานในโรงพยาบาลสู่การทำงานนอกโรงพยาบาลมากขึ้น และการทำงานในโรงพยาบาลต้องใช้ความสามารถระดับสูงขึ้น ต้องให้บริการพยาบาลโดยคำนึงถึงทั้งคุณภาพ คุณค่าและต้นทุนของบริการสุขภาพ เป็นต้น จึงทำให้มีการขาดแคลนพยาบาลที่

จะทำหน้าที่ตามสายงานอาชีพที่หลากหลายเฉพาะทางมากขึ้นหรืออาจเกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานที่ผิดพลาดมากขึ้น³ ผู้บริหารการพยาบาลต้องเผชิญกับสิ่งท้าทายด้านการวางแผนการผลิต การกระจาย และการใช้ประโยชน์จากกำลังคน เพื่อให้เกิดสมดุลทั้งในปริมาณและคุณภาพที่ต้องมีระหว่างวิชาชีพหรือความสมดุลของสัดส่วนการผสมผสานทักษะของทีมสุขภาพเกิดความคุ้มค่าในการใช้บุคลากรแต่ละประเภท³

ประเทศไทยมีการใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ข้อมูลประเภทผู้ป่วยมาใช้ในการประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลัง วางแผนให้การพยาบาล มอบหมายงานเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ นิเทศติดตาม และสนับสนุน สำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาลได้ปรับใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยของ Warstler จำแนกประเภทผู้ป่วยในเป็น 5 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤต หนักมาก หนัก ปานกลาง และผู้ป่วยเบา ใช้ค่า nursing need จากผลการวิจัยของ Thomas F.Kelly และ Andrew Mc.Kenna ในปี 1976 สำหรับงานบริการพยาบาล ผู้ป่วยนอก กองการพยาบาล ได้เสนอการจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยเรื้อรัง และไม่เรื้อรัง งานบริการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน เสนอให้ให้จำแนกประเภทผู้ป่วย เป็น 3 ประเภทคือ ฉุกเฉิน เรื้อรัง และไม่เรื้อรัง จากการสำรวจอย่างไม่เป็นทางการ ในปี 2544³ พบว่าโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังคงใช้เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยของกองการพยาบาล ปัญหาที่พบในการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ผ่านมา ได้แก่ พยาบาลจำแนกผู้ป่วยได้ไม่ตรงกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยต่างหน่วยงาน และเป็นที่ถกเถียงกันมาก เนื่องจากมีผลต่อการจัดอัตรากำลังของแต่ละหน่วยงาน เวลาอ้างอิงที่ใช้ในการคำนวณอัตรากำลังสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท ได้มาจากการศึกษาที่ผ่านมาหลายปี ทำให้ไม่ได้รับการ

ยอมรับเท่าที่ควร แต่เนื่องจากยังไม่มีการพัฒนาเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยอย่างเป็นระบบอื่นที่เป็นที่ยอมรับ โรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงยังคงใช้การจำแนกประเภทผู้ป่วยในระบบเดิมของกองการพยาบาล

การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่ง ในกระบวนการบริหารการพยาบาล เพราะบุคลากร เป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญต่อการบริหารองค์กร การจัดการด้านบุคลากรที่ดี จะต้องมีการบุคลากรที่เพียงพอ ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพสามารถใช้คนได้เต็มกำลังความสามารถ โรงพยาบาลที่ขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น อัตราการตายในโรงพยาบาลสูงขึ้นและระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตและการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น³ การพัฒนาการบริการและการบริหารจัดการองค์กรเพื่อธำรงรักษามูลค่าบุคลากรให้มีความสำคัญในการบริหารอัตรากำลังให้เกิดความเหมาะสมและคุ้มค่าคุ้มทุน สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการจัดอัตรากำลังพยาบาล คือการจัดอัตรากำลังที่ไม่เกินความจำเป็น การจัดอัตรากำลังที่เกินความจำเป็น ทำให้ผลผลิตในการทำงานน้อยเกิดความสูญเสียทรัพยากร ส่วนการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่น้อยเกินไป ทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้นกำลังของบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลตามมาคือบุคลากรเกิดความเหนื่อยล้า คุณภาพงานบริการพยาบาลลดลง มีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงานและอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมในการลาออกจากงานมากขึ้น Pamela กล่าวถึงงานวิจัยเรื่องการจัดอัตรากำลังพยาบาลในโรงพยาบาลและผลในการดูแลรักษา³ พบว่าโรงพยาบาลที่มีอัตรากำลังพยาบาลต่ำกว่าที่ต้องการทำให้พยาบาลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลงและพบว่าเนื่องจากสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม จึงใช้ผู้ช่วยพยาบาลมากขึ้น

ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพในการพยาบาลลดลง จะเห็นว่าการจัดการทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย⁴ การจัดการในหอผู้ป่วยกล่าวคือ การพยาบาลที่ให้การดูแลโดยไม่พิจารณาด้านคุณวุฒิและความอาวุโสในงาน ตลอดจนประเภทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำบนหอผู้ป่วยและการใช้พยาบาลจากแหล่งอื่นมาปฏิบัติเป็นครั้งคราวในการกำหนดอัตราค่าจ้าง มีผลต่อภาระงานและความเสี่ยง ซึ่งพบว่าการใช้สัดส่วนพยาบาลที่เป็นพยาบาลจากแหล่งอื่นมาดูแลผู้ป่วย ลักษณะงานที่ย่งยาก ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น สภาวะการเจ็บป่วยและสถานการณ์ ต่าง ๆ ส่งผลต่อการเกิดความเสี่ยงและเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

การจัดอัตราค่าจ้างทางการพยาบาลในอดีตทำโดยนับจำนวนผู้ป่วยหรือจำนวนเตียง เพื่อวัดปริมาณงานพยาบาลซึ่งเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากไม่ได้คำนึงถึงความหนักเบาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งจะพบว่าในแต่ละเวรจำนวนผู้ป่วยมักไม่คงที่จึงยากในการคาดคะเนล่วงหน้า ปัจจุบันแนวคิดในการจัดอัตราค่าจ้างทางการพยาบาลได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาล (nursing need) เพื่อหาปริมาณงานของพยาบาลซึ่งได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง แต่อย่างไรก็ตามการวัดปริมาณงานหรือเวลาที่ต้องใช้ในการให้การพยาบาลจะแตกต่างกันตามประเภทผู้ป่วย⁵ โรงพยาบาลหลายแห่งได้นำระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยมาใช้ในการคำนวณปริมาณงานพยาบาลและ หรือความต้องการการพยาบาล การใช้เครื่องมือในการจำแนกประเภทผู้ป่วยมีการพัฒนาประยุกต์ให้เหมาะสมในแต่ละโรงพยาบาลและมีการหาความตรง (validity) ความเที่ยง (reliability) ในโรงพยาบาลของตน ดังนั้นชั่วโมงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทในแต่ละโรงพยาบาลจะมีค่าไม่เท่ากัน โดยมีปัจจัยมาจากลักษณะผู้ป่วย ความต้องการการพยาบาล จำนวนและประเภทของ

บุคลากรทางการพยาบาล ตลอดจนระบบต่างๆ ภายใต้กระบวนการบริหารของโรงพยาบาลนั้นๆ⁵

ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงตามกระแสการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขอย่างมาก ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้มีการปรับปรุงแนวคิด และกระบวนการ การบริหารการพยาบาลอย่างมากในปัจจุบัน ทรัพยากรที่สำคัญของการบริหารการพยาบาลคือ กำลังคน หรือบุคลากร วิธีการที่จะช่วยให้องค์กรไม่เกิดปัญหาในด้านทรัพยากรมนุษย์ คือการจัดอัตราค่าจ้างเป็นขั้นตอนที่ผู้บริหารการพยาบาลต้องจัดสรรบุคลากรพยาบาลให้แต่ละหน่วยงาน โดยมีบุคลากรที่มีคุณภาพเหมาะสมกับลักษณะงานและจำนวนเพียงพอที่จะให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการโดยคำนึงถึงลักษณะงาน ประเภทผู้ป่วย จำนวนเวลาของกิจกรรมการพยาบาล ความต้องการการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภทเป็นหลัก⁶ เพื่อให้การจัดบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพ มีความพร้อมและเพียงพอต่อการให้บริการพยาบาลที่คงไว้ซึ่งคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด

โรงพยาบาลเจ็ดเสมียนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระดับ F 2 ประชาชนในเขตความรับผิดชอบทั้งหมด 16,105 คนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้มาคลอด และผู้ป่วยใน ตลอดจนมีการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องจนถึงชุมชน ข้อจำกัดของการบริการคือ ไม่มีห้องผ่าตัด และไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ ที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากไม่มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ รวมถึงบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ บริการครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งล้วนเป็นบทบาทและหน้าที่หลักของพยาบาลทั้งสิ้น การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มี

จำนวนเหมาะสมกับปริมาณภาระงาน ซึ่งการให้บริการพยาบาลเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้พยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณจึงต้องมีการวางแผนให้มีบุคลากรที่มีจำนวนเหมาะสมกับภาระงานที่มีอยู่ ประกอบกับเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยที่ใช้อยู่เดิม มีความยุ่งยากต่อการปฏิบัติ และมีการจัดอัตรากำลังที่มากเกินไปจนเกินความเป็นจริง และยังใช้ระบบการนับจำนวนผู้ป่วยหรือนับจำนวนเตียงผู้ป่วยมาเป็นเกณฑ์ในการจัดอัตรากำลัง เช่น หากมีจำนวนผู้ป่วย 15 คนขึ้นไปให้เรียกอัตรากำลังเสริมได้ในเวรตึกช่วงเวลา 05.00 – 9.00 น. หรือผู้ป่วยจำนวน 20 คน เรียกอัตรากำลังเสริมได้ 1 คน เป็นต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปริมาณความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวมทุกประเภทผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ควรจะเป็นของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลระหว่างสูตรการจัดอัตรากำลังของกองการพยาบาล กับสูตรการจัดอัตรากำลังของ Warstler

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึง เดือนกันยายน 2562 จำนวน 1,589 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 คู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในของ Warstler ซึ่งแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท คือ 1) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

2) ผู้ป่วยต้องการการดูแลระดับต่ำ 3) ผู้ป่วยต้องการการดูแลระดับปานกลาง 4) ผู้ป่วยต้องการการดูแลระดับต่ำกว่าวิกฤต 5) ผู้ป่วยต้องการการดูแลในระยะวิกฤต

ชุดที่ 2 แบบบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง 2) กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม 3) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน 4) กิจกรรมส่วนตัว 5) กิจกรรมการบันทึกรายงานเอกสารการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในเวรเช้าตั้งแต่เวลา 8.00 – 16.00 น. เวรบ่ายตั้งแต่เวลา 16.00 – 24.00 น. และเวรตึกตั้งแต่เวลา 24.00 – 8.00 น. ดังนี้

1) จำแนกประเภทผู้ป่วยในแต่ละเวร โดยในเวรเช้าจำแนกประเภทผู้ป่วยเวลา 14.30 น. เวรบ่ายเวลา 22.30 น. และเวรตึกเวลา 6.30 น.

2) รวบรวมข้อมูลปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล

3) นำข้อมูลปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละเวรมาหาค่าเฉลี่ย

โดยคำนวณหาเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยต่อคนต่อเวรแต่ละประเภทผู้ป่วยเพื่อใช้ในการคำนวณอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการดังนี้

1. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่บุคลากรของแผนกผู้ป่วยใน

2. ประสานงานเวชสถิติเพื่อขอข้อมูลเวชระเบียนที่ต้องการตามเกณฑ์

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

4. ผู้วิจัยลงรหัสข้อมูลบันทึกในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล

5. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีได้รับ

การรับรอง ในวันที่ 28 พฤศจิกายน 2562 เลขที่โครงการ
วิจัย COE No. ๐๐๓/๒๕๖๒ : RbPH REC ๐๒๔/๒๕๖๒

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนา ใช้จำนวน
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่อง “การจัด
อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ตามความต้องการ
การพยาบาลของหอผู้ป่วยใน : กรณีศึกษา โรงพยาบาล
เจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี” มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ปริมาณความต้องการทางการพยาบาลของ
ผู้ป่วยโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี จากการ
วิเคราะห์ปริมาณความต้องการทางการพยาบาลของ
ผู้ป่วยโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรีโดยรวม
ทุกประเภท พบว่า มีปริมาณความต้องการพยาบาล
ของผู้ป่วยโดยรวมทุกประเภทโดยมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) อยู่ที่
3.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 1.16
ความต้องการพยาบาลผู้ป่วยโดยรวมทุกประเภท
ต่อเวรอยู่ที่ 3.44 คน หากเป็นความต้องการพยาบาล

โดยรวมใน 3 เวร (เวรเช้า – เวรบ่าย – เวรตึก) จะได้
เป็น $3.44 \times 3 = 10.32$ คน

2. อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ควร
จะเป็น ของการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล
ของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน

ปริมาณความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยที่
ปฏิบัติงานจริง ต่อเวร อยู่ที่ 2.34 คน ความต้องการ
พยาบาลของผู้ป่วยโดยรวม ใน 3 เวร (เวรเช้า – เวร
บ่าย – เวรตึก) จะได้เป็น $2.34 \times 3 = 7.02$ คน

จะเห็นว่าโรงพยาบาลเจ็ดเสมียนขาดอัตรา
กำลังของพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริง ต่อวัน = $10.32 - 7.02 = 3.30$ คน

3. เปรียบเทียบอัตรากำลังบุคลากรทางการ
พยาบาลระหว่างสูตรการจัดอัตรากำลังของกอง
การพยาบาล กับสูตรการจัดอัตรากำลังของ Warstler

3.1. อัตรากำลังทางการพยาบาลที่
ต้องการของแผนกผู้ป่วยใน ตามแนวทางของกองการ
พยาบาล

3.1.1 อัตรากำลังทางการพยาบาลที่ต้องการของแผนกผู้ป่วยใน ตามแนวทางของกองการพยาบาล
(Productivity FTE) =
$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/วัน} \times \text{ชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ยต่อวันผู้ป่วยนอน} \times 1.4 \times \text{FTE ชั่วโมงที่ไม่ได้งาน}}{\text{จำนวนชั่วโมงการทำงานของเจ้าหน้าที่ 1 คน ใน 1 วัน}}$$

$$= \frac{13.81 \times 4.5 \times 1.4 \times 1.13}{7}$$

$$= 14.04 \text{ FTE}$$

3.1.2 การกระจายอัตรากำลังในแต่ละวัน

$$= \text{FTE} \times \text{จำนวนชั่วโมงของพนักงานประจำ 1 คน/ปี} = 14.04 \times 2,080 \text{ ชั่วโมง/ปี}$$

$$= 29,213.12 \text{ ชั่วโมง/ปี}$$

3.1.3 คำนวณจำนวนชั่วโมงการดูแลในแต่ละวันที่ให้บริการใน 1 ปี

$$= \frac{\text{ชั่วโมงการดูแลผู้ป่วย / ปี}}{365} = \frac{29,213.12}{365}$$

$$= 80.04 \text{ ชั่วโมง/วัน}$$

3.1.4 คำนวณเจ้าหน้าที่ต่อวันในการดูแลผู้ป่วย

$$= \frac{\text{ชั่วโมงการดูแลผู้ป่วย/ ปี}}{\text{จำนวนชั่วโมงการทำงานที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่ 1 คน ใน 1 วัน (3 เวร)}}$$

$$= 80.04 / 3$$

$$= 10 \text{ คน}$$

3.2 อัตรากำลังทางการพยาบาลที่ต้องการของแผนกผู้ป่วยในตามแนวทางของ Warstler จากการวิเคราะห์ปริมาณความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรงพยาบาลเจ็ดเสมียนจังหวัดราชบุรี โดยรวมทุกประเภทตามสูตร Warstler พบว่า มีปริมาณความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวมทุกประเภทต่อเวรอยู่ที่ 3.44 คน หากเป็นความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวม ใน 3 เวร (เวรเช้า – เวรบ่าย – เวรตึก) จะได้เป็น $3.44 \times 3 = 10.32$ คน

สรุปจากการเปรียบเทียบอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ควรจะมีระหว่างสูตรการจัดอัตรากำลังของกองการพยาบาล กับสูตรการจัดอัตรากำลังของ Warstler พบว่า มีความใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 10 คน

วิจารณ์

1. ปริมาณความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี ปริมาณความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยใช้สูตรการคำนวณผลผลิตทางการพยาบาล (productivity) ตามแนวคิดของ Warstler ผู้ป่วยประเภทที่ 1-5 ต้องการการพยาบาลต่อวัน เท่ากับ 1.5, 3.5, 5.5, 7.5 และ 12 ชั่วโมง ผลการศึกษาที่ได้ตามความต้องการของผู้ป่วยโดยรวมต่อวันอยู่ที่ประมาณ 10 คน สอดคล้องกับงานวิจัยของนาวาตรีหญิง ปิยนุช ผลานิผล⁷ ได้ศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวนชั่วโมงความต้องการการพยาบาลต่อวันของผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำแนกตามประเภทผู้ป่วย พบว่า ชั่วโมงความต้องการการพยาบาลต่อวันของหอผู้ป่วยอายุรกรรม ประเภทที่ 1-5 เท่ากับ 1.25, 1.93, 3.42, 5.03 และ 5.22 ชั่วโมง ความต้องการของผู้ป่วยโดยรวมต่อวัน อยู่ที่ประมาณ 10 คน ใกล้เคียงกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรจิต วงษ์สุธน⁸ ได้ศึกษา การจัดอัตรากำลังพยาบาลในกลุ่มมารดาหลังคลอดและทารก

แรกเกิด โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า มารดาหลังคลอด ประเภทอาการหนักปานกลางและต้องการการดูแลปานกลาง (2c) ประเภทอาการหนักปานกลางและต้องการการดูแลมาก (2b) และอาการหนักและต้องการการดูแลมาก (3b) ใช้เวลาการพยาบาลตามมาตรฐานคือ 3.82, 4.63 และ 5.35 ชั่วโมงต่อคน และต่อวันตามลำดับ ส่วนทารกแรกเกิด ประเภทอาการหนักปานกลางและต้องการการดูแลมาก (2b) ประเภทอาการหนักปานกลางและต้องการการดูแลมากตลอดเวลา (2a) และประเภทอาการหนักและต้องการการดูแลมากตลอดเวลา (3a) ใช้เวลาการพยาบาลตามมาตรฐานเท่ากับ 4.18, 6.32, 8.25 ชั่วโมงต่อคนและต่อวันตามลำดับ และสอดคล้องกับธนพร แยมสุตา⁹ ได้ศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยใน : โรงพยาบาลในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ พบว่า ความต้องการการพยาบาลใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยประเภทที่ 1- 5 เท่ากับ 1.36, 3.51, 5.12, 5.97 และ 6.15 ชั่วโมง ตามลำดับความต้องการของผู้ป่วยโดยรวมต่อวัน อยู่ที่ประมาณ 10 คน ใกล้เคียงกัน

2. อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ควรจะเป็นของการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานจริง มีที่ปฏิบัติงานจริง ต่อเวร อยู่ที่ 2.34 คน หากเป็นความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวม ใน 3 เวร (เวรเช้า – เวรบ่าย – เวรตึก) จะได้เป็น $2.34 \times 3 = 7.02$ คน จากการวิเคราะห์ปริมาณความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี โดยรวมทุกประเภทตามสูตร Warstler พบว่า มีปริมาณความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวมทุกประเภทต่อเวรอยู่ที่ 3.44 คน หากเป็นความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวม ใน 3 เวร (เวรเช้า – เวรบ่าย – เวรตึก) จะได้เป็น $3.44 \times 3 = 10.32$ คน จะเห็นว่า โรงพยาบาล

เจ็ดเสมียนขาดอัตรากำลังของพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริง
ต่อวัน = $10.32 - 7.02 = 3.30$ คน สอดคล้องกับการ
ศึกษาของศรีศุภรักษ์ สวนแก้ว¹⁰ ได้ศึกษา การจัดอัตรา
กำลังบุคลากรทางการพยาบาล งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลบางแพ ที่ปฏิบัติงานจริงมี 11 คน จาก
การศึกษาพบว่า อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล
ที่ควรจะเป็นของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องการอัตรา
กำลังพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเป็น จำนวน 15 คน

3. เปรียบเทียบอัตรากำลังบุคลากรทางการ
พยาบาลที่ควรจะมีระหว่างสูตรการจัดอัตรากำลัง
ของกองการพยาบาล กับ สูตรการจัดอัตรากำลังของ
Warstler สรุปจากการเปรียบเทียบอัตรากำลังบุคลากร
ทางการพยาบาลที่ควรจะมีระหว่างสูตรการจัดอัตรา
กำลังของกองการพยาบาล กับสูตรการจัดอัตรากำลัง
ของ Warstler พบว่า มีความใกล้เคียงกันคือประมาณ
10 คน สอดคล้องกับการศึกษาของ ระยอง บรรจงศิลป์¹¹
ได้ศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล
ตามความต้องการการพยาบาลของงานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เปรียบเทียบ
อัตรากำลังบุคลากรพยาบาลที่ควรจะมีระหว่างสูตรของ
การจัดอัตรากำลังของกองการพยาบาล กับกรอบอัตรา
กำลังตามโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน
กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ไม่มีความแตกต่าง

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

1. ควรนำเอารูปแบบการจำแนกประเภท
ผู้ป่วย และจำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภทไปใช้ในการ
มอบหมายงานให้เหมาะสม
2. ควรนำระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย
มาใช้ในการบันทึกประเภทและจำนวนผู้ป่วยแต่ละ
ประเภทในแต่ละวัน เพื่อประโยชน์ในการประมาณความ
ต้องการบุคลากรทางการพยาบาลและใช้ข้อมูลดังกล่าว
ตัดสินใจในการจัดสรรเปลี่ยนแปลงการวางแผนกำลังคน
ให้เหมาะสมกับปริมาณภาระงานในแต่ละช่วงเวลา และ
วางแผนการจัดอัตรากำลังต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความต้องการการพยาบาล และ
การจำแนกประเภทผู้ป่วยในงานอื่น เช่น งานผู้ป่วยนอก
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการจัดอัตรา
กำลังที่เหมาะสม
2. ควรมีการติดตามการใช้รูปแบบการจำแนก
ประเภทผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการบริหารอัตรากำลัง
ตามแนวทางของ Warstler ในการพัฒนาเป็นโปรแกรม
สำเร็จรูปให้ง่ายต่อการใช้ อย่างต่อเนื่อง

สรุป

ผลการวิจัยสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้
จากการวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณความต้องการ
ทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน
จังหวัดราชบุรี ตามแนวทางของ Warstler โดยรวมทุก
ประเภทต่อเวรอยู่ที่ 3.44 คน หากเป็นความต้องการ
พยาบาลของผู้ป่วยโดยรวม ใน 3 เวร (เวรเช้า – เวร
บ่าย – เวรตึก) จะได้เป็น $3.44 \times 3 = 10.32$ คน
ปริมาณความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยที่
ปฏิบัติงานจริงต่อเวรอยู่ที่ 2.34 คน หากเป็นความ
ต้องการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวม ใน 3 เวร (เวรเช้า –
เวรบ่าย – เวรตึก) จะได้เป็น $2.34 \times 3 = 7.02$ คน จะเห็น
ว่าโรงพยาบาลเจ็ดเสมียนขาดอัตรากำลังของพยาบาลที่
ปฏิบัติงานจริง ต่อวัน = $10.32 - 7.02 = 3.30$ คน
เมื่อวิเคราะห์ อัตรากำลังทางการพยาบาลที่
ต้องการของแผนกผู้ป่วยในตามแนวทางของกองการ
พยาบาล (Productivity FTE) เปรียบเทียบกับสูตรการ
จัดอัตรากำลังของ Warstler พบว่า มีความใกล้เคียงกัน
คือประมาณ 10 คน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา
จาก ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมและ
แพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรุณา

สละเวลา ให้ความรู้ในเรื่องการวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้
ในการทำงานด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา
ให้คำแนะนำ ตลอดจนตรวจแก้ไข ติดตามความก้าวหน้า
การดำเนินการวิจัย ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีตลอดมา
ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจทานแก้ไข และ
พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการ
ทำวิจัย ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงปจรรย์ อารีรัตน์
นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกันสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี รักษาการผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลเจ้าเจ็ดสิบเอ็ด คุณจิตาภา สุทธิพงศ์ หัวหน้า
กลุ่มการพยาบาลที่ให้โอกาสในการทำวิจัย และ
พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ้าเจ็ดสิบเอ็ด
ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ และให้ความ
ช่วยเหลือในการทำงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึก
ซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอ
กราบขอบพระคุณไว้ในโอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพ
โลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2563.
กรุงเทพฯ , 2559.
2. กฤษดา แสงดี. แนวทางการจัดอัตรากำลังทาง
การพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์
รับ-ส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.2545.
3. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. การจัดการทางการพยาบาล.
ชลบุรี : ภาควิชาวิจัยประเมินผลและบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.2553.
4. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข.การบริหารการพยาบาลแนวใหม่.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การรับส่ง
สินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.),2548.
5. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์
การจัดการองค์การพยาบาล ในศตวรรษที่ 21.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2550.
6. ผศ.ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ และคณะ.
การบริหารการพยาบาลยุค 4G Plus. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์ TSB Product,2559.
7. นาวาตรีหญิง ปิยนุช ผลานิผล.การจัดอัตรากำลัง
บุคลากรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ,2551.
8. พชรจิต วงษ์สุธน. การจัดอัตรากำลังพยาบาล
ในกลุ่มมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี,2555.
9. ธนพร แยมสุตา. การจัดอัตรากำลังบุคลากร
ทางการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาล
ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลในสังกัดกรมแพทย์ทหาร
เรือ, 2552 .
10. ศรีศุภรักษ์ สวนแก้ว. การจัดอัตรากำลังบุคลากร
ทางการพยาบาล งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล
บางแพ,2553.
11. ระยอง บรรจงศิลป์. การจัดอัตรากำลังบุคลากร
ทางการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาล
ของงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครชัยศรี
จังหวัดนครปฐม, 2560.

การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุมีกระดูกต้นขาหักและมีกระดูกหายไป บางส่วนโดยใช้วิธีกระตุ้นให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาหุ้มบริเวณที่กระดูก ขาดหายไปแล้วใส่กระดูกมาเสริมในเนื้อเยื่อที่สร้าง

Post-Traumatic Bone Loss of the Femur Treated with Induced Membrane Technique and Segmental Bone Allograft

พงษ์ศักดิ์ ฐิติพันธุ์ดำรง พ.บ.,
ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลบางสะพาน
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Pongsak Thitiphundumrong M.D.,
Thai Board of Orthopaedic
Bangsaphan Hospital
Prachuap Khiri Khan

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุกระดูกหักและมีกระดูกหายไปบางส่วนที่มีขนาดใหญ่ ยังคงมีความยุ่งยากและซับซ้อน
ในการรักษาเพื่อที่จะให้กระดูกติดและได้ผลลัพธ์ที่ดี บทความนี้นำเสนอผู้ป่วยชายไทย อายุ 16 ปี ประสบอุบัติเหตุขี่รถ
มอเตอร์ไซด์ชนกับรถยนต์ มีบาดแผลฉีกขาดที่ต้นขาขวาขนาดประมาณ 15 เซนติเมตร และมีปลายกระดูกที่หักโผล่
ออกมาจากบาดแผล (open fracture Gustilo IIIA) เอกซเรย์พบมีกระดูกต้นขาหายไปในขนาดประมาณ 12 เซนติเมตร
การรักษาในผู้ป่วยรายนี้ มีการผ่าตัดล้างทำความสะอาดแผลและกระดูกที่หัก รวมทั้งตัดเนื้อเยื่อที่
สกปรกและฉีกขาดแล้วยึดตรึงกระดูกด้วย external fixation เมื่อแผลดีแล้วจึงมีการใส่ cement spacer บริเวณที่
กระดูกหายไปเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาหุ้ม (induced membrane technique) หลังจากนั้น 3 เดือน
นำ cement spacer ออกและใส่ bone allograft แล้วยึดตรึงกระดูกด้วย plate หลังจากตรวจติดตามผู้ป่วย
พบมีการติดของกระดูกที่ระยะเวลา 6 เดือน

คำสำคัญ : กระดูกต้นขาหักขาดหายไปบางส่วน การสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาหุ้มบริเวณกระดูกที่ขาดหายไป

วารสารแพทยเขต 4-5 2563 ; 39(3) : 510-515.

Abstract

Reconstruction of long bone diaphyseal defect from fracture remains a challenge for the
orthopaedic surgeon. The most common and widely accepted procedures are the free vascularized
bone transfer and the Ilizarov bone transport. When a diaphyseal defect larger than 6 cm is
reconstructed with autologous bone grafts, healing is always incomplete because of graft resorption.

In the presenting case report, a 16-year-old man was admitted to our emergency department after the motorcycle accident. Large laceration wound at right thigh about 15 cm with bone exposure was encountered. The open fracture of right femoral shaft with bone loss about 12 cm was diagnosed, and classified as a Gustilo IIIA.

After thoroughly debriding of the wound, the reconstruction comprised of 2 stages. In the first stage, the fracture was fixed with an external fixator and bone cement spacer was placed into the bone defect after healing of the wound for induction of membranous tissue. The second stage was performed 3 month later, the cement was removed and the cavity formed by induced membrane was filled up with bone allograft. The fracture was finally fixed by double locking plates. Bone healing was achieved after 6 months.

Keywords : post-traumatic femoral bone loss, induced membrane technique

Received : December 23 , 2019 Revised : January 20 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 510-515.

บทนำ

ในปัจจุบันอุบัติเหตุนอกจากการจราจรมีเพิ่มมากขึ้น และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอุบัติเหตุนักมอเตอร์ไซด์ที่พบได้มากที่สุด ในผู้ป่วยที่กระดูกหักและมีบาดแผลฉีกขาดรุนแรงร่วมกับมีกระดูกบางส่วนหายไป การรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งเรื่องการจัดเรียงกระดูกให้ได้ตามกายวิภาคและประสิทธิภาพในการทำงาน

การรักษาผู้ป่วยกระดูกหักที่มีกระดูกบางส่วนหายไป มีหลายวิธีในการรักษา เช่น การใช้ autograft ในรายที่กระดูกที่หายไปมีขนาดใหญ่ มีการใช้ bone allograft, bone transport หรือ vascularized bone graft^{1,2} แต่ถ้ากระดูกที่หายไปมีขนาดใหญ่ มากกว่า 6 เซนติเมตร มักจะมีปัญหาเรื่องกระดูกติดช้า

ติดไม่สมบูรณ์ เพราะมีการสลายตัวของ bone graft^{3,4} ในปัจจุบันมีการใช้วิธี induced membrane technique โดย Masquelet และ Beque^{3,5} ซึ่งรายงานว่าได้ผลการรักษาที่ดีในรายที่กระดูกหายไปมีขนาดใหญ่ช่วยลดการสลายตัวของ bone graft

รายงานผู้ป่วย

ผู้ชายอายุ 16 ปี ประสบอุบัติเหตุขี่รถมอเตอร์ไซด์ชนกับรถยนต์ มีบาดแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ประมาณ 15 เซนติเมตร ที่บริเวณต้นขาขวา มีปลายกระดูกโผล่ออกมาจากแผล มีข้อมือซ้ายและขาซ้ายผิดปกติ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระดูกต้นขาขวาหักแบบมีแผลเปิด (Gustilo IIIA) กระดูกส่วนปลายท่อนแขนซ้ายหัก และกระดูกขาซ้ายหักดังแสดงในรูปที่ 1

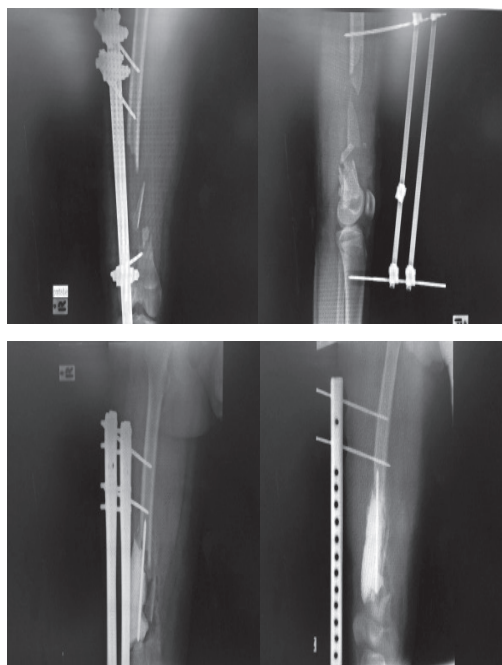


รูปที่ 1 ภาพฟิล์มเอกซเรย์กระดูกต้นขาขวาหัก กระดูกข้อมือซ้ายหักและกระดูกขาซ้ายหัก

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทำความสะอาดแผล
และใส่เครื่องยึดตรึงกระดูกภายนอก (external fixation)
ที่กระดูกต้นขาขวาพบว่ามีการกระดูกต้นขาขวาขาดหายไป
บางส่วนขนาดยาวประมาณ 12 เซนติเมตร 6 วันต่อมา
ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดกระดูก (plate fixation)

ที่แขนซ้ายและขาซ้ายและใน 3 สัปดาห์ต่อมาแผลที่ต้นขา
ขวาไม่มีการติดเชื้อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอีกครั้งด้วยวิธี
induced membrane technique โดยการใส่ cement
spacer ผสม gentamicin เพื่อกระตุ้นให้เกิด membrane
หุ้มรอบบริเวณที่กระดูกหายไ้⁵ ดังแสดงในรูปที่ 2

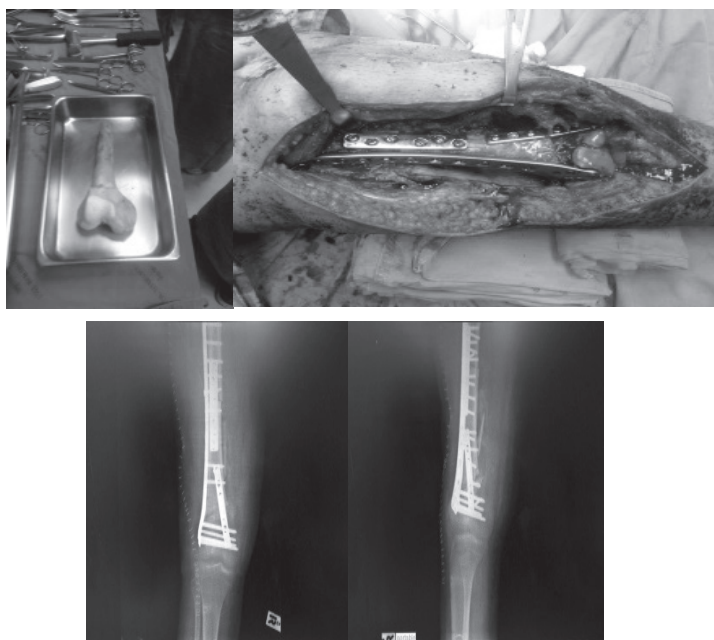




รูปที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เครื่องยึดตรึงกระดูกภายนอก และใส่ cement spacer

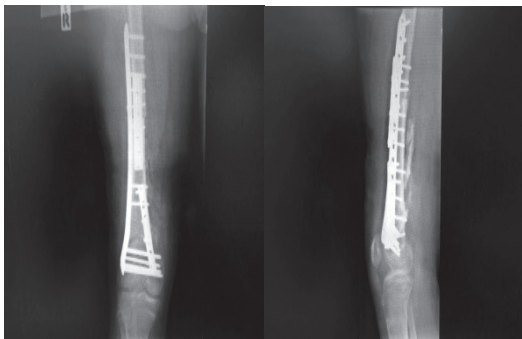
3 เดือนหลังจากใส่ cement spacer ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอา cement spacer ออกและใส่ bone allograft 12 เซนติเมตร ลงใน membrane และ

ยึดตรึงกระดูกด้วย double locking plate^{6,7} และใส่ iliac bone graft แล้วเย็บปิด membrane ให้หุ้ม bone allograft ดังแสดงในรูปที่ 3

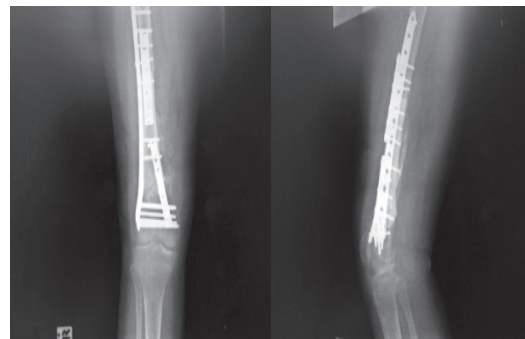


รูปที่ 3 ใส่ bone allograft และยึดด้วย double locking plate

6 สัปดาห์หลังจากใส่ bone allograft เอกซเรย์พบมีกระดูกที่เริ่มสร้างใหม่ (bone callus formation) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าขาได้ -10-50 องศา มีความยาวขาขวาสั้นกว่าขาซ้าย 2 เซนติเมตร ให้เริ่มลงน้ำหนักบางส่วนที่ขาขวา 16 สัปดาห์หลังการผ่าตัดเอกซเรย์พบมีการติดของกระดูกเพิ่มมากขึ้น พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าขาได้ -10-80 องศา



4-1



4-2



4-3



4-4

รูปที่ 4 ภาพเอกซเรย์ภายหลังการผ่าตัดใส่ bone allograft, 4-1: 6 สัปดาห์, 4-2: 16 สัปดาห์, 4-3: 6 เดือน, 4-4: 1 ปี

วิจารณ์

การผ่าตัดรักษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรกคือการผ่าตัดเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บและยึดตรึงกระดูกด้วย external fixation และใส่ bone cement spacer อีกครั้งเมื่อแผลดีไม่พบมีการติดเชื่อมระยะที่ 2 หลังจากการใส่ bone cement spacer ใช้นาน 12 สัปดาห์ผ่าตัดเอา bone cement spacer ออกใส่ bone allograft ลงใน membrane ที่ถูกสร้างขึ้นมาหุ้มรอบ bone cement⁸

จากการศึกษา histologic and immunochemistry พบว่าบริเวณ membrane มีเส้นเลือดที่สร้างขึ้นใหม่มากมาย บริเวณชั้นในสุดมี synovial like epithelium โดยที่ชั้นนอกมี fibroblast, myofibroblast, และ collagen โดยที่ membrane สามารถสร้าง growth factors เช่น VEGF and TGF beta, BMP-2, vWF, IL-6, และ IL-8⁹

จากรายงานการรักษาโดยใช้วิธี induced membrane technique โดยการใส่ cancellous

bone graft เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักหายไบบางส่วนแต่ไม่พบว่ามีรายงานการรักษาในรายที่มีกระดูกหายไบบางส่วนใหญ่เท่าผู้ป่วยรายนี้ในผู้ป่วยรายนี้มีกระดูกหายไบบาว 12 เซนติเมตร จึงได้มีการใช้ femoral bone allograft แทนซึ่ง membrane ที่สร้างขึ้นจะช่วยกระตุ้นให้เกิดการสร้างเส้นเลือดขึ้นมาใหม่และช่วยลดการสลายตัวของ bone graft ผลการรักษาพบว่ามีการติดของกระดูกที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังการใส่ bone allograft โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนแต่มีความยาวของขาขวาสั้นกว่าขาซ้าย 2 เซนติเมตร ซึ่งผู้ป่วยสามารถเดิน และประกอบกิจวัตรชีวิตประจำวันได้

ผลการรักษากระดูกหักที่ข้อมื่อซ้ายและขาซ้าย หลังจากการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูก กระดูกติด ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

สรุป

Membrane ที่สร้างขึ้นจากการใช้วิธี induced membrane technique ช่วยป้องกันการสลายตัวของ bone graft กระตุ้นการสร้างเส้นเลือด (vascularization) และการสร้างกระดูกส่วน cortex (corticalization)

ดังนั้นการใช้วิธี induced membrane technique ร่วมกับการใส่ bone allograft ทำให้เกิดการสร้างกระดูกใหม่และการติดของกระดูกที่หักจึงสามารถนำมาใช้ในการรักษากระดูกหักที่มีการหายไบบางส่วนของกระดูกขนาดใหญ่ 12 เซนติเมตรได้

เอกสารอ้างอิง

1. Gawri V, Garg Y, Singh D, et al. Complex open distal femur fracture managed by primary autogenous fibular graft in conjunction with DFLP-a case report. J Clin Diagn Res. 2015;9(11):1-3.
2. Tu YK, Yen CY, Yeh WL, et al. Reconstruction of posttraumatic long bone defect with free vascularized bone graft. Acta Orthop Scand. 2001;72(4):359-64.
3. Masquelet AC, Begue T. The concept of induced membrane for reconstruction long bone defects. Orthop Clin North Am. 2010;41(1):27-37.
4. Mitchell SE, Keating JF, Robinson CM. The treatment of open femoral fractures with bone loss. J Bone Joint Surg Br. 2010;92-B(12):1678-84.
5. Masquelet AC. Induced membrane technique : pearls and pitfalls. J Orthop Trauma. 2017;31Suppl 5:36-8.
6. Aponte-Tinco LA, Ayerza MA, Muscolo DL, et al. Should fractures in massive intercalary bone allografts of the lower limb be treated with ORIF or with a new allografts. Clin Orthop Relat Res. 2015;473:805-11.
7. Wang X, Luo F, Huang K, et al. Induced membrane technique for the treatment of bone defects due to post-traumatic osteomyelitis. Bone Joint Res. 2016;5(3):101-5.
8. Karger C, Kishi T, Schneider L, et al. Treatment of posttraumatic bone defects by the induced membrane technique. Orthop Traumatol Surg Res. 2012;98(1):97-102.
9. Christon C, Oliver RA, Yu Y, et al. The masquelet technique for membrane induction and the healing of ovine critical sized segmental defects. PLoS ONE. 2014;9(12):1-19.