

สรรพสิทธิเวชสาร

Sanpasitthiprasong Medical Journal

สรรพสิทธิเวชสาร เป็นวารสารวิชาการของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ซึ่งเริ่มตีพิมพ์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน พฤษภาคม-สิงหาคม และกันยายน-ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่องค์ความรู้ การค้นคว้า และผลงานวิจัย ทางด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นำเสนอข้อเสนอแนะและแนวความคิดใหม่ ในประเด็นปัญหาและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข

3. นำเสนอผลงาน องค์ความรู้ แนวความคิด ทางด้านแพทยศาสตร์ศึกษา การพัฒนาและการส่งเสริมการเรียนการสอนด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กองบรรณาธิการยินดีต้อนรับและตีพิมพ์บทความในประเด็นดังกล่าวจากผู้สนใจทุกท่าน อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ เสริมสร้างศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยและการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการปัญหาด้านสาธารณสุข รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้และเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนแก่บุคลากรสาธารณสุข ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดการจัดเตรียมและส่งต้นฉบับได้จาก “คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์” และต้องทำตามข้อแนะนำทุกประการ

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ทุกบทความจะได้รับการทบทวนและตรวจสอบโดยกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน ทั้งด้านเนื้อหาและรูปแบบก่อนการยอมรับเพื่อตีพิมพ์ เพื่อพัฒนาต้นฉบับให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน และเพื่อความถูกต้อง สมบูรณ์ ของเนื้อหาวิชาการ

ข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ในบทความถือว่าเป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความเห็นหรือการรับรองของกองบรรณาธิการและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้อ่านสามารถนำข้อมูลในวารสารไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการได้ กรณีนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นจะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน

กองบรรณาธิการสรรพสิทธิเวชสาร

ที่ปรึกษา

นพ.ชลิต ทองประยูร
ศ.พญ.วิภาดา เขาวกุล

นพ.เศวต ศรีศิริ

บรรณาธิการ

นพ.จิรวัดน์ มูลศาสตร์

กองบรรณาธิการ

นพ.วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน
นพ.อาคม อารยาวิชานนท์
ดร.นพ.ปริญญญา ชำนาญ
นพ.วัฒนชัย อึ้งเจริญวัฒนา
พญ.พรรณปพร โคนพันธ์
พญ.จตุรศมี เพ็ชรกุล
ดร.สุเพียร โภคทิพย์
นางนิตยา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา

รศ.นพ.สีบสาย คงแสงดาว
ดร.นพ.สุธีร์ รัตนเมฆกุล
ดร.นพ.ธรรมสรณ์ พิริยสุพงศ์
รศ.ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา
ผศ.ดร.จารุวรรณ ธนวิรุฬห์
ผศ.ดร.ดวงเดือน รัตนเมฆกุล
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
นพ.มานิชย์ รัตนสมบัติกุล

ผู้จัดการ

น.ส.สุชาดา เนตรภักดี

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นายณัฐวุฒิ วงษ์สิงห์

น.ส.จิราภรณ์ สังกะเพศ

สำนักงานวารสาร

สำนักงานวารสารสรรพสิทธิเวชสาร ชั้น 2 อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษา
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี
ถ.สรรพสิทธิ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000
โทรศัพท์ 045-319296 แฟกซ์ 045-319296
E-mail: sanpasitmedjournal@gmail.com

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

สรรพสิทธิเวชสาร เป็นวารสารวิชาการทาง การแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ เพื่อเผยแพร่และเปิดโอกาสให้นำเสนอผลงาน วิชาการและงานวิจัย รายงานผู้ป่วย บทความที่น่าสนใจ อันเป็นวิทยาการและองค์ความรู้ใหม่ ข้อเสนอแนะและ แนวความคิดใหม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ตลอดจนผู้สนใจทั่วไป โดย ตีพิมพ์บทความประเภทต่างๆ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทความปฏิทัศน์/ฟื้นฟูวิชาการ (review article/refresh article) รายงานผู้ป่วย (case report) บทความพิเศษ (special article) และ จดหมายถึงบรรณาธิการหรือบทบรรณาธิการ (letter to the editor/editorial)

ความรับผิดชอบของผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์

- ผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์ต้องรับรองว่า บทความที่ท่านส่งมาเป็นผลงานของท่านเอง และยังไม่ เคยส่งหรือกำลังส่งไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น ถ้าผลงานนั้น ได้เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการใดมาก่อน ให้ระบุใน บทความว่าท่านได้นำเสนอผลงานนั้นในที่ประชุมแห่งใด บ้าง
- ผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์ต้องรับรองว่า ถ้า บทความของท่านได้รับการยอมรับจากกองบรรณาธิการ แล้วนั้น บทความดังกล่าวจะตีพิมพ์โดย “สรรพสิทธิเวช สาร” เพียงแห่งเดียวเท่านั้น
- ในกรณีที่ได้รับทุนวิจัย ผู้พิมพ์หรือคณะผู้ พิมพ์ต้องระบุแหล่งเงินทุนวิจัยอย่างชัดเจน โดยให้ระบุ ไว้ในตอนท้ายของบทความ
- รายชื่อของคณะผู้พิมพ์ ต้องเป็นไปตาม ความเป็นจริง ผู้ที่มีชื่อต้องเป็นผู้ที่ได้อุทิศตัวเองแก่

รายงานหรือบทความนั้นอย่างแท้จริงและทราบราย ละเอียดในบทความนั้นทุกประการ ผู้ไม่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ บังคับบัญชา ไม่ควรระบุในรายชื่อของคณะผู้พิมพ์

- บทความประเภท นิพนธ์ต้นฉบับและรายงาน ผู้ป่วย ผู้พิมพ์ต้องแนบหนังสือรับรองการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน (Ethic committee)

- ถ้ามีความไม่ถูกต้องในเนื้อหาของบทความผู้ พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์ของบทความนั้นต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

- ผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์สามารถเสนอชื่อผู้ เหมาะสมที่จะอ่านบทบทความของท่าน 2 คน โดย ระบุรายชื่อและที่อยู่ในการติดต่อไว้ในหน้าแรก

การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับที่ไม่สมบูรณ์ หรือไม่ถูกต้อง หรือไม่ เป็นไปตามข้อกำหนดของสรรพสิทธิเวชสารจะถูกส่งคืน เจ้าของบทความเพื่อแก้ไขก่อนส่งอ่านบทบทความ (review) ต่อไป ดังนั้นผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์ควร เตรียมบทความและตรวจสอบว่าบทความถูกต้องตามข้อ กำหนดของวารสาร ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการ ตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของท่าน
- ให้ส่งต้นฉบับที่จะลงตีพิมพ์ ภาพประกอบ รูปภาพ กราฟ และตาราง มาทางอีเมล sanpasitmed- journal@gmail.com โดยโปรแกรมที่ใช้พิมพ์ในบทความ (manuscript) ต้องเป็น Microsoft Word for Window ใช้ตัวอักษรขนาด 16
- ให้พิมพ์และจัดรูปแบบหน้าลงในกระดาษ หน้าเดียว ขนาด 8 1/2 x 11 นิ้ว หรือขนาดเอ 4 และ ให้เว้นช่องแต่ละบรรทัดเป็นช่องพิมพ์ (double

space) ห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้ว

- ตัวเลขที่ใช้ให้ใช้เป็นตัวเลขอารบิกทั้งหมด หน่วยที่ใช้ ควรใช้หน่วย System International (SI) หรือควบคู่กับหน่วย SI เช่น ฮีโมโกลบิน 12 กรัมต่อเดซิลิตร (120 กรัมต่อลิตร) และในกรณีที่มีความจำเป็นก็อนุโลมให้ใช้หน่วยอื่นได้

- บทความที่จะนำลงตีพิมพ์ต้องเขียนในรูปแบบบทความวิชาการ (academic writing style) โดยใช้ภาษาที่ง่าย กระชับ ชัดเจน ไม่เยิ่นเย้อและววน สามารถส่งบทความทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยการใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักการเขียนทับศัพท์และศัพท์บัญญัติตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ยกเว้นคำที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจนและควรใช้ปี พ.ศ. ให้มากที่สุด

- คำย่อ ให้ใช้เฉพาะที่เป็นสากลเท่านั้น และต้องบอกคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

- ชื่อยาหรือสารเคมีให้ใช้ generic name เท่านั้น ทั้งนี้อาจระบุชื่อทางการค้าไว้ในวงเล็บต่อท้ายในครั้งแรกได้ในกรณีที่อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของการศึกษา

ข้อเสนอแนะการเขียนบทความประเภทต่างๆ

1. หน้าแรก หรือ title page

เขียนเป็นภาษาไทยและอังกฤษ ประกอบด้วย 1) ชื่อเรื่อง 2) ชื่อ สกุล ของผู้นิพนธ์ และสถานที่ทำงาน 3) ระบุชื่อและการติดต่อของผู้รับผิดชอบ 4) ชื่อเรื่องอย่างย่อหรือ running title (ความยาวไม่เกิน 40 ตัวอักษร) 5) รายชื่อผู้อ่านทบทวนบทความ (ถ้ามี)

2. บทคัดย่อ หรือ abstract

ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับนิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนบทคัดย่อหรือ

abstract ต้องเขียนเรียงตามหัวข้อต่อไปนี้ 1) หลักการและเหตุผล (Background) 2) วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods) 3) ผลการศึกษา (Results) 4) สรุป (Conclusions)

เนื่องจากบทคัดย่อเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิที่อ่านพิจารณาว่าจะรับบทความวิจัยดังกล่าวหรือไม่ จึงควรเขียนให้ชัดเจนที่สุด โดยให้ข้อมูลเพียงพอที่สะท้อนถึงคุณภาพของกระบวนการวิจัยและเนื้อหาสำคัญที่ทำให้สามารถนำไปสู่ข้อสรุปได้โดยเฉพาะในส่วนผลการศึกษา ต้องแสดงผลการศึกษาที่ได้ที่สำคัญ และหากเป็นไปได้ควรแสดงค่าสถิติที่สำคัญ เช่น ค่า 95% confidence interval หรือค่า p-value ไม่เขียนเพียงว่า “จะแสดงผลในตัวบทความ” หรือ “จะนำเสนอต่อไป”

ในกรณีที่จำเป็นหรือเพื่อความเหมาะสมกับเนื้อหาบทความ อาจใช้รูปแบบการเขียนแบบความเรียงต่อเนื่องย่อหน้าเดียวได้ แต่ต้องมีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อดังกล่าว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของกองบรรณาธิการ

3. คำสำคัญ (Keywords)

เขียนภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับจัดทำดัชนี ระบุไว้ใต้บทคัดย่อ/abstract จำนวนไม่เกิน 5 คำ

4. นิพนธ์ต้นฉบับ

ให้ลำดับเนื้อหาดังต่อไปนี้ 1) บทนำ (Introduction) 2) วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods) 3) ผลการศึกษา (Results) 4) วิจารณ์ (Discussions) 5) เอกสารอ้างอิง (References)

โดยกำหนดให้ความยาวของบทคัดย่อไม่เกิน 300 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 250 คำ ความยาวของเนื้อหาตั้งแต่บทนำจนถึง

สรุป (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง รูปภาพและตาราง) ไม่เกิน 5,000 คำ สำหรับภาษาไทย และไม่เกิน 4,000 คำ สำหรับภาษาอังกฤษ โดยเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 40 ข้อ กำหนดให้มีตารางและรูปภาพรวมกันได้ไม่เกิน 6 รูป

5. รายงานผู้ป่วย

ให้ลำดับเนื้อหาดังต่อไปนี้ 1) บทนำ (Introduction) 2) รายงานผู้ป่วย (Case report) 3) วิจารณ์ (Discussions) 4) สรุป (Conclusions) 5) เอกสารอ้างอิง (References)

โดยกำหนดให้ความยาวของบทคัดย่อ ไม่เกิน 100 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 100 คำ ความยาวของเนื้อหาไม่เกิน 1,000 คำ เอกสารอ้างอิงจำนวนไม่เกิน 15 ข้อ ตารางและรูปภาพรวมกันไม่เกิน 2 รูป

6. บทความปริทัศน์ และ บทความพิเศษ

ให้อनुโลมตามผู้เขียน แต่ให้มีขอบข่ายรูปแบบการเขียนคล้ายกับบทความนิพนธ์ต้นฉบับ โดยประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ เนื้อเรื่อง และสรุป กำหนดให้มี ความยาวของบทคัดย่อ ไม่เกิน 300 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 250 คำ ความยาวของเนื้อหาตั้งแต่บทนำจนถึงสรุป ไม่เกิน 5,000 คำ สำหรับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 40 ข้อ ตารางและรูปภาพรวมกันไม่เกิน 6 รูป

7. ตารางและแผนภูมิ

ระบุตำแหน่งของตาราง/แผนภูมิไว้ในเนื้อหาเรียงตามลำดับ ส่วนตัวตาราง/แผนภูมิพิมพ์แยกไว้ด้านหลังบทความและเอกสารอ้างอิง พร้อมเขียนเลขที่และคำอธิบาย

8. ภาพประกอบหรือรูปภาพ

เป็นภาพถ่ายขาว-ดำ โดยระบุตำแหน่ง

ของภาพประกอบ/รูปภาพไว้ในเนื้อหาเรียงตามลำดับ ให้จัดวางไว้ด้านหลังบทความ เอกสารอ้างอิง และตาราง เขียนหมายเลขของภาพกำกับไว้ ส่วนคำบรรยายภาพให้พิมพ์ไว้ใต้ภาพ หากต้องการตีพิมพ์ภาพสี ขอให้ผู้นิพนธ์ติดต่อบรรณาธิการล่วงหน้าก่อน และหากได้รับลงตีพิมพ์เจ้าของบทความต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้

9. การอ้างอิงเอกสาร

ใช้การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์แบบตัวเลข (Vancouver, number style) โดยใส่หมายเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลที่อ้างถึงในบทความเรียงตามลำดับ และพิมพ์กระดัดเหนือข้อความที่อ้าง การย่อชื่อวารสารใช้ตาม Index Medicus สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาไทยให้เขียนแบบเดียวกัน โดยชื่อผู้เขียนใช้ชื่อเต็ม ใส่ชื่อตัวก่อนชื่อสกุล ชื่อวารสารใช้ชื่อเต็ม และใช้ปี พ.ศ. ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

9.1 บทความในวารสาร ใส่ชื่อผู้ร่วมงานทุกคน ถ้ามากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรกตามด้วย “และคณะ/et al.” เช่น

Lewy H, Rotstein A, Kahana E et al. Juvenile multiple sclerosis similar to type I diabetes mellitus has a seasonality of month of birth which differs from that in the general population. J Pediatr Endocrinol Metab 2008;21:473-7.

9.2 บทคัดย่อ/บทความใน supplement

Lofwall MR, Strain EC, Brooner RK et al. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients [abstract]. Drug Alcohol Depend 2002;66(Suppl 1):S105.

9.3 หนังสือหรือตำรา

Fealy S, Sperlino JW, Warren RF et al. Shoulder arthroplasty: complex issues in the primary and revision setting. New York: Thieme; 2008.

9.4 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

Waltzman SB, Shapiro WH. Cochlear implants in adults. In: Valente M, Hosford-Dunn H, Roeser RJ, editors. Audiology treatment. 2nd ed. New York: Thieme; 2008; p 361-9.

9.5 เอกสารประกอบการประชุม (proceeding)

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J et al. editors. Genetic programming. Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002; p 182-91.

9.6 วิทยานิพนธ์

แสงหล้า พลนอก. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และฉุกเฉิน.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543

9.7 เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

- บทความวารสารทางอินเทอร์เน็ต (journal article on the Internet)
Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar;1(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidoc/EDI/edi.htm>. Accessed August 8, 1998.

- หนังสือทางอินเทอร์เน็ต (monograph on the Internet)

Field MJ, Behrman RE. Where children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2003 [cited 2008 Sep 26]. Available from: http://nap.edu/openbook.php?record_id=10390&page=1

- โฮมเพจ / เว็บไซต์ (homepage / web site)

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [cited 2008 Oct 3]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	IX
นิพนธ์ต้นฉบับ	
เวชปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของบัณฑิตแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วรารุธ อีรลิกุล	125
การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซีดจากการได้รับยาซีโดวูดีน (zidovudine, AZT) ในโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี สถาพร มณี	137
การนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป และสภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วย จิรวัดน์ มูลศาสตร์, นิติรัฐ นาให้ผล, อวิศา พบลาม, กัญญาณี เวชกามา, มานะ ศิระพัฒน์, พงษ์พิพัฒน์ ภูวันเพ็ญ	151
การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดแบบไป-กลับ: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน	167

CONTENT

EDITOR'S NOTE	IX
ORIGINAL ARTICLE	
Rehabilitation Medicine Practice in Graduates from Medical Education Center, Sunpasitthiprasong Hospital Warawut Teeraleekul	125
Prevalence and Risk Factors of Zidovudine-induced Anemia in Highly Active Antiretroviral Treatment at Warinchamrap Hospital, Ubon Ratchathani Sathaporn Manee	137
Insomnia among Elderly Inpatients in General Hospital and Physical Ward Environments Jirawat Moolasart, Nitirat Nahaipol, Awatsada Poblap, Kanyanee Wedchakama, Mana Siripat, Phongpipat Poowanpen	151
Pre-operative Nursing Care in Ambulatory Surgery: An Integrative Review Siritip Sanguanwongwan	167



สภรพลพิษเวชสาร

MEDICAL JOURNAL OF UBON HOSPITAL

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2557 Vol. 35 No. 3 September - December 2014

บรรณาธิการแถลง

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นอกจากจะเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงแล้ว ยังมีบทบาทของการเป็นโรงเรียนแพทย์สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4-6 อีกด้วย โดยที่บัณฑิตแพทย์ที่จบการศึกษาออกไปส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และจังหวัดอื่นในภาคอีสาน การพยายามพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อให้ได้แพทย์ที่มีคุณภาพ มีความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงเป็นอีกหน้าที่หนึ่งของอาจารย์แพทย์ในโรงพยาบาล นอกจากการประเมินการเรียนการสอนในช่วงปลายปีการศึกษาโดยนักศึกษาแพทย์แล้ว เสี่ยงสะท้อนจากบัณฑิตแพทย์ที่ทำงานในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ก็เป็นอีกประเด็นที่จะแสดงถึงผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและการนำไปใช้ในการทำงานจริง อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงแนวทางการเรียนการสอนให้ได้บัณฑิตแพทย์ที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น รายงานการศึกษาถึงเวชปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในวารสารฉบับนี้จึงแสดงความพยายามของอาจารย์ผู้สอนสำหรับการพัฒนาคุณภาพของบัณฑิตแพทย์ในอนาคต ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อประชาชนและผู้ป่วยที่มารับบริการ

สำหรับรายงานการศึกษาอื่นนั้นก็นับว่าเป็นประเด็นที่มีการศึกษาไม่มากนักในประเทศไทย ข้อมูลจากการศึกษาจึงอาจใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งพัฒนาการบริการที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มที่ต้องการการดูแลและบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งนอกจากจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนแล้ว ยังอาจช่วยในการลดวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่างๆ ลงอีกด้วย

บรรณาธิการ

เวชปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของบัณฑิตแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วรารุณ อีร์ลิกุล*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางเพื่อศึกษาเวชปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการเรียนการสอนของบัณฑิตแพทย์ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่จบการศึกษาในปี พ.ศ. 2553 - 2556 ซึ่งมีจำนวน 187 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทางจดหมายระหว่างเดือนสิงหาคม 2555 ถึง มิถุนายน 2557 โดยส่งเป็นจดหมายพร้อมปิดแสตมป์ไปที่บ้าน หากไม่ตอบกลับมีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์และส่งแบบสอบถามซ้ำอีกครั้ง ซึ่งแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วนใหญ่ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การทำเวชปฏิบัติ และการจัดการเรียนการสอน โดยได้รับแบบสอบถามกลับร้อยละ 16.0 ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตร้อยละ 56.7 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน วิถีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่นำไปใช้เดือนละอย่างน้อย 1 ครั้ง มากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด การจัดทำนอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการบริหารยืดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาเดือนละอย่างน้อย 1 ครั้ง มากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/สมองบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ กลุ่มอาการปวดจากระบบกล้ามเนื้อข้อต่อ/กระดูก และผู้ป่วยกระดูกแขนขาหัก บัณฑิตร้อยละ 73.3 ต้องการให้ปรับระยะเวลาการศึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟูจาก 2 สัปดาห์ เป็น 4 สัปดาห์ และร้อยละ 60.0 ต้องการให้จัดการเรียนในชั้นปีที่ 5 รูปแบบการเรียนการสอนที่บัณฑิตเห็นว่ามีความประโยชน์ต่อเวชปฏิบัติมากที่สุดคือ การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย

คำสำคัญ เวชศาสตร์ฟื้นฟู หลักสูตรวิชา บัณฑิตแพทย์

*แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.

บทนำ

เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นศาสตร์ที่ค่อนข้างใหม่ในวงการแพทย์ ต้องอาศัยวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์สมัยใหม่ร่วมกับการดูแลแบบองค์รวมโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมถึงเน้นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ การเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์จึงค่อนข้างยาก ทั้งในแง่การปลูกฝังให้เกิดเจตคติที่ดีต่อศาสตร์ดังกล่าว และในแง่เนื้อหาวิชาการที่เหมาะสมกับตัวผู้เรียน เนื่องจากเป็นที่น่าสนใจได้ว่าในแต่ละสถาบันที่ผลิตแพทย์มีการจัดการเรียนการสอนที่ไม่เหมือนกันทั้งหลักสูตรและชั้นปีที่จัดการเรียนการสอน ซึ่งพบว่าในหลายๆ ประเทศก็มีปัญหาทั้งด้านระยะเวลาและเนื้อหาเช่นกัน เช่น ในสหราชอาณาจักรมีการจัดการเรียนรู้ที่ไม่ชัดเจนและเนื้อหาไม่พอเพียง^(1,2) ส่วนการจัดการเรียนการสอนในยุโรปกลางและตะวันออกนั้นยังมีน้อยมากรวมทั้งมักสอดแทรกไปกับวิชาอื่น⁽³⁾ ในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่เน้นการเรียนรู้สำหรับแพทย์ประจำบ้าน^(4,5) เป็นต้น

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สำหรับรายวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 4 โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ การเรียนการสอนมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การวัดผลมีทั้งข้อเขียนและ OSCE (objective structured clinical examination) แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการทำเวช

ปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของบัณฑิตแพทย์ที่จบการศึกษามาก่อน ขณะที่การศึกษาในแพทย์เวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนและบัณฑิตแพทย์จากมหาวิทยาลัยอื่นก่อนหน้านี้^(6,7) พบว่า หลักสูตรควรมีการปรับระยะเวลาการเรียนรู้และผนวกเอาเนื้อหาวิชาที่นำไปใช้ปฏิบัติงานจริงร่วมด้วย รวมทั้งแพทย์เวชปฏิบัติมีความต้องการฟื้นฟูวิชาการเรื่องเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป และเนื่องจากปัจจุบันการเรียนการสอนเน้นผู้เรียนและผลลัพธ์เป็นสำคัญ การวิจัยในเชิงสำรวจครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเวชปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนของบัณฑิตแพทย์ซึ่งเป็นข้อมูลจากตัวบัณฑิตของสถาบันเอง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey study) ในกลุ่มบัณฑิตแพทย์ที่จบการศึกษาจากศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2553 - 2556 ทั้งจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งพบว่ามีบัณฑิตแพทย์ที่จบการศึกษาระหว่างปีดังกล่าว 187 คน ทั้งหมดได้รับการส่งแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ คือ 1) ข้อมูลทั่วไปจำนวน 4 ข้อ 2) การทำเวชปฏิบัติจำนวน 3 ข้อใหญ่ (26 ข้อย่อย) และ 3) การจัดการเรียนการ

สอน 5 ข้อใหญ่ (21 ข้อย่อย) แบบสอบถามถูกส่งออกไประหว่างเดือนสิงหาคม 2555 ถึง เดือนมิถุนายน 2557 โดยส่งทางจดหมายพร้อมซองปิด แสตมป์ไปที่บ้าน หากไม่ตอบกลับภายใน 3 เดือน จะมีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์และส่งแบบสอบถามซ้ำอีกครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละและค่าเฉลี่ย)

ผลการศึกษา

จากแบบสอบถามจำนวน 187 ฉบับ มีบัณฑิตแพทย์ตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งหมด 30 ราย คิดเป็นอัตราส่งกลับร้อยละ 16.0 เป็นเพศชายร้อยละ 26.7 เพศหญิงร้อยละ 73.3 และมีอายุเฉลี่ย 25.4 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 56.7) มีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 26.7 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ทั่วไป ร้อยละ 16.7

วิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เคยทำหรือสั่งการรักษาเดือนละอย่างน้อย 1 ครั้ง เรียงตามลำดับมากที่สุด ได้แก่ การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด การจัดท่านอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการบริหารยืดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ (ตารางที่ 1) ส่วนวิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เคยทำหรือสั่งการรักษาน้อยที่สุด ได้แก่ การพันตอขาเพื่อเตรียมทำขาเทียม การสอนผู้ป่วย/ญาติใช้รถเข็น และการสอนการเดิน ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่บัณฑิตแพทย์ให้การรักษาดูแลอย่างน้อย 1 ครั้ง เรียงตามลำดับมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/สมองขาดเลือดจากสาเหตุอื่นๆ กลุ่มอาการปวดจากระบบกล้ามเนื้อข้อต่อ/กระดูก และผู้ป่วยกระดูกแขนขาหัก (ตารางที่ 2)

เวชปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของบัณฑิตแพทย์
วราวุธ ชีรลีกุล

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณการนำวิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้

วิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เคยทำหรือสั่งการรักษา	จำนวนครั้งของการปฏิบัติต่อเดือน (จำนวน / ร้อยละ)		
	อย่างน้อย 1 ครั้ง	น้อยกว่า 1 ครั้ง	ไม่เคยเลย
1.การประเมินและออกเอกสารรับรองความพิการ	17 (56.7)	7 (23.3)	6 (20.0)
2.การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา			
-การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด	21 (70.0)	5 (16.7)	4 (13.3)
-การบริหารยืดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ	19 (63.3)	8 (26.7)	3 (10.0)
-การบริหารเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ	16 (53.3)	9 (30.0)	6 (20.0)
-การบริหารแบบแอโรบิกเพื่อเพิ่มความทนทานของร่างกาย	15 (50.0)	7 (23.3)	9 (30.0)
3.การจัดทำนอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	20 (66.7)	7 (23.3)	3 (10.0)
4.การสอนผู้ป่วย/ญาติพลิกตัว/ลุกนั่ง/ลุกยืน	17 (56.7)	8 (26.7)	5 (16.7)
5.การสอนผู้ป่วย/ญาติใช้รถเข็น	8 (26.7)	7 (23.3)	15 (50.0)
6.การเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน *	12 (40.0)	11 (36.7)	6 (20.0)
7. การสอนการเดิน *	7 (23.3)	11 (36.7)	11 (36.7)
8.การเลือกใช้อุปกรณ์ตามแขน/ขา	19 (63.3)	4 (13.3)	7 (23.3)
9.การเลือกใช้อุปกรณ์ตามหลัง/ลำคอ	14 (46.7)	6 (20.0)	10 (33.3)
10.การพันตอขาเพื่อเตรียมทำขาเทียม	5 (16.7)	8 (26.7)	17 (56.7)
11.การจัดทำผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ	10 (33.3)	11 (36.7)	9 (30.0)
12.การใช้เครื่องมือทางกายภาพเพื่อรักษาอาการปวด/เกร็ง	10 (33.3)	10 (33.3)	10 (33.3)

* มีกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ลงข้อมูล 1 ราย

ตารางที่ 2 แสดงปริมาณผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวนครั้งของการปฏิบัติต่อเดือน (ราย/ร้อยละ)		
	อย่างน้อย 1 ราย	น้อยกว่า 1 ราย	ไม่เคยรักษา
1.โรคหลอดเลือดสมอง/สมองบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ	28 (93.3)	1 (3.3)	1 (3.3)
2.บาดเจ็บไขสันหลัง	10 (33.3)	15 (50.0)	5 (16.7)
3.บาดเจ็บเส้นประสาท	10 (33.3)	12 (40.0)	8 (26.7)
4.แขนขาขาด	9 (30.0)	7 (23.3)	14 (46.7)
5.กระดูกแขนขาหัก	23 (76.7)	5 (16.7)	2 (6.7)
6.โรคปอด	19 (63.3)	10 (33.3)	1 (3.3)
7.กลุ่มอาการปวดจากระบบกล้ามเนื้อ ข้อต่อ และกระดูก	25 (83.3)	3 (10.0)	2 (6.7)

สำหรับสาเหตุที่บัณฑิตแพทย์ไม่ได้นำการดูแลรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ เนื่องจากเหตุผลสำคัญคือผู้ป่วยมีปริมาณน้อย ส่วนเหตุผลอื่นรองลงมา คือ ไม่มั่นใจ/ความรู้ไม่เพียงพอ สීමวิธีการรักษา และไม่มีเวลาในการแนะนำผู้ป่วย/ญาติ (ตารางที่ 3) สำหรับประเด็นอื่นๆ ที่พบเป็นจำนวน

มากเช่นกันนั้นมีบัณฑิตแพทย์ 1 ท่าน ระบุว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีปริมาณมาก ระบุว่าโรงพยาบาลมีภาควิชาออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน ส่งปรึกษาภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน และมี 2 ท่าน ที่ระบุว่ายังไม่พบผู้ป่วย นอกจากนั้นไม่ระบุเหตุผลแต่อย่างใด

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุที่ไม่เคยทำหรือสั่งการรักษาโดยวิธีการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สาเหตุ	จำนวนข้อคิดเห็น = 127 (ร้อยละ)
1.ลืมวิธีการรักษา	12 (9.4)
2.ใช้วิธีการรักษาอื่นที่เหมาะสมกว่า	1 (0.8)
3.ไม่มั่นใจ/ความรู้ไม่เพียงพอ	27 (21.3)
4.ไม่มีเวลาในการแนะนำผู้ป่วย/ญาติ	12 (9.4)
5.บุคลากรผู้ปฏิบัติมีไม่เพียงพอ	9 (7.1)
6.ผู้ป่วยหรือญาติไม่ร่วมมือในการปฏิบัติ	0 (0.0)
7.ผู้ป่วยมีปริมาณน้อย	33 (26.0)
8.อื่นๆ	33 (26.0)

ในด้านการจัดการเรียนการสอนนั้น บัณฑิตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.3) มีความเห็นว่าระยะเวลาการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เหมาะสมคือ 4 สัปดาห์ โดยร้อยละ 60.0 เห็นว่าควรจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 5 ทั้งนี้มี 1 ราย ที่เห็นว่าควรจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 3 และ 4 และอีก 1 รายที่เห็นว่าควรจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 4 และ 6 นอกจากนั้นบัณฑิตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) เห็นว่าควรจัดการเรียนการสอนแยกกันกับภาควิชาอื่นๆ ส่วนที่เห็นว่าควรจัด

รวมกันนั้นมี 1 ราย โดยเห็นว่าควรจัดรวมกับภาควิชาออร์โธปิดิกส์

สำหรับรูปแบบการเรียนการสอนที่บัณฑิตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่ามีประโยชน์ต่อเวชปฏิบัติมากที่สุดคือ การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย (clinical practice) รองลงมาคือ การบรรยาย (lecture) และการสอนข้างเตียง (bedside teaching) ตามลำดับ ส่วนรูปแบบการเรียนการสอนที่ไม่มีบัณฑิตแพทย์เลือกเลยคือ การฝึกทำโครงการ/วิจัย (project) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงรูปแบบการเรียนการสอนที่นักศึกษาเห็นว่ามีประสิทธิภาพต่อเวชปฏิบัติที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

รูปแบบการเรียนการสอน	จำนวนข้อคิดเห็น = 138 (ร้อยละ)
1.การบรรยาย (lecture)	27 (19.6)
2.การอภิปรายกลุ่ม (group discussion)	7 (5.1)
3.การเรียนรู้โดยการกำกับตนเอง (self-directed learning)	6 (4.3)
4.การฝึกทำโครงการ/วิจัย (project)	0 (0.0)
5.การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (simulated situation)	20 (14.5)
6.การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย (clinical practice)	30 (21.7)
7.การสอนข้างเตียง (bedside teaching)	25 (18.1)
8.การฝึกประสบการณ์ในชุมชน (community experience)	14 (10.1)
9.การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง (role model)	9 (6.5)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งลักษณะงานจะเป็นเวชปฏิบัติทั่วไป วิธีการรักษาทางเวชศาสตร์พื้นฟูที่เคยทำหรือสั่งการรักษามากที่สุดได้แก่ การบริหารเพื่อป้องกันข้อผิดพลาด การจัดทำแผนเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ และการบริหารยื่ดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/สมองขาดเลือดจากสาเหตุอื่นๆ กลุ่มอาการปวดจากระบบ

กล้ามเนื้อข้อต่อ/กระดูก และผู้ป่วยกระดูกแขนขาหัก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต้องใช้วิธีการรักษาข้างต้น ทั้งนี้ลำดับของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเหมือนกับการศึกษาในกลุ่มบัณฑิตแพทย์โดย ปานจิตวรรณภิระและคณะ⁽⁶⁾ ส่วนวิธีการรักษาทางเวชศาสตร์พื้นฟูที่เคยทำหรือสั่งการรักษาน้อยที่สุดคือ การพันตอขาเพื่อเตรียมทำขาเทียมนั้นก็สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวซึ่งมีปริมาณน้อยในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนต้องคำนึงถึงความสอดคล้อง

กับที่ปัญหาที่บัณฑิตต้องไปเผชิญด้วย เนื่องจากความต้องการของผู้เรียนและการนำไปใช้ก็เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาหลักสูตร

สำหรับอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถนำทักษะทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้อย่างเต็มที่ คือ ผู้ป่วยมีปริมาณน้อยและเหตุผลอื่นๆ รองลงมาคือ ไม่มั่นใจ/ความรู้ไม่เพียงพอ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่าอุปสรรคสำคัญ คือ ข้อจำกัดด้านเวลา⁽⁶⁾ และการขาดที่ปรึกษาเวลามีปัญหา⁽⁷⁾ ส่วนผลการศึกษานี้ที่ระบุว่าผู้ป่วยมีปริมาณน้อยคาดว่าเกิดจากการที่บัณฑิตไม่สามารถนำวิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปบูรณาการใช้กับโรคต่างๆได้ เนื่องจากการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูส่วนใหญ่เน้นการรักษาแต่ละโรค และส่วนน้อยที่เน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามกลุ่มอาการ⁽⁸⁾ ซึ่งปัจจุบันการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ยังมีลักษณะดังกล่าวอยู่ ดังนั้นอาจมีความจำเป็นต้องปรับเนื้อหาเพื่อให้บัณฑิตเข้าใจการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะโรคที่มีในหลักสูตรเท่านั้น แต่ยังสามารถประยุกต์ใช้กับโรคที่มีกลุ่มอาการเดียวกันด้วย

อนึ่ง การปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนในสาขาวิชาใดวิชาหนึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่ต้องพิจารณาร่วม เช่น ปัจจัยด้านสถาบัน⁽⁹⁾ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตโดยรวม⁽¹⁾ การให้คำปรึกษาด้านวิชาชีพในอนาคต⁽¹⁰⁾ และผลกระทบต่อฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง⁽¹¹⁾ ปัจจุบันโรง

พยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 4 ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยต่อเนื่องจากภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ แต่ข้อมูลจากบัณฑิตแพทย์ต้องการให้มีการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 5 และเพิ่มระยะเวลาจาก 2 สัปดาห์ เป็น 4 สัปดาห์ ซึ่งทำได้ยากมากเนื่องจากกระทบกับการจัดหลักสูตรในภาพรวม สิ่งที่ได้จึงน่าจะเป็นการสนับสนุนให้นักศึกษาเลือกเป็นวิชาเลือกอิสระเพื่อเป็นการเพิ่มพูนทักษะเฉพาะด้านมากขึ้นเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจ⁽¹²⁾ หรือเพิ่มการประชุมวิชาการระหว่างภาควิชาเพื่อให้นักศึกษามองเห็นบทบาทของเวชศาสตร์ฟื้นฟูให้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยปรับทัศนคติต่อการเรียนในรายวิชานี้และเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการนำไปใช้ในอนาคตรวมทั้งกระตุ้นความสนใจที่จะเข้ารับการศึกษาแพทย์ประจำบ้านสาขานี้มากขึ้น^(12,13)

สำหรับรูปแบบการเรียนการสอนนั้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันยังเน้นการบรรยายเป็นหลัก ขณะที่บัณฑิตแพทย์ก็ยังเห็นว่ามีส่วนประโยชน์ต่อเวชปฏิบัติอยู่ แต่ก็ควรที่จะเพิ่มการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย (clinical practice) ให้มากขึ้น โดยอาจเป็นในรูปแบบของการออกตรวจผู้ป่วยนอกและการรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยให้มากขึ้น ส่วนรูปแบบการเรียนการสอนที่ไม่มีบัณฑิตแพทย์เลือกเลยคือ การฝึกทำโครงการ/วิจัย (project) ทั้งนี้คาดว่าจะระยะเวลาในการเรียนค่อนข้างสั้นและนักศึกษายังไม่มีความรู้ความชำนาญเพียงพอ

ข้อจำกัดของการศึกษา คือ อัตราการตอบแบบสอบถามที่มีเพียงร้อยละ 16.0 ทั้งที่ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามเข้าไปยังกลุ่มอาสาสมัครส่วนใหญ่ แต่ได้รับแบบตอบกลับที่มีข้อมูลครบถ้วนเพียง 30 ฉบับ คาดว่าสาเหตุเพราะอาจมีการย้ายที่อยู่อาศัย ทำให้ไม่ได้รับแบบสอบถามหรือบันทึกแพทย์ไม่มีเวลาตอบแบบสอบถาม แม้ว่าจะโทรศัพท์ติดต่อไปก่อนหน้าแล้ว

สรุป

วิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่บัณฑิตแพทย์เคยทำหรือสั่งการรักษาบ่อยที่สุดคือ การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาบ่อยที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/สมองบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ ขณะที่การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่บัณฑิตแพทย์เห็นว่ามีประโยชน์ต่อเวชปฏิบัติมากที่สุด ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมามีแนวโน้มไม่สอดคล้องและส่งเสริมให้มีการนำทักษะด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติอย่างจริงจัง การจัดหลักสูตรนอกจากการคำนึงถึงหลักสูตรของแต่ละสถาบันแล้วยังต้องตอบสนองต่อความต้องการของบัณฑิตแพทย์ ควรจัดเนื้อหาและการฝึกปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของการทำงานในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้การเรียนการสอนมีประโยชน์ และบัณฑิตแพทย์มีการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านนี้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Maloney FP. Physical medicine in medical curricula: training primary care physicians and students. Arch Phys Med Rehabil 1984;65:562-4.
2. Marshall J, Haines A. Survey of the teaching of disability and rehabilitation to medical undergraduates in the UK. Med Educ 1990;24:528-30.
3. Dusek T, Bates T. Analysis of European medical school's teaching programs. Croatian Med J 2003;44: 26-31. Available from :URL: <http://www.cmj.hr/2003/44/1/12590425.pdf>
4. Laskowski ER, Mountvic M, Smith J, et al. Integration of physical medicine and rehabilitation into a medical school curriculum: musculoskeletal evaluation and rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil 2000;79:551-7.
5. Wong KN, Hills EC, Strax TE. Rotating stations: an innovative approach to third-year medical student education in physical medicine and rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil 1994;73:23-6.

6. ปานจิต วรณภีระ, วิโรจน์ วรณภีระ, ยงยศ จริยวิทย์วัฒน์, และคณะ. การนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติภายหลังจบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2549;16(2):60-6.
7. สยาม ทองประเสริฐ, อภินา ไชวินทะ. การศึกษาการใช้ความรู้เวชศาสตร์ฟื้นฟูโดยแพทย์เวชปฏิบัติของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2556;23(2):51-6.
8. วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, อภินา ไชวินทะ, วรพล อร่ามรัศมีกุล. การจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับนักศึกษาแพทย์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2555;22(2):70-2.
9. Bender LF, Dijkers MP. Medical school effect on student selection of physical medicine and rehabilitation as a specialty. Arch Phys Med Rehabil 1986;67(11):783-9.
10. Ogle AA, Garrison SJ, Kaelin DL, Atchison JW, Park YI, Currie DM. Roadmap to physical medicine and rehabilitation: answers to medical students' questions about the field. Am J Phys Med Rehabil 2001;80(3):218-24.
11. Lane ME. Undergraduate curricula in PM&R: implications for resident recruitment and general image of the specialty. Arch Phys Med Rehabil 1983;64(7):287-90.
12. Raissi GR, Vahdatpour B, Ashraf A, Mansouri K. Integrating physical medicine and rehabilitation into curriculum of Iranian medical students. Disabil Rehabil 2006;28(1):67-70.
13. Stiens SA, Berkin D. A clinical rehabilitation course for college undergraduates provides an introduction to biopsychosocial interventions that minimized disablement. Am J Phys Med Rehabil 1997;76(6):462-70.

Rehabilitation Medicine Practice in Graduates from Medical Education Center, Sunpasitthiprasong Hospital

Warawut Teeraleekul*

Abstract

The aim of this cross-sectional survey study was to assess the practice of rehabilitation medicine and opinion on curriculum among general practitioners who had graduated from Medical Education Center, Sunpasitthiprasong Hospital during 2010-2013. Self-administered postal questionnaires were sent to 187 medical graduates from Sunpasitthiprasong Hospital in 2010-2013 during August 2012 and June 2014. The questionnaires had 12 articles including 4 of general information, 3 of rehabilitation medicine procedures, and 5 of teaching programs. If questionnaires were not returned, telephone reminder would be conducted to those non-respondents. Also, another questionnaire would be sent. Descriptive statistic was used. Sixteen percent of postal questionnaires were returned and analyzed. Most of graduates (56.7%) practiced in the rural hospitals. The common procedures of rehabilitation medicine used or ordered were range of motion exercise, bed positioning and stretching exercise. The common groups of patients were cerebrovascular diseases/ brain injuries, musculoskeletal pain and fracture of extremities. Most of graduates (73.3%) preferred a 4-week course than a 2-week course while 60% preferred teaching during the fifth year. Clinical practice was the most selected teaching program.

Key words: rehabilitation medicine, curriculum, medical graduates

*Rehabilitation Medicine. Department of Rehabilitation Medicine, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซีด จากการได้รับยาซีโดวูดีน (zidovudine, AZT) ในโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

สถาพร มณี*

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล ยาซีโดวูดีน (zidovudine; AZT) เป็นยาหลักตัวหนึ่งในสูตรยาต้านไวรัส ผลข้างเคียงที่สำคัญของยาชนิดนี้คือภาวะซีด ซึ่งยังไม่มีการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซีดจากยา AZT ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดจากยา AZT เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนและพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

วัสดุและวิธีการ เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจที่โรงพยาบาลวารินชำราบ จ.อุบลราชธานี การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ chi-square test

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 141 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะซีดเกิดขึ้นภายใน 1 ปี หลังการรักษา จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.9 ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีภาวะซีดเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังจากเริ่มให้ยา จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าเพศหญิงและระดับฮีโมโกลบินก่อนการรักษาที่ต่ำ (<12 กรัม%) มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดจากยา AZT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีค่า odds ratio (OR) = 3.2 (95% CI 1.03-10.20) และ 3.0 (95% CI 1.12-8.18) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับอายุ น้ำหนักตัว ระดับ CD4 ระยะของโรค การได้รับยา cotrimoxazole และการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรอื่นมาก่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดจากยา AZT

สรุป ความชุกของภาวะซีดจากยา AZT คิดเป็นร้อยละ 14.9 และจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าเพศหญิง และระดับฮีโมโกลบินก่อนการรักษาที่ต่ำ (<12 กรัม%) มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดจากยา AZT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ ยาซีโดวูดีน ภาวะซีด ยาต้านไวรัส ผู้ป่วยเอดส์

*อายุรแพทย์. กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ยาซีโดวูดีน (zidovudine หรือ azidothymidine, AZT) เป็นยาในกลุ่ม Nucleosides Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) กลไกการออกฤทธิ์โดยการหยุดกระบวนการเปลี่ยน RNA เป็น DNA (reverse transcription) ของเชื้อไวรัส โดยยา AZT เป็นยาชนิดแรกที่ได้รับการรับรองในการรักษาผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)⁽¹⁾ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น รวมทั้งใช้ในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก และอุบัติเหตุทางการแพทย์ เช่น การถูกเข็มตำ อย่างไรก็ตาม การใช้ยาเพียงชนิดเดียว แม้จะช่วยลดปริมาณเชื้อไวรัสได้แต่ประสิทธิภาพไม่ดีนัก ทำให้เกิดการดื้อยาขึ้นในเวลาต่อมา จึงเป็นที่มาของการใช้ยาหลายชนิดในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีหรือที่เรียกว่า highly active antiretroviral therapy (HAART) ซึ่งเป็นมาตรฐานในการรักษาในปัจจุบันรวมถึงในประเทศไทย อีกทั้งการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยแนวทางนี้ยังได้รับการบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์การรักษาของทุกกองทุนสุขภาพในประเทศไทย

ผลข้างเคียงที่สำคัญที่สุดของยา AZT คือ การกีดขวางการทำงานของไขกระดูก ทำให้เกิดภาวะซีด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียและสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น^(2,3) ลักษณะของภาวะซีดจากการใช้ยา AZT จะพบว่าเม็ดเลือดแดงมีขนาดใหญ่ (megaloblastic anemia) มีค่า

mean corpuscular volume (MCV) เพิ่มขึ้น และมีการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมน erythropoietin กลไกที่ยา AZT ทำให้เกิดภาวะซีดนั้นยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด สมมติฐานที่เชื่อกันมาก คือ AZT จะไปยับยั้งการทำงานของยีนที่กำหนดการสร้างสาย globin ในกระบวนการ proliferation ของ erythroid progenitor cell นอกจากนั้นยังมีรายงานว่ายา AZT สามารถทำให้เกิด pure red cell aplasia⁽⁴⁾ ได้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม ภาวะซีดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอาจเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ อีกมาก ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น Microbacterium avium complex, parvovirus โรคมะเร็ง การเสียเลือดจากประจำเดือนมากผิดปกติ หรือเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะซีดจากการขาดสารอาหาร ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นต้น^(3,5) สำหรับข้อมูลในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซีดจากยา AZT อย่างชัดเจน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความชุกของภาวะซีดจากยา AZT และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดจากยา AZT เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนและพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจ

รักษาที่คลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีของ รพ.วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2552 จนถึง ธันวาคม พ.ศ. 2556 โดยการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีใช้การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ 2 วิธี ได้แก่ การตรวจด้วยวิธี rapid test และวิธี ELISA ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับ การตรวจหาการติดเชื้อฉวยโอกาส ตรวจระดับ CD4 และเริ่มให้การรักษาโดยการให้ยาต้านไวรัส เมื่อระดับของ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร ตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ปี 2549/2550⁽⁶⁾ โดยการเลือกสูตรยา ที่มีส่วนประกอบของยาในกลุ่ม NRTIs 2 ชนิด และ ยาในกลุ่ม Non Nucleosides Reverse Transcriptase Inhibitors 1 ชนิด โดยนิยมใช้ยาสูตร เม็ดรวม ได้แก่ GPO-VIR S (d4T+3TC+NVP) และ GPO-VIR Z (AZT+3TC+NVP) เนื่องจากมี ประสิทธิภาพในการรักษาดี ราคาถูก สามารถผลิต ได้ในประเทศไทย และยาในรูปแบบเม็ดรวมช่วยเพิ่ม ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ผู้ป่วยจะได้ รับการประเมิน CD4, HIV viral load และการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ได้แก่ CBC, renal function test, liver function test และ lipid profile ทุก 6 เดือน นอกจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับยา ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสตามระดับ CD4 สำหรับผู้ป่วยที่ได้ยา AZT จะได้รับการติดตาม ระดับความเข้มข้นของเลือดของเลือดจะทำใน เดือนที่ 1, 2, 3, 6 และ 12 หลังจากได้ยา การ พิจารณาหยุดยาหลังจากเกิดภาวะซีดจากยา AZT

อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษา

ข้อมูลที่ทำการศึกษาชิ้นนี้ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน (เพศ อายุ น้ำหนักตัว) การจำแนก ผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรคตามแนวทางของ องค์การอนามัยโลก (WHO clinical staging) ระดับความเข้มข้นของเลือดก่อนการให้ยา ค่า mean corpuscular volume หลังการรักษา ระดับของ CD4 ก่อนการให้ยา การได้รับยา cotrimoxazole ร่วมด้วย ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับยาจน เริ่มมีอาการซีด และความจำเป็นที่ต้องให้เลือด โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย อิเล็กทรอนิกส์และแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย โดยผลลัพธ์ หลักของการวิจัยนี้ คือ การเกิดภาวะซีดขึ้นหลัง จากได้รับยา AZT

สำหรับภาวะซีดจากยา AZT หมายถึง ภาวะซีด (ใช้เกณฑ์ระดับของฮีโมโกลบินที่ต่ำกว่า 9.5 กรัม/เดซิลิตร) ที่พบหลังจากได้รับยา AZT ภายในระยะเวลา 1 ปีหลังจากเริ่มยา และมีค่า MCV > 100 fL ทั้งนี้ได้ทำการทบทวนประวัติแล้ว ไม่พบว่ามีสาเหตุอื่นอธิบายภาวะซีด และระดับ ฮีโมโกลบินสูงขึ้นหลังจากหยุดยา ความรุนแรงของ ภาวะซีดแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ภาวะซีดเล็กน้อย- ปานกลาง (ความรุนแรงระดับ 1-2 ตามคำจำกัด ความขององค์การอนามัยโรค) หมายถึงภาวะซีดที่ มีระดับของฮีโมโกลบิน 7.0-9.5 กรัม/เดซิลิตร ใน ขณะที่ภาวะซีดรุนแรง (ความรุนแรงระดับ 3-4 ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโรค) หมายถึง ภาวะซีดที่มีระดับของฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7.0

ภาวะชืดจากการได้รับยาซีโดวูดีน หรือ AZT

สถาพร มณี

กรัม/เดซิลิตร และ/หรือมีความจำเป็นต้องได้รับเลือด

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าการศึกษา 1) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยต้องมาติดตามที่คลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี 2) มีผลตรวจระดับ CD4 (cell/mm³) และ CBC ในช่วงที่มีการใช้ยา AZT ครบถ้วน 3) ต้องไม่มีภาวะชืดก่อนเข้าการศึกษา (ระดับฮีโมโกลบินก่อนเข้ารับการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 10 กรัม/เดซิลิตร)

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา 1) ผู้ป่วยมีการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ในช่วงที่ทำการศึกษา 2) มีประวัติโรคเลือด ได้แก่ G-6PD, thalassemia, iron deficiency anemia 3) มีประวัติโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง (มีค่า GFR <30 mL/min/1.73 m²) โรคตับแข็ง 4) มีประวัติ autoimmune disease เช่น rheumatoid arthritis, SLE 5) มีประวัติโรคมะเร็ง เช่น โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งปากมดลูก

การวิเคราะห์ข้อมูลจะแสดงในรูปแบบ

ของค่าเฉลี่ยมาตรฐาน (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และใช้ chi-square test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ค่า p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงเวลาที่ทำการศึกษามีจำนวน 654 ราย พบว่ามีผู้ป่วย 142 ที่ได้รับการรักษาโดยใช้สูตรยาต้านไวรัสที่มี AZT เป็นส่วนประกอบ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ถูกตัดออกจากการศึกษา เนื่องจากมีภาวะชืดจากการมีประจำเดือนมาผิดปกติและมีลักษณะเข้าได้กับภาวะชืดจากการขาดธาตุเหล็ก จึงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มนี้ 141 ราย (ตารางที่ 1) ในขณะที่มีผู้ป่วยจำนวน 512 รายที่ได้รับการรักษาโดยสูตรยาต้านไวรัสที่ไม่มียา AZT เป็นส่วนประกอบ (ใช้ยาชนิดอื่น เช่น stavudine หรือ tenofovir) ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วย 2 ราย ที่ถูกตัดออกจากการศึกษาเช่นกัน เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 1 ราย และมีริดสีดวงทวารร่วมด้วย 1 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับสูตรยาต้านไวรัสที่มี AZT เป็นส่วนประกอบ

อายุ (ปี - ค่าเฉลี่ย พิสัย)	38.7 (15-63)
เพศหญิง (ราย/ร้อยละ)	80 (56.7%)
น้ำหนัก (กิโลกรัม - ค่าเฉลี่ย พิสัย)	52.3 (38.2-81.7)
WHO clinical stage (ราย/ร้อยละ)	
-stage II	82 (58.2%)
-stage III	46 (32.6%)
-stage IV	13 (9.2%)
ระดับฮีโมโกลบิน (กรัม% - ค่าเฉลี่ย พิสัย)	12.8 (9.1-15.5)
MCV (fL - ค่าเฉลี่ย พิสัย)	103 (96-108)
ระดับ CD4 (ราย/ร้อยละ)	
<50 เซลล์/ไมโครลิตร	26 (18.4%)
51-100 เซลล์/ไมโครลิตร	35 (24.8%)
101-200 เซลล์/ไมโครลิตร	36 (25.6%)
>200 เซลล์/ไมโครลิตร	44 (31.2%)
การได้รับยา cotrimoxazole (ราย/ร้อยละ)	83 (58.7%)
การได้รับการรักษาด้วยยาสูตรอื่นมาก่อน อย่างน้อย 1 ปี (ราย/ร้อยละ)	91 (64.5%)

ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ยาด้านไวรัสที่มี AZT พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะซีดเกิดขึ้นภายใน 1 ปีหลังการรักษา จำนวน 21 ราย คิดเป็นความชุกของภาวะซีดจากยา AZT ร้อยละ 14.9 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ยาด้านไวรัสที่มี AZT ที่พบผู้ป่วยมีภาวะซีดเกิดขึ้น ร้อยละ 6.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) สำหรับความรุนแรงของภาวะซีดนั้น

ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ยาด้านไวรัสที่มี AZT พบความชุกของภาวะซีดรุนแรง ร้อยละ 4.3 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ยาด้านไวรัสที่มี AZT ที่พบผู้ป่วยมีภาวะซีดรุนแรงเกิดขึ้น ร้อยละ 2.2 อย่างไรก็ตามความแตกต่างดังกล่าวไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะชืดจากการได้รับยาซีโดวูดีน หรือ AZT

สถาพร มณี

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์ของภาวะชืดในผู้ป่วยที่ได้สูตรยาต้านไวรัสที่มี AZT เป็นส่วนประกอบและผู้ป่วยที่ได้สูตรยาต้านไวรัสที่ไม่มียา AZT เป็นส่วนประกอบ

จำนวน	ผู้ป่วยที่ได้ยาต้านไวรัสที่มี AZT (n=141)	ผู้ป่วยที่ได้ยาต้านไวรัสที่ไม่มียา AZT (n=510)	p-value (<0.05)
ผู้ป่วยที่มีภาวะชืด	21 (14.9%)	35 (6.9%)	0.0026*
ผู้ป่วยที่มีภาวะชืดรุนแรง	6 (4.3%)	10 (2.2%)	0.1193

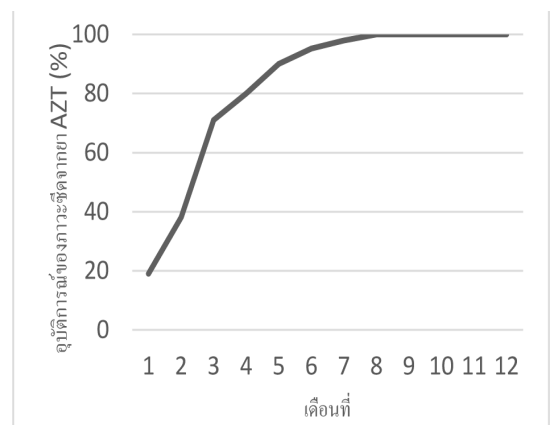
อุบัติการณ์สะสมของผู้ป่วยที่มีภาวะชืดจากยา AZT ตามระยะเวลาหลังจากเริ่มการรักษาที่ 1, 2, 3, 6 และ 9 เดือน ได้แก่ 4, 8, 15, 20 และ 21 ราย ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เกิดภาวะชืดนับจากเริ่มการรักษาเท่ากับ 2.8 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 เดือน โดยพบว่าเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.2) เกิดภาวะชืดในช่วง 6 เดือนแรก

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะชืดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรที่มี AZT นั้น (ตารางที่ 3) พบว่าปัจจัยด้านอายุ น้ำหนักตัว ระดับ CD4 ระยะของโรค และการได้รับยา cotrimoxazole ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะชืดในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรที่มี AZT เป็นองค์ประกอบ แต่ปัจจัยทางด้านเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะชืด โดยพบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะชืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งปัจจัยด้านระดับฮีโมโกลบินก่อนการรักษาที่ต่ำก็มีความสัมพันธ์กับภาวะชืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน

ในจำนวนผู้ป่วย 141 ราย ที่ได้รับการรักษา

ด้วยยาต้านไวรัสที่มี AZT เป็นส่วนประกอบ มีผู้ป่วยจำนวน 91 ราย (ร้อยละ 64.5) ที่ได้รับการเริ่มยาต้านไวรัสสูตรอื่นมาก่อนอย่างน้อย 1 ปี แล้วเปลี่ยนมาเป็นยา AZT เนื่องจากมีผลข้างเคียงหรือมีการดื้อยา ในจำนวนนี้มีภาวะชืดจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 11) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มี AZT เป็นส่วนประกอบเป็นสูตรแรกที่พบภาวะชืดจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 22) อย่างไรก็ตามความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า p-value = 0.0789

แผนภูมิที่ 1 อุบัติการณ์สะสมของผู้ป่วยที่มีภาวะชืดจากยา AZT ตามระยะเวลาหลังจากเริ่มการรักษา



ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดภายในระยะเวลา 1 ปี หลังได้สูตรยาต้านไวรัสที่มี AZT เป็นส่วนประกอบ

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วยที่ซีด (ราย/ร้อยละ)	OR (95% CI)	p-value (<0.05)
อายุ			
-น้อยกว่า 50 ปี	19/130 (14.6)	1.2 (0.25-6.21)	0.7497
-มากกว่า 50 ปี	2/11 (18.2)		
เพศ			0.0363 [*]
-ชาย	4/61 (6.6)	3.2 (1.03-10.20)	
-หญิง	17/80 (21.3)		
น้ำหนัก			0.5791
-มากกว่า 50 กก.	10/75 (13.3)	1.3 (0.49-3.16)	
-น้อยกว่า 50 กก.	11/66 (16.7)		
ระดับฮีโมโกลบินก่อนการรักษา			0.0405 [*]
-มากกว่า 12 กรัม%	12/113 (10.6)	3.0 (1.12-8.18)	
-น้อยกว่า 12 กรัม%	9/28 (32.1)		
WHO clinical stage			0.5609
-stage II	11/82 (13.4)	1.3 (0.50-3.20)	
-stage III-IV	10/59 (16.9)		
ระดับ CD4			0.9676
-มากกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร	12/80 (15.0)	1.0 (0.39-2.51)	
-น้อยกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร	9/61 (14.8)		
การได้รับยา cotrimoxazole			0.431
-ไม่ได้	7/58 (12.1)	1.4 (0.53-3.71)	
-ได้	14/83 (16.9)		
การได้รับการรักษาด้วยยาสูตรอื่นมาก่อนอย่างน้อย 1 ปี			0.0789
-ไม่ได้	11/50 (22.0)	0.5 (0.76-9.78)	
-ได้	10/91 (11.0)		

วิจารณ์

ข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่า ความชุกของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับสูตรยาต้านไวรัสที่มี AZT เป็นองค์ประกอบมีภาวะชืดเกิดขึ้นคิดเป็นร้อยละ 14.9 พบภาวะชืดเล็กน้อย (ร้อยละ 10.6) ได้มากกว่าภาวะชืดรุนแรง (ร้อยละ 4.3) โดยระยะเวลาตั้งแต่ได้รับยาจนกระทั่งพบภาวะชืดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 เดือน ในส่วนของความชุกของภาวะชืดจากยา AZT เมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศอินเดีย(8) และกัมพูชา(9) ที่พบอุบัติการณ์ร้อยละ 11.8-16.2 ในขณะที่ค่อนข้างแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่ทำในประเทศอินเดีย^(10,11) และรายงานจากประเทศในแอฟริกา (ยูกันดา, ซิมบับเว และไอวอรีโคสต์)^(12,13) ที่พบอุบัติการณ์ของภาวะชืดเพียงร้อยละ 5.42-9.62 ความแตกต่างกันดังกล่าวเกิดจากการกำหนดระดับฮีโมโกลบินที่ใช้จุดตัดของภาวะชืดที่มีความแตกต่างกันตั้งแต่ 7-9.5 กรัม/เดซิลิตร และกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาซึ่งแตกต่างกันในด้านเชื้อชาติ โดยเฉพาะเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา ซึ่งบางการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาก่อนด้วยยาสูตรอื่นแล้วจึงเปลี่ยนเป็นยา AZT⁽⁹⁻¹¹⁾ บางการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษามาก่อน^(12,13) หรือเป็นการศึกษาในผู้ป่วยทั้งที่ได้รับและยังไม่ได้การรักษามาก่อน⁽⁸⁾ ทำให้เป็นการยากที่จะนำมาเปรียบเทียบกัน อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับสูตรยาต้านไวรัสเป็นสูตรที่มี AZT เป็นองค์ประกอบจนกระทั่งพบภาวะชืดนั้นพบว่ามีความสอดคล้องกัน โดยผู้

ป่วยเกือบทั้งหมดเกิดภาวะชืดภายใน 6 เดือนแรกของการรักษา^(8,9,12,13)

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะชืดจากยา AZT จากการศึกษานี้ประกอบด้วย อายุที่มาก เพศหญิง น้ำหนักตัวที่น้อย ระยะของโรคที่เป็นมาก (advanced HIV disease) ระดับของ CD4 ที่ต่ำ และระดับฮีโมโกลบินก่อนการรักษาที่ต่ำ ข้อมูลการศึกษานี้บ่งชี้ให้เห็นว่าเพศหญิงและระดับฮีโมโกลบินก่อนการรักษาที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะชืดอย่างมีนัยสำคัญทาง ขณะที่ปัจจัยเกี่ยวกับอายุ (การศึกษานี้ใช้อายุที่มากกว่า 50 ปีเป็นเกณฑ์โดยอ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมาและเพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูล) น้ำหนักตัว ระดับ CD4 ระยะของโรค และการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรอื่นมาก่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะชืดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรที่มี AZT เป็นองค์ประกอบ

ในการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) ในปัจจัยเกี่ยวกับเพศผู้ป่วย พบว่าทั้งในเพศชายและเพศหญิงมีอายุและ BMI ใกล้เคียงกัน แต่มีระดับ CD4 และฮีโมโกลบินก่อนการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเพศหญิงมีระดับฮีโมโกลบินเฉลี่ยต่ำกว่าเพศชาย (12.4 ± 1.5 เปรียบเทียบกับ 13.1 ± 1.5 กรัม%, $p\text{-value} = 0.0036$) ซึ่งอาจเป็นการอธิบายได้ว่าในการศึกษานี้สาเหตุที่พบเพศหญิงเกิดภาวะชืดได้บ่อยกว่าเพศชายเนื่องจากเพศหญิงมีระดับฮีโมโกลบินตั้งต้นต่ำกว่าเพศชายนั่นเอง

สำหรับปัจจัยด้านน้ำหนักตัวนั้น (ในการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ที่ 50 กิโลกรัม เนื่องจากเป็นค่าที่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย และสามารถสื่อสารและประยุกต์ใช้ในทางคลินิกได้ง่าย) เป็นที่กังวลว่าอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซีดจากยา AZT ได้ เนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่าในคนเอเชียมีการกำจัตยา AZT ที่ช้ากว่าคนเชื้อชาติอื่น ทำให้ผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวน้อยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซีดจากยา AZT มากกว่าปกติ⁽¹⁴⁾ ข้อมูลดังกล่าวเป็นที่มาให้มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยฉบับปี 2549/2550 และฉบับปี 2557 แนะนำขนาดของยา AZT ที่ 200-300 มิลลิกรัมต่อครั้ง ซึ่งแตกต่างจากคำแนะนำขององค์การอนามัยโรคที่แนะนำขนาดของยา AZT ที่ 300 มิลลิกรัมต่อครั้ง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของน้ำหนักตัวที่น้อยกว่า 50 กิโลกรัม กับการเกิดภาวะซีดจากยา AZT แต่อย่างใด

ในขณะที่ยา cotrimoxazole ซึ่งใช้ในการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ก็พบว่ามีรายงานการเกิดภาวะซีดและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำได้เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่พบว่าการได้รับยา cotrimoxazole เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะซีดจากยาต้านไวรัสสูตรที่มี AZT เป็นองค์ประกอบ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านๆ มา^(9,12)

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรอื่นมาก่อน มีแนวโน้มว่าจะพบภาวะซีดได้น้อยกว่า

ผู้ป่วยที่เริ่มต้นด้วยยาต้านไวรัสสูตรที่มี AZT เลย ถึงแม้ว่าความแตกต่างดังกล่าวจะไม่นัยสำคัญก็ตาม คำอธิบายที่อาจเป็นไปได้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาบ้างแล้วนั้นจะมีสุขภาพโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่เริ่มรักษาใหม่

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ ประการแรก การที่ศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยการเก็บข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ ทำให้คุณภาพของข้อมูลอาจไม่สมบูรณ์ ถึงแม้ว่าจะมีเกณฑ์มาตรฐานในการรักษาและการตรวจติดตามแต่กระบวนการตัดสินใจในการรักษาขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์แต่ละคน ประเด็นต่อมา การวินิจฉัยภาวะซีดจากยา AZT ใช้การวินิจฉัยจากประวัติการได้รับยาแล้วมีอาการซีดและการดีขึ้นหลังจากหยุดยา โดยมีข้อจำกัดในด้านการตรวจเลือดหรือการตรวจไขกระดูกเพื่อวินิจฉัยแยกภาวะซีดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การขาดสารอาหาร หรือโรคของไขกระดูก ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยภาวะซีดจากยา AZT มีมากกว่าความเป็นจริง และประเด็นสุดท้าย ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยา AZT ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เปลี่ยนจากยา d4T ซึ่งได้ยารักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในกรณีผู้ป่วยที่เริ่มยารักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มยาสูตรที่ AZT เป็นส่วนประกอบเป็นสูตรแรก ซึ่งควรมีการศึกษาในอนาคตที่เป็นลักษณะแบบไปข้างหน้า (prospective study) ที่มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษาและเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

ที่เข้มงวดมากขึ้น ตลอดจนมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อแยกสาเหตุอื่นๆ ของภาวะซีด เช่น การตรวจหาภาวะซีดจากการเสียเลือด การขาดสารอาหาร การขาดธาตุเหล็ก การติดเชื้อพยาธิ และการตรวจไขกระดูกในผู้ป่วยที่มีอาการซีด

สรุป

แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2557 มีการเปลี่ยนแปลงคำแนะนำไปจากเดิม โดยแนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัสสูตร tenofovir, lamivudine และ efavirenz เป็นยาสูตรแรก เนื่องจากสูตรยานี้มีผลข้างเคียงน้อย สามารถทานวันละครั้งเดียวได้ และราคาที่ถูกลงมากจากการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา โดยคำแนะนำดังกล่าวหลีกเลี่ยงการใช้ยา stavudine (d4T) และยา AZT เป็นยาลำดับต้นๆ อันเนื่องจากภาวะข้างเคียงที่รุนแรงของยา d4T ที่ทำให้เกิด mitochondrial toxicity ในขณะที่ยา AZT ก็พบปัญหาเรื่องซีด อย่างไรก็ตาม ทั้งยา AZT

และ d4T ยังมีความสำคัญในแง่เป็นทางเลือกในสูตรยาลำดับถัดมาหลังจากผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาสูตรแรก หรือมีปัญหาเชื้อดื้อยา

ในการศึกษาค้นคว้าพบความชุกของภาวะซีดจากยา AZT คิดเป็นร้อยละ 14.9 จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าเพศหญิงและระดับฮีโมโกลบินก่อนการรักษาที่ต่ำ (<12 กรัม%) มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดจากยา AZT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ อายุที่มากกว่า 50 ปี น้ำหนักตัวที่น้อยกว่า 50 กก. ระยะเอดส์เต็มขั้น (advanced HIV disease) และระดับ CD4 ที่ต่ำ (<200 /mm³) ถึงแม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่ก็พบมีอัตราการเกิดได้มาก ดังนั้นในการปฏิบัติทางคลินิกจึงแนะนำให้ตรวจ CBC ครั้งแรกเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และทุกหนึ่งเดือนในสามเดือนแรกที่ได้รับยา จากนั้นควรตรวจทุก 3 และ 6 เดือนจนครบ 1 ปี และถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการซีดลงให้หยุดใช้ยา AZT และพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นแทน

เอกสารอ้างอิง

1. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 1987;317(4):185–91.
2. Richman DD, Fischl MA, Grieco MH, et al. The toxicity of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 1987;317(4):192–7.
3. Moyle G. Anaemia in persons with HIV infection: prognostic marker and contributor to morbidity. *AIDS Rev* 2002;4(1):13–20.
4. Walker RE, Parker RI, Kovacs JA, Masur H, Lane HC, Carleton S, et al. Anemia and erythropoiesis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and Kaposi sarcoma treated with zidovudine. *Ann Intern Med* 1988;108(3):372–6.
5. Volberding PA, Levine AM, Dieterich D, et al. Anemia in HIV infection: clinical impact and evidence-based management strategies. *Clin Infect Dis* 2004;38(10):1454–63.
6. สมนึก สัจฉานภาพ, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2550.
7. Moore RD, Creagh-Kirk T, Keruly J, et al. Long-term safety and efficacy of zidovudine in patients with advanced human immunodeficiency virus disease. *Arch Intern Med* 1991;151(5):981–6.
8. Agarwal D, Chakravarty J, Chaube L. High incidence of zidovudine induced anaemia in HIV infected patients in eastern India. *Indian J Med Res* 2010;132:386–9.
9. Phe T, Thai S, Veng C, et al. Risk factors of treatment-limiting anemia after substitution of zidovudine for stavudine in HIV-infected adult patients on antiretroviral treatment. *PLoS ONE* 2013;8(3): e60206. doi:10.1371/journal.pone.0060206
10. Kumarasamy N, Venkatesh KK, Devaleenol B, et al. Safe substitution to zidovudine among HIV-infected patients initiated on stavudine-containing highly active antiretroviral therapy

- from a resource-limited setting. *Int J Infect Dis* 2009;13(6):e360–4.
11. Kumarasamy N, Venkatesh KK, Cecelia AJ, et al. Spectrum of adverse events after generic HAART in Southern Indian HIV-infected patients. *AIDS Patient Care STDS* 2008;22(4):337–44.
 12. Moh R, Danel C, Sorho S, et al. Haematological changes in adults receiving a zidovudine-containing HAART regimen in combination with cotrimoxazole in Côte d’Ivoire. *Antivir Ther (Lond)* 2005;10(5):615–24.
 13. Ssali F, Stöhr W, Munderi P, et al. Prevalence, incidence and predictors of severe anaemia with zidovudine-containing regimens in African adults with HIV infection within the DART trial. *Antivir Ther (Lond)* 2006;11(6):741–9.
 14. Sungkanuparph S, Techasathit W. Thai national guidelines for antiretroviral therapy in HIV-1 infected adults and adolescents 2010. *Asian Biomed* 2011;4(4):515–28.

Prevalence and Risk Factors of Zidovudine-induced Anemia in Highly Active Antiretroviral Treatment at Warinchamrap Hospital, Ubon Ratchathani

*Sathaporn Manee**

Abstract

Background: Zidovudine (Azidothymidine, AZT) is one of major drugs in highly active antiretroviral therapy (HAART). The important adverse drug reaction of this drug is anemia. While prevalence and risk factors in Thailand were not reported.

Objective: To assess prevalence and risk factors of AZT-induced anemia at Warinchamrap Hospital, Ubon Ratchathani

Materials and Methods: This study was a retrospective study among AIDS patients at HIV clinic. The data were collected during 2009-2013 to define prevalence and analyze association between risk factors and anemia from AZT using chi-square test.

Results: From 141 patients received AZT-based HAART regimen, 21 patients (14.9 percent) developed anemia, and 6 patients (4.3 percent) developed severe anemia. Almost all of them developed anemia within 6 months. The statistical analysis found that female gender and low baseline hemoglobin level (<12 gm%) were both significant risk factors of anemia from AZT ($p < 0.05$) since odds ratio (OR) were 3.2 (95% CI 1.03-10.20) and 3.0 (95% CI 1.12-8.18) respectively. While age, body weight, CD4 level, WHO clinical staging, cotrimoxazole prophylaxis and prior treatment of other regimens of HAART showed no relevance with anemia from AZT.

Keywords : zidovudine, anemia, highly active antiretroviral treatment (HAART), AIDS

*Internal Medicine. Department of Medicine, Warinchamrap Hospital, Ubon Ratchathani.

การนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป และสภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วย

จิรวัดน์ มุลศาสตร์*, นิตริฐ นาให้ผล**, อวิธดา พบลาม**, กัญญาณี เวชกามา**,
มานะ ศิริพัฒน์**, พงษ์พิพัฒน์ ภูวันเพ็ญ**

บทคัดย่อ

การนอนไม่หลับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะเจ็บป่วยและการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมักจะมีปัญหาการนอนได้มากกว่ากลุ่มอายุอื่น การศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุและปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับตามการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุ ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยจาก 5 แผนก ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2556 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 166 คน และนอนในโรงพยาบาลมาแล้วระหว่าง 1-3 คืน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ประเมินการนอนไม่หลับด้วย Athens Insomnia Scale (AIS) ผลการศึกษาพบความชุกของการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 30.1 ขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 57 รู้สึกไม่สุขสบายขณะที่นอนในโรงพยาบาล ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่สัมพันธ์กับการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อุณหภูมิอากาศ ความสว่างตอนกลางคืน การถ่ายเทของอากาศ เครื่องแต่งกายผู้ป่วย เสียงของผู้ป่วยข้างเคียง และสภาพเตียงนอนของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนไม่หลับและผู้ป่วยที่เคยใช้ยานอนหลับมาก่อนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา รวมทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าก็มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาการนอนขณะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน สภาพแวดล้อมทางกายภาพตาม que ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้และมีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับนั้นส่วนใหญ่เป็นประเด็นที่สามารถปรับปรุงหรือบริหารจัดการเพื่อให้ดีขึ้นได้ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุและลดปัญหาการนอนไม่หลับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำสำคัญ การนอนไม่หลับ ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยทั่วไป สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย

* จิตแพทย์. กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.

**นักศึกษาแพทย์. ศูนย์แพทยศาสตร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.

บทนำ

การนอนในโรงพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประสบการณ์แปลกใหม่ที่ไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่ไม่เคยเจ็บป่วยหรือไม่มีเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและบรรยากาศการนอนอย่างกะทันหัน มีปัจจัยหลายประการที่กล่าวได้ว่าเกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับหรือทำให้คุณภาพการนอนในโรงพยาบาลไม่ดีเท่าที่ควร^(1,2) ทั้งจากสภาพแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น เสียง แสง อุณหภูมิที่สูงหรือต่ำไป เตียงนอนและเครื่องนอน สภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยเอง เช่น ความเครียดและความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วย ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย หรือความกังวลเกี่ยวกับรายได้/ค่าใช้จ่าย/สภาพครอบครัว นอกจากนี้ผลจากการเจ็บป่วยเองก็ส่งผลต่อปัญหาการนอนได้เช่นกัน เช่น ความเจ็บปวด กระบวนการพยาบาลที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแล และการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ

สำหรับผู้สูงอายุแล้ว การนอนไม่หลับก็อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ซึ่งพบได้ว่ารูปแบบการนอนของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยผู้ใหญ่ทั่วไป โดยระยะเวลาการนอนโดยรวมจะลดลง มีระยะเวลาของการนอนในช่วงการหลับตื่นหรือการนอนระยะที่ 1 และ 2 จะเพิ่มมากขึ้น ขณะที่ระยะของการหลับลึก (deep sleep) จะลดลง รวมทั้งเวลา

ของการนอนในระยะ non-REM ก็มีแนวโน้มที่จะลดน้อยลงด้วยเช่นกัน^(3,4) เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุมักมีรายงานประสบการณ์การนอนว่าหลับได้ยากหรือใช้เวลานานกว่าปกติ มักจะหลับได้เป็นช่วงสั้นๆ และมีการรู้สึกตัวระหว่างการนอนบ่อยขึ้น เมื่อรู้สึกตัวแล้วก็ยากที่จะนอนหลับต่อได้ และยังมีการจับหลับระหว่างวันในวันถัดมาได้บ่อยขึ้น^(5,6) นอกจากนี้สภาพของหอผู้ป่วยทั่วไปที่มีสภาพเปิด มีผู้คนเข้าออกตลอดเวลา มีความเป็นส่วนตัวน้อย รวมทั้งเสียงที่เกิดขึ้นจากการทำงานและผู้คนเกือบตลอดเวลา ก็ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกถึงการรบกวนและทำให้ยากที่จะนอนหลับได้⁽⁵⁾

ผลกระทบจากการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ นอกจากจะเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุ เช่น การพลัดตกหกล้ม หรือกระตุกหัก⁽⁷⁾ แล้ว การนอนไม่หลับขณะอยู่ในโรงพยาบาลยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งสภาวะร่างกาย สภาวะจิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย⁽⁸⁾ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุแล้ว การนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยในหลายทาง^(2,9) พบได้ว่าการนอนไม่หลับรบกวนต่อสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น และอาจตามมาด้วยความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย กระตุ้นให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อกระบวนการอักเสบ (inflammatory process) การนอนไม่หลับยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดและความวิตกกังวล

ตามมาได้ ซึ่งการตอบสนองต่อความเครียดและความวิตกกังวลของร่างกายก็จะส่งผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติและกระบวนการอักเสบได้อีกทาง การนอนไม่หลับยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองอีกด้วย โดยส่งผลให้มีความตื่นตัวลดน้อยลง ปฏิกริยาตอบสนองและการตัดสินใจช้าลง ระดับพลังงานของร่างกายลดลงจากปกติ ซึ่งอาจส่งผลต่อการเคลื่อนไหวและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วย การฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย รวมทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงของการตกเตียงอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) ถึงแม้ว่าจะยังไม่สามารถระบุเหตุผลได้อย่างชัดเจนก็ตาม⁽¹⁰⁾

สำหรับองค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการนอนในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้มาจากการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป ส่วนการศึกษาในหอผู้ป่วยทั่วไปก็มักเป็นการศึกษาในบางหอผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่แสดงถึงภาพรวมของสภาพแวดล้อมทั่วไปทางกายภาพของหอผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้สภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันไปตามโครงสร้างและการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาลก็อาจมีความแตกต่างกันได้มาก การศึกษาค้นคว้าจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนภาพปัญหาการนอนตามการรับรู้และความชุกของการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุที่กระจายกันอยู่ตามหอผู้ป่วยของแต่ละแผนกในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยมุ่งเน้นที่ปัจจัยสภาพแวดล้อม

ทางกายภาพของหอผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนไม่หลับ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่แนวทางในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการนอนของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก โสต คอ นาสิก และ จักษุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2556 เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาคือ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เข้ารับการรักษานอย่างน้อย 1 คืน และอยู่ในช่วงระยะเวลา 3 คืนแรก ในหอผู้ป่วย ซึ่งได้เลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายไว้ก่อนหน้าแล้ว มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร และไม่ใช่นอนหลับที่อยู่ในภาวะวิกฤติทางคลินิก (clinical unstable) ทั้งนี้ได้มีการชี้แจงและแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจและเข้าร่วมการศึกษาโดยความสมัครใจ รวมทั้งการลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม ก่อนทำการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว 2) แบบประเมินการนอนไม่หลับ Athens Insomnia Scale (AIS) จำนวน 8 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรา

วัด 4 ระดับ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทย และได้รับการตรวจความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นจึงปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำมาใช้ ทั้งนี้แบบประเมิน AIS เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาการนอนไม่หลับด้วยตนเองตามแนวทางของ ICD-10 โดยถามถึงปัญหาการนอนและผลกระทบในวันถัดมาในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม กรอบเวลาของการถามก็สามารถปรับช่วงเวลาได้ตามความเหมาะสมของการศึกษาและ/หรือสถานการณ์⁽¹¹⁾ ซึ่งในการศึกษานี้ได้ปรับกรอบระยะเวลาของการถามเป็นในคืนที่ผ่านมา 3) แบบประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale) ฉบับภาษาไทย ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ⁽¹²⁾ ซึ่งมีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้ในเกณฑ์ที่ดีสำหรับการคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่คะแนนรวมในแต่ละ sub-scale อยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน และมีจุดตัดที่ 8-10 คะแนนเป็นกลุ่มที่อาจมีความผิดปกติ ส่วนคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติชัดเจน 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยที่รบกวนการนอนตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่อกรนอนในโรงพยาบาลและสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยคำตอบเป็น

แบบมาตรวัด 5 ระดับ ได้แก่ 0 = ไม่เป็นปัญหา 1 = รบกวนบ้างเล็กน้อย 2 = รบกวนปานกลาง 3 = ค่อนข้างเป็นปัญหา 4 = เป็นปัญหามาก

การวิเคราะห์ข้อมูล การนอนไม่หลับและ/หรือปัญหาการนอนหลับเมื่อคะแนนจากแบบประเมิน Athens Insomnia Scale มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน⁽¹³⁾ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าใช้คะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนในแต่ละ sub-scale (อาจมีความผิดปกติหรือความผิดปกติของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า) เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจในการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพกับปัญหาการนอนหลับ ใช้ค่าคะแนนของสภาพแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เป็นเกณฑ์ และใช้สถิติ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญ ($p \text{ value}$) ≤ 0.05 ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ผลการศึกษา

สภาพทั่วไปของหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาเป็นหอผู้ป่วยรวม ซึ่งมีสภาพเป็นห้องโถงใหญ่ มีหน้าต่างอยู่โดยรอบและระบายอากาศด้วยพัดลมติดเพดานที่มีอยู่เป็นระยะ เตียงผู้ป่วยเรียงอยู่สองฟากข้าง แยกส่วนทำงานของพยาบาลและเจ้าหน้าที่อยู่มุมด้านหนึ่ง ส่วนห้องน้ำจะแยกส่วนออกไปต่างหากไม่ได้ติดกับส่วนเตียงผู้ป่วย จำนวนเตียงรับผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้เป็น 30 เตียงต่อวันต่อหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการครองเตียง

เฉลี่ยของทั้งโรงพยาบาลในปี 2556 เท่ากับ ร้อยละ 115.17 ขณะที่อัตราการครองเตียงเฉลี่ยของแผนกที่ทำการศึกษาอยู่ระหว่างร้อยละ 78.48 - 191.12 โดยเป็นการนำเตียงเสริมแทรกเข้าไประหว่างเตียงที่มีอยู่แล้ว หรือในบริเวณที่ว่างอื่นของผู้ป่วย เช่น ทางเดินตรงกลางระหว่างสองฟาก หรือระเบียงทางเดินด้านนอกห้อง

ในการศึกษาค้นคว้านี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 166 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.2 เพศหญิง ร้อยละ 42.8 โดยที่ร้อยละ 53.7 มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างนี้ ร้อยละ 60.2 มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ร้อยละ 57.2 มียากินประจำก่อนการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ ขณะที่ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 24.7 และดื่มสุราร้อยละ 19.9 สำหรับปัญหาการนอนในช่วงก่อนหน้านั้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.0 รายงานว่ามีปัญหาการนอนไม่หลับมาก่อนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ขณะที่ร้อยละ 19.9 มีการใช้ยานอนหลับในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สำหรับจำนวนคืนที่นอนในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.0) มีประสบการณ์นอนในโรงพยาบาลมาแล้ว 1 คืน ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 38.0) นอนในโรงพยาบาลมาแล้ว 2-3 คืน

จากการประเมินด้วย Athens Insomnia Scale พบว่า อัตราการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาคิดเป็นร้อยละ 30.1 (50/116 ราย) ซึ่งข้อมูลทางประชากรและประวัติของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนไม่หลับมาก่อนและการใช้ยานอนหลับในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาการนอนไม่หลับขณะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนไม่หลับมาก่อนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 63 ราย ในจำนวนนี้พบว่า มีปัญหาการนอนไม่หลับในโรงพยาบาลร้อยละ 41.3 ขณะที่ผู้ป่วยที่เคยใช้ยานอนหลับมาก่อนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 33 ราย และมีถึงร้อยละ 57.6 ที่รายงานว่า มีปัญหาการนอนไม่หลับในโรงพยาบาล ความรู้สึกสุขสบายของการนอนในโรงพยาบาลก็เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาการนอนขณะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน โดยผู้ป่วย 95 ราย (ร้อยละ 57) รู้สึกถึงความไม่สุขสบายและร้อยละ 42.1 ของกลุ่มนี้มีปัญหานอนไม่หลับ

การนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป

จิรวัดณ์ มูลศาสตร์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการมีปัญหานอน

	ไม่มีปัญหานอน (n=116)		มีปัญหานอน (n=50)		p-value
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
เพศ					0.21
- ชาย (95 ราย)	70	73.7	25	26.3	
- หญิง (71 ราย)	46	64.8	25	35.2	
โรคประจำตัว					0.09
- มี (100 ราย)	65	65.0	35	35.0	
- ไม่มี (66 ราย)	51	77.3	15	22.7	
ยาใช้ประจำ					0.06
- มี (95 ราย)	61	64.2	34	35.8	
- ไม่มี (71 ราย)	55	77.5	16	22.5	
การสูบบุหรี่					0.19
- มี (41 ราย)	32	78.0	9	22.0	
- ไม่มี (125 ราย)	84	67.2	41	32.8	
การดื่มสุรา					0.41
- มี (33 ราย)	25	75.8	8	24.2	
- ไม่มี (133 ราย)	91	68.4	42	31.6	
เคยมีปัญหานอนไม่หลับในช่วง 6 เดือน					0.01*
- มี (63 ราย)	37	58.7	26	41.3	
- ไม่มี (103 ราย)	79	76.7	24	23.3	
การเข้านอนหลับในช่วง 6 เดือน					<0.001*
- มี (33 ราย)	14	42.4	19	57.6	
- ไม่มี (133 ราย)	102	76.7	31	23.3	
จำนวนคืนที่นอนโรงพยาบาล					0.48
- 1 คืน (103 ราย)	74	71.8	29	28.2	
- มากกว่า 1 คืน (63 ราย)	42	66.7	21	33.3	
ความรู้สึกสุขสบายขณะนอนในโรงพยาบาล					<0.001*
- สุขสบาย (71 ราย)	61	85.9	10	14.1	
- ไม่สุขสบาย (95 ราย)	55	57.9	40	42.1	

* Chi-square test ที่ p-value ≤ 0.05

ในด้านสภาวะจิตใจของผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้านั้น พบว่าร้อยละ 4.2 มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่อาจมีหรือมีอาการวิตกกังวล ขณะที่ร้อยละ 3.0 อาจมีหรือมีอาการซึมเศร้า และพบว่าผู้ป่วยที่อาจมีอาการผิดปกติ

หรือมีอาการวิตกกังวล/อาการซึมเศร้าในช่วง 1-3 วันแรกของการนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับขณะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} \leq 0.05$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับปัญหาการนอนหลับ

	ไม่มีปัญหาการนอน (n=116)		มีปัญหาการนอน (n=50)		p-value
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
อาการวิตกกังวล					0.01*
-ไม่มีความผิดปกติ (154 ราย)	114	71.7	45	28.3	
-อาจผิดปกติ/มีอาการวิตกกังวล (7 ราย)	2	28.6	5	71.4	
อาการซึมเศร้า					0.01*
-ไม่มีความผิดปกติ (161 ราย)	115	71.4	46	28.6	
-อาจผิดปกติ/มีอาการซึมเศร้า (5 ราย)	1	20.0	4	80.0	

* Chi-square test ที่ $p\text{-value} \leq 0.05$

สำหรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกว่รบกวนต่อการนอนของตนเองนั้น พบว่าสภาพแวดล้อมที่รบกวนมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อุณหภูมิอากาศ (ร้อยละ 36.1) ความสว่างตอนกลางคืน (ร้อยละ 19.3) การถ่ายเทของอากาศ (ร้อยละ 15.7) เครื่องแต่งกายผู้ป่วย (ร้อยละ 12.7) และเสียงของผู้ป่วยข้างเคียง (ร้อยละ 12.0) ซึ่งทั้งห้าปัจจัยนี้ล้วนมีความ

สัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ยังพบด้วยว่าสภาพเตียงนอนของผู้ป่วยก็เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ถึงแม้ว่าจะมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 6.6 ที่รายงานว่าปัจจัยดังกล่าวรบกวนต่อการนอนของตน แต่ก็พบถึง 7 ใน 11 ราย ที่มีปัญหาการนอนหลับเกิดขึ้นจริง

การนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป
จิรวัดณ์ มูลศาสตร์

ตารางที่ 3 สภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วยกับปัญหาการนอนหลับ

สภาพแวดล้อม	ปัญหาการนอนหลับ (ราย, ร้อยละ)		p-value
	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา	
1.เสียงโทรศัพท์ดัง			0.64
-ไม่รบกวน (158 ราย)	111 (70.3)	47 (29.7)	
-รบกวน (8 ราย)	5 (62.5)	3 (37.5)	
2.เสียงพยาบาลในห้องทำงาน			0.21
-ไม่รบกวน (150 ราย)	107 (71.3)	43 (28.7)	
-รบกวน (16 ราย)	9 (56.2)	7 (43.8)	
3.เสียงสัญญาณเครื่องมือทางการแพทย์			0.93
-ไม่รบกวน (159 ราย)	111 (69.8)	48 (30.2)	
-รบกวน (7 ราย)	5 (71.4)	2 (28.6)	
4.เสียงของผู้ป่วยข้างเคียง			0.002*
-ไม่รบกวน (146 ราย)	108 (74.0)	38 (26.0)	
-รบกวน (20 ราย)	8 (40.0)	12 (60.0)	
5.ความสว่างตอนกลางคืน			0.02*
-ไม่รบกวน (134 ราย)	99 (73.9)	35 (26.1)	
-รบกวน (32 ราย)	17 (53.1)	15 (46.9)	
6.สภาพเตียงนอนผู้ป่วย			0.012*
-ไม่รบกวน (155 ราย)	112 (72.3)	43 (27.7)	
-รบกวน (11 ราย)	4 (36.4)	7 (63.6)	
7.อุณหภูมิอากาศ			0.001*
-ไม่รบกวน (106 ราย)	85 (80.2)	21 (19.8)	
-รบกวน (60 ราย)	31 (51.7)	29 (48.3)	
8.กลิ่นไม่พึงประสงค์			0.64
-ไม่รบกวน (158 ราย)	111 (70.3)	47 (29.7)	
-รบกวน (8 ราย)	5 (62.5)	3 (37.5)	
9.เครื่องแต่งกายผู้ป่วย			0.004*
-ไม่รบกวน (145 ราย)	107 (73.8)	38 (26.2)	
-รบกวน (21 ราย)	9 (42.9)	12 (57.1)	
10.การถ่ายเทของอากาศ			0.001*
-ไม่รบกวน (140 ราย)	106 (75.7)	34 (24.3)	
-รบกวน (26 ราย)	10 (38.5)	16 (61.5)	
11.พฤติกรรมกรนอนของผู้ป่วยข้างเคียง			0.45
-ไม่รบกวน (154 ราย)	112 (70.4)	47 (29.6)	
-รบกวน (7 ราย)	4 (57.1)	3 (42.9)	

* Chi-square test ที่ p-value $\leq$ 0.05

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไปในช่วง 3 คืนแรก โดยไม่รวมถึงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อสะท้อนภาพปัญหาการนอนและการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลที่กระจายกันอยู่ตามหอผู้ป่วยของแต่ละแผนก โดยพบว่าอัตราปัญหาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุในการศึกษาคครั้งนี้เท่ากับร้อยละ 30.1 ซึ่งต่ำกว่ารายงานความชุกของการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุของ Isai⁽⁸⁾ เล็กน้อย ซึ่งพบความชุกที่ร้อยละ 36.7 อย่างไรก็ตามรายงานดังกล่าวเป็นการศึกษาเฉพาะในหอผู้ป่วยสูงอายุเท่านั้น

โดยทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาการนอนไม่หลับและ/หรือคุณภาพการนอนมากกว่ากลุ่มอายุอื่น แต่มีข้อสังเกตจากการศึกษานี้ว่าเมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของการนอนไม่หลับหรือคุณภาพการนอนไม่ดีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป กลับพบว่าการศึกษาในผู้สูงอายุครั้งนี้มีอัตราปัญหาการนอนไม่หลับต่ำกว่ารายงานการศึกษาที่รวมกลุ่มอายุอื่นด้วย เช่น รายงานของ สุดารัตน์ ชัยอาจ และคณะ⁽¹⁴⁾ พบอัตราคุณภาพการนอนไม่หลับในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 49.2 ขณะที่รายงานจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมในโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศจีนของ Lei และคณะ⁽¹⁾ พบปัญหาการนอนที่ร้อยละ 45.6

นอกจากปัจจัยด้านอายุแล้ว ปัจจัยที่ส่งผลต่อความชุกที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องจากสถานที่ทำการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยที่การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากหอผู้ป่วย 5 แผนก ส่วนรายงานการศึกษาอื่นนั้นทำการศึกษาในหอผู้ป่วยเพียง 1-2 แผนกเท่านั้น ทั้งนี้สภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วยแต่ละแผนกที่มีความแตกต่างกันและสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยเองที่มีความแตกต่างกันอาจส่งผลต่อความชุกของปัญหาการนอนไม่หลับได้⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ ปัจจัยอีกประการที่อาจส่งผลต่ออัตราของปัญหาการนอนคือ จำนวนคืนของการนอนในโรงพยาบาลก่อนการเก็บข้อมูล โดยที่การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลหลังมีประสบการณ์ช่วง 1-3 คืนแรก และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเพียง 1 คืน ขณะที่การศึกษาอื่นนั้นเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลมาแล้วตั้งแต่สองถึงมากกว่าห้าคืน^(1,14)

การมีประวัติการนอนไม่หลับมาก่อนและการเคยใช้ยานอนหลับในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุขณะนอนในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่เคยใช้ยานอนหลับมาก่อนอาจมีปัญหานอนไม่หลับมาก่อนด้วยเช่นกัน เมื่อรวมกันเข้ากับความไม่คุ้นเคยจากการเปลี่ยนแปลงสถานที่นอน สภาพแวดล้อมที่แตกต่าง และภาวะความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในคืนแรกของการนอนในโรงพยาบาล^(6,15) ก็ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาการนอนไม่หลับกลับมาได้อีก

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นอีกปัจจัยที่มีรายงานว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอน⁽¹⁷⁾ ซึ่งสภาวะอารมณ์ดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความไวในการรับรู้สภาพแวดล้อมรอบข้าง และรู้สึกว่าการนอนของตนเองมากขึ้น ถึงแม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะพบเช่นกันว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดที่อาจมีหรือมีความผิดปกติของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเกิดปัญหานอนไม่หลับขึ้นได้ แต่เป็นที่สังเกตได้ว่าความชุกของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ในช่วง 3 คืนแรกของการนอนในโรงพยาบาลค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับรายงานที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลนานกว่านี้⁽¹⁷⁾ ซึ่งก็อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความชุกโดยรวมของการนอนไม่หลับในการศึกษานี้ต่ำกว่ารายงานอื่นๆ

ความรู้สึกสุขสบายขณะที่นอนในโรงพยาบาลซึ่งมีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญนั้น ก็อาจนับได้ว่าเป็นภาพสะท้อนโดยรวมถึงการรบกวนต่อการนอนจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่มีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับหลายประเด็นก็อยู่ในสถานะที่สามารถปรับปรุงหรือบริหารจัดการได้ โดยปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ารบกวนการนอนมากที่สุดเป็นเรื่องอุณหภูมิภายในหอผู้ป่วยและการถ่ายเทอากาศ อาจเป็นไปได้ว่าช่วงเวลาที่ทำการศึกษาอยู่ในช่วงฤดูที่อุณหภูมิโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับที่สูงอยู่แล้ว ถึง

แม้ว่าสภาพของหอผู้ป่วยจะมีลักษณะเปิดและมีพัดลมช่วยระบายอากาศอยู่พอควร แต่การเพิ่มการหมุนเวียนหรือการถ่ายเทอากาศก็ยังคงเป็นประเด็นที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้นกว่าเดิม

ความสว่างในเวลากลางคืนก็เป็นอีกปัจจัยที่พบว่าส่งผลกระทบต่อการนอนของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน⁽²⁾ ถึงแม้ว่าระดับความสว่างหรือความเข้มข้นของแสงในหอผู้ป่วยทั่วไปอาจถูกคาดหวังว่าจะไม่มากเท่าในหอผู้ป่วยวิกฤติ แต่การศึกษานี้ก็ยังคงแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการรบกวนจากความสว่างกับการนอนไม่หลับ ซึ่งแตกต่างจากรายงานการศึกษาในหอผู้ป่วยทั่วไปในต่างประเทศที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับของความสว่างในเวลากลางคืนกับปัญหาการนอน^(1,6,8)

การเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้นผู้ป่วยเกือบทั้งหมดต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดที่ทางโรงพยาบาลจัดหาไว้ให้ รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้บนเตียงนอน เช่น พูกที่นอน หมอน ผ้าปูเตียง ก็ล้วนเป็นบริการของทางโรงพยาบาล โดยทั้งสองประเด็นนี้ถูกจัดเตรียมสำหรับผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่ได้คำนึงถึงความเหมาะสมหรือความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อเกิดความอึดอัดและไม่สบายตัวจากเสื้อผ้าและเครื่องนอนก็อาจตามมาด้วยการรับรู้ถึงการรบกวนจากปัจจัยอื่นๆ ได้ชัดเจนและมากยิ่งขึ้น⁽¹⁸⁾ นอกจากนั้น อัตราการครองเตียงเฉลี่ยต่อวันที่สูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ก็ทำให้ต้องมีเตียงเสริมเข้ามาจำนวนหนึ่ง ซึ่งขนาดของเตียงเสริมและสภาพเครื่องนอนที่อาจไม่ได้

คุณภาพเท่าเทียมที่จัดไว้ประจำ จึงเป็นเหตุให้ส่งผลต่อการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่รู้สึกว่ทั้งสองปัจจัยนี้รบกวนต่อการนอนของตนเอง

การรบกวนจากเสียงต่างๆ ในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะเสียงจากการทำงานของบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ส่งผลต่อการนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนของผู้ป่วย แต่การศึกษาในครั้งนี้กลับพบว่าผู้ป่วยรู้สึกถึงการรบกวนจากประเด็นเหล่านี้ไม่มากนักและไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว มีเพียงเสียงที่เกิดจากผู้ป่วยเตียงข้างเคียงเท่านั้นที่ยังมีผลต่อการนอนไม่หลับ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากสภาพทางกายภาพของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เองที่มีลักษณะเป็นหอผู้ป่วยรวมขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียงอย่างน้อย 30 เตียงต่อหอผู้ป่วย ส่วนบริเวณทำงานของพยาบาลได้แยกห้องเป็นสัดส่วนต่างหากและห่างจากเตียงผู้ป่วยพอควรทำให้เสียงจากการทำงานไม่ได้รับรบกวนผู้ป้วยมากนัก อย่างไรก็ตาม การที่ต้องเสริมเตียงเข้ามาตามจำนวนผู้ป่วยที่มากกว่าเกณฑ์กำหนด ส่งผลให้แต่ละเตียงผู้ป่วยมีระยะใกล้กันมากขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการรบกวนจากเสียงผู้ป่วยเตียงข้างเคียงมากขึ้น และส่งผลต่อการนอนไม่หลับไปด้วย ซึ่งการศึกษาของ Park และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าจำนวนเตียงต่อห้องมีผลต่อระดับความดังของเสียงและการรับรู้ถึงการรบกวนการนอนของผู้ป่วย ความแออัดที่เกิดขึ้นยังอาจเป็นส่วนหนึ่งของการถ่ายเทอากาศที่ไม่ดีอีก

ด้วย สำหรับเสียงเครื่องมือทางการแพทย์นั้น เนื่องจากการใช้เครื่องมือติดตามอาการผู้ป่วย และเครื่องช่วยหายใจไม่มากนักหรือแทบไม่มีเลย ในบางหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา (จักษุ ศัลยกรรม กระดูก และโสต คอ นาสิก) จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการรบกวนและส่งผลต่อการนอนไม่มากนัก

การศึกษาในครั้งนี้มีประเด็นที่เป็นข้อจำกัดและควรพิจารณาบางประการ เนื่องจากระยะเวลาของการศึกษาที่มีจำกัดจึงไม่สามารถทำการศึกษาทุกหอผู้ป่วยหรือสุ่มหอผู้ป่วยแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) จากทุกแผนกได้ ทำให้ผลการศึกษาที่ได้อาจสะท้อนภาพได้ไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาทั้งหมด แต่ก็น่าจะเพียงพอที่บอกถึงสภาพส่วนใหญ่ของปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุได้ ในส่วนของผลการศึกษานี้ที่พบความชุกของการนอนไม่หลับต่ำกว่ารายงานการศึกษาที่ผ่านมา ก็เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ส่งผลต่อการหาความสัมพันธ์ของการนอนไม่หลับกับปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องบางประการได้ รวมทั้งไม่สามารถใช้เครื่องมือทางสถิติอื่นได้อย่างเหมาะสม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการนอนไม่หลับหรือคุณภาพการนอนก็เป็นอีกประเด็นที่อาจส่งผลต่อความชุกของปัญหา เนื่องจากมีหลายเครื่องมือประเมินที่ได้รับการยอมรับและใช้ในการศึกษาที่ผ่านมา แต่ละเครื่องมือก็มีวัตถุประสงค์และข้อคำถามที่แตกต่างกันไม่มากนัก⁽²⁰⁾ อย่างไรก็ตามแบบสอบถาม Athens Insomnia Scale ก็มีข้อดีที่มีจำนวนข้อคำถามน้อย สามารถ

ปรับกรอบระยะเวลาได้ตามความต้องการของผู้ใช้ และเป็นเครื่องมือที่มีพื้นฐานจากแนวทางการวินิจฉัยตาม ICD-10 ซึ่งนอกจากจะใช้ได้สำหรับการศึกษาวิจัยแล้วยังสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยประจำวันได้อีกด้วย นอกจากนี้ ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำการศึกษาและส่งผลต่อการนอนไม่หลับก็เป็นสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งอาจแตกต่างจากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลอื่นๆ ได้

สรุป

การนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไปของแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ช่วง 3 คืนแรก พบได้ถึงประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยสูงอายุ ขณะที่ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งที่รู้สึกถึงความไม่สบายขณะนอนในโรงพยาบาล โดยพบว่าการเคยมีปัญหาการนอนไม่หลับและการใช้ยานอนหลับมาก่อนในช่วง 6 เดือน เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการนอนไม่หลับขณะนอนในโรงพยาบาล ความผิดปกติของสภาวะอารมณ์ในช่วงแรกของการรักษาก็ส่งผลต่อการนอนไม่หลับด้วยเช่นกัน ปัจจัยเหล่านี้สามารถประเมินได้ตั้งแต่ช่วงแรกรับและสามารถ

เฝ้าระวังหรือวางแผนการดูแลรักษาได้ตั้งแต่แรก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพการนอนที่ดีสำหรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพตามที่ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้และมีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับนั้น ส่วนใหญ่เป็นประเด็นที่สามารถปรับปรุงหรือบริหารจัดการเพื่อให้ดีขึ้นได้ เช่น การถ่ายเทของอากาศ เครื่องแต่งกายและสภาพเตียง รวมทั้งปัญหาความแออัดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะช่วยลดปัญหาการนอนไม่หลับและเพิ่มความสบายของผู้ป่วยสูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ยังอาจช่วยป้องกันผลต่อเนื้อหรือลดปัญหาที่ตามมาจากการนอนไม่หลับ ทั้งการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย ปัญหาการตกเตียง หรืออุบัติเหตุอื่นขณะนอนในโรงพยาบาล และอาจช่วยลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลได้อีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ศูนย์วิจัยทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้ ดร.สุวารี เจริญมุขยันท ที่ช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล และเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Lei Z, Qiongjing Y, Qiuli W, et al. Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18:2521-29.
2. Pilkington S. Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. *Nursing Standard* 2013;27(49):35-42.
3. Redline S, Kirchner H, Quan S, et al. The effects of age, sex, ethnicity, and sleep-disordered breathing on sleep architecture. *Arch Int Med* 2004; 164:406-18.
4. Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol Rev* 2011;21:41-53.
5. Lee CY, Low LPL, Twinn S. Older men's experiences of sleep in the hospital. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16:336-43.
6. Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, et al. Sleep in hospitalized elders: a pilot study. *Geriatr Nurs* 2010;31:263-71.
7. Stone KL, Ensrud KE, Ancoli-Israel S. Sleep, insomnia and fall in elderly patients. *Sleep Med* 2008;9 (suppl. 1):S18-22.
8. Isaia G, Corsinovi L, Bo M, et al. Insomnia among hospitalized elderly patients: prevalence, clinical characteristics and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2011;52:133-7.
9. Kamdar BB, Needham DM, Collop NA. Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery. *J Intensive Care Med* 2012;27(2):97-111.
10. Watson PL, Ceriana P, Fanfulla F. Delirium: is sleep important? *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2012;(26):355-66.
11. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research* 2000;48:555-60.
12. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539;41(1):18-30.

13. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 2003;55:263-7.
14. สุदारัตน์ ชัยอาจ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, พินิจ บุญช่วง, และคณะ. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. *วารสารการพยาบาล* 2550;22(4):50-63.
15. Tranmer JE, Minard J, Fox LA, et al. The sleep experience of medical and surgical patients. *Clinical Nursing Research* 2003;12(2):159-73.
16. Doğan O, Ertekin S, Doğan S. sleep quality in hospitalized patients. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14:107-13.
17. Kokras N, Kouzoupis AV, Paparrigopoulos T, et al. Predicting insomnia in medical wards: the effect of anxiety, depression and admission diagnosis. *General Hospital Psychiatry* 2011;33:78-81.
18. Xie H, Kang J, Mills GH. Clinical review: the impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units. *Critical Care* 2009; 13:208 (doi:10.1186/cc7154)
19. Park MJ, Yoo JH, Cho BW, et al. Noise in hospital rooms and sleep disturbance in hospitalized medical patients. *Environmental Health and Toxicology* 2014;29:e2014006.
20. Moul DE, Hall M, Pilkonis PA, et al. Self-report measures of insomnia in adults:rationales, choices, and needs. *Sleep Medicine Reviews* 2004; 8:177-98.

Insomnia among Elderly Inpatients in General Hospital and Physical Ward Environments

*Jirawat Moolasart**, *Nitirat Nahaipol***, *Awatsada Poblap***, *Kanyanee Wedchakama***,
*Mana Siripat***, *Phongpipat Poowanpen***

Abstract

Sleep problem during hospitalization can affect illness course and recovery from illness, particularly among hospitalized elderly patients. This study was aimed to evaluate the prevalence of insomnia among elderly inpatients and perceived associated factors of physical environment. Data were collected in April 2013 among 166 elderly patients who admitted to general wards of 5 departments and stayed in hospital for 1-3 nights. Athens Insomnia Scale and self-report questionnaires were used for data gathering. The result revealed that prevalence of insomnia was 30.1%. Fifty seven percent of the elderly felt uncomfortable while sleeping in hospital. Physical environments significantly associated with insomnia were temperature, light at night, air flow, patient clothes, noise from other patients, and beddings. The patients with insomnia and patients who had used hypnotic drugs during the past six months were associated with hospitalized insomnia. Anxiety and depression, although with low prevalence, were as well the factors associated with the problem.

Keywords ; insomnia, elderly inpatients, general hospital, ward environment

* Psychiatrist. Department of Psychiatry, Sunprasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

** Medical Student. Medical Education Center, Sunprasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดแบบไป-กลับ : การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน*

บทคัดย่อ

การผ่าตัดแบบไป-กลับ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และไม่จำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในยุโรปและอเมริกาถือเป็นมาตรฐานการรักษารักษาอีกแนวทางหนึ่ง ปัจจุบันหลายหน่วยงานในประเทศไทยเริ่มให้บริการ ดังนั้นการทบทวนแบบบูรณาการในเรื่องนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้กิจกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดแบบไป-กลับ ซึ่งจะช่วยในการพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวทางการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการตามวิธีของ Cooper จากงานวิจัย 24 เรื่อง พบว่ากิจกรรมพยาบาลก่อนผ่าตัด ได้แก่ 1) การประเมินทางด้านร่างกายก่อนการผ่าตัด ซึ่งมีการจัดทำแนวทางการประเมินไว้แล้ว 2) การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยเป็นการให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังการผ่าตัด การลดความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดในรูปแบบต่างๆ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าพยาบาลยังมีส่วนร่วมและบทบาทน้อยกว่าที่ควร ดังนั้นจึงควรพัฒนาบทบาทและกิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัดแบบไป-กลับ โดยคำนึงถึงอายุ ความต้องการของผู้ป่วย และบริบทของหน่วยบริการ

คำสำคัญ การผ่าตัดแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การผ่าตัดแบบไป-กลับ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลทางพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล

*พยาบาลวิสัญญี. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

หลักการและเหตุผล

จากปัญหาเศรษฐกิจในหลายประเทศ และจำนวนของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ประสิทธิผล ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ขณะเดียวกันพัฒนาการทางด้านการให้ยาระงับความรู้สึกดีขึ้น ผู้ป่วยฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกดีและเร็วขึ้นมาก อาการข้างเคียงลดลง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เร็วขึ้น ทำให้ความจำเป็นที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาลลดลง การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกจึงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ⁽¹⁾

การผ่าตัดแบบไป-กลับ (ambulatory surgery, day surgery, one day surgery, day care surgery หรือ same-day surgery) คือ การผ่าตัดที่ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด หรือการผ่าตัดแบบไม่นอนพักค้างในโรงพยาบาล เริ่มดำเนินการเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1966 ในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยความร่วมมือของโรงพยาบาลในแคลิฟอร์เนียและวอชิงตัน ดีซี ต่อมาในปี ค.ศ. 1971 สมาคม American Medical Association ได้ยอมรับหลักการของการผ่าตัดรูปแบบนี้ โดยการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งชนิดทั่วไปและเฉพาะที่ในผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดล่วงหน้า ซึ่งในปี ค.ศ. 2011 มีศูนย์ผ่าตัดแบบไป-กลับมากกว่า 5,300 แห่งในอเมริกา ทำผ่าตัดมากกว่า 3,500 ชนิดการผ่าตัด โดยผ่าตัดมากกว่า 23 ล้านครั้งต่อปี ภายใต้การการสนับสนุนของ Medicare⁽²⁾

ในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาวิจัยเรื่องนี้้น้อยมาก จากการศึกษาสำรวจความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของโครงการผ่าตัดแบบไปกลับของผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง บุคลากรระดับปฏิบัติ ตลอดจนผู้มารับบริการในโครงการนำร่องผ่าตัดแบบไปกลับ พบว่ามีความเป็นไปได้ระดับสูง โดยมีข้อเสนอแนะเสนอแนะให้เน้นการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ปรับระบบการดูแล และการจ่ายค่าบริการ⁽³⁾

จากการสำรวจโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 7 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง และโรงพยาบาลอำเภอ 4 แห่ง จากทุกภูมิภาคของประเทศในปี พ.ศ. 2548⁽⁴⁾ พบว่ามีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอก (ambulatory anesthesia) ในการผ่าตัดแบบผ่าตัดนัดล่วงหน้า จำนวน 7,786 ราย จากการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งหมด 118,027 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.6 โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.1) เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 7,016 ราย ซึ่งพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำเมื่อเทียบกับอุบัติการณ์ทั่วไป โดยเกิดจากงานวิสัญญีร้อยละ 28 ของภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามพบว่า คนไข้กลุ่มนี้ไม่ได้รับการตรวจประเมินก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกจากบุคคลกรทางวิสัญญี มากถึงร้อยละ 86 ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด⁽⁵⁾ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวน

วรรณกรรมและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับกิจกรรมของพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด และสังเคราะห์องค์ความรู้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการประเมินและเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดแบบไปกลับในระยะก่อนผ่าตัด

วิธีการศึกษา

เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ โดยใช้วิธีการทบทวนของ Cooper⁽⁶⁾ ประกอบด้วย

1.การสืบค้นแหล่งข้อมูล เป็นการสืบค้นงานวิจัยในวารสารทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกประเทศ ผลงานวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัย จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และฐานข้อมูลที่เป็น CD-ROM ในสำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากเว็บไซต์ Medical database, CINAHL, ProQuest scholar, Pubmed, scopus, Science direct, ARON, AANA (American Associated Nurse Anesthetist), Anesth Analg, Thai J Aesthesiol และการสืบค้นด้วยมือ โดยใช้คำสำคัญดังนี้ ambulatory surgery, day care surgery, same day surgery, preoperative assessment, preoperative preparation, nursing care และ nursing intervention การสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ที่เป็นภาษาอังกฤษใช้โปรแกรม endnote ในการสืบค้น สำหรับ Medical data-

base ใช้ MeSH (Medical Subject Headings) รวมทั้งการค้นหาค้นหาจาก Thai Index Medicus

2.การคัดเลือกข้อมูลที่น่าสนใจมาศึกษา ต้องเป็นรายงานงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และตีพิมพ์ในวารสารระหว่างปี ค.ศ. 2000-2014 ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่มีความชัดเจนในระเบียบวิธีวิจัย 2) ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

3.การตรวจสอบคุณภาพเอกสาร กำหนดผู้อ่านงานวิจัย (reviewer) จำนวน 2 คน ถ้าไม่สามารถตกลงกันได้ก็จะปรึกษากับผู้อ่านงานวิจัยคนที่ 3

3.1 การประเมินงานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ Qualitative Findings Critical Appraisal Scale. จาก Qualitative Assessment and Review Instrument (QARI), The Joanna Briggs Institute⁽⁷⁾ โดยมีเกณฑ์จำนวน 10 ข้อ ถ้าตอบ yes = 1 คะแนน ถ้าตอบ no = 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม = 10 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 1-3 คะแนน = คุณภาพต่ำ 4-6 คะแนน = คุณภาพปานกลาง 7-10 คะแนน = คุณภาพสูง

3.2 การประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงปริมาณใช้ Checklist for Assessing the Validity of Descriptive/Correlation Studies และ Checklist for Assessing Validity of Experimental Studies. จาก Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instru-

ment (MAStARI), The Joanna Briggs Institute⁽⁷⁾ ส่วนเกณฑ์การประเมินมี 10 ข้อ และใช้ระดับคะแนนเช่นกันกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

3.3 การประเมินบทความทางวิชาการ (article) การทบทวนวรรณกรรม (literature review) และแนวทางปฏิบัติ (guide line) ประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของผลงานจากประสบการณ์ของผู้เขียน ชื่อเสียงของวารสารที่ตีพิมพ์

4.การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบ prototype ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ระเบียบวิธีวิจัย (methodology) และสาระสำคัญ (substantive) ซึ่งประกอบด้วย author, purpose, methodology (title, date, design/quality), substantive (client/setting, theory, phenomena/intervention, instrument, outcomes, finding, author's conclusions) ลดทอนข้อมูลลงในตารางตามแนวของ prototype แบ่งเป็น 2 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย การแสดงข้อมูล (data display) การเปรียบเทียบข้อมูล (comparison) และการสรุปภาพแนวคิด (conclusion drawing)

ผลการศึกษา

ผลการทบทวนที่สำคัญนำเสนอเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย รูปแบบของหน่วยบริการและการประเมินก่อนการผ่าตัด รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

1.ลักษณะทั่วไปของบทความที่ทบทวน มีงานตีพิมพ์ที่เข้าเกณฑ์การศึกษารวมทั้งสิ้น 24 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 13 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ 4 เรื่อง บทความวิชาการอื่นๆ 7 เรื่อง (review article 4 เรื่อง guideline 2 เรื่อง และ review literature 1 เรื่อง) ดังตารางที่ 1

ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัย 17 เรื่อง อยู่ระดับสูงจำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 64.7 ระดับปานกลางจำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 35.3 ส่วนบทความวิชาการอื่นๆ จำนวน 7 เรื่องมีความน่าเชื่อถือและคุณภาพดี บทความวิจัยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 13-2,401 ราย ส่วนใหญ่ศึกษาทั้งในเด็ก (5-12 ปี) ผู้ปกครองเด็ก ผู้ใหญ่ และแพทย์ พยาบาล สถานที่ศึกษาเป็นหน่วยบริการผ่าตัดแบบ ambulatory surgery โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หน่วยผ่าตัดแบบ ambulatory surgery ในโรงพยาบาลทั่วไป และศูนย์บริการเฉพาะผ่าตัดแบบ ambulatory surgery ที่บ้านผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัดได้แก่ การผ่าตัดของแผนกศัลยกรรม (hernia repair, hemorrhoidectomy, laparoscopic cholecystectomy, excision mass of breast) โสต ศอ นาสิก (tonsillectomy, adenoidectomy) ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (circumcision) นรีเวชกรรม (excision of epidermal cysts, hysteroscopy, diagnostic laparoscopy, laparoscopic sterilization) และศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ (shoulder surgery, hand surgery)

ตารางที่ 1 แสดง ชื่อเรื่อง (title) ระดับความน่าเชื่อถือ (level of evidence) คุณภาพ (quality) รูปแบบการวิจัย (research design) ผู้แต่ง (author) และปีที่ตีพิมพ์ (year)

Title	Research Design	Level of evidence *	Quality	Author	Year
1. Clinical practice and routines for day surgery in Sweden.	Descriptive	Level 4b	High	Stomberg M.W.	2006
2. Patient anxiety and patient satisfaction in hospital-based and freestanding ambulatory surgery centers.	Descriptive	Level 4b	Medium	Gardner TF.	2004
3. Influence of gender and anesthesia type on day surgery anxiety.	Cross-sectional questionnaires	Level 4b	High	Mitchell M.	2001
4. Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery.	RCT	Level 1c	High	Chung F.	2009
5. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery.	RCT	Level 1c	High	Cooke M.	2004
6. Minimizing preoperative anxiety with music for day surgery patients- a randomized clinical trial.	RCT	Level 1c	High	Ni CH.	2011
7. Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait.	Qualitative	Level 3	High	Gilmartin J.	2008
8. Day surgery :patients' perception of a nurse-led preadmission clinic.	Qualitative	Level 3	High	Gilmartin J.	2004
9. Fasting in pediatric ambulatory surgery.	Qualitative	Level 3	Medium	Klemetti S.	2008
10. Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery.	RCT	Level 1c	High	Li HCW.	2007
11. Pediatric anxiety: child life intervention in day surgery.	RCT	Level 1c	High	Brewer S.	2006
12. Evaluating the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of using the children's emotional manifestation scale.	RCT	Level 1c	High	Li HCW.	2007
13. Same-day breast cancer surgery: a qualitative study of women's lived experiences.	Qualitative	Level 3	High	Greenslad MV.	2010

* Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013.

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดแบบไป-กลับ

ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน

.ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดง ชื่อเรื่อง (title) ระดับความน่าเชื่อถือ (level of evidence) คุณภาพ (quality) รูปแบบการวิจัย (research design) ผู้แต่ง (author) และปีที่ตีพิมพ์ (year)

Title	Research Design	Level of evidence *	Quality	Author	Year
14. The effect of hand massages on preoperative anxiety in ambulatory surgery patients.	Quasi experimental	Level 2d	High	Brand L.	2013
15. A descriptive survey of the information needs of parents of children admitted for same day surgery.	Descriptive	Level 4b	Medium	Healy K.	2013
16. Home recovery following day surgery: a patient perspective.	Cross-sectional Descriptive	Level 4b	Medium	Mitchell M.	2014
17. Effectiveness of an outpatient preoperative care bundle in preventing postoperative pneumonia among esophageal cancer patients.	Case control	Level 3d	Medium	Brand LR.	2013
18. A patient-center approach to day surgery nursing.	Review article	Level 5a	good	Mitchell M.	2010
19. At your convenience: preoperative assessment by phone.	Review article	Level 5a	good	Digner M.	2007
20. Day surgery preoperative anxiety reduce and coping strategies.	Review article	Level 5a	good	Grieve RJ.	2002
21. Improving communication in day surgery settings.	Review article	Level 4a	good	Foy CR.	2004
22. The nurse's role in day surgery: a literature review.	Literature review	Level 4a	good	Gilmartin J.	2007
23. AORN Guidance statement preoperative patient care in the ambulatory surgery setting.	Guidance statement	Level 5a	good	AORN.	2005
24. Guidance for the psychological care of day case surgery patients.	Guidance statement	Level 5a	good	Mitchell M.	2002

* Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013.

2.รูปแบบของหน่วยบริการและการประเมินก่อนการผ่าตัด รูปแบบของหน่วยบริการมี 2 ลักษณะคือ แยกเป็นหน่วยงานอย่างชัดเจน หรือรวมอยู่ในงานห้องผ่าตัดเดิม Stromberg⁽⁸⁾ พบว่าร้อยละ 60 ของ ambulatory unit ในสวีเดนมีการแยกหน่วยอย่างชัดเจน มีการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยแพทย์ ร้อยละ 60 มีพยาบาลทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6 ขณะที่รูปแบบของหน่วยบริการไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดแตกต่างกัน⁽⁹⁾ บางหน่วยบริการมีการใช้โทรศัพท์เพื่อให้ข้อมูลและประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยเตือนให้ผู้ป่วยมาตามนัด⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ Association of Perioperative Registered Nurse (AORN)⁽¹¹⁾ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการประเมินสภาพผู้ป่วยทางด้านร่างกายเพื่อให้เป็นไปในแนวเดียวกัน ซึ่งได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพรังสีปอด และการตรวจคลื่นหัวใจ

นอกจากนี้ยังมีแนวทางปฏิบัติของ Mitchell⁽¹²⁾ ซึ่งเน้นการดูแลด้านจิตใจโดยมีการให้ความรู้และสารสนเทศเพื่อลดความวิตกกังวลใน pre-assessment clinic ส่วนในวันผ่าตัดจะมี psycho-educational intervention ซึ่งเป็นสารสนเทศเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการ และการแนะนำให้กลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้หลังกลับบ้าน

ประสบการณ์และมุมมองของผู้ป่วยต่อการให้บริการพบได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลโดยเฉพาะระหว่างรอการผ่าตัด กลัวว่าจะไม่ฟื้นและกลัวความปวดหลังผ่าตัด แต่ก็มีความพึงพอใจต่อการบริการของพยาบาลในการประเมินสภาพก่อนการผ่าตัด การให้สารสนเทศเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางส่วนกลับมีความรู้สึกที่ไม่ได้รับความสนใจจากพยาบาลในขณะรอผ่าตัด บางครั้งผู้ป่วยต้องช่วยปลอบใจตนเอง รวมทั้งต้องการข้อมูลและการสนับสนุนทางด้านจิตใจที่ดี^(14,15)

3.รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด สำหรับการเตรียมผู้ป่วยแบบทั่วไปทางด้านร่างกาย พบว่าการตรวจพื้นฐานทั่วไป (routine investigation) หรือไม่ตรวจ ไม่มีผลต่ออัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทั้งในระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด⁽¹⁶⁾ ในผู้ป่วยเด็กอาจจะกระวนกระวายเนื่องจากกระหายน้ำ แต่บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่รอรับการผ่าตัดก็มีความเข้าใจถึงความจำเป็นของการงดอาหารของเด็กเพื่อเตรียมผ่าตัด เพียงต้องการทราบข้อมูลระยะเวลาที่แน่นอน รวมทั้งการเริ่มให้อาหารและยาแก้ปวดหลังการผ่าตัด⁽¹⁷⁾ ส่วนการเตรียมผู้ป่วยแบบทั่วไปด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลนั้นพบว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การให้สารสนเทศเกี่ยว

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดแบบไป-กลับ

: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน

กับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก ตลอดจนความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในระยะก่อนระหว่าง และหลังการผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล⁽¹⁸⁻²²⁾

รูปแบบกิจกรรมพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ การนำผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองชมห้องผ่าตัดจริง ให้เด็กได้สัมผัสกับเครื่องมือให้ยาระงับความรู้สึก และให้เด็กได้ทดลองเป่าหน้ากาก (mask) ที่ใช้ในการระงับความรู้สึก หรือ “therapeutic play” โดยมีการศึกษาเชิงทดลองในประเทศไต้หวันซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และมีการศึกษาลำดับกันในประเทศออสเตรเลียแต่ใช้เวลาเพียง 20 นาที พบว่าความวิตกกังวลและการแสดงอารมณ์ด้านลบของผู้ป่วยเด็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽²³⁻²⁶⁾ สำหรับการให้สารสนเทศนั้นควรให้ตามที่ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กต้องการ และควรให้คำแนะนำเพิ่มเติมในขณะรอรับการผ่าตัดด้วย⁽²⁷⁾

กิจกรรมพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่พบได้หลายลักษณะด้วยกัน เช่น 1) การให้ฟังดนตรีขณะรอรับการผ่าตัด โดยมีการศึกษาในประเทศไต้หวัน⁽²⁸⁾ ใช้ดนตรีจีนฟังนาน 20 นาที ส่วนการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย⁽²⁹⁾ ให้ผู้ป่วยนำดนตรีมาจากบ้านมาฟังเองนาน 30 นาที 2) การนวดผู้ป่วยด้วยมือขณะรอรับการผ่าตัด⁽³⁰⁾ 3) การดูแลผู้ป่วยแบบ care bundle คือ การดูแลผู้ป่วยโดย

การนำกิจกรรม 7 อย่าง สอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้แก่ deep breathing, exercises using the breathing exercise device, respiratory muscle-stretching gymnastic exercises, professional oral cleaning, clean the teeth and tongue, eat proper amounts of food, quit smoking ในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งพบว่าช่วยลดการเกิดภาวะปอดติดเชื้อได้เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติ⁽³¹⁾ 4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การระงับความรู้สึก การจัดการความปวด การคลื่นไส้ อาเจียน และการดูแลตนเองเมื่อกลับไปพักฟื้นหลังผ่าตัดที่บ้าน⁽³²⁾

อภิปรายผล

งานตีพิมพ์ที่นำมาทบทวนทั้งหมด 24 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ อาจมีจำนวนไม่มากพอและไม่ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด โดยเฉพาะรายละเอียดของเครื่องมือ และวิธีการในการประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ทำให้ไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่สำคัญหลายอย่างได้อย่างชัดเจน แต่คุณภาพของงานวิจัยทั้งหมดก็อยู่ในระดับสูงและปานกลาง

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งแบ่งออกได้เป็นบทบาทในการประเมินสภาพผู้ป่วยและบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ในหลายประเทศพยาบาลมีบทบาทในส่วนนี้มากอย่างเป็นระบบ เช่น มีแนว

ทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน มีรายละเอียดของกิจกรรมและขั้นตอน มีระบบโทรศัพท์เพื่อเตือนไม่ให้ผู้ป่วยลืมนัดผ่าตัด แต่ยังมีบางประเทศที่บทบาทพยาบาลทางด้านนี้ยังน้อยมาก แม้ว่าโดยทั่วไปศัลยแพทย์จำเป็นจะต้องตรวจประเมินสภาพผู้ป่วยทุกรายที่จะนัดผ่าตัดอยู่แล้ว แต่การที่พยาบาลเข้ามามีบทบาทไม่ได้เป็นการทำงานซ้ำซ้อน แต่กลับเป็นผลดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น ผู้วิจัยเห็นว่าการมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งที่ทุกโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดแบบไป-กลับนี้จะต้องพัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับการผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยพยาบาล

การเตรียมผู้ป่วยทางด้านจิตใจถือว่าเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลโดยตรง ความพยายามในการสร้างกิจกรรมหลายรูปแบบ เช่น การให้สารสนเทศเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด รวมทั้งการให้ฟังดนตรี การให้บิดามารดาและผู้ป่วยเด็กได้ชมห้องผ่าตัดและสัมผัสกับอุปกรณ์การให้ยาระงับความรู้สึก แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในภารกิจของพยาบาลเป็นอย่างดี แต่การนำกิจกรรมเหล่านี้ไปใช้คงต้องขึ้นกับบริบทของหน่วยงานหรือโรงพยาบาล

สัดส่วนของการผ่าตัดแบบไป-กลับต่อการผ่าตัดแบบ elective surgery ทั้งหมด มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา

ร้อยละ 83 ออสเตรเลีย ร้อยละ 75 สวีเดน ร้อยละ 66 อังกฤษ ร้อยละ 62 และฟินแลนด์ ร้อยละ 50⁽³³⁾ การผ่าตัดที่เคยเป็นการผ่าตัด elective surgery และต้องนอนพักในโรงพยาบาลหลายวันก็เปลี่ยนมาเป็นการผ่าตัดแบบเข้า-ไป-เย็นกลับภายในวันเดียวกัน ทำให้ปัญหาที่ตามมาของการผ่าตัดแบบไป-กลับ คือ ความเร่งรีบในการดูแลเนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับการดูแลภายในโรงพยาบาลเพียงแค่ 23 ชั่วโมง ส่วนการทำให้ความต้องการในเรื่องข้อมูลสารสนเทศ มีความต้องการมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีระยะเวลาสั้นในการนอนในโรงพยาบาล สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้เร็วที่สุด มีระบบโทรศัพท์ติดต่อประสาน ประเมินสภาพก่อนผ่าตัด หรือติดตามประเมินเยี่ยมหลังผ่าตัดทางโทรศัพท์ 24-48 ชั่วโมง⁽¹⁰⁾ จัดบริการรองรับเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและพบว่ามีปัญหา ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญ

บทบาทพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ดีจะต้องครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ แม้ว่าหน่วยบริการ pre-admission unit ที่ดำเนินการโดยพยาบาลจะมีการประเมินสภาพผู้ป่วยและการเตรียมผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย⁽¹³⁾ แต่ในประเทศสวีเดนกลับพบว่าพยาบาลมีบทบาทน้อยมากในการประเมินและการเตรียมผู้ป่วย⁽⁸⁾ มีเพียงร้อยละ 6 ของ ambulatory surgery unit ที่เป็นบทบาทของพยาบาล ขณะที่ในรายงานฉบับเดียวกันพบว่า

ร้อยละ 60 ของ ambulatory surgery unit เท่านั้นที่มีการประเมินผู้ป่วย แสดงว่าพยาบาลเข้าไปมีบทบาทในการประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเพียงร้อยละ 10 ของหน่วยงานที่มีการประเมินเท่านั้น จากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดแบบไป-กลับ^(13,15,19) มีความเห็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งหมดคือ มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นหากผู้ป่วยเป็นเพศหญิง หรือการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป⁽¹⁵⁾ ความวิตกกังวลจะไม่แตกต่างกันระหว่างหน่วยผ่าตัดแบบไป-กลับที่อยู่ภายในโรงพยาบาลหรืออยู่เป็นหน่วยอิสระ⁽⁹⁾ ขณะเดียวกันมีความพยายามของพยาบาลในการแสดงบทบาทในการประเมินผู้ป่วยโดย AORN หรือสมาคมพยาบาลผ่าตัดได้ประกาศแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตั้งแต่ปี 2005⁽¹¹⁾ โดยกำหนดกิจกรรมและขั้นตอนในการประเมินผู้ป่วย แต่ก็เป็นการประเมินเฉพาะทางสภาพร่างกาย ขณะที่แนวทางปฏิบัติของ Michell⁽¹²⁾ เป็นการดูแลทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ ยังมีการใช้การสื่อสารทางศูนย์โทรศัพท์ระดับประเทศคือ NHS Direct เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วย⁽¹⁰⁾ และช่วยลดอัตราการขาดนัดและลดจำนวนครั้งของการไปโรงพยาบาล

สำหรับการประเมินสภาพและการเตรียมผู้ป่วยเด็ก มีประเด็นที่ควรคำนึงและปฏิบัติแตกต่างไปจากผู้ใหญ่ เรื่องสำคัญคือ การงดน้ำและอาหารในเด็กเพื่อป้องกันการสำลักอาหารระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก พ่อแม่เด็กส่วน

ใหญ่สามารถทำความเข้าใจกับเด็กในเรื่องการงดอาหารก่อนผ่าตัดได้⁽¹⁷⁾ แต่การเริ่มให้อาหารหลังการผ่าตัดมักมีปัญหาเนื่องจากความปวดจากแผลผ่าตัด สำหรับการลดความวิตกกังวลในเด็กมีการใช้ “therapeutic play” คือ การทำให้เด็กเกิดความคุ้นเคยกับสถานที่และอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในห้องผ่าตัดก่อนการผ่าตัดจริง มีการทดลองทั้งเด็กเอเชียและออสเตรเลียพบว่าได้ผลดี แต่การนำผลการวิจัยนี้มาใช้ในทางปฏิบัติอาจทำได้ยาก เพราะห้องผ่าตัดน่าจะถูกใช้งานตลอดเวลาและจำเป็นต้องรักษาความสะอาด เว้นแต่อาจทำเป็นห้องจำลองมีอุปกรณ์เหมือนห้องผ่าตัดจริง หรืออาจจะเป็นการฉายวิดีโอที่ถ่ายภาพบรรยากาศจริง ร่วมกับการนำเสนอในรูปแบบการ์ตูน และมีสถานที่ฝึกการใช้อุปกรณ์ดมยาสลบเพื่อเตรียมตัวให้เด็กเกิดความคุ้นเคย สามารถเผชิญกับความกลัว และให้ความร่วมมือขณะดมยาสลบดี ถ้าสามารถแยกหน่วยบริการเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยเด็กให้ครบวงจรได้ อาจจัดให้มีการให้ข้อมูลข่าวสารที่ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของเด็กและพ่อแม่ เช่น เรื่องการการงดน้ำและอาหาร การกินอาหารได้หลังผ่าตัด ตลอดจนการช่วยลดความเครียดในเด็กและพ่อแม่ โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กโดยตรงทำหน้าที่ในการลดความวิตกกังวลในเด็ก

ในการเตรียมผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ก่อนผ่าตัด ต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจสอบความผิดปกติทางกาย และหากพบจะต้องแก้ไข

ก่อนการผ่าตัด Chung⁽¹⁶⁾ พบว่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจไม่จำเป็นต้องทำ เนื่องจากผลข้างเคียงจากการผ่าตัดทั้งในระหว่างและหลังการผ่าตัดไม่ต่างกันในกลุ่มที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการกับกลุ่มที่ไม่ตรวจ การสรุปแบบนี้อาจไม่ถูกต้องนักเนื่องจากส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะมี American Society Anesthesiology Physical status 1 หรือ 2 ซึ่งถือว่ามีความแข็งแรงดีอยู่แล้ว รวมทั้งได้คัดแยกผู้ป่วยที่สภาพร่างกายไม่ได้ออกไปจากการศึกษาแล้ว แต่อย่างไรก็ดี การที่จะทำ preoperative testing ควรขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับการลดความเครียดในผู้ใหญ่มีการใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือ และพบว่าสามารถลดได้ทั้งในคนจีนและออสเตรเลีย ยังมีวิธีการลดความวิตกกังวลโดยการนวดผู้ป่วยด้วยมือระหว่างรอเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งก็พบว่าช่วยลดความวิตกกังวลได้ มีบทความหลายฉบับที่เสนอทฤษฎี หลักการ และกลยุทธ์ในการลดความวิตกกังวล⁽¹⁸⁻²²⁾ ตลอดจนการให้ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด รวมทั้งช่วยทำให้การฟื้นตัวจากการผ่าตัดดีขึ้น⁽³²⁾

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการสังเคราะห์องค์ความรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนการ

ผ่าตัดแบบไป-กลับ ทั้งด้านการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด พบว่าบทบาทในการประเมินผู้ป่วยโดยพยาบาลมีความพร้อม มีการจัดทำแนวทางการประเมินทางด้านร่างกาย การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจแล้ว รวมทั้งการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ซึ่งก็ได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าพยาบาลยังมีส่วนร่วมและบทบาทน้อยกว่าที่ควร ดังนั้น จึงควรพัฒนากิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัดแบบไป-กลับ โดยเฉพาะการเตรียมทางด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวล โดยการนำกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบต่างๆ มาปรับใช้ตามความเหมาะสมของหน่วยงาน เช่น การให้ความมั่นใจและกำลังใจผู้ป่วยในห้องรอผ่าตัด การให้ข้อมูลความรู้และคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัดล่วงหน้าเพื่อเพียงพอและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มวัย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากมีระยะเวลาพักในโรงพยาบาลสั้น อีกทั้งต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านหลังผ่าตัด สิ่งเหล่านี้เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่จะต้องพัฒนาแนวทางการดูแลให้สนองตอบความต้องการของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. White PF. Ambulatory anesthesia practices-an international perspective. *Seminars in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain* 1997;16(3):161-5.
2. History - Ambulatory Surgery Center Association (ASCA) [Internet]. [cited 2015 February 1]; Available from: <http://www.ascaconnect.org/ASCA/AboutUs/WhatisanASC/History/>
3. ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน, พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการผ่าตัดแบบไป-กลับ / ไม่นอนพักค้างในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด (Ambulatory surgery/Day surgery): กรณีศึกษาโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. 2546.
4. ธวัช ชาญชญานนท์, เนาวรัตน์ บุญยตา. Anesthesia for Ambulatory surgery [ออนไลน์]. [อ้างเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558]; จาก: <http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/education/Ambulatory.html>
5. Srisawasdi S, Punjasawadwong Y, Werawatganon T, et al. The Thai Anesthesia Incidents Study (THAI Study) of ambulatory anesthesia: part I: method, geographic distribution and population. *J Med Assoc Thai* 2007;90(8):1558-64.
6. Cooper HM. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Rev Edu Res* 1982;52(2):291-302
7. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2008 edition. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2008.
8. Stomberg MW, Segerdahl M, Rawal N, et al. Clinical practice and routines for day surgery in Sweden: implications for improvement in nursing interventions. *J Perianesth Nurs* 2008;23(5):311-20.
9. Gardner TF, Nnadozie MU, Davis BA, et al. Patient anxiety and patient satisfaction in hospital-based and free-standing ambulatory surgery centers. *J Nurs Care Qual* 2005;20(3):238-43.
10. Digner M. At your convenience: pre-operative assessment by telephone. *J Perioper Pract* 2007;17(7):294-8, 300-1.
11. Association of Perioperative Registered Nurses. AORN guidance statement: preoperative patient care in the ambulatory surgery setting. AORN J

- 2005;81(4):871-8.
12. Mitchell M. Guidance for the psychological care of day case surgery patients. *Nurs Stand* 2002;16(40):41-3; quiz 44.
13. Gilmartin J, Wright K. Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *J Clin Nurs* 2008;17(18):2418-25.
14. Gilmartin J. Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. *J Clin Nurs* 2004;13(2):243-50.
15. Mitchell M. Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *J Adv Nurs* 2012;68(5):1014-25.
16. Chung F, Yuan H, Yin L, et al. Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2009;108(2):467-75.
17. Klemetti S, Suominen T. Fasting in paediatric ambulatory surgery. *Int J Nurs Pract* 2008;14(1):47-56.
18. Grieve RJ. Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *Br J Nurs* 2002;11(10):670-8.
19. Mitchell M. A patient-centred approach to day surgery nursing. *Nurs Stand* 2010;24(44):40-6.
20. Gilmartin J, Wright K. The nurse's role in day surgery: a literature review. *Int Nurs Rev* 2007;54(2):183-90.
21. Greenslade MV, Elliott B, Mandville-Anstey SA. Same-day breast cancer surgery: a qualitative study of women's lived experiences. *Oncol Nurs Forum* 2010;37(2):E92-7.
22. Foy CR, Timmins F. Improving communication in day surgery settings. *Nurs Stand* 2004;19(7):37-42.
23. Li HCW, Lopez V, Lee TLI. Psychoeducational preparation of children for surgery: the importance of parental involvement. *Patient Educ Couns* 2007;65(1):34-41.
24. Li HCW, Lopez V, Lee TLI. Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Res Nurs Health* 2007;30(3):320-32.
25. Li HCW. Evaluating the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of using the children's emotional manifestation scale. *J Clin Nurs* 2007;16(10):1919-26.
26. Brewer S, Gleditsch SL, Syblik D, et al. Pediatric anxiety: child life intervention

- in day surgery. J Pediatr Nurs 2006;21(1):13–22.
27. Healy K. A descriptive survey of the information needs of parents of children admitted for same day surgery. J Pediatr Nurs 2013;28(2):179–85.
28. Ni CH, Tsai WH, Lee LM, et al. Minimising preoperative anxiety with music for day surgery patients - a randomised clinical trial. J Clin Nurs 2012;21(5-6):620–5.
29. Cooke M, Chaboyer W, Schluter P, et al. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. J Adv Nurs 2005;52(1):47–55.
30. Brand LR, Munroe DJ, Gavin J. The effect of hand massage on preoperative anxiety in ambulatory surgery patients. AORN J 2013;97(6):708–17.
31. Hiramatsu T, Sugiyama M, Kuwabara S, et al. Effectiveness of an outpatient preoperative care bundle in preventing postoperative pneumonia among esophageal cancer patients. Am J Infect Control 2014;42(4):385–8.
32. Mitchell M. Home recovery following day surgery: a patient perspective. J Clin Nurs 2015;24(3-4):415–27.
33. Mitchell M. Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. J Adv Nurs 2012;68(5):1014–25.

Pre-operative Nursing Care in Ambulatory Surgery : An Integrative Reviews

*Siritip Sanguanwongwan**

Abstract

Ambulatory surgery is the surgery that patients can go back home within 24 hours after surgical operation. It is a standard of surgery in Europe and America. Nowadays, several institutes and hospitals in Thailand establish ambulatory surgery. The aim of this integrative review was to synthesize the knowledge of nursing activities in patient care, patient evaluation and preparation prior to ambulatory surgery. This can help in the development of better nursing activities for the benefit of patient care. By integrated literature reviewing of 24 articles according to Cooper, pre-operative nursing activities were (1) to assess the patients physical status before surgery according to existing evaluation guideline, (2) to prepare patients both physically and mentally by providing information on surgery and anesthesia, knowledge of self-care before and after surgery to reduce anxiety in several different methods. However, in practice, it was found that nurses had involved and took lesser role than they should. Therefore, the role of nurses in patient care and activities in preoperative of ambulatory surgery should be developed with regard to patients' age, patients' needs and context of the units.

Keywords : ambulatory surgery, day surgery, pre-operative, pre-assessment preparation, nursing care, nursing intervention

*Anesthetist Nurse. Department of Nursing, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

