

สรรพสิทธิเวชสาร : 33 ปี บนเส้นทางวารสารวิชาการ

จิรวัดน์ มูลศาสตร์*

เนื่องในวาระที่ “สรรพสิทธิเวชสาร” ซึ่งเป็นวารสารวิชาการของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้ผ่านร้อนผ่านหนาวมาเป็นเวลา 33 ปี และกำลังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อก้าวไปสู่คุณภาพที่มากยิ่งขึ้น ทางกองบรรณาธิการจึงได้ย้อนรอยประวัติศาสตร์โดยการทบทวนอดีต ความเป็นมา การเปลี่ยนแปลง และประเด็นที่เป็นอุปสรรคปัญหา เพื่อเป็นบันทึกความทรงจำและบทเรียนรู้สำหรับอนาคต

จากบทความที่ นายแพทย์ธีรพล เจนวิทยา ได้บันทึกไว้ในสรรพสิทธิเวชสาร ปีที่ 25 ฉบับที่ 1(1) ซึ่งย้อนอดีตให้ทราบว่าสรรพสิทธิเวชสารเริ่มตีพิมพ์ฉบับปฐมฤกษ์ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2523 (ภาพที่ 1) โดยมี นายแพทย์พิสิฐ กิระนนท์ วัฒน เป็นบรรณาธิการคนแรก และมี นายแพทย์บัณฑิต เขาวงกุล เป็นกำลังสำคัญ วัตถุประสงค์สำคัญของวารสารก็เพื่อเป็นการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ เผยแพร่-ฟื้นฟู-ค้นคว้า-รวบรวมวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาล รวมทั้งเป็นสื่อกลางความคิดเห็นในปัญหาสาธารณสุข นอกจากนั้น ยังเพื่อเผยแพร่กิจกรรมและข่าวสารวิชาการของโรงพยาบาลอีกด้วย ซึ่งในฉบับปฐมฤกษ์นี้นายแพทย์ประกอบ ตูจินดา ปลัดกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น ยังได้กรุณาเขียนคำ

นิยมแก่วารสารอีกด้วย โดยระบุว่าการจัดทำหนังสือวิชาการ สรรพสิทธิเวชสาร นั้น เป็นการแสดงถึงความเจริญก้าวหน้าอีกขั้นหนึ่งของโรงพยาบาล เป็นที่น่าเสียดายที่วารสารฉบับประวัติศาสตร์นี้ไม่มีอยู่ในห้องสมุดของโรงพยาบาลแล้ว

ภาพที่ 1 หน้าปกสรรพสิทธิเวชสารฉบับปฐมฤกษ์



ในช่วงปลายปี พ.ศ.2525 นายแพทย์ธีรพล เจนวิทยา ได้เข้ามารับหน้าที่บรรณาธิการคน

* บรรณาธิการ. กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิ

ที่สองของวารสาร และท่านได้ทำการขึ้นทะเบียนสิ่งพิมพ์กับเจ้าพนักงานการพิมพ์จังหวัดอุบลราชธานี ในฐานะบรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา (ภาพที่ 2) โดยมีโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นเจ้าของ หลังจากนั้น สรรพสิทธิเวชสารก็ได้ดำเนินการต่อเนื่องมาโดยลำดับ และท่าน

ภาพที่ 2 ใบอนุญาตในการจัดทำสิ่งพิมพ์โดยมีนายแพทย์ธีรพล เจริญวิทยา เป็นผู้พิมพ์ผู้โฆษณาและบรรณาธิการ

แบบ พ. ๑๓

ใบอนุญาต

ฉบับที่ ๑ / ๒๕๔๖

เลขทะเบียนที่ - ๒๕๔๖

อนุญาตให้ นายธีรพล เจริญวิทยา อายุ ๓๑ ปี

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อาชีพ รับราชการแพทย์ประจำตัวคนพิการ

ถิ่นที่อยู่ บ้านเลขที่ ๑๑๑ ถนน เขมรพันธุ์

ตำบล บ้านนา อำเภอ บ้านนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร

เป็น ผู้พิมพ์, ผู้โฆษณา, และบรรณาธิการ หนังสือพิมพ์ สรรพสิทธิเวชสาร

มีวัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่บุคลากรทางการแพทย์

ประเภทหนังสือพิมพ์จะออก ภาย ในประเทศไทย

ระบอบของหนังสือพิมพ์ที่ออก วารสารวารสารวิชาการทางการแพทย์

ระยะเวลาออกหนังสือพิมพ์ ปีละ ๔ ฉบับ (ทุก ๓ เดือน)

ชื่อสำนักพิมพ์ของหนังสือพิมพ์ สำนักวารสารสรรพสิทธิเวชสาร ๒๕๔๖ พ.ศ. สรรพสิทธิเวชสาร

เลขที่ - ถนน ๑ สรรพสิทธิ ตำบล ในเมือง

อำเภอ เมือง จังหวัด อุบลราชธานี

ชื่อสำนักพิมพ์และผู้โฆษณา โรงพิมพ์สุวรรณภูมิ ตั้งอยู่ ณ ที่ ๑๐/๑๔

เลขที่ ๑๐/๑๔ ถนน เทพโย ตำบล ในเมือง

อำเภอ เมือง จังหวัด อุบลราชธานี

ชื่อโรงพิมพ์ที่พิมพ์ โรงพิมพ์สุวรรณภูมิ ตั้งอยู่ ณ ที่ ๑๐/๑๔

เลขที่ - ถนน เทพโย ตำบล ในเมือง

อำเภอ เมือง จังหวัด อุบลราชธานี

หนังสือพิมพ์ฉบับนี้ นายธีรพล เจริญวิทยา เป็นผู้พิมพ์

นายธีรพล เจริญวิทยา เป็นผู้โฆษณา

นายธีรพล เจริญวิทยา เป็นบรรณาธิการ

รพ.สรรพสิทธิประสงค์ เป็นเจ้าของ

ใบอนุญาตนี้ออกให้แล้ววันที่ ๒๐ เดือน พฤษภาคม พุทธศักราช ๒๕๔๖

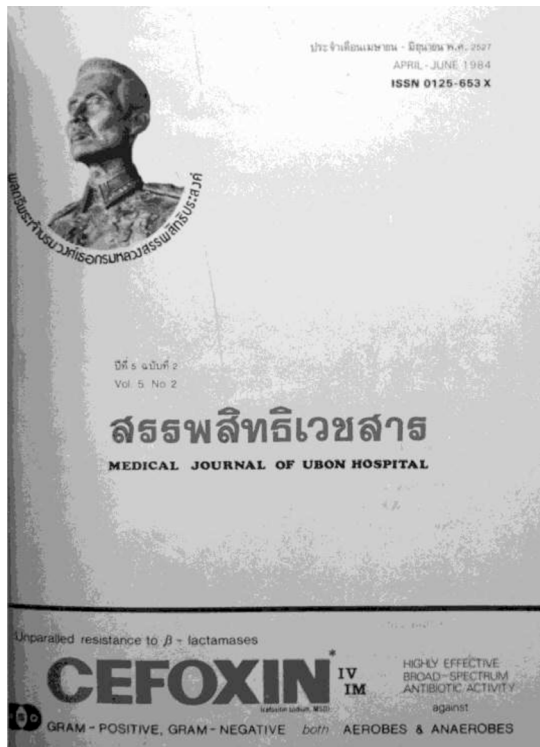
ลงนาม (นาย ธีรพล เจริญวิทยา)

เจ้าพนักงานการพิมพ์จังหวัดอุบลราชธานี

ก็ได้ทำหน้าที่บรรณาธิการวารสารต่อเนื่องมาจนกระทั่งปี พ.ศ.2546 ซึ่งท่านได้โดยย้ายไปรับตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี (ปัจจุบัน คือ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี) ทั้งนี้ก็ด้วยความสามารถส่วนตัวของท่านและทีมงานตลอดจนหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและเื้อื่อตอบบทบาทบรรณาธิการตามลำดับ ทั้งในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายวิชาการ ประธานกลุ่มระดับวิทยา และรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในที่สุด

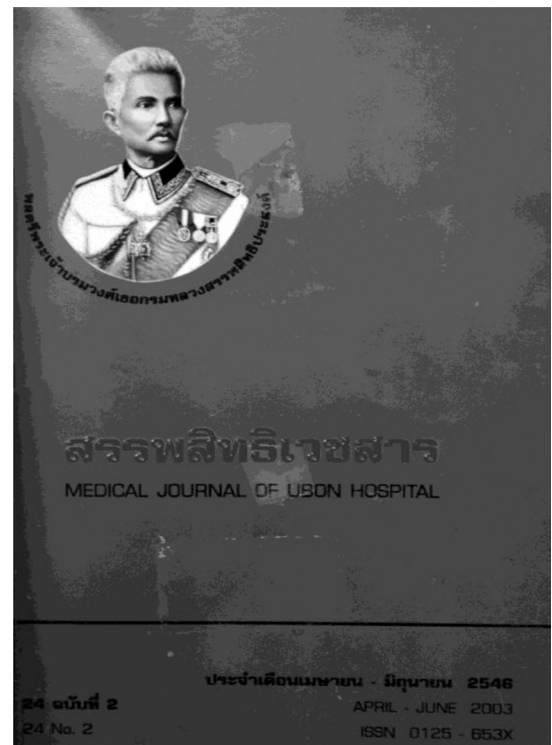
ผู้เขียนได้เข้ามารับหน้าที่บรรณาธิการวารสารในปีที่ 24 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2546(2) โดยเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์วิจัย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ยังรวมถึงกองบรรณาธิการและทีมงานอื่นๆ อีกด้วย แต่ก็ยังคงไว้ซึ่งวัตถุประสงค์ในการจัดทำวารสารเช่นเดิม นอกจากนั้นกองบรรณาธิการ ยังได้จัดทำคำแนะนำและแนวทางในการจัดทำต้นฉบับสำหรับผู้นิพนธ์ให้มีความทันสมัยอย่างชัดเจน รวมทั้งความพยายามในการจัดให้มีผู้อ่านทบทวน (peer review) สำหรับทุกบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของทั้งผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการเอง ความเปลี่ยนแปลงอีกประการหนึ่งก็คือ ปกหนังสือและรูปเล่ม ซึ่งได้จัดทำให้ดูสดใสและกระชับมากขึ้น แต่ก็ยังคงแนวทางเดิมเอาไว้ (ภาพที่ 3-4) โดยเฉพาะภาพ “พลตรีพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมหลวงสรรพสิทธิประสงค์” บนหน้าปกของวารสาร และพื้นปกที่ใช้สีทอง

ภาพที่ 3 ปกวารสารปีที่ 5 ฉบับที่ 2



ถึงแม้ว่าหลายท่านในกองบรรณาธิการจะมีพื้นฐานความรู้ทางด้านงานวิจัยและสถิติ แต่ก็ล้วนเป็นมือใหม่สำหรับการจัดทำวารสารวิชาการ และยังไม่คุ้นเคยนักกับการทบทวนบทความและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความ จึงนับได้ว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดทำวารสาร อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความตรงต่อเวลาในการจัดพิมพ์วารสารอีกด้วย อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาดังกล่าวสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดโครงการพัฒนาศักยภาพบรรณาธิการวารสารวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนทักษะการทบทวนและการพัฒนาบทความ

ภาพที่ 4 ปกวารสารปีที่ 24 ฉบับที่ 2



สำหรับกองบรรณาธิการวารสารวิชาการ อีกทั้งยังได้จัดทำต่อเนื่องมาอีกหลายปี จึงเป็นโอกาสอันดีสำหรับผู้เขียนและกองบรรณาธิการบางท่านได้พัฒนาทักษะเหล่านี้

ในการเขียนบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนั้น นอกจากความถูกต้องและครบถ้วนของเนื้อหาแล้ว อีกประเด็นหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงในการจัดเตรียมต้นฉบับ (manuscript) คือ ลักษณะเฉพาะตัวหรือข้อกำหนดต่างๆ ของวารสารฉบับนั้นๆ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในฐานะบรรณาธิการ ผู้เขียนพบว่าประเด็นปัญหาที่พบได้

บ่อในการนำเสนอบทความวิชาการที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ในสรรพสิทธิเวชสาร โดยไม่ใช่ปัญหาหลักจากกระบวนการวิจัยหรือผลการศึกษา คือ

1. การใช้ภาษาและการเรียบเรียง เช่น การใช้ภาษาพูดทั่วไปมาเขียน ซึ่งไม่ใช่ภาษาเขียนสำหรับบทความวิชาการ การเขียนภาษาอังกฤษปนรวมกันมากับภาษาไทย ทั้งๆ ที่สามารถใช้ภาษาไทยทั่วไปได้ การใช้คำซ้ำๆ ในบริเวณใกล้เคียงกัน การเขียนโดยไม่มีวรรคตอนหรือการเขียนไปเรื่อยๆ โดยไม่แบ่งย่อหน้า ซึ่งมักจะทำให้สับสนได้ง่าย รวมทั้งไม่สามารถแสดงประเด็นที่ต้องการสื่อสารได้อย่างชัดเจน

2. การนำเสนอเนื้อหา บ่อยครั้งที่เห็นการเขียนเนื้อหาบางส่วนซ้ำไปมา เช่น ข้อความในบทนำมาปรากฏซ้ำในบทวิจารณ์อีกครั้ง หรือการเขียนอ้างอิงในลักษณะเดิมทั้งในบทนำและบทวิจารณ์ การนำเสนอข้อมูลในตารางและเนื้อหาที่บรรยายเป็นข้อมูลเดียวกัน ซึ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและใช้เนื้อที่เกินความจำเป็น หรือการนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบตารางเป็นหลัก โดยไม่มีการบรรยายว่าต้องการนำเสนอเนื้อหาหรือประเด็นสำคัญอะไรจากตารางนั้น ซึ่งก็ทำให้ผู้อ่านเข้าใจได้ยากและไม่ทราบว่าการนำเสนอประเด็นอะไรที่สำคัญ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลจำนวนมากที่ไม่ได้เป็นประโยชน์สำหรับการวิเคราะห์หรือการวิจารณ์

สำหรับวิธีการศึกษาก็เป็นส่วนสำคัญที่จะแสดงถึงความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของการ

ศึกษาวิจัย จึงต้องนำเสนอข้อมูลสำคัญที่จะแสดงสิ่งเหล่านี้ออกมาให้ชัดเจน รวมทั้งแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ในกรณีที่เป็นแบบสอบถามควรระบุตัวว่ามีที่มาอย่างไรและมีวิธีการจัดการข้อมูลที่ได้ อย่างไรก็ตามที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์ต่อไป ซึ่งรวมถึงวิธีการปฏิบัติที่เป็นส่วนสำคัญหรืออาจส่งผลต่อการศึกษาด้วย

ในส่วนของบทวิจารณ์และสรุปเองก็อาจพบลักษณะการนำเสนอที่ไม่อยู่บนพื้นฐานข้อมูลจากการศึกษา ไม่ตอบวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การให้ข้อสรุปเกินกว่าที่วิธีการศึกษาจะให้คำตอบและ/หรือเกินความสามารถสถิติที่ใช้ นอกจากนั้นในบางครั้งยังพบข้อเสนอแนะที่ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานหรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับผลการศึกษาที่เกิดขึ้น หรือเป็นประเด็นทั่วไป ซึ่งก็ทำให้คุณค่าของบทความดังกล่าวด้อยกว่าที่ควร และไม่สามารถแสดงถึงองค์ความรู้ที่เป็นผลโดยตรงจากการศึกษาได้

อีกรูปแบบหนึ่งที่พบได้ค่อนข้างบ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในบทความของนักศึกษาที่ต้องการเผยแพร่วิทยานิพนธ์ของตนเองในวารสารวิชาการ มักจะเป็นในลักษณะการย่อวิทยานิพนธ์ของตนเองลงมาหรือใช้รูปแบบเดียวกันกับการเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับเต็ม โดยไม่ใช่รูปแบบการนำเสนอบทความวิชาการเพื่อการตีพิมพ์ในวารสารซึ่งจะมีความแตกต่างกันอยู่พอสมควร

3. การเขียนอ้างอิง โดยทั่วไปแล้วการเขียนอ้างอิงในบทความทางวิชาการมี 2 รูปแบบหลัก คือ การใช้ตัวเลข (number style) หลัง

ข้อความหรือชื่อบุคคลเพื่อระบุถึงเอกสารที่ใช้ อ้างอิง และการเขียนแบบนาม-ปี (name-year style) ซึ่งระบุชื่อผู้แต่งและปีที่พิมพ์ไว้หลังข้อความ หรือระบุปีที่พิมพ์ไว้หลังชื่อเพื่อบอกแหล่งที่มา นอกจากนั้นยังแบ่งแนวทางการเขียนที่เป็นนิยม ทั่วไปเป็น 2 แนวทาง คือ การเขียนแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) และการเขียนตามแนวทาง ของ APA (American Psychological Association style) ทั้งสองแนวทางนี้ต่างก็มีรูปแบบการใช้ตัวเลขและนาม-ปีเช่นกัน ส่วนที่แตกต่างกัน ชัดเจนจะอยู่ที่วิธีการเขียนระบุเอกสารอ้างอิงใน ส่วนท้ายเรื่อง สำหรับการจะเลือกใช้การเขียน อ้างอิงในรูปแบบและแนวทางใดนั้นเป็นข้อกำหนด เฉพาะของวารสารนั้นๆ ดังนั้น ผู้เขียนจำเป็นต้องหาข้อมูลและปรับวิธีการเขียนให้ถูกต้องตาม ข้อกำหนด ซึ่งจะช่วยประหยัดเวลาทั้งในการตรวจ ทานและการจัดทำต้นฉบับพิมพ์

สำหรับการทำงานของผู้เขียนในฐานะ บรรณาธิการและกองบรรณาธิการตลอดเวลา ที่ผ่านมาก็มีหลากหลายอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการปิดต้นฉบับเพื่อให้ทันกาล การเขียนขอ แนะนำในการปรับปรุง/พัฒนาบทความให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งการที่พบว่าสมาชิกกองบรรณาธิการที่เป็น กำลังในการสร้างสรรค์วารสารได้ลดจำนวนลงไป เรื่อยๆ เนื่องจากการกิจงานและภารกิจส่วนตัว ประจวบกับการที่ผู้เขียนได้ศึกษาต่อในระดับหลัง ปริญญาและได้รับทุนระยะสั้นในการไปต่าง ประเทศ ทำให้เกิดปัญหาความสม่ำเสมอของ

วารสาร จนทำให้ต้องลดการตีพิมพ์เป็น 3 ฉบับต่อ ปี และมีวารสารฉบับรวมเล่มในเวลาต่อมาเพื่อแก้ ปัญหาเฉพาะหน้า และนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงทั้ง ด้านทีมงานและแนวทางการดำเนินงาน โดยถือ โอกาสที่สรรพสิทธิเวชสารได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 33 นี้เป็นจุดเริ่มต้น ซึ่งรวมถึงการพยายามก้าวไป สู่มาตรฐานที่สูงขึ้นและเหมาะสมกับยุคสมัยอีก ด้วย

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้เริ่มต้นตั้งแต่ ฉบับนี้เป็นต้นไปและจะเห็นได้ชัดเจนมากขึ้นใน วารสารฉบับถัดไป โดยมีการปรับปรุงแนวทางการ ดำเนินงานให้มีกระบวนการที่ชัดเจน ติดตามและ ตรวจสอบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการ อ่านทบทวนบทความ (peer review) เพื่อให้ บทความที่ลงตีพิมพ์มีความชัดเจน ถูกต้อง และ เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาวิชาการและรูปแบบ การนำเสนอ ในส่วนของกองบรรณาธิการเองก็ได้ มีบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ทั้งจาก ภายในและภายนอกองค์กรเข้ามามีส่วนร่วม (ราย ชื่อกองบรรณาธิการในปรองของวารสาร) ซึ่งมีความหลากหลายทั้งในพื้นภูมิด้านวิชาการและ ประสบการณ์ด้านงานวิจัย แนวทางดังกล่าวนี้ตั้ง อยู่บนพื้นฐานของการร่วมกันพัฒนาและขัดเกลา บทความระหว่างกองบรรณาธิการเองและผู้เขียน เพื่อประโยชน์ต่อผู้สนับสนุนต้นฉบับและผู้อ่านทุก ท่าน นอกจากนั้นยังได้ปรับเปลี่ยนชื่อวารสาร ภาษาอังกฤษเป็น Sanpasitthiprasong Medical Journal และใช้ชื่อย่อเป็น Sanp Med J ให้มีความ

สรรพสิทธิเวชสาร : 33 ปี บนเส้นทางวารสารวิชาการ
จิรวัดน์ มูลศาสตร์

สอดคล้องกับชื่อวารสารในภาษาไทยมากขึ้น

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า สรรพสิทธิเวชสาร
โฉมหน้าใหม่ ภายใต้การดำเนินงานของกอง
บรรณาธิการชุดใหม่ จะได้รับการต้อนรับจาก
แวดวงสาธารณสุข เป็นที่เชื่อถือในวงวิชาการทั้งใน
ระดับพื้นที่และระดับประเทศ เป็นพื้นที่บ่มเพาะ
นักวิชาการในพื้นที่ในการพัฒนาศักยภาพทาง
วิชาการ และสามารถนำเสนอบทความวิชาการที่
ส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านการแพทย์

พยาบาล และการสาธารณสุข เพื่อสุขภาพและ
คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. อีรพล เจนวิทยา. สรรพสิทธิเวชสารกับ
บรรณาธิการร่วมก่อตั้ง. สรรพสิทธิเวชสาร
2547; 25(1): 11-13.
2. บรรณาธิการแถลง. สรรพสิทธิเวชสาร 2546;
24(2): 41-42.

ทัศนคติและความเชื่อต่อวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในหญิงตั้งครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

ปรีดา วรหาร* เกษียงไกร ประเสริฐ* พระ อาริรัตน์* จรุง ศรีเมือง**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติและความเชื่อต่อวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนมเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดในอำเภอเรณูนคร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า มีบุคลากร 242 คน (ร้อยละ 89.6) ที่ตอบแบบสอบถามกลับโดยบุคลากร 1 ใน 3 มีความคิดเห็นว่าวัคซีนไม่ปลอดภัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ร้อยละ 40 เห็นว่าวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ทำให้ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ประมาณร้อยละ 60 คิดว่าวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคในหญิงตั้งครรภ์เกือบทั้งหมดคิดว่าควรให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ และประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่าคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ขาดความชัดเจนและสับสน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีเจ้าหน้าที่อยู่มากที่ไม่เชื่อว่าวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่มีความปลอดภัยและมีความสำคัญในการป้องกันโรคในหญิงตั้งครรภ์การขาดซึ่งข้อมูลหรือความรู้ที่ถูกต้องของเจ้าหน้าที่มีผลต่อการให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่นั้นการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขที่ชัดเจนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

คำสำคัญ ทัศนคติและความเชื่อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่หญิงตั้งครรภ์

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

**สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน)

ทัศนคติและความเชื่อต่อวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

ปรีดา วรหาร เกรียงไกร ประเสริฐ พิระ อารีรัตน์ จรุง ศรีเมือง

บทนำ

การป่วยด้วยไขหวัดใหญ่เป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไป แต่ละปีมีประชากรร้อยละ 5-20 ติดเชื้อไขหวัดใหญ่ และพบในหญิงตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 11⁽¹⁻³⁾ การระบาดของไขหวัดใหญ่ในทศวรรษที่ 20 ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอัตราป่วยและเสียชีวิตด้วยไขหวัดใหญ่สูงกว่าประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วงการระบาดระหว่างปี ค.ศ.1918-1975 หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตด้วยไขหวัดใหญ่ 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์^(4,5) การป่วยด้วยไขหวัดใหญ่ระหว่างตั้งครรภ์อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะอันตรายของทารกในครรภ์ภาวะfetal distress การคลอดก่อนกำหนด และการผ่าท้องคลอด⁽⁶⁾ ในช่วงการระบาดของไขหวัดใหญ่ 2009 พบหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยไขหวัดใหญ่มีอาการรุนแรง และเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ถึง 4 เท่า รวมทั้งมีการป่วยตายที่สูงกว่า⁽⁷⁻¹⁰⁾

วัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่เป็นมาตรการที่สำคัญที่ช่วยป้องกันโรคสำหรับหญิงตั้งครรภ์^(11,12) การให้วัคซีนเชื้อตายในหญิงตั้งครรภ์มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 ซึ่งมีรายงานการศึกษาถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการป้องกันโรคทั้งในหญิงตั้งครรภ์และทารกองค์การอนามัยโลกแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ฉีดวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลรวมทั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์มีการระบาด⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจของสถาบันวัคซีนแห่งชาติพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย

ได้รับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ไม่ถึงร้อยละ 10 (กำลังตีพิมพ์) แม้ว่าจะมีข้อมูลว่าอัตราการให้วัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่จะเพิ่มขึ้น แต่อัตราการให้วัคซีนก็ยังอยู่ในระดับต่ำ

การให้วัคซีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แม้ว่าจะขึ้นกับลักษณะทางด้านประชากร ความเชื่อและทัศนคติ การรับรู้ความเสี่ยงและการสนับสนุนแล้ว ปัจจัยที่สำคัญอีกประการที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่หรือไม่อาจจะขึ้นอยู่กับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ มีรายงานการศึกษาว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการคลินิกรับฝากครรภ์กลุ่มที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่มีแนวโน้มที่จะให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้รับวัคซีนรวมทั้งมีหลักฐานที่แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์จะรับวัคซีนไขหวัดใหญ่หากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับคำแนะนำ⁽¹⁸⁾ สำหรับอำเภอเรณูนคร ระหว่างปี 2553 มีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 385 ราย แต่ได้รับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่เพียง 1 คน สถานการณ์ดังกล่าวได้สะท้อนภาพที่ชัดเจนถึงการรับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติและความเชื่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนมต่อวัคซีนไขหวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์และพัฒนาโครงการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคไขหวัดใหญ่ของอำเภอเรณูนครให้มี

ความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นต่อไป อีกทั้งยังอาจเป็นประโยชน์ต่อภาพรวมของระบบสาธารณสุขไทยด้วย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจเชิงตัดขวาง (cross sectional survey study) ในพื้นที่อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ซึ่งอยู่ห่างจากตัวจังหวัด 51 กิโลเมตร ในปี พ.ศ.2555 มีประชากรจากทะเบียนราษฎร์ จำนวน 45,938 คน เป็นเพศชาย 23,019 คน (ร้อยละ 50.1) เพศหญิง 22,919 คน (ร้อยละ 40.9) มีสถานบริการสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 1 แห่ง และมีบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในพื้นที่ทั้งหมด 270 คน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) แพทย์ (4 คน) ทันตแพทย์ (4 คน) เภสัชกร (4 คน) และพยาบาลวิชาชีพ (61 คน) รวม 73 คน 2) นักวิชาการสาธารณสุข (25 คน) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน (38 คน) รวม 63 คน 3) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่อื่นจำนวน 134 คน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มเจ้าหน้าที่ตามข้างต้นเพื่อเปรียบเทียบทัศนคติและความเชื่อของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์โดยตรง และคาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์⁽¹⁸⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบ

สอบถามที่ดัดแปลงมาจากการสำรวจความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของแพทย์ต่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ของสถาบันวัคซิ่น กระทรวงสาธารณสุข (กำลังตีพิมพ์) ในแบบสอบถามประกอบไปด้วยข้อมูลด้านประชากร ข้อมูลทัศนคติและความเชื่อต่อโรคไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และการให้บริการวัคซีน สำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในคลินิกรับฝากครรภ์ (ANC) จะมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับเหตุผลหรือปัจจัยที่เคยให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่เพิ่มเติม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความคิดเห็นที่แตกต่างของเจ้าหน้าที่ทั้งสามกลุ่ม โดยใช้การทดสอบไคแอสควร์ (Chi square test) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจึงไม่ได้เสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแต่อย่างใดอย่างไรก็ตามคณะวิจัยก็ได้ดำเนินการตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยในคนเป็นอย่างดี

ผลการศึกษา

มีบุคลากรสาธารณสุขตอบกลับแบบสอบถาม ทั้งหมด 242 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 89.6 เมื่อแยกตามกลุ่มพบว่า กลุ่ม 1 ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล มีอัตราตอบกลับร้อยละ 82.2 กลุ่ม 2 ได้แก่ นักวิชาการ

ทัศนคติและความเชื่อต่อวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

ปรีดา วรหาร เกรียงไกร ประเสริฐ พิระ อารีรัตน์ จรุง ศรีเมือง

สาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน มีอัตรา ร้อยละ 76.2 กลุ่ม 3 ได้แก่ เจ้าหน้าที่อื่นและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย มีอัตราร้อยละ 100 เจ้าหน้าที่ทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง กลุ่มที่หนึ่งและสองมีอายุ ส่วนใหญ่ระหว่าง 41-50 ปี ขณะที่กลุ่มที่สามมีอายุ ส่วนใหญ่ระหว่าง 31-40 ปี การศึกษาโดยส่วน ใหญ่จบระดับปริญญาตรี ยกเว้นกลุ่มที่สามที่ส่วน ใหญ่จบต่ำกว่าปริญญาตรี และมีเจ้าหน้าที่เพียง 19 คนเท่านั้นที่ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ จำแนกเป็นบุคลากรกลุ่มที่หนึ่ง 9 คน กลุ่มที่สอง 7 คนและกลุ่มที่สาม 3 คน

บุคลากรกลุ่มที่หนึ่ง ร้อยละ 31.7(19/60) และกลุ่มที่สองร้อยละ31.3(15/48)บอกว่าเคยเห็น หญิงตั้งครรภ์ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ ในขณะที่กลุ่มที่ สามเคยเห็นเพียงร้อยละ 14 ในกลุ่มผู้ที่เคยเห็น หญิงตั้งครรภ์ป่วยด้วยไข้หวัดใหญ่นี้ เจ้าหน้าที่ 53 คนมีความเห็นว่าอาการของหญิงตั้งครรภ์รุนแรง กว่าคนทั่วไป ซึ่งจำแนกตามกลุ่มบุคลากรได้ดังนี้ กลุ่มที่หนึ่งร้อยละ 73(14/19) กลุ่มที่สอง ร้อยละ 60(9/15) กลุ่มที่สาม ร้อยละ 63(12/19)รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1

ทัศนคติและความเชื่อต่อโรคไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ตาราง 2) พบว่า ใน ประเด็นเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ บุคลากรกลุ่มที่ หนึ่ง ร้อยละ 60 มีความเห็นว่าโรคไข้หวัดใหญ่เป็น โรคที่ไม่รุนแรง ในขณะที่บุคลากรกลุ่มที่ 2 และ 3 เห็นตรงกันข้าม กล่าวคือ บุคลากรในกลุ่มที่สอง เพียง ร้อยละ 8.3 และบุคลากรกลุ่มที่สามร้อยละ

9.7 ที่เห็นว่าไข้หวัดใหญ่ว่าเป็นโรคที่ไม่รุนแรงแสดง ให้เห็นว่าบุคลากรกลุ่มที่สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล คิดว่าไข้หวัดใหญ่เป็นโรคที่ ไม่รุนแรง อย่างไรก็ตามความคิดเห็นต่อความ รุนแรงของโรคกลับมากขึ้นเมื่อเป็นการป่วยของ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งทุกกลุ่มเห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80

ประเด็นของวัคซีนความคิดเห็นของทั้ง สามกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรกลุ่มที่หนึ่งร้อยละ 41.7 และบุคลากรกลุ่ม ที่สอง ร้อยละ 43.8 เห็นว่าการฉีดวัคซีนทำให้ป่วย เป็นไข้หวัดได้ ในขณะที่ในกลุ่มที่สามพบเพียงร้อย ละ 23.9 เมื่อพิจารณาประเด็นที่สำคัญ คือ ความ ปลอดภัยของวัคซีน ทั้งสามกลุ่มมีความเห็นว่า วัคซีนปลอดภัยทั้งในมารดาและทารกไม่แตกต่าง กันนักที่ประมาณร้อยละ 50 ถึง 70 รวมทั้งเชื่อว่า วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่มีประสิทธิภาพในการ ป้องกันโรค อย่างไรก็ตามพบว่าบุคลากรในกลุ่มที่ เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยโดยตรง (กลุ่มที่หนึ่ง) ประมาณร้อยละ 30 เห็นว่าวัคซีนไม่มีความ ปลอดภัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์และทารก

ผลภายหลังจากการได้รับวัคซีนป้องกันไข้ หวัดใหญ่ พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของบุคลากรทุก กลุ่มเห็นด้วยว่าการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ช่วยลดอัตราตายทั้งในมารดาและทารก และการ รับวัคซีนของมารดาระหว่างตั้งครรภ์สามารถ ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในทารกแรกเกิดได้ถึงหก เดือน

บุคลากรเกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่กระทรวงสาธารณสุขควรแนะนำหรือกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่และเห็นด้วยว่าควรให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่แก่หญิงตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามบุคลากรประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่าคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ขาดความชัดเจนและสับสน ส่วนระยะเวลาที่เหมาะสมในการรับวัคซีนบุคลากรมีความเห็นใกล้เคียงกันในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการให้คำแนะนำการให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้มีบุคลากร 15 คนที่ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ซึ่งปัจจัยที่เอื้อต่อการให้คำแนะนำต่อหญิงตั้งครรภ์ของบุคลากรกลุ่มนี้พบว่า บุคลากร 13 จาก 19 คน (ร้อยละ 70) เชื่อว่าวัคซีนไข้หวัดใหญ่สามารถป้องกันการป่วยในหญิงตั้งครรภ์ได้ หากมีการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่และป้องกันการป่วยที่มีอาการรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ได้และกระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่แก่หญิงตั้งครรภ์ขณะที่ 11 จาก 16 คน (ร้อยละ 60) เห็นว่าผู้บริหารแผนกหรือสถานบริการแนะนำให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่แก่หญิงตั้งครรภ์ และการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์สามารถป้องกันไข้หวัดใหญ่ในทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือนได้ บุคลากร 9 จาก 15 คน (ร้อยละ 50) คิดว่าหญิงตั้งครรภ์สนใจหรือต้องการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สมาคมแพทย์แนะนำให้วัคซีนป้องกัน

ไข้หวัดใหญ่แก่หญิงตั้งครรภ์และที่น้อยที่สุดคือการมีแพทย์เพื่อนร่วมงานแนะนำให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่แก่หญิงตั้งครรภ์ (4/19 คน, ร้อยละ 20)

วิจารณ์

ในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอเรณูนครเกือบทั้งหมด (มากกว่าร้อยละ 80) คิดว่าควรให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ถึงแม้ว่าประมาณครึ่งหนึ่งสามคิดว่าวัคซีนไม่ปลอดภัย และประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่าคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ขาดความชัดเจนและสับสน

แม้ว่าจะมีผลการศึกษาวิจัยที่บ่งชี้ให้เห็นถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์แต่สถานการณ์ในปัจจุบันกลับพบว่าอัตราความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ยังอยู่ในระดับต่ำการศึกษาในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ในประเด็นของความรู้และทัศนคติในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการยังมีอยู่น้อย เมื่อเทียบกับการศึกษาต่างประเทศพอที่จะสรุปได้ดังนี้ Broughton และคณะ⁽¹⁸⁾ ทำการสำรวจทัศนคติและความเชื่อต่อวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับหญิงตั้งครรภ์พบว่า

ทัศนคติและความเชื่อต่อวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

ปรีดา วรหาร เกรียงไกร ประเสริฐ พิระ อารีรัตน์ จรุง ศรีเมือง

จากเจ้าหน้าที่ 267 คน มีเจ้าหน้าที่ 1 ใน 3 ที่เชื่อว่าวัคซีนไม่มีความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ แต่ Broughton และคณะ ก็ยังพบว่า มีเจ้าหน้าที่ร้อยละ 36 ที่เชื่อว่าวัคซีนมีความปลอดภัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 56 เชื่อว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยไขหวัดใหญ่ที่รุนแรงกว่าและร้อยละ 78 ที่บอกว่าควรให้วัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์ พวกเขาได้สรุปข้อค้นพบจากการศึกษาว่า เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับบริการการฝากครรภ์ขาดความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยและประสิทธิผลของวัคซีนในระหว่างตั้งครรภ์ การรับรู้หรือได้รับข้อมูลที่ผิดๆ มีผลต่อการคำแนะนำวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ เมื่อเทียบกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่ซึ่งดูจะมีแนวโน้มที่ดีกว่า โดยเจ้าหน้าที่เชื่อว่าวัคซีนมีความปลอดภัยร้อยละ 65(158/242) และหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยไขหวัดใหญ่ที่รุนแรงกว่าร้อยละ 84(205/242) ขณะที่เจ้าหน้าที่มากกว่าร้อยละ 85 คิดว่าควรให้วัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์

นอกจากนั้น Broughton และคณะยังพบอีกว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อวัคซีนจะให้คำแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์รับวัคซีนมากกว่า รวมทั้งได้รายงานว่าการหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์จะรับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับคำแนะนำแม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะมีทัศนคติไม่ดีต่อวัคซีนอย่างไรก็ตามความแตกต่างปัจจัยด้านประชากรและวัฒนธรรมก็ส่งผล

ต่อทัศนคติของเจ้าหน้าที่ด้วย ส่วนการศึกษาในครั้งนี้ใช้การแบ่งกลุ่มตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรซึ่งในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันในด้านการศึกษา วิชาชีพ และปัจจัยอื่นๆ แต่ก็พบได้ว่าทัศนคติและความเชื่อของเจ้าหน้าที่ต่อวัคซีนไม่ได้แตกต่างกันนัก ผลจากการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่บางส่วนมีความรู้ความเข้าใจต่อไขหวัดใหญ่และวัคซีนป้องกันโรคในหญิงตั้งครรภ์ไม่ถูกต้องทั้งหมด ซึ่งอาจผลต่อทัศนคติที่จะให้คำแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มารับวัคซีนด้วย

เมื่อกล่าวถึงประเด็นอุปสรรคในการให้คำแนะนำ Shavell และคณะ⁽¹⁾ พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่าเหตุผลของการไม่ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์รับวัคซีน คือ เรื่องความปลอดภัยของวัคซีน คิดว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ต้องการวัคซีน สติแพทย์คิดว่าการให้คำแนะนำควรเป็นหน้าที่ของแพทย์ทั่วไปเนื่องจากตนเองต้องทำหน้าที่อย่างอื่น และควรให้เจ้าหน้าที่อื่นๆ เข้ามามีบทบาทเรื่องการให้คำแนะนำวัคซีนด้วย การที่จะทำให้การใช้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น คือ การอบรมแพทย์และเจ้าหน้าที่ การใช้สื่อ หรือแม้กระทั่งการทำให้การให้วัคซีนเป็นเกณฑ์มาตรฐาน (standing order) ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการทบทวนทุกครั้งที่ยังหญิงตั้งครรภ์มารับบริการว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนหรือยัง รวมทั้งมีการประเมินความครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งควรใช้ข้อมูลดังกล่าวแจ้งต่อระบบบริหารจัดการเพื่อเพิ่มความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต่อไป ส่วนการศึกษานี้ แม้ว่าบุคลากร

บางส่วนคิดว่าวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ไม่มีความปลอดภัยแต่ก็ยังเห็นว่าควรจะให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ ขณะที่บุคลากรประมาณครึ่งหนึ่งระบุว่าคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ขาดความชัดเจนและสับสนในส่วนของบุคลากรที่ให้บริการหญิงตั้งครรภ์โดยตรงคิดว่าปัจจัยหลักที่ทำให้พวกเขามั่นใจในการให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ คือ ความปลอดภัยของวัคซีนและประสิทธิภาพของวัคซีน รวมทั้งข้อมูลที่ชัดเจนจากกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นดังกล่าวเป็นเรื่องที่ระดับนโยบายควรมีการศึกษาในเชิงลึกต่อไป เนื่องจากเป็นประเด็นที่สำคัญที่จะทำให้ความครอบคลุมของวัคซีนสูงขึ้น

นอกจากนั้นควรมีการศึกษาต่อไปในรายละเอียดในประเด็นอื่น เช่น ในกลุ่มของเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการ ลักษณะบริการที่ทำในคลินิกรับฝากครรภ์ แหล่งความรู้ที่แตกต่างกันที่เกี่ยวข้องกับไข้หวัดใหญ่และวัคซีน เพราะสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อทัศนคติที่นำไปสู่การให้คำแนะนำวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์

สรุป

บุคลากรสาธารณสุขที่ศึกษาเกือบทั้งหมดมีความเห็นว่าควรให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ แต่อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 60 เห็นว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคนี้หนึ่งในสามยังเห็นว่าวัคซีนไม่ปลอดภัยทั้งสำหรับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ร้อยละ 40 เห็นว่าวัคซีนอาจป้องกันไข้หวัดใหญ่ทำให้ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ได้ แสดงถึงการขาดข้อมูลหรือความรู้ที่ถูกต้องของบุคลากร ซึ่งอาจส่งผลถึงการให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ดังนั้นการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขที่ชัดเจนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.ปราบดา ประภาศิริ นักระบาดวิทยาชำนาญพิเศษ คุณดร.ณิธิฐ์สูงเนิน โครงการไข้หวัดใหญ่ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ที่ให้คำแนะนำในการศึกษารั้งนี้

ทัศนคติและความเชื่อต่อวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม
ปรีดา วรหาร เกรียงไกร ประเสริฐ พิระ อารีรัตน์ จรุง ศรีเมือง

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของเจ้าหน้าที่กลุ่มต่างๆ

	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	รวม
	N (%)	N (%)	N (%)	
1. เพศ	60	48	134	242
ชาย	4(6.7)	20(41.7)	48(35.8)	72 (29.8)
หญิง	56(93.3)	28(58.3)	86(48.2)	170 (70.2)
2. อายุ				
20 – 30 ปี	16(26.7)	9(18.8)	45(33.6)	70 (28.9)
31 – 40 ปี	18(30.0)	11(22.9)	41(30.6)	70 (28.9)
41 – 50 ปี	22(36.7)	18(37.5)	37(27.6)	77 (31.8)
51 – 60 ปี	4(6.7)	10(20.8)	11(8.2)	25 (10.3)
3. ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0(0.0)	4(8.3)	86(64.2)	90 (37.2)
ปริญญาตรี	55(91.7)	40(83.4)	48(35.8)	143 (59.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	5(8.3)	4(8.3)	0(0.0)	9 (3.7)
4. ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์				
ใช่	9(15.0)	7(14.6)	3(2.2)	19 (7.9)
ไม่ใช่	51(85.0)	41(85.4)	131(58.7)	223 (92.1)
5. เคยเห็นหญิงตั้งครรภ์เป็นไข้หวัดใหญ่				
เคย	19(31.7)	15(31.3)	19(14.2)	53 (22.3)
ไม่เคย	41(68.3)	33(68.7)	114(85.8)	188 (77.7)
6. อาการของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นไข้หวัดใหญ่				
รุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไป	(n=19)	(n=15)	(n=19)	
ใช่	14 (73)	9 (60)	12 (63)	
ไม่ใช่	5 (27)	4 (54)	7(37)	

ตารางที่ 2 ความเชื่อและทัศนคติต่อวัคซีนไขหวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ของเจ้าหน้าที่กลุ่มต่างๆ

	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	p-
	N (%)	N (%)	N (%)	value
1. ไขหวัดใหญ่เป็นโรคที่มีอาการเพียงเล็กน้อย	36(60.0)	4(8.3)	13(9.7)	0.285
2. คนไทยป่วยด้วยโรคไขหวัดใหญ่มีจำนวนไม่มาก	14(23.3)	9(18.8)	34(25.4)	0.649
3. หญิงตั้งครรภ์ป่วยด้วยโรคไขหวัดใหญ่มีจำนวนไม่มาก	24(40.0)	21(43.8)	54(40.1)	0.904
4. ไขหวัดใหญ่เป็นโรคที่มีความสำคัญน้อยในประเทศไทยเมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ	17(28.3)	11(22.9)	33(24.6)	0.791
5. หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไขหวัดใหญ่ที่มีอาการรุนแรง สูงกว่าคนทั่วไป	52(86.7)	44(91.7)	109(81.3)	0.208
6. วัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่สามารถทำให้ป่วยเป็นไขหวัดใหญ่ได้	25(41.7)	21(43.8)	32(23.9)	0.008
7. วัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่มีความปลอดภัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์	41(68.3)	27(56.3)	90(67.2)	0.336
8. วัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ปลอดภัยสำหรับทารกในครรภ์	42(70.0)	24(50.0)	79(59.0)	0.102
9. การรับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ในขณะตั้งครรภ์เป็นวิธีการป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ที่มีประสิทธิผล	38(63.3)	27(56.2)	90(67.2)	0.397
10. การรับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ในขณะตั้งครรภ์เป็นวิธีการที่มี ประสิทธิผลในการลดอัตราตายของหญิงตั้งครรภ์	31(51.7)	22(45.8)	78(58.2)	0.305
11. การรับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ในขณะตั้งครรภ์ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลในการลดอัตราตายของทารกในครรภ์	31(51.7)	25(52.1)	73(54.5)	0.920

ทัศนคติและความเชื่อต่อวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม
ปรีดา วรหาร เกรียงไกร ประเสริฐ พิระ อารีรัตน์ จรุง ศรีเมือง

ตารางที่ 2 (ต่อ) ความเชื่อและทัศนคติต่อวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ของเจ้าหน้าที่กลุ่มต่างๆ

	กลุ่ม 1 n(%)	กลุ่ม 2 n(%)	กลุ่ม 3 n(%)	p- value
12.การรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของมารดาขณะตั้งครรภ์สามารถป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของทารกแรกเกิดถึงหกเดือนแรกได้	34(56.7)	24(50.0)	71(53.0)	0.783
13.วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ไม่มีประโยชน์ใดๆ ต่อหญิงตั้งครรภ์	2(3.3)	1(2.1)	12(9.0)	0.136
14.การรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของมารดาขณะตั้งครรภ์ไม่มีประโยชน์ต่อทารกแรกเกิดถึงหกเดือนแรก	5(8.3)	3(6.3)	20(14.9)	0.181
15.กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	54(90.0)	42(87.5)	116(86.7)	0.798
16.กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	53(88.3)	40(91.7)	117(87.3)	0.720
17.ระยะเวลาที่เหมาะสมในการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์ คือ ไตรมาสที่ 1	20(33.3)	17(39.5)	59(44.0)	0.296
18.ระยะเวลาที่เหมาะสมในการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์ คือ ไตรมาสที่ 2	29(48.3)	26(54.2)	49(36.5)	0.067
19.ระยะเวลาที่เหมาะสมในการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์ คือ ไตรมาสที่ 3	17(28.3)	19(44.2)	34(25.4)	0.175
20.ควรให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่แก่หญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย	50(83.3)	38(79.2)	112(83.6)	0.776
21.คำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ขาดความชัดเจน สับสน	33(55.0)	20(41.2)	62(46.3)	0.352

เอกสารอ้างอิง

1. Shavell VI, Moniz MH, Gonik B, et al. Influenza immunization in pregnancy: overcoming patient and health care provider barriers. *Am J ObstetGynecol* 2012; 207: S67-S74.
2. Fiore AE, Shay DK, BroderK, et al. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2009. *MMWR Recomm Rep*. 2009;58: 1-52.
3. Irving WL, James DK, Stephenson T, et al. Influenza virus infection in the second and third trimesters of pregnancy: a clinical and seroepidemiological study. *BJOG* 2000;107: 1282-1289.
4. Harris JW. Influenza occurring in pregnant women: a statistical study of thirteen hundred and fifty cases. *JAMA* 1919;72: 978-980
5. Freeman DW, Barno A. Deaths from Asian influenza associated with pregnancy. *Am J ObstetGynecol* 1959;78: 1172-1175.
6. Cox S, Posner SF, McPheeters M, et al. Hospitalizations with respiratory illness among pregnant women during influenza season. *Am J ObstetGynecol* 2006;107: 1315-1322.
7. Miller AC, Safi F, Hussain S, et al. Novel influenza A (H1N1) virus among gravid admissions. *Arch Int Med* 2010;170: 868-873.
8. ANZIC Influenza Investigators and Australasian Maternity Outcomes Surveillance System. Critical illness due to 2009 A/H1N1 influenza in pregnant and postpartum women: population based cohort study. *BMJ* 2010;340:c1279.
9. Jamieson DJ, Honein MA, Rasmussen SA, et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet* 2009;374: 451-458.
10. Louie JK, Acosta M, Jamieson DJ, et al. Severe 2009 H1N1 influenza in pregnant and postpartum women in California. *N Engl J Med* 2010;362: 27-35.
11. Englund JA, Mbawuike IN, Hammil H, et al. Maternal immunization with influenza or tetanus toxoid vaccine for passive antibody protection in young infants. *J Infect Dis* 1993;168: 647-656.
12. Sumaya CV, Gibbs RS. Immunization of pregnant women with influenza A/

- New Jersey/76 virus vaccine: reactivity and immunogenicity in mother and infant. J Infect Dis 1979;140: 141-146.
- 13.Zaman K, Roy E, Shams E, et al. Effectiveness of Maternal Influenza Immunization in Mother and Infants. N Engl J Med 2008; 359: 1555-63.
- 14.Naleway AL, Smith WJ, Mullooly JP. Delivering influenza vaccine to pregnant women.Epidemiol Rev 2006;28: 47-53.
- 15.Walsh JM, McPhee SJ. A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. Health Educ Q 1992;19: 157-175.
- 16.Munoz FM,Englund JA. Vaccines in pregnancy.Infect Dis Clin North Am 2001;15: 253-271.
- 17.Ahluwalia IB, Jamieson DJ, Rasmussen SA, et al. Correlates of seasonal influenza vaccine coverage among pregnant women in Georgia and Rhode Island. ObstetGynecol 2010;116: 949-955.
- 18.Broughton DE, Beigi RH, Switzer GE,et al. Obstetric health care workers' attitudes and beliefs regarding influenza vaccination in pregnancy. Obstet Gynecol.2009;114:981-987.

Health Care Workers' Attitudes and Beliefs Regarding Influenza Vaccination in Pregnant Women in Renunakhon District, NakhonPhanom Province

Preeda Woraharn Kreangkrai Prasert* PerraAreerat* CharungSrimeung***

Abstract

The aim of this research was to explore health care workers' attitudes and beliefs regarding influenza vaccination in pregnant women in Renunakhon district, Nakhon Phanom. The cross sectional survey study was conducted by collecting data among health care workers in Renunakhon district. The self-administered questionnaire consisted of general knowledge of influenza and recommendation for vaccination during pregnancy. Descriptive analysis method was applied. The result showed that there were 242 health care workers completed questionnaires (89.6 % response rate). One third of them thought that the influenza vaccine was not safe for pregnant women and their fetus. The 40% of them thought that the influenza vaccination could cause a person to get sick with influenza. Approximately 60% of them said that influenza vaccination was an effective way to prevent pregnant women from getting sick with influenza. Almost all of them thought that influenza vaccine should be introduced to pregnant women. Anyway half of them pointed that Ministry of Public Health (MOPH) recommendations regarding influenza vaccination of pregnant women were unclear or confusing. We conclude that many health care workers did not believe in the safety and importance of influenza vaccination during pregnancy. Misinformed health care workers might be a barrier to influenza vaccination coverage of pregnant women. Thus, to improve influenza vaccination knowledge among health care workers should be the priority of MOPH.

Keywords : health care workers, attitudes and beliefs, influenza vaccination, pregnant women

*Nakhon Phanom Public Health Office, Nakhon Phanom

**National Vaccine Institute, Nonthaburi, Thailand

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นิตยา เจริญยุทธ* พจนิษฐ์ เสี่ยงมจิตต์** จำลอง วงษ์ประเสริฐ**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้กรอบการศึกษาตามแนวทาง PRECEDE framework กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 233 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .95 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ สถิติพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson's product moment correlation coefficient และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ อายุ ทัศนคติ สถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน และการรับรู้นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ที่ดีมี 5 ตัว เรียงตามลำดับคือ ปัจจัยเสริมด้านสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย อายุ ปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อการออกกำลังกาย ปัจจัยนำด้านการรับรู้สภาวะสุขภาพ และสถานภาพการสมรส โดยปัจจัยทั้งห้านี้สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายได้ร้อยละ 15.30

คำสำคัญ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช

*พยาบาลวิชาชีพ. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี

**บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี.

บทนำ

การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญยิ่งต่อมนุษย์ที่จะช่วยพัฒนาระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น หัวใจ ปอด ไต กระดูก กล้ามเนื้อ ให้มีความแข็งแรง ทำงานได้ดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเป็นการออกกำลังกายการเล่นกีฬาที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีการกำหนดความถี่ ความนาน ความแรง ระยะอบอุ่นของร่างกาย และระยะผ่อนคลายร่างกายที่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตได้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้จิตใจดี ช่วยให้บุคคลแก่ชราและมีอายุยืน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอยังช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรคที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกงอตัวใหญ่ และการตายก่อนเวลาอันสมควร⁽¹⁾ คนที่ไม่ออกกำลังกายมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอถึง 2 เท่า

จากผลการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชาชน อายุ 11 ปีขึ้นไป ในปี 2554 พบว่าจากประชากรทั้งหมด 57.7 ล้านคน มีผู้เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเพียงประมาณ 1 ใน 4 และยังพบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายจะมีโอกาสป่วยมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายมากถึง 3 เท่า⁽²⁾ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้

คาดการณ์ไว้ว่ามูลค่าความสูญเสียจากการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สืบเนื่องจากการออกกำลังกายไม่เพียงพอจะมีมูลค่าถึงปีละ 175,000 ล้านบาท⁽³⁾ สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข จากการศึกษาของธงชัย ทวีชาติและคณะ⁽⁴⁾ พบว่าไม่ออกกำลังกายเลยถึงร้อยละ 58.0 ออกกำลังกายเพียง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 24.3 ออกกำลังกาย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 8.8 และออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 9.0 ในกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) ให้เหตุผลเนื่องจากไม่มีเวลา ขณะที่กลุ่มที่ออกกำลังกายพบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลาในการออกกำลังกายครั้งละมากกว่า 30 นาที

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขกลุ่มใหญ่ที่รับผิดชอบโดยตรงในการบริการสุขภาพ และมีบทบาทในการเป็นผู้นำทางสุขภาพ เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่มีโอกาสติดต่อกับประชาชนหรือผู้รับบริการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องมากกว่าบุคลากรทางสุขภาพด้านอื่นๆ ขณะเดียวกันก็มีลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของชีวิตมนุษย์ เป็นงานบริการที่หนักและปฏิบัติงานเป็นผลต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง อีกทั้งยังเปลี่ยนเวลาปฏิบัติงานบ่อยครั้ง ทำให้การพักผ่อนนอนหลับไม่เป็นเวลา ซึ่งอาจส่งผลต่อสภาพร่างกายและสภาวะอารมณ์จนเกิดปัญหาสุขภาพตามมา ในขณะที่อัตราค่าจ้างของบุคลากรไม่เพียงพอต่อการะงาน ทั้งนี้จากการวิเคราะห์การ

ขาดแคลนบุคลากรของกรมสุขภาพจิตพบว่า สาขาสุขภาพจิตเป็นวิชาชีพที่ไม่ดึงดูดใจและมีผู้สำเร็จการศึกษาค่อนข้างน้อย⁽⁵⁾ เช่น พยาบาลจิตเวชทั่วประเทศมีเพียง 1,717 คน เมื่อคิดเป็นอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรเท่ากับ 1:36,039 คน ในขณะที่อัตราส่วนที่ควรจะเป็นคือ 1:10,000 คน⁽⁶⁾ ถึงแม้ว่าโดยภาพรวมของพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานอยู่ในแต่ละภาคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระหว่างปี พ.ศ. 2544-2548 แต่ก็พบปัญหาการกระจายตัวของพยาบาลจิตเวชตามพื้นที่ โดยในปี พ.ศ.2548 มีจำนวนพยาบาลจิตเวชในกรุงเทพมหานคร 339 คน โดยพยาบาลจิตเวช 1 คน ต้องดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรเพียง 16,693 คน เมื่อเปรียบเทียบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า พยาบาลจิตเวช 1 คน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชากรเป็นจำนวน 49,600 คน⁽⁷⁾

ในส่วนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในจังหวัดอุบลราชธานี ได้มีนโยบายในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้บุคลากรรับทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2551 โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากร ผู้ป่วยและญาติ ชุมชน และประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม แต่จากการสำรวจการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 149 คน ในบ

ประมาณ 2554 พบว่าไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 10.06 ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 65.77 และออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 24.16⁽⁸⁾ ส่วนรายงานการตรวจสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 163 คน จากทั้งหมด 164 คน พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 33.53 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง หอบหืด กระเพาะ ไหม้เกรน และภูมิแพ้ตามลำดับ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้กรอบการศึกษาตามแนวทาง PRECEDE framework นอกจากนั้นการทบทวนรายงานวิจัยก็ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการพิจารณาให้การสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวชทุกคน มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม ลดภาวะเสี่ยงจากโรคที่ป้องกันได้ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ส่งเสริมบทบาทประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรได้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตนทางด้านพฤติกรรมออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยและประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นิตยา เจริญยุทธ พงนิย์ เสงี่ยมจิตต์ จำลอง วงษ์ประเสริฐ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยสนับสนุน กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย
3. เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีสำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2555 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 แห่ง ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้นจำนวน 409 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane⁽⁹⁾ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน 0.5 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ รวมทั้งสิ้น 233 คน สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองทั้งหมด

7 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคม คือ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และสภาวะสุขภาพ 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย (10 ข้อ) เป็นแบบสอบถามปลายเปิดให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก 3) แบบสอบถามการรับรู้สภาวะสุขภาพ (11 ข้อ) เป็นแบบประเมินค่า (rating scale) ตามมาตรวัดของ Likert⁽¹⁰⁾ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย (15 ข้อ) เป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ 5) แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการออกกำลังกาย (15 ข้อ) เป็นแบบประเมินค่า มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ 6) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย (15 ข้อ) เป็นแบบประเมินค่า มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ และ 7) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย (14 ข้อ) เป็นแบบประเมินค่า มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ แบบสอบถามทั้งหมดได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดจำนวน 50 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นตามวิธีของ Cronbach⁽⁹⁾ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α -coefficient) เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและรับคืนด้วยตนเอง ส่วนโรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออีก 4 แห่ง ได้ให้ผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลนั้นเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้วส่งกลับมาให้ผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้ดำเนินการดังนี้
1) การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ข้อมูลการออกกำลังกายพฤติกรรมการออกกำลังกาย ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยสนับสนุน ใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นคู่ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson's product moment coefficient⁽¹¹⁾ 3) การวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)⁽¹²⁾

ผลการศึกษา

1.ปัจจัยทางชีวสังคมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.40) เป็นเพศหญิง ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.50) มีอายุระหว่าง 23-42 ปี มีสถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 79.40 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 74.68 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 1-19 ปี ร้อยละ 54.51 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 11,000-28,036 บาท ร้อยละ 51.07 มีการทำงานในลักษณะที่

ปฏิบัติเป็นผลัดๆ ละ 8 ชั่วโมง ร้อยละ 61.80 และมีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 98.28

2.ข้อมูลพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.10) มีการออกกำลังกาย โดยความหนัก (intensity) ในการออกกำลังกาย 3 อันดับแรกได้แก่ เหนื่อยเล็กน้อย หัวใจเต้นเร็วเล็กน้อย (ร้อยละ 47.80) ค่อนข้างเหนื่อย หัวใจเต้นเร็วขึ้น (ร้อยละ 30.22) และไม่เหนื่อย หัวใจเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อย (ร้อยละ 12.64) ตามลำดับ ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายคือ 15-29 นาที/ครั้ง/วัน (ร้อยละ 31.32) 30-44 นาที/ครั้ง/วัน และ 5-14 นาที/ครั้ง/วัน (ร้อยละ 19.23) ตามลำดับ ความถี่ของการออกกำลังกาย 3 อันดับแรกได้แก่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 32.97) ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 29.67) และออกกำลังกาย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 25.27) ตามลำดับ กิจกรรมการออกกำลังกายที่ใช้ 3 อันดับแรกได้แก่ เดินเร็ว (ร้อยละ 22.55) ถีบจักรยาน (ร้อยละ 16.02) และการเต้นฮูลาฮูป (hula hoop) (ร้อยละ 13.65) ตามลำดับ

เหตุผลที่ออกกำลังกาย 3 อันดับแรกได้แก่ เพื่อสมรรถภาพทางกายที่ดีและร่างกายแข็งแรง (ร้อยละ 34.05) ส่งเสริมสุขภาพจิต คลายความเครียด ลดความวิตกกังวล (ร้อยละ 21.77) และรักษารูปร่างทรวดทรงและควบคุมน้ำหนัก (ร้อยละ 19.61) ตามลำดับ บุคคลที่ออกกำลังกายด้วยพบว่าเป็นการออกกำลังกายคนเดียวมากที่สุด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นิตยา เจริญยุทธ พงนิย์ เสงี่ยมจิตต์ จำลอง วงษ์ประเสริฐ

(ร้อยละ 47.25) ตามมาด้วยครอบครัว/ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 34.07) และเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 9.34) ตามลำดับ โดยช่วงเวลาที่ออกกำลังกายได้แก่ เวลาว่างที่ไม่ได้ขึ้นเวร (ร้อยละ 27.87) ก่อนอาหาร มื้อเย็น (ร้อยละ 25) และหลังเลิกงานก่อนกลับบ้าน (ร้อยละ 22.95) ตามลำดับ ส่วนสถานที่ในการออกกำลังกาย ได้แก่ ที่บ้าน (ร้อยละ 43.96) สนามกีฬาหรือสวนสาธารณะ (ร้อยละ 36.81) และสถานที่ออกกำลังกายที่ทำงาน/หน่วยงาน (ร้อยละ 13.19) ตามลำดับ ซึ่งอิทธิพลสำคัญต่อการตัดสินใจออกกำลังกาย 3 อันดับแรกได้แก่ สุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 90.11) เพื่อน (ร้อยละ 1.10) และนโยบายของโรงพยาบาล (ร้อยละ 0.55) ตามลำดับ

พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยออกกำลังกายมีจำนวน 51 คน (ร้อยละ 21.90) ส่วนสาเหตุที่ทำให้ไม่ได้ออกกำลังกาย ได้แก่ ไม่มีเวลา (ร้อยละ 32.43) ต้องเข้าเวรบ่อย/ดึก (ร้อยละ 27.03) และไม่มีเพื่อน (ร้อยละ 10.81) ตามลำดับ

ทั้งนี้ ภาพรวมพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 8.79, SD = 2.32) โดยมีความหนัก ความนาน ความถี่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.21, 3.30, 2.29 และ SD = 0.87, 1.26, 0.98 ตามลำดับ) โดยพบพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับสูง ร้อยละ 19.31 ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.65 และระดับต่ำ ร้อยละ 27.04

3. ปัจจัยนำที่อาจส่งผลต่อการออกกำลังกาย

กาย ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพ พบว่าร้อยละ 82.80 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 43.56, SD = 3.13) ด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่าร้อยละ 92.30 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 12.41, SD = 1.30) และทัศนคติต่อการออกกำลังกายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.10) อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 65.40, SD = 5.51) เช่นกัน

4. ปัจจัยเสริม ซึ่งได้แก่ ด้านสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย และด้านการรับรู้ นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย พบว่าอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 48.10 และ ร้อยละ 67 ($\bar{X}$ = 16.06, SD = 5.33; $\bar{X}$ = 21.45, SD = 4.84) ตามลำดับ ขณะที่ทรัพยากรที่สนับสนุนการออกกำลังกายพบมีอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.50 ($\bar{X}$ = 12.01, SD = 4.33)

5. ด้านปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.60 ($\bar{X}$ = 48.60, SD = 10.06)

6. ตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ อายุ ทัศนคติ สถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย ($p=0.01$) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน และการรับรู้ นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย ($p=0.05$) ตัวแปรที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ปฏิบัติ สภาวะสุขภาพ การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทรัพยากรที่สนับสนุนการออกกำลังกาย การได้รับแรง

สนับสนุนจากบุคคล

7. จากตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย เมื่อนำมาวิเคราะห์ถดถอย พบว่าคุณค่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพในเชิงเส้นตรงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F=2.549$) และ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ $R= .433$ โดย ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรม การออกกำลังกาย มี 5 ตัว ได้แก่ สถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย อายุ ทักษะการออกกำลังกาย การรับรู้สภาวะสุขภาพ และสถานภาพสมรส ซึ่ง ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว ร่วมกันทำนาย/พยากรณ์ พฤติกรรม การออกกำลังกายได้ร้อยละ 15.30

วิจารณ์

พฤติกรรม การออกกำลังกายของพยาบาล วิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาในบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข เช่น สมศักดิ์ หอมชื่น⁽¹³⁾ จุมพล สุรกิจ⁽¹⁴⁾ สำหรับรายงาน การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่ม พยาบาล เช่น สุนันทา สิงห์ขจรพันธ์⁽¹⁵⁾ พบ ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง และณัฐพร พลเดช⁽¹⁶⁾ ก็พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของพยาบาล วิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

ปัจจัยทางชีวสังคม พบว่า อายุ ระยะเวลา การปฏิบัติงาน และรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรม การออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่ มีอายุมาก มีระยะเวลาการปฏิบัติงานนาน มัก แสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์เพื่อกระตุ้นการทำงาน ของอวัยวะในร่างกาย และป้องกันโรคต่างๆ ที่เกิด จากความเสื่อมของร่างกาย จึงมีความสนใจใน การออกกำลังกาย อีกทั้งมีรายได้ที่เหมาะสมที่จะ เอื้ออำนวยต่อความสะดวกในการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาในบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขหลายรายงาน เช่น ประยงค์ นะเงิน⁽¹⁷⁾ และณัฐพร พลเดช⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าอายุมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขณะที่สมศักดิ์ หอมชื่น⁽¹⁵⁾ พบว่าปัจจัยทั้งด้านเพศ อายุ ระยะเวลา การปฏิบัติงาน ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งสุนันทา สิงห์ขจรพันธ์⁽¹⁵⁾ ซึ่งทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพก็พบว่า ผู้ มีอายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มี ความสัมพันธ์กับการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ เช่นกัน

ด้านปัจจัยนำ พบว่า ทักษะมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยการมีทักษะที่ดีในการออกกำลังกาย จะทำให้บุคคลเห็นความสำคัญ และส่งผลในการ ผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรม การออกกำลังกาย สม่าเสมอ ซึ่ง งามตา วณิชานนท์⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า ทักษะเป็นจิตลักษณะที่เกิดจากการรู้คิดเชิง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นิตยา เจริญยุทธ พงนิย์ เสงี่ยมจิตต์ จำลอง วงษ์ประเสริฐ

ประมาณค่าเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ให้ประโยชน์หรือโทษของบุคคล ทำให้มีความรู้สึกโน้มน้าวใจไปในทางชอบหรือพอใจมากถึงน้อยต่อสิ่งนั้นๆ รวมทั้งความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเฉพาะอย่างอันเป็นผลสืบเนื่องจากการเห็นประโยชน์หรือพอใจต่อสิ่งนั้น สำหรับทัศนคติทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะของความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยมีการประเมินคุณค่าในเรื่องนั้นๆ ด้วย ถ้าทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นไปในทิศทางใด พฤติกรรมหรือการกระทำก็จะเป็นไปในทิศทางนั้น การศึกษาของภักพล นันดาวิราช⁽¹⁹⁾ ได้แสดงให้เห็นว่าทัศนคติต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งในการศึกษาของจุมพล สุรกิจ⁽¹⁴⁾ ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ประดิษฐ์ นาควิชัย⁽²⁰⁾ ยังพบว่าทัศนคติต่อการออกกำลังกายโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายด้านระยะเวลาที่ใช้ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านปัจจัยเสริม พบว่า สถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย และการรับรู้นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจเป็นเพราะว่าผู้บังคับบัญชาโรงพยาบาลจิตเวช ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีนโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกาย และมีการจัดสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกายให้กับบุคลากร จึงทำให้

บุคลากรได้รับทราบถึงนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย รวมทั้งการจัดให้มีชมรมเพื่อสุขภาพซึ่งประกอบด้วยชมรมการออกกำลังกายหลายประเภท หรือมีการส่งบุคลากรเข้าร่วมกีฬาสัมพันธ์ทั้งของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตและอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาคร ศรีธรรมา⁽²¹⁾ ที่แสดงให้เห็นว่าอุปกรณ์การออกกำลังกายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพเรียงตามลำดับ ได้แก่ สถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย อายุ ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย การรับรู้สภาวะสุขภาพ และสถานภาพการสมรส โดยร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของได้เพียงร้อยละ 15.30 สะท้อนให้เห็นว่าการมีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกายและ/หรือการรับรู้สภาวะสุขภาพ ก็อาจไม่ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีเสมอไป เช่นเดียวกับการศึกษาของสมศักดิ์ หอมชื่น⁽¹³⁾ ซึ่งก็พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งรวมถึงปัจจัยด้านทัศนคติและค่านิยมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ก็มีค่าพยากรณ์ต่ำเช่นกัน (ร้อยละ 16.80)

จากผลการศึกษาที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในภาพรวมอยู่ใน

ระดับปานกลาง โดยสาเหตุของการไม่ออกกำลังกาย คือ ไม่มีเวลา ต้องเข้าเวรป่วยหรือดึก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรจัดกิจกรรมให้บุคลากรสามารถออกกำลังกายภายในหน่วยงานได้ เช่น รูปแบบสาธิตการออกกำลังกายภายในหน่วยงานผ่านสื่อเทคโนโลยีสมัยใหม่ทางวิดีโอหรืออินเทอร์เน็ต โดยสามารถจัดกิจกรรมได้ในเวลาว่างหรือช่วงอยู่เวรนอกเวลาสำหรับบุคลากรที่ต้องเข้าเวรป่วย/ดึก การออกกำลังกายบนเก้าอี้สำนักงาน (chair aerobic exercise) หรือเป็นการออกกำลังกายในลักษณะการทำงานด้วยกิจกรรมบำบัด กลุ่มกายบริหาร กลุ่มเสริมสมรรถภาพทางกาย นอกจากนี้ผู้บริหารในโรงพยาบาลจิตเวชควรสนับสนุนส่งเสริมให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง หรือกิจกรรมรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพเป็นประจำและต่อเนื่อง เช่น โครงการมหกรรมตลาดนัดเพื่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบชมรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งจะช่วยสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีสถานที่สำหรับออกกำลังกายให้เหมาะสมกับกิจกรรมแต่ละประเภท จัดหาอุปกรณ์การออกกำลังกายที่เหมาะสม ตลอดจนการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับบุคลากรทุกคน มีกิจกรรมการติดตามดูแลสุขภาพของบุคลากร และทดสอบสมรรถภาพทางกายแก่บุคลากรทุกปี เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรพร ลอยหา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ได้สนับสนุนทุนในการศึกษารั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้ง 5 แห่ง รวมทั้งทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา และคุณกมลทิพย์ สงวนรัมย์ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นที่ปรึกษาอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. วารีย์ สายันหะ. พฤติกรรมการสร้างสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชาชนวัยกลางคนกึ่งอำเภอบ้านคาจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2545.
2. สุรวุฒิย์ คนสมบูรณ์. ผลสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชาชนอายุตั้งแต่ 11 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2554 (ออนไลน์) 2555 (วันที่สืบค้น 14 พฤษภาคม 2555) แหล่งข้อมูล www.news.voicetv.co.th
3. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554, กองการเจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข (ออนไลน์) 2555 (วันที่สืบค้น 14 พฤษภาคม 2555) แหล่งข้อมูล www.

- person.anamai.moph.go.th
4. ธงชัย ทวีชาติและคณะ. พฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายและสุขภาพจิตของข้าราชการเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540
 5. สถิติกรมสุขภาพจิต ปี 2540. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
 6. แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549, นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
 7. กรมสุขภาพจิต. การสำรวจทรัพยากรด้านสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543-2548, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ออนไลน์) 2550 (วันที่สืบค้น 22 สิงหาคม 2554) แหล่งข้อมูล www.dmh.go.th/intranet/r5.asp
 8. รายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรประจำปี 2554. อุบลราชธานี:โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2554.
 9. ชีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์; 2552.
 10. Likert R. The method of constructing and attitude scale; reading in attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son, 1967.
 11. วิรัช พานิชวงค์. การวิเคราะห์การถดถอย (regression analysis). กรุงเทพฯ: ศูนย์ผลิตตำราเรียนสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 2545.
 12. Pedhazur EJ. Multiple regression in behavioral research. New York: Holt Rinehart and Winston, 1997.
 13. สมศักดิ์ หอมชื่น. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2552.
 14. จุมพล สุรกิจ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.
 15. สุนันทา สิงหาราชวรพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลสตรีงานการพยาบาลคัลยศาสตร์และคัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. ภาคนิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
 16. ณัฐพร พลเดช. พฤติกรรมการเล่นเอง

ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกลางสำนัก
การแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา).
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.

17. ประยงค์ นะเขิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ
ออกกำลังกายและสมรรถภาพทางกายของ
ข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใน
จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด. บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
18. งามตา วณินทานนท์. จิตวิทยาสังคม.
เอกสารประกอบการสอน. สถาบันวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์,มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒ, 2535.
19. ภัคพล นันดาวิราช. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์

ทัศนคติต่อการออกกำลังกายและความเชื่อ
อำนาจภายในตนที่พยากรณ์พฤติกรรมออก
กำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัย
เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา. บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

20. ประดิษฐ์ นาทวีชัย. ภาวะสุขภาพและ
พฤติกรรมการออกกำลังกายของครูใน
จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร
มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540.
21. สาคร ศรีธรรมมา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม
การออกกำลังกายของประชากรวัยทำงาน
ในตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัด
อุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช; 2549.

Factors Affecting Exercise Behaviors of Professional Nurses at Psychiatric Hospitals in Northeastern Region of Thailand

Nittaya Charoenyooth Pochane Sangiemchit** Jumlong Vongpraseart***

Abstract

The aim of this research was to study the exercise behavior and its relation to bio-social factors, predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors, and to determine the good predictors of the exercise behavior among registered nurses at Psychiatric Hospitals in Northeastern region, Thailand. The samples were 233 professional nurses who had worked at Psychiatric Hospitals in Northeastern region, selected by stratified random sampling. Research instrument was a questionnaire consisted of the factors related to exercise behaviors, which yielded the reliability value at 0.95. The data were analyzed using descriptive statistic (percentage, mean, standard deviation), Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis. The research findings were as follows; professional nurses in Psychiatric Hospitals in Northeastern region had exercise behavior at the moderate level. The factors such as age, attitude toward exercise, place and sport equipments significantly related to exercise behavior ($p = 0.01$, $r = 0.433$). Five factors were identified as good predictors of the exercise behavior including place and sport equipments, age, exercise attitude, perceiving in health status, and marital status, respectively. These factors could predict exercise behavior 15.30 % among registered nurses at Psychiatric Hospitals in Northeastern region.

Keywords : exercise behaviors, professional nurse, psychiatric hospital

*Nurse. Prasimahaphodhi Hospital, Ubon Ratchathani.

**Graduate School, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และใส่ขดลวดค้ำยันแบบฉุกเงิน

สุเพียร โภคทิพย์*

บทคัดย่อ

การรับรู้ของคนส่วนใหญ่เชื่อว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นโรคของผู้ชายทำให้ผู้หญิงโดยเฉพาะผู้ที่อายุน้อย มีโอกาสได้รับการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนได้สูง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ง่าย พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล เนื่องจากเป็นคนแรกที่พบเห็นผู้ป่วย ซึ่งถ้าพยาบาลมีทักษะความสามารถในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินสภาพ การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ถูกต้องสามารถรายงานแพทย์ได้อย่างถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย รักษาได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว สามารถผ่านพ้นจากภาวะวิกฤตที่คุกคามได้อย่างปลอดภัย และได้รับการส่งเสริมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับมุมมองเชิงเพศภาวะ ดังนี้ การพยาบาลระยะแรกเริ่ม ซึ่งพยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการบรรเทา ลดอาการเจ็บหน้าอก โดยการช่วยให้ได้รับการรักษาการขยายหลอดเลือดหัวใจที่รวดเร็ว และการพยาบาลด้านจิตใจเพื่อลดความหวาดกลัวและวิตกกังวล การพยาบาลระยะต่อเนื่อง พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการติดตามเฝ้าระวัง (monitoring) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่วนการพยาบาลระยะจำหน่ายโดยพยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการให้ความรู้ (educator) เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองและการค้นหาและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำ และป้องกันภาวะขดลวดอุดตันซ้ำ ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญในการรวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพ การอ่านและแปลผล EKG ที่แสดงถึงภาวะผิดปกติต่างๆได้ และสามารถให้การแก้ไขช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยได้ ส่วนมุมมองเชิงเพศภาวะพบว่ามีความน่าสนใจ 2 ประการคือ เพศ และอายุ ไม่สอดคล้องกับองค์ความรู้เดิม และยังมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ล่าช้า ถึงแม้จะมีอาการที่ชัดเจน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาปรับปรุง เพื่อช่วยให้ผู้หญิงสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้บริการ

คำสำคัญ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันชนิดฉุกเงิน กระบวนการพยาบาล เพศภาวะ

*พยาบาลวิชาชีพ งานห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ST elevation myocardial infarction : STEMI) เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินต่อชีวิตที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 70 นาทีหลังจากมีอาการ จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ถึง 7 เท่า⁽¹⁾ ดังนั้นการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นที่ถูกต้องจึงมีส่วนสำคัญในการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง รวดเร็ว และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องอย่างเร่งด่วน ทันทีที่ได้อย่างปลอดภัย

พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย STEMI เนื่องจากเป็นผู้พบเห็นผู้ป่วยเป็นคนแรก ถ้าพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ มีความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วย และมีสมรรถนะในการอ่านแปลผลการตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) ได้ถูกต้อง จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องอย่างรวดเร็วได้ แต่ถ้าพยาบาลขาดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องดังกล่าว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนได้สูง เนื่องจากคนส่วนใหญ่มีความเชื่อกันว่าโรคนี้เป็นโรคของผู้ชาย (male disease)⁽²⁾ องค์ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับโรคนี้นั้นได้จากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก โดยมีจำนวนผู้หญิงอยู่ในการศึกษาน้อย⁽³⁾ ทำให้ผู้หญิงที่เป็นโรคนี้นักมองข้าม (overlooked) จากบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้หญิงอายุน้อย และอยู่ในวัยเจริญพันธุ์

เพราะเชื่อว่ามีฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งช่วยป้องกันโรคนี้ โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนจะไปทำให้ระดับของโคเลสเตอรอลชนิด LDL-C ต่ำลง⁽⁴⁾ ประกอบกับอาการที่ไม่ชัดเจนในผู้หญิง⁽⁵⁻⁸⁾ ทำให้ผู้หญิงมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนได้สูง⁽⁹⁾ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ดังรายงานการศึกษาที่นำเสนอนี้

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย STEMI จึงมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยทั้งการพยาบาลในระยะวิกฤตแรกรับ โดยการประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องการการบริหารจัดการในการรับและส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขรักษาอย่างรวดเร็วทันเวลา รวมทั้งการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 43 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพทำนา มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการเหงื่อออกหรือใจสั่น เริ่มมีอาการเวลาประมาณ 05.00 น. หนึ่งชั่วโมงต่อมาอาการยังไม่ดีขึ้น จึงไปสถานพยาบาลใกล้บ้านและได้ยาฉีดคลายกล้ามเนื้อ อาการดีขึ้นเล็กน้อย ต่อมาเวลา 08.00 น อาการกลับเพิ่มมากขึ้นอีก ผู้ป่วยนอน

พักจนถึงเวลา 10.00 น อาการยังไม่ดีขึ้น จึงตัดสินใจไปที่พบแพทย์ที่คลินิก ซึ่งแพทย์คิดถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงส่งต่อมาโรงพยาบาลชุมชน ถึงโรงพยาบาลชุมชนเวลาประมาณ 12.00 น. ผลการตรวจ EKG พบมี ST elevation ใน LII, III, AvF จึงปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจในโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งให้การวินิจฉัยเป็น acute STEMI ชนิด Inferior wall MI และให้ส่งต่อมาเพื่อรับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันแบบฉุกเฉิน (primary percutaneous coronary intervention: PPCI)

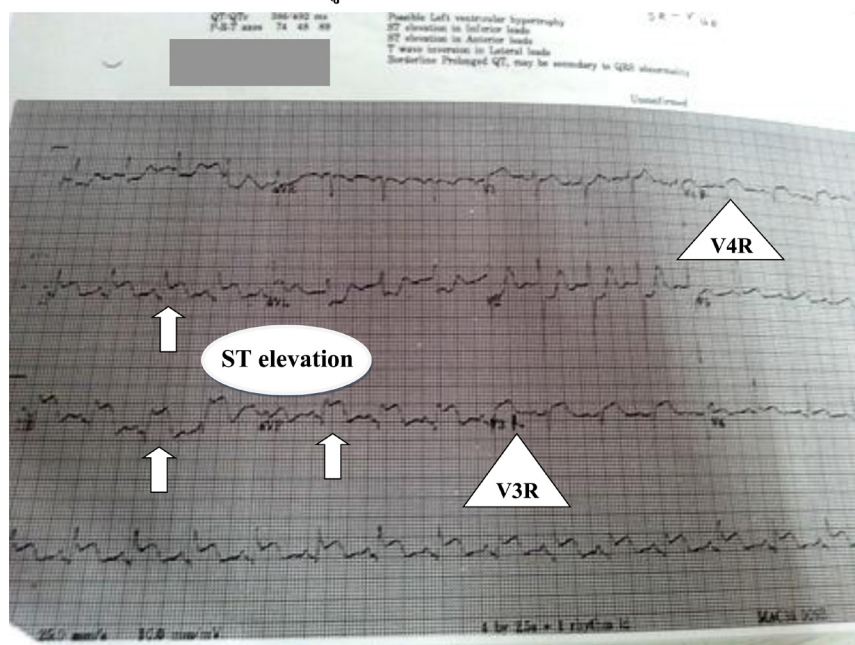
แรกรับที่หน่วยงานห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ให้ค่าคะแนนความปวด

(pain score) = 5 คะแนน ความดันโลหิตสูง 195/105 mmHg แต่ไม่มีอาการปวดศีรษะและตาพร่ามัว ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนักตัว 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร

การซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวทั้งการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจในครอบครัว

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกรับ พบ ST elevation ใน LII, LIII, AvF และ ST depressed ใน V2-V5 (มี reciprocal change) และ ST elevation ใน V3R, V4R (มี RV infarction ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 ภาพคลื่นหัวใจที่พบในผู้ป่วย



การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน
และใส่ขดลวดค้ำยันแบบฉุกเงิน
สุเพียร โภคทิพย์

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติที่สำคัญ; Troponin-T = 523 ng/L (< 50), SGOT = 103 U/L (ปกติ 0-40 U/L), Sodium = 131 mEq/L (137-145), Mg = 1.5 mg/dl (1.7-2.6) ผลการตรวจภาวะไขมันในเลือด; Total cholesterol = 188 mg/dl (0-200), Triglyceride = 146 mg/dl (30-150), HDL cholesterol = 50 mg/dl (36-65), LDL cholesterol = 106 mg/dl (100-129)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยันชนิดฉุกเงิน (PPCI) ระหว่างการตรวจสวนหัวใจพบว่ามีก้อนลิ่มเลือดอุดตันที่ส่วนต้นของเส้นเลือดโคโรนารีข้างขวา และก้อนลิ่มเลือดอยู่ลึกและยาวจนถึงส่วนกลางของหลอดเลือดโคโรนารีข้างขวา (clot at proximal RCA) ส่วนเส้นเลือดข้างซ้ายพบความผิดปกติเล็กน้อย (mild irregular ของเส้นเลือด left anterior descending (LAD) และ left circumflex) แพทย์ได้ทำการดูดก้อนลิ่มเลือดออกจนหมดแล้วทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันชนิดธรรมดา (BMS) ที่บริเวณส่วนกลางของหลอดเลือดโคโรนารีข้างขวา โดยประสบความสำเร็จในการทำหัตถการ ซึ่งหลังทำหัตถการพบว่าเลือดไหลเวียนได้ดี

รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (door to balloon time) เท่ากับ 52 นาที ซึ่งระยะเวลาที่ได้

รับการยอมรับคือ น้อยกว่า 90 นาที(10) แต่เมื่อนับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ (onset time) จนถึงการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจะเป็นเวลาทั้งหมด 10 ชั่วโมง 17 นาที

แนวทางการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI จัดเป็นภาวะวิกฤตฉุกเงินที่พยาบาลต้องเร่งรีบให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนถูกต้องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งควรได้มีการบูรณาการมุมมองเชิงเพศภาวะ (gender perspective) ซึ่งหมายถึงเพศที่ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม (social construction)⁽¹¹⁾ ที่ทำให้หญิงชายมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ต่างกัน มีโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรที่ต่างกัน ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ต่างกัน ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยในการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและการออกแบบบริการพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสมกับผู้หญิง โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะแรกเริ่ม หลักการพยาบาลในระยะวิกฤตแรกเริ่ม มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ทุเลาจากการเจ็บอก มีสัญญาณชีพกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเร่งรีบช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันแบบฉุกเงินที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลตาม

แนวทางการวินิจฉัยทางพยาบาลในระยะนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วนด้วยกัน ทั้งในด้านภาวะโรคและด้านสภาวะจิตใจ ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกและมี pain score = 5 คะแนน ผลการตรวจคลื่นหัวใจพบ ST elevation ใน LII, LIII, AvF แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณด้านล่างขาดเลือดไปเลี้ยง (inferior wall MI) และ ST depressed ใน V2-5 ผลการตรวจ Troponin-T สูงผิดปกติ (523 ng/L) และ SGOT สูงกว่าปกติ (103 U/L) รวมทั้งความดันโลหิตอยู่ที่ระดับ 195/105 mmHg วัตถุประสงค์ของการพยาบาลในระยะนี้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย หลีกเลี่ยงจากการเจ็บแน่นหน้าอก และคลื่นหัวใจมี ST elevation ลดลงมากกว่าครึ่งหรือหายไป

กิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติก่อนการตรวจสวนหัวใจได้แก่

-สังเกตและประเมินอาการเจ็บหน้าอก โดยใช้ pain score และซักประวัติการเจ็บหน้าอก โดยใช้หลักการ NOPQRST(12) วัดสัญญาณชีพ และรายงานแพทย์ทราบ

-ดูแลให้ได้รับออกซิเจน cannula 5 LPM โดยให้ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (SatO2) มากกว่า 95% (ESC Guideline 2012) (13)

-ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกดูแลให้ผู้ป่วยอมยา isordil (5 มก.) 1 เม็ด ใต้ลิ้นทันที (Class

I, Level C)(13) และประเมินอาการเจ็บหน้าอกทุก 5 นาที หลังอมยาใต้ลิ้น ถ้ายังไม่หายให้อมซ้ำได้อีกครั้งละ 1 เม็ด ไม่เกิน 2 ครั้ง รวมทั้งลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ทราบ

-ดูแลให้ได้รับยา ASA gr V 1 เม็ด, clopidogrel (plavix) 8 เม็ด ทันทีตามแผนการรักษา(13) และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา ซึ่งได้แก่ ภาวะเลือดออกง่าย การระคายเคืองกระเพาะอาหาร หรือมีเลือดออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น ติดตามประเมินผลการให้ยา การรักษาพยาบาล และอาการเจ็บหน้าอกอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเอนไซม์หัวใจ (Troponin-T)

-ติดต่อประสานงานกับห้องตรวจสวนหัวใจและดูแลให้ได้รับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดฉุกเฉิน (PPCI) อย่างรวดเร็ว

-ทำความสะอาดและเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำหัตถการหัวใจ (shave and clean) โดยเฉพาะตำแหน่งของขาหนีบข้างขวา (Rt femoral artery) โดยการโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และขาหนีบทั้งสองข้างเพื่อลดการติดเชื้อ

-ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารทางปากเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนทำหัตถการร่วมกับดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ โดยให้ IV fluid 0.9 NSS 1000 ml, IV drip 60 ml/hr

-สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ติดตามคลื่นหัวใจผู้ป่วย (EKG monitors) และอาการเจ็บ

หน้าอก หาดำแหน่งของชีพจร dorsalis pedis ที่เท้าทั้งสองและสังเกตความแรงของชีพจรก่อนและหลังการทำหัตถการหัวใจ เพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือดมาที่ส่วนปลาย

ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติหลังการตรวจสอบหัวใจได้แก่

- สังเกตสัญญาณชีพ อาการเจ็บหน้าอก ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะกลับมาเป็นปกติ รวมทั้งติดตามคลื่นหัวใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

- ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหงายราบห้ามงอขาข้างขวาอย่างน้อย 4 ชั่วโมง และหลัง off sheath ดูแลทำแผลและใช้หมอนทรายทับบริเวณแผลอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะเลือดออก
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) และได้รับความสุขสบาย คอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ขณะที่นอนราบห้ามงอขา

1.2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและหวาดกลัวต่อการตรวจสอบหัวใจและการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน โดยผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลและสอบถามขั้นตอนการทำหัตถการหัวใจ ซึ่งกิจกรรมพยาบาลที่ได้ดำเนินการก็เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ผ่อนคลายลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ และมั่นใจ และแนะนำ

สถานที่ต่างๆที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล

- แจ้งข้อมูลเหตุผลความจำเป็น ข้อดี และโอกาสเสี่ยงของการทำหัตถการแก่ผู้ป่วยและญาติทราบ โดยใช้นวัตกรรมสื่อรณรงค์หลอดเลือดหัวใจซึ่งทำให้เห็นภาพลักษณะของการตรวจสอบหัวใจและการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนที่ง่ายต่อการเข้าใจ รวมทั้งอธิบายเหตุผล/ความจำเป็นในการรักษาพยาบาล เช่น การติด EKG monitor การจำกัดกิจกรรมต่างๆ

- เตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยก่อนทำตรวจสอบหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยันชนิดฉุกเฉิน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ ให้กำลังใจผู้ป่วย และแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเป็นโรคเหมือนกันที่ทำหัตถการหัวใจมาก่อนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ผลการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยทุเลาจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกโดย pain score ลดลงเป็น 3 คะแนน และ 0 คะแนน หลังทำ PPCI ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ คลื่นหัวใจ ST segment เริ่มลดลงและเปลี่ยนเป็น inverted T ทั้งใน LII, LIII, และ AVF ผู้ป่วยและญาติผ่อนคลายจากความหวาดกลัว และยินยอมทำหัตถการหัวใจ ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ 127/87 mmHg และปลอดภัยจากการทำหัตถการ

2.การพยาบาลระยะต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วย

ผ่านพ้นจากภาวะวิกฤตที่คุกคามแล้ว พยาบาลยังคงต้องให้การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยการค้นหาสาเหตุหรือสัญญาณเตือนต่างๆ และเฝ้าระวัง ติดตาม การเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ซึ่งในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยมีภาวะ Mg ต่ำ (1.5 mg/dl) ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ ventricular tachycardia ชนิด Torsades de pointes ได้ง่าย แพทย์ได้ให้ 50% MgSO₄ 4 ml + 5% D/W 100 ml, IV drip in 4 hr ใน 2 วัน ซึ่งหลักการพยาบาลในระยะนี้ คือ

2.1 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ 1) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmias) ที่ร้ายแรง เช่น VT, VF 2) ภาวะหัวใจเต้นช้าหรือภาวะ complete heart block เนื่องจากผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณด้านล่าง (inferior wall MI) 3) ภาวะหัวใจล้มเหลว 4) cardiogenic shock และ 5) acute pulmonary edema โดยมีกิจกรรมพยาบาล ดังนี้

-สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังทำการหัตถการหัวใจ ติดตามตรวจ EKG 12 leads และ leads V3R, V4R ในผู้ป่วยที่มีภาวะ ST elevation ใน LII, LIII, AvF เพื่อประเมินว่ามีภาวะ RV infarction หรือไม่ และเตรียม 0.9 NSS ไว้ในกรณีที่มีความดันโลหิตต่ำหรือเกิดภาวะ hypovolemic shock

-จัดเตรียมยาต้านการเต้นของหัวใจผิด

จังหวะให้พร้อมใช้ ได้แก่ ยา amiodarone, 2% xylocain และยาที่ใช้ในภาวะ heart block เช่น isoprel และ/หรือ ventolin เป็นต้น รวมทั้งจัดเตรียมเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (DC shock) และเครื่องช่วยหัวใจเต้น (pacemaker) ให้พร้อมใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจเต้นช้าผิดปกติ

-ติดตามการทำงานของการทำงานของหัวใจอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ VT, VF ถ้ามี PVC มากกว่า 6 ตัว/นาที หรือ PVC ติดต่อกัน ต้องรีบรายงานให้แพทย์ทราบ

-เฝ้าระวังและสังเกตอาการภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะ acute pulmonary edema ได้แก่ อาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ถ้ามีจัดให้นอนศีรษะสูงและดูแลให้ได้รับ oxygen

-ช่วยแพทย์ในการนำสายสวน (sheath) ออกเมื่อครบกำหนดเวลา ให้การดูแลระหว่างนั้น และเตรียมยา atropine ให้พร้อมใช้ โดยสังเกตอาการหาวนอน/ภาวะหัวใจเต้นช้าขณะที่เอาสายสวนออก ซึ่งแสดงถึงภาวะ vago-vagal response

-นอกจากนั้นยังได้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา MgSO₄ ตามแผนการรักษาจนครบ 2 วัน เพื่อป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ แบบ VT ชนิด Torsades de pointes ซึ่งเกิดจากภาวะ Mg²⁺ ในเลือดต่ำ ส่งตรวจหาระดับ Mg²⁺ และระดับเกลือแร่ เพื่อติดตามผลและรายงานแพทย์ทราบ เพื่อปรับแผนการรักษา นอกจากนั้นยังได้ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีแร่ธาตุโปตัส

เซียมและแมกนีเซียม ได้แก่ การรับประทานผัก ผลไม้ต่างๆ เช่น ถั่วลิสง ส้ม เป็นต้น

2.2 ลดภาวะไม่สุขสบายจากการนอนหงายราบและห้ามงอขาเป็นเวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยยังคงสายสวน (sheath Fr.6) ที่ขาข้างขวาหลังทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าผู้ป่วยบ่นปวดหลังขณะที่นอนหงายราบและห้ามงอขา ร่วมกับอาการชาที่ขาข้างขวาหลังทับแผลด้วยหมอนทรายเป็นเวลานาน โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

-ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การพลิกตะแคงตัว การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย รวมทั้งการนวดหลังและขาข้างขวาเพื่อช่วยผ่อนคลายจากความเจ็บปวดในช่วงที่นอนราบห้ามงอขา

-ดูแลในการพลิกตะแคงตัวแบบทั้งตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการนอนนานๆ และแนะนำผู้ป่วยกระดกปลายเท้าขึ้นลงเพื่อหลีกเลี่ยงการชาที่ขาข้างขวาและป้องกันลิ่มเลือดอุดตันที่ปลายเท้า

-หลังนำสายสวนออก สังเกตภาวะเลือดออกหรือฟกช้ำ (bleeding/hematoma) บริเวณแผลที่ทำหัตถการอย่างใกล้ชิด ถ้าพบเลือดออกกดแผลด้วย gauze sterile อย่างน้อย 15 นาที เพื่อช่วยให้เลือดหยุดไหล และรายงานแพทย์ทราบ

ภายหลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย

และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ VT ชนิด Torsades de pointes ผลการตรวจหาระดับ Mg^{2+} , Na^+ , Cl^- และ K^+ ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจวาย ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวและการรับประทานอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยทุเลาจากการปวดหลังและชาที่ขาข้างขวา และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เนื่องจากการนำสายสวนออก โดยไม่มีภาวะ vago vagal effect และภาวะเลือดออกหรือฟกช้ำ หลังจากนั้น ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งและพลิกตะแคงตัวได้เอง

3.การพยาบาลระยะจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากแทรกซ้อนต่างๆ พยาบาลควรเริ่มเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคืนผู้ป่วยสู่ครอบครัวและชุมชน โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและเริ่มค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรค การให้ความรู้และส่งเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ดังนี้

3.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้อย่างปลอดภัย และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ซึ่งมีแนวทางการพยาบาลดังนี้

-ประเมินความพร้อมทางร่างกายก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งผู้ป่วยต้องรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการ

เจ็บหน้าอก และไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

-ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ร่วมกับทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ระยะแรกใช้การเคลื่อนไหวเบาๆ อัตราการใช้ออกซิเจนประมาณ 1-2 MET (MET=metabolic equivalent หมายถึงอัตราการเผาผลาญขณะที่ร่างกายพักผ่อน ซึ่งต้องใช้ออกซิเจนประมาณ 3.5 ml/kg/min) เริ่มจากการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ และการออกกำลังกาย 9 ท่าๆ ละ 10-15 ครั้ง ตามระดับความเหนื่อยของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่การหมุนข้อเท้า กระดกข้อเท้า ขึ้นลง หมุนคอหรือหันหน้า เหยียดเข่า หมุนไหล่ ยกแขนขึ้นตรง นั่งยกเข่างอ ยืนยกเข่างอ และเอียงตัวสลับซ้ายขวา(14) โดยการเริ่มจากน้อยๆ ครั้งละ 5-10 นาที ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงจึงค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาและระดับของกิจกรรม

-ขณะที่ผู้ป่วยออกกำลังกายพบอาการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด โดยมีหลักเกณฑ์ควบคุมในการออกกำลังกาย ดังนี้ 1) HR<120 ครั้ง/นาที เพิ่มขึ้น<10-20 ครั้ง/นาที, 2) BP<180/110 mmHg, 3) SBP ไม่ลดลงเกิน 10-15 mmHg, 4) EKG ไม่มี ischemia หรือ arrhythmia, 5) ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย อ่อนแรง, 6) ระดับความรู้สึกเหนื่อย (rating of perceived exertion: RPE) ปานกลาง 9-11

-ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติจึงเพิ่มระดับของกิจกรรมเป็น 3-5 METs โดยส่งเสริมการเดินใน 6 นาที (6 minute walk test) หรือการเดิน

ขึ้น-ลงบันได เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมที่บ้านได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากการเดินขึ้นลงบันไดอยู่ในระดับกิจกรรมที่มีอัตราการใช้ออกซิเจนประมาณ 5 METs ซึ่งงานที่บ้านส่วนใหญ่รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ จะอยู่ในระดับไม่เกิน 5 METs (ยกเว้นการยกหรือผลักดันของหนัก)(15)

3.2 การให้คำแนะนำเพื่อการปฏิบัติตัวที่บ้าน การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติตัว โดยพบว่าผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวขณะที่ผู้ป่วยไม่ทราบถึงความจำเป็นในการรับประทานยา clopidogrel ซึ่งวัตถุประสงค์ของการพยาบาลในขณะนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง บทบาทและแนวทางการพยาบาลที่ควรให้กับผู้ป่วยประกอบด้วย

-การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความต้องการ ศักยภาพในการดูแลตนเอง และค้นหาผู้ดูแล ตลอดจนการประเมินความพร้อมในการรับข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

-ค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การให้คำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง (second hand smoking) โดยการหลีกเลี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่มีผู้สูบบุหรี่ และการให้คำปรึกษาสามีผู้ป่วยเพื่อเลิกสูบบุหรี่

-ให้คำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว
เรื่องโรค สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการ
แสดงของโรค และการขอความช่วยเหลือต่างๆ
ดังนี้ 1) การปฏิบัติตัวที่สำคัญและจำเป็น เช่น การ
อมยาใต้ลิ้น ความจำเป็นในการรับประทานยาโดย
เฉพาะยาต้านการรวมตัวกันของเกร็ดเลือดทั้ง 2
ชนิด (ASA และยา clopidogrel) ซึ่งจำเป็นต้อง
รับประทานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน
เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและการป้องกัน
ภาวะขดลวดอุดตันซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการ
ขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดชนิดธรรมดา
(BMS)⁽¹³⁾ และการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของยา
เช่น การมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ หรือมีเลือด
ออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น 2) การรับประทาน
อาหาร ควรรับประทานอาหารโปรตีนที่มาจากปลา
หรือถั่ว หลีกเลี่ยงจากอาหารไขมันสูง และการใช้
น้ำมันพืชยกเว้นน้ำมันมะพร้าวปรุงอาหารแทนไข
มันจากสัตว์ 3) การมีเพศสัมพันธ์ ถ้าผู้ป่วยไม่มี
อาการเจ็บแน่นหน้าอก สามารถเริ่มมีเพศสัมพันธ์
ได้หลังจากออกจากโรงพยาบาลประมาณ 4-8
สัปดาห์ หรือสามารถประเมินได้จากการที่ผู้ป่วย
สามารถเดินขึ้นบันไดได้⁽¹⁵⁾ รวมทั้งลักษณะของการ
มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยการหลีกเลี่ยงการกด
ทับบริเวณหน้าอกหรือตำแหน่งที่ทำหัตถการ
เป็นต้น และการพิจารณาอมยาใต้ลิ้นก่อนการมี
เพศสัมพันธ์ได้ในกรณีที่ไม่มีคามมั่นใจ 4) การขับ
ถ่าย แนะนำผู้ป่วยให้มีการฝึกขับถ่ายอุจจาระให้
เป็นนิสัย หลีกเลี่ยงการท้องผูก ห้ามผู้ป่วยเบ่งถ่าย

อุจจาระโดยเด็ดขาด เพราะจะทำให้หัวใจทำงาน
หนักมากขึ้น ซึ่ง อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติหรือ
หัวใจหยุดเต้นได้ และ 5) อาการผิดปกติที่ควรรมา
พบแพทย์ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อแตก
หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น

-ส่วนการให้คำแนะนำเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพหัวใจโดยการออกกำลังกายที่บ้าน มี
ดังนี้ 1) ก่อนและหลังการออกกำลังกายควรมี
การเตรียมความพร้อมของร่างกายทุกครั้ง (warm
up & cool down) ไม่ควรหยุดออกกำลังกายโดย
ทันที 2) การออกกำลังกายที่บ้านวันแรกๆ ให้ทำ
เหมือนวันสุดท้ายที่อยู่โรงพยาบาล และเพิ่มเวลา
เดินสลับการพัก เมื่อเดินได้ 20-30 นาที ให้เพิ่ม
ความเร็วขึ้น 3) แนะนำและสอนผู้ป่วยและญาติให้
จับชีพจรตัวเอง เพื่อช่วยในการประเมินอาการขณะ
ที่มีการออกกำลังกายอยู่ที่บ้าน 4) การออกกำลังกาย
ที่บ้านควรมีระดับความรู้สึกเหนื่อย (RPE) =
12-13 (ค่อนข้างเหนื่อย) โดยอัตราการเต้นของ
ชีพจรขณะออกกำลังกาย = อัตราการเต้นชีพจร
ขณะพัก + 15-20 ครั้ง หรือ 50-70% ของอัตรา
การเต้นชีพจรสูงสุด 5) ชนิดของการออกกำลังกาย
ควรเป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของ
ร่างกาย เช่น การเดินรอบๆ บ้าน และควรหลีกเลี่ยง
การออกกำลังกายที่มีการแข่งขัน การออกกำลังกาย
ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์สูง การ
ก้ามือแน่น การกลั่นแค้น การนอนออกกำลังกาย
เป็นต้น

-นอกจากนั้น ควรต้องประเมินความรู้

ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ชื่นชมในประเด็นที่ผู้ป่วยและญาติตอบได้ถูกต้องและให้ข้อมูลที่ถูกต้องในประเด็นที่ยังเข้าใจคลาดเคลื่อน รวมทั้งแนะนำและย้ำการมาตรวจตามนัด

จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรคและการปฏิบัติตัวต่างๆ ได้ดี เห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ และบอกวิธีการอมยาได้ล้นได้ถูกต้อง

อภิปรายกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 43 ปี การวินิจฉัยโรค STEMI ชนิด inferior wall MI ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ที่มีลักษณะสำคัญที่น่าสนใจ 2 ประเด็น ดังนี้

1. กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็ว ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการประเมินสภาพโดยการซักประวัติการเจ็บป่วยต่างๆ การตรวจและแปลผลคลื่นหัวใจ รวมทั้งการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญต่างๆ ซึ่งอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล คือ อาการแน่นหน้าอกและร้าวมาที่แขนทั้ง 2 ข้าง ซึ่งเป็นอาการที่ชัดเจน (typical symptoms) ในผู้ที่เป็น STEMI ทำให้ได้รับการประเมินสภาพและการวินิจฉัยรักษาที่ถูก

ต้อง รวดเร็ว รวมทั้งลักษณะของการเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจที่พบ ST elevation in LII, III, AvF เข้าได้กับลักษณะของโรค STEMI ชนิด inferior wall MI ที่สะท้อนถึงภาวะขาดเลือดเฉียบพลันของหัวใจบริเวณด้านล่าง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดโคโรนารีข้างขวาอุดตัน นอกจากนี้ยังพบลักษณะที่เรียกว่า reciprocal ST depressed ในตำแหน่งที่อยู่ตรงข้ามโดยคลื่นหัวใจพบ ST depressed leads ใน V2-V5 ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะสมรรถนะในการอ่านและแปลผลคลื่นหัวใจได้อย่างถูกต้องจึงจะสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยที่สงสัยโรค STEMI ได้อย่างถูกต้อง และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือประสานงานเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่รวดเร็วในเวลาที่กำหนด 52 นาที และได้รับความปลอดภัยทุเลาจากการเจ็บอก

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ ST elevation ใน V3R, V4R สะท้อนถึงภาวะหัวใจห้องล่างขวาขาดเลือด (RV infarction) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็น inferior wall MI เนื่องจากเส้นเลือดโคโรนารีข้างขวาไปเลี้ยงบริเวณหัวใจห้องล่างขวา และจัดเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องเร่งรีบให้การช่วยเหลือแก้ไข โดยเฉพาะเมื่อพบร่วมกับภาวะความดันโลหิตตก ดังนั้น พยาบาลที่ประเมินสภาพผู้ป่วยจะต้องดูคลื่นหัวใจ V3R, V4R เพิ่มเติมทุกครั้งที่พบภาวะ

ST elevation ใน LII, LIII, AvF เพื่อประเมินภาวะหัวใจห้องล่างขวาขาดเลือด ถ้าพบภาวะดังกล่าวพยาบาลจะต้องให้การแก้ไขช่วยเหลือโดยการให้สารน้ำทดแทน (0.9 NSS) อย่างเพียงพอ

1.2 การพยาบาลในระยะต่อเนื่อง โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตามการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะภาวะหัวใจเต้นช้า หรือภาวะ complete heart block รวมทั้งภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ร้ายแรงทั้ง VT, VF เป็นต้น แม้ว่าผู้ป่วยรายนี้จะมีภาวะ Mg²⁺ ในเลือดต่ำ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ VT ชนิด Torsades de pointes ได้ง่าย แต่กลับไม่พบภาวะแทรกซ้อนอันตรายดังกล่าว สะท้อนถึงการได้รับการดูแลที่ดี และมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเหล่านี้จะต้องมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพต่างๆ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความรู้และทักษะในการอ่านและแปลผลคลื่นหัวใจที่แสดงถึงภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรงต่างๆ เหล่านี้ได้ถูกต้อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพยาบาลจะต้องมีทักษะความชำนาญในการใช้เครื่องมือในการช่วยชีวิตต่างๆ ทั้งเครื่อง defibrillator, dexternal transcutaneous pacemaker ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและ

ปลอดภัย

1.3 การพยาบาลระยะจำหน่าย พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักและความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในการรับประทานยาต้านการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือด เพื่อป้องกันการเกิดขดลวดอุดตันซ้ำ (re-stenosis) ซึ่งกรณีศึกษานี้มีความจำเป็นต้องรับประทานยา 2 ชนิด (dual anti platelet therapy: DAPT)⁽¹³⁾ อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน ซึ่งพยาบาลที่ดูแลต้องมีศิลปะในการให้ความรู้และการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความตระหนักในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2. ประเด็นที่น่าสนใจตามมุมมองเชิงแพทย
ภาวะ ประกอบด้วยประเด็นย่อย 2 ประเด็น คือ

2.1 เพศและอายุ โดยในกรณีศึกษานี้เป็น ผู้ป่วยเพศหญิง อายุยังน้อย (43 ปี) ทั้งยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ที่ยังมีฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งไม่สอดคล้องกับองค์ความรู้เดิมที่พบว่าผู้หญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์จะมีโอกาสเกิดโรคนี้ได้น้อย จึงอาจทำให้บุคลากรสุขภาพมองข้ามได้เมื่อผู้หญิงมีอาการของโรคโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ดังกรณีศึกษาที่ได้รับการการวินิจฉัยรักษาลาดเคลื่อนในการเข้ารับการรักษาในครั้งแรกและได้รับยาผิดคลา ยกกล้ามเนื้อ

จากกรณีศึกษานี้สะท้อนถึงแนวทางการวินิจฉัยโรคนี้ในปัจจุบันที่อาจยังไม่เหมาะสม

สอดคล้องกับผู้หญิง โดยเฉพาะผู้หญิงอายุน้อย เนื่องจากองค์ความรู้ดังกล่าวส่วนใหญ่มาจากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก⁽³⁾ ซึ่งบุคลากรสุขภาพทุกระดับจะต้องมีความรู้และตระหนักในเรื่องดังกล่าว ดังนั้นจึงควรสร้างความตระหนักแก่บุคลากรสุขภาพ และให้ความสำคัญในการซักประวัติ ตรวจประเมินสภาพร่างกาย และการติดตามเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจ เพื่อประกอบการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมกับการใช้มุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรมในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อป้องกันการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนในผู้หญิงที่เป็นโรคนี้ ซึ่งจะทำให้ผู้หญิงขาดโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็ว และการรักษาที่ทันท่วงทีได้

2.2 การตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้า (delay health seeking) กรณีศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตั้งแต่เวลา 05.00 น. แต่ยังไม่ได้อาการ ตัดสินใจมาโรงพยาบาลในทันทีที่มีอาการ เนื่องจากผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจ ทั้งที่มีอาการแน่นหน้าอกที่ชัดเจน โดยผู้ป่วยยังคงรอให้มีอาการรุนแรงก่อนจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาลใกล้บ้าน แต่ก็ได้รับการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนโดยให้ยาคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาการทุเลาลงในช่วงแรก แต่กลับมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นในระยะต่อมา ผู้ป่วยจึงตัดสินใจไปรับการรักษาที่คลินิกซึ่งสงสัยว่าเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและส่งต่อมาที่โรงพยาบาลชุมชน สะท้อนถึงการขาดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหัวใจและมีพฤติกรรมสุขภาพในการแสวงหาการรักษาที่ล่าช้า

ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคหัวใจที่ชัดเจนแต่ผู้ป่วยยังตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้าหลังเกิดอาการ (patient delay) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้หญิงส่วนใหญ่รับรู้การเกิดโรคหัวใจและรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจต่ำกว่าผู้ชาย⁽¹⁾ ผู้หญิงส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าการเป็นมะเร็งเต้านมเสียชีวิตมากกว่าการเป็นโรคหัวใจ⁽¹⁶⁾ ร่วมกับการได้รับการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนส่งผลให้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงระยะเวลาที่ได้รับการรักษาใช้เวลานานประมาณ 10 ชั่วโมง 17 นาที ซึ่งอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ^(1,17-19) ที่พบว่าผู้หญิงจะมาโรงพยาบาลล่าช้ากว่าผู้ชาย เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และบทบาทของหญิงชาย (gender role) ส่งผลให้ขาดโอกาสในการรักษาที่รวดเร็ว โรงพยาบาลที่ให้การดูแลจึงควรณรงค์ส่งเสริมการให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคหัวใจในผู้หญิง โดยคำนึงถึงบทบาทหน้าที่หญิงชายและการใช้สื่อที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อของผู้หญิง เพื่อให้ผู้หญิงที่เกิดอาการสามารถมาโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็ว

สรุป

กระบวนการพยาบาลสำคัญที่พยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรค STEMI เพื่อช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าวมีประสิทธิภาพนั้น เริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้

ป่วย ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลทั้งการซักประวัติการเจ็บป่วยต่างๆ ผลการตรวจคลื่นหัวใจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องและให้การพยาบาลเพื่อช่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะแรกรับที่ผู้ป่วยและญาติยังมีความหวาดกลัวและตกใจต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พยาบาลจะต้องใช้ทักษะเทคนิคในการสร้างสัมพันธภาพต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้คำปรึกษาแนะนำและการให้ข้อมูลที่ต้องการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผ่อนคลายจากความหวาดกลัวและวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการมีทักษะในการติดต่อประสานงานต่างๆ เพื่อช่วยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว นอกจากนั้นพยาบาลยังมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการต่างๆ อย่างใกล้ชิด (monitoring) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นและทำให้เสียชีวิตได้ง่าย ในการพยาบาลระยะจำหน่าย พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการให้ข้อมูลและคำแนะนำ (educator) สร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเป็นโรคหัวใจตายซ้ำ และป้องกันการเกิดขดลวดอุดตันซ้ำ โดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การ

ปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การออกกำลังกายและการมาตรวจตามนัด เป็นต้น รวมทั้งการรณรงค์ให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักถึงการเกิดโรค และมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง รวมทั้งการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ การเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินต่างๆ และการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว

จากมุมมองเชิงเพศภาวะพบว่ามีความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความละเอียดอ่อนเหมาะสมกับผู้หญิง รวมทั้งการให้ความรู้สร้างความตระหนักแก่บุคลากรสุขภาพ ในการให้บริการหญิงชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI พยาบาลควรต้องมีความรู้ ทักษะในการบูรณาการมุมมองเชิงเพศภาวะเพื่อช่วยในการค้นหาความแตกต่างระหว่างหญิงชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจะนำสู่การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ (gender sensitive care) ทำให้การบริการพยาบาลครอบคลุมเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น และยังช่วยทำให้ผู้หญิงที่เป็นโรคนี้อาจเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม (gender equality and equity) อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้บริการและเป้าหมายหลักของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษขององค์การอนามัยโลก⁽²⁰⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Lefler LL, Bondy KN. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction. J Cardiovas Nurs 2004; 19 (4): 251-68.
2. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics-2003 update. Dallas: American Heart Association; 2002.
3. Holdcroft A. Gender bias in research: how does it affect evidence base medicine? J The Royal Soc Med 2007; 100: 1-3.
4. Moser DK, Riegel B. Cardiac nursing. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2008.
5. ChenW, Woods SL, Puntllo KA. Gender difference in symptoms associated with AMI: a review of the research. Heart & Lung 2005, 34(4), 240-7.
6. King KB, McGuire MA. Symptom presentation and time to seek care in women and men with AMI. Heart & Lung 2007; 36: 235-43.
7. Miller CL. A review of symptoms of coronary artery disease in women. J Ad Nurs 2002; 39 (1): 17-23.
8. Zuzelo PR. Gender and acute myocardial infarction symptoms. Med Surg Nurs 2002; 11(3): 126-36.
9. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, Woolard RH, Feldman JA, Beshansky JR. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. N Engl J Med 2000; 342: 1163-70.
10. เกรียงไกร เองรัมย์. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สถาบันทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
11. World Health Organization. Gender sensitivity and gender based analysis in women's health development: historical outlines and case studies of best practice. [serial online] 2003 [cited 2007Sep2]. Available from URL:http://whqlibdoc.who.int/HQ/2003/WHO_WKC_Tech.Ser._
12. Morton PG, Fontaine DK. Critical care nursing: a holistic approach. 10th edition. Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
13. ESC Committee for Practice Guideline. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal 2012.

14. สุรางคนา อินทร์สุข. Cardiac rehabilitation. เอกสารประกอบคำบรรยาย ใน เอกสารประกอบการประชุมเรื่องการอ่านและแปลผล EKG สำหรับพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ. เครือข่าย STEMI โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี; 2555. หน้า 155-96.
15. ฉัตรกนก รุ่งเรืองมณีมาศ. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ใน: เกียรติกร เสงี่ยมิ, บรรณาธิการ. มาตรฐานการรักษามะเร็งกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.. นนทบุรี: สถาบันทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
16. Heart PL. Women's perception of coronary heart disease: an integrative review. J Cardiovas Nurs 2005; 20(3): 170-6.
17. Al-Hassan M, Omran SM. The effect of health beliefs on health care seeking decisions of Jordanian patients with myocardial infarction symptoms. Int J of Nurs Pract 2005; 11: 13-20.
18. Kaur R, Lopez V, Thompson DR. Factors influencing Hong Kong Chinese Patients' decision-making in seeking early treatment for acute myocardial infarction. Res Nurs Health 2006; 29: 636-46.
19. สุเพียร โภคทิพย์, ศิริพร จิรวรรณกุล. อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. สรรพสิทธิเวชสาร 2554; 32 (1-3): 27-39.
20. Doyal L. Gender, health and the millennium development goals: a briefing document and resource guide. Global Forum for Health Research; 2005.

Nursing Care of Patient with Acute ST Elevation Myocardial Infarction Underwent Primary Percutaneous Coronary Intervention

*Supian Pokathip**

Abstract

ST elevation myocardial infarction (STEMI) is perceived in general as male-specific disease, resulting in women especially young women to have a chance of being misdiagnosed and risk of sudden death. Nurses have important role of care because they are the first who meet the patients. If they have skills and ability of getting patients' information, evaluating medical conditions and correctly interpreting electrocardiogram, and then quickly report to clinicians, they can help the patients to be early diagnosed and correctly treated on time. This case report demonstrates nursing management of a female patient with STEMI who underwent primary percutaneous coronary intervention. At the first period, nurses had to relieve patient's chest pain by rapid coronary dilatation and reduce her fear and anxiety. In the continuing period, nurses had to monitor the patient to prevent any complications. At discharge, nurses played an important role as educator to raise awareness of self-care, encourage patients to cardiac rehabilitation, including search and modify risk factors to prevent disease recurrence and re-stenosis. The gender perspective indicated that the two main issues of interest; first, sex and age of the patients were not matched by previous knowledge. Second, the patient had delayed treatment-seeking behavior despite obvious symptoms and had been misdiagnosed in the early stages. The gender sensitive care needed to be developed to suit women and to help them access gender equality and equity services.

Keywords : ST elevation myocardial infarction, primary percutaneous coronary intervention, nursing care, gender perspective, gender sensitive care

*Registered Nurse. Coronary Care Unit, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

ภาวะ extramedullary hematopoiesis ของบริเวณไซนัสในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ธวัชชัย ทองประเสริฐ*

บทคัดย่อ

ภาวะ extramedullary hemetopoiesis เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการที่ร่างกายไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดได้เพียงพอ ซึ่งตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่ คือ ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง ส่วนบริเวณอื่นพบได้น้อยมาก โดยเฉพาะบริเวณโพรงไซนัส (paranasal sinus) จึงได้รายงานผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 19 ปี ซึ่งมีประวัติภาวะซีด แต่ยังไม่เคยตรวจหาสาเหตุ มาโรงพยาบาลด้วยอาการคัดจมูกด้านซ้ายเป็นมา 3 ปี อาการมากขึ้นเรื่อยๆ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไซนัสอักเสบและริดสีดวงจมูก รักษาด้วยยารับประทานและยาสตีรอยด์พ่นจมูก แต่อาการไม่ดีขึ้น แรกรับไว้รักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ตรวจพบก้อนเนื้อในจมูกและไซนัส การเจาะตรวจก้อนเนื้อด้วยเข็ม (fine needle aspiration) พบภาวะ extramedullary hematopoiesis ขณะที่การตรวจเลือดพบว่าป็นธาลัสซีเมียชนิดเบต้าและฮีโมโกลบินอี ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้เลือดและกรดโฟลิก ผลการรักษาและการติดตามอาการพบว่าก้อนเนื้อมีขนาดคงที่ อาการคัดจมูกผู้ป่วยไม่เป็นมากขึ้น

คำสำคัญ extramedullary hemetopoiesis ธาลัสซีเมีย

*โสต ศอ นาสิก แพทย์. กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

ในภาวะปกติร่างกายจะผลิตเม็ดเลือดที่ไขกระดูกบริเวณ proximal long bone กระดูกสันหลัง และกระดูกหน้าอก แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะซีดรุนแรงและเรื้อรัง เช่น ภาวะธาลัสซีเมีย sickle cell anemia และ myeloproliferative disorder ร่างกายจะตอบสนองต่อภาวะที่มีการผลิตเม็ดเลือดไม่เพียงพอนี้โดยจะมีการสร้างเม็ดเลือดในบริเวณอื่นๆ ขึ้นมาด้วย ซึ่งเรียกว่าภาวะ extramedullary hematopoiesis (EMH) โดยตำแหน่งที่มักจะเกิดขึ้นเป็นที่ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง ส่วนในบริเวณอื่นพบได้น้อยมาก โดยเฉพาะบริเวณโพรงไซนัส (paranasal sinus) ผู้เขียนจึงได้รายงานกรณีผู้ป่วยธาลัสซีเมีย 1 ราย ที่พบภาวะ extramedullary hematopoiesis ในบริเวณไซนัส ซึ่งเป็นกรณีที่พบได้ยาก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 19 ปี มาด้วยอาการคัดจมูกด้านซ้ายเป็นเวลา 3 ปี โดยอาการคัดจมูกเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือปวดบริเวณใบหน้า มีน้ำมูกสีขาวไหลเป็นบางครั้ง ไม่มีเลือดกำเดาไหล แต่มีประวัติเป็นโรคซีด โดยที่ยังไม่เคยตรวจหาสาเหตุแต่อย่างใด ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้น้ำส้มและโรคธาลัสซีเมีย ได้รับยาปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์พ่นจมูก และยาสเตียรอยด์กิน แต่อาการไม่ดีขึ้นจึงส่งตัวมารักษาที่แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตรวจร่างกายพบว่ามีการอักเสบและม้ามโต ตรวจบริเวณจมูกพบว่ามีก้อนเนื้อผิวเรียบสีชมพูบริเวณจมูกข้างซ้าย (ภาพที่ 1) ซึ่งยื่นออกมาจากบริเวณผนังด้านข้างของจมูก มีลักษณะแข็งและอุดเต็มรูจมูกข้างซ้าย

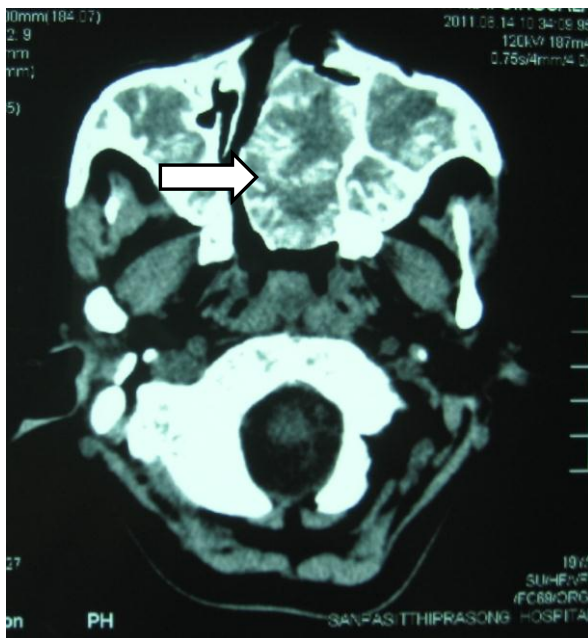
ภาพที่ 1 ก้อนเนื้อในจมูกข้างซ้ายของผู้ป่วย



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจอื่นๆ พบว่าผลตรวจความสมบูรณ์ของเลือด มี Hb 6.1 g/dl, Hct 19.8% การตรวจ Hb typing พบว่าเป็นธาลัสซีเมียชนิดเบต้าและฮีโมโกลบินอี (beta-thalassemia/Hb E) การตรวจอัลตราซาวด์บริเวณท้องพบม้ามโต ส่วนการตรวจเอกซเรย์

คอมพิวเตอร์บริเวณจมูกและไซนัสพบว่ามีก้อนเนื้อในบริเวณจมูกข้างซ้าย 2 ก้อน มีขนาด 4.8x2.7 ซม. จากไซนัส ethmoid ข้างซ้าย และขนาด 2.0x0.9 ซม. จากบริเวณไซนัส maxillary ข้างซ้าย ซึ่งจากลักษณะภาพถ่ายดังกล่าว (ภาพที่ 2-3) และข้อมูลของผู้ป่วยรังสีแพทย์จึงได้คิดถึงภาวะ extramedullary hematopoiesis

ภาพที่ 2 axial view ของภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณไซนัส



ภาพที่ 3 coronal view ของภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณไซนัส



อย่างไรก็ตาม มีสาเหตุอื่นๆ ที่อาจเป็นไปได้เมื่อพิจารณาจากภาพถ่ายรังสี เช่น ภาวะไขสันหลังอักเสบเรื้อรังแล้วมีน้ำไขสันหลังบริเวณไขสันหลัง หรืออาจจะเป็นถุงน้ำ mucocoele ในบริเวณไขสันหลัง จึงได้ทำการเจาะตรวจเนื้อเยื่อเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา โดยการทำการ fine needle aspiration (FNA) ซึ่งผลการตรวจชิ้นเนื้อก็พบว่า มี erythroid and myeloid cells mixed megakaryocytes จึงให้การวินิจฉัยเป็นภาวะ extramedullary hematopoiesis

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการให้เลือดไป 2 ถัง และให้ folic acid กินต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบินมากกว่า 9 g/dl เพื่อที่จะไม่ให้ก้อนโตขึ้น

วิจารณ์

Extramedullary hematopoiesis (EMH) เป็นการผลิตเม็ดเลือดในบริเวณอื่นที่นอกเหนือจากบริเวณไขกระดูกของ proximal long

bone กระดูกสันหลัง และกระดูกหน้าอก ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อภาวะขาดที่ร่างกายไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดได้เพียงพอต่อความต้องการ ภาวะ EMH สามารถจำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ paraosseous foci และ extraosseous foci⁽¹⁾ สำหรับชนิดที่พบในบริเวณไขสันหลังจะเป็น paraosseous foci ซึ่งเป็นการโป่งของ medullary tissue จากกระดูก เนื่องจากการทำงานมากของไขกระดูก และมักจะพบในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และ sickle cell anemia⁽²⁾

EMH เป็นภาวะที่พบน้อยในบริเวณไขสันหลัง จากการทบทวนการศึกษาที่เคยมีมาก่อน (ตารางที่ 1) พบผู้ป่วยในต่างประเทศ 7 ราย และในไทย 1 ราย โดยผู้ป่วยที่พบในต่างประเทศทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 28 เดือน จนถึงอายุ 30 ปี ส่วนที่รายงานในไทยนั้นพบในผู้ป่วยหญิงอายุ 13 ปี ซึ่งพบว่าเป็นธาลัสซีเมียชนิดเบต้าและฮีโมโกลบินอี (beta-thalassemia/Hb E) เช่นเดียวกับผู้ป่วยในรายงานนี้

ตารางที่ 1 รายงานผู้ป่วยจากประเทศต่างๆ

การศึกษา	ลักษณะผู้ป่วย	อาการ	ภาพถ่ายทางรังสี	การวินิจฉัยในครั้งแรก	หัตถการ / การรักษา
1.Andreous J, et al. ⁽³⁾ (Greece)	ชาย อายุ 10 ปี เบต้าธาลัสซีเมีย	seizure, progressive aphasia	expansile mass bilateral maxillary and ethmoid sinus	no data	no data
2.Fernandez M, et al. ⁽²⁾ (USA)	ชาย อายุ 28 เดือน sickle cell anemia	rhinorrhea	maxillary sinus opacification and enlargement	sinusitis infarction	left maxillary sinus biopsy
3.Joseph M, et al. ⁽⁴⁾ (India)	ชาย อายุ 18 ปี beta thalassemia & sickle cell anemia	left focal motor seizures	dense lesion in right half of sphenoid sinus	no data	transnasal biopsy
4.Collins WO, et al. ⁽⁵⁾ (USA)	ชายอายุ 13 ปี sickle cell anemia	nasal obstruction, bifrontal headache, rhinorrhea	complete opacification of maxillary ethmoid sinus calcification	fungal sinusitis	endoscopic sinus surgery
5.Stamatak S, et al. ⁽⁶⁾ (USA)	ชายอายุ 12 ปี sickle cell anemia	nasal obstruction	right maxillary sinus mass obstructing the Rt OMC	polyp, sinusitis, retention cyst	endoscopic sinus surgery
6.Ittipunkul N, et al. ⁽⁷⁾ (Thailand)	หญิงอายุ 13 ปี beta thalassemia/HbE	progressive visual loss	soft tissue mass in ethmoid and sphenoid sinus with compression optic nerve	no data	blood transfusion, radiation therapy
7.Bizznoi A, et al. ⁽⁸⁾ (Italy)	ชายอายุ 30 ปี Idiopathic autoimmune thrombocytopenia	epistaxis, right nasal obstruction, frontal headache	soft tissue mass in right maxillary sinus and nasal cavity	hemangioperi- cytoma	endoscopic resection
	ชายอายุ 29 ปี Betathalassemia	left nasal obstruction headache fever	expansile lesion in left posterior ethmoid and sphenoid sinus, fluid fill in sphenoid	sphenoid mucocele secondary to ethmoid mass	endoscopic sinus surgery

EMH ในไซนัสถูกรายงานครั้งแรกจากประเทศกรีซในปี 1984 โดย Andreous และคณะ⁽³⁾ ในผู้ป่วยเด็กชายอายุ 10 ปี ที่เป็นเบต้าธาลัสซีเมีย ซึ่งมาด้วยอาการซีดและพูดไม่ได้ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่ามีก้อนในไซนัส maxillary และไซนัส ethmoid ทั้ง 2 ข้าง ต่อมาปี 1995 มีรายงานจากประเทศสหรัฐอเมริกาโดย Fernandez M และคณะ⁽²⁾ ในเด็กชายวัย 28 เดือน ที่เป็น sickle cell anemia ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบไซนัสอักเสบแต่อาการไม่ดีขึ้น เมื่อตัดชิ้นเนื้อไปตรวจจึงพบว่า มีภาวะ EMH ส่วนในประเทศอินเดีย ปี 2000 Joseph M และคณะ⁽⁴⁾ ได้รายงานในเด็กชายอายุ 18 ปี ที่เป็นธาลัสซีเมียร่วมกับ sickle cell anemia ซึ่งมาด้วยอาการชักแบบ focal motor seizure เอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่ามีไซนัส sphenoid ขาวทึบ และได้ทำการตัดชิ้นเนื้อผ่านทางจมูกจึงวินิจฉัยภาวะ EMH ได้ ต่อมาในปี 2005 Collin WO และคณะ⁽⁵⁾ ได้รายงานเด็กชายอายุ 13 ปี ที่เป็น sickle cell anemia ซึ่งมาด้วยอาการคัดจมูกและปวดบริเวณใบหน้า ในตอนแรกได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นการอักเสบของไซนัสจากเชื้อรา และนำไปผ่าตัดไซนัสโดยใช้กล้อง (endoscopic sinus surgery) แต่ผล frozen section พบภาวะ EMH จึงหยุดการผ่าตัดไป ในปี 2009 Stamatak และคณะ⁽⁶⁾ ได้รายงานเด็กชายอายุ 12 ปี ที่เป็น sickle cell anemia มาด้วยอาการคัดจมูกเช่นกัน ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบก้อนบริเวณไซนัส maxillary และได้รับการวินิจฉัย

ว่าเป็นริดสีดวงจมูกและไซนัสอักเสบในช่วงแรก ได้รับการผ่าตัดไซนัสโดยใช้กล้อง ผล frozen section เป็น fibrous dysplasia จึงผ่าตัดต่อ แต่ผลการตรวจชิ้นเนื้อต่อมาจึงทราบว่าเป็นภาวะ EMH ส่วนในประเทศอิตาลี ปี 2010 Bizznoi และคณะ⁽⁸⁾ ได้รายงานผู้ป่วย 2 ราย โดยรายแรกเป็นผู้ป่วยชายอายุ 30 ปี ที่มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำโดยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic autoimmune thrombocytopenia, PIT) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น hemangiopericytoma จึงได้รับการผ่าตัด แต่ผลชิ้นเนื้อพบว่าเป็นภาวะ EMH ส่วนรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 29 ปี เป็นเบต้าธาลัสซีเมียและมาด้วยอาการปวดศีรษะมาก พบว่ามีถุงน้ำในไซนัส sphenoid จึงได้รับการผ่าตัด แต่ผลชิ้นเนื้อพบว่าเป็นภาวะ EMH เช่นกัน

ในประเทศไทยมีรายงานในปี 2007 โดย Ittipunkul N และคณะ⁽⁷⁾ ในผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 13 ปี ที่เป็นธาลัสซีเมียชนิดเบต้าและฮีโมโกลบินอี ซึ่งมาด้วยอาการตามัวทั้ง 2 ข้าง และมัวมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากประสาทตาฝ่อจากการถูกกดโดยก้อนบริเวณไซนัส ethmoid และไซนัส sphenoid ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะ EMH จากประวัติโรคเลือดและลักษณะที่เห็นจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โดยไม่ได้ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้เลือดและฉายแสง ผลการรักษาทำให้อาการตามัวดีขึ้นได้บางส่วน

สำหรับผู้ป่วยในรายงานครั้งนี้เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 19 ปี มีประวัติโรคเลือดจาก แต่ไม่เคย

ได้รับการตรวจวินิจฉัย กระทั่งในครั้งนี้นี้จึงได้รับการตรวจว่าเป็นธาลัสซีเมียชนิดเบต้าและฮีโมโกลบินอี ผู้ป่วยมาด้วยอาการคัดจมูกข้างซ้ายซึ่งเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ มา 3 ปี เคยได้รับการรักษาแบบไซนัสอักเสบและริดสีดวงจมูกแต่อาการไม่ดีขึ้น ตรวจร่างกายพบว่ามีก้อนในจมูกข้างซ้ายจากผนังด้านข้างของจมูก ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีลักษณะเข้าได้กับภาวะ EMH จึงได้ทำการใช้เข็มเจาะดูดที่ก้อนเพื่อเอาชิ้นเนื้อออกมาตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งพบว่ามี erythroid และ myeloid cell ใน mixed megakaryocyte ซึ่งเข้าได้กับภาวะ EMH จึงให้การวินิจฉัยว่า extramedullary hematopoiesis ในไซนัส

จะเห็นว่าอาการที่นำผู้ป่วยมานั้นมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตำแหน่งของ EMH ทั้งอาการจากระบบประสาท (การชัก ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของการเห็น) และอาการผิดปกติในจมูก เช่น การคัดจมูก/อุดตันในจมูก (nasal obstruction) ภาวะน้ำมูกไหล และเลือดกำเดาในการวินิจฉัยโรคในครั้งแรกจึงอาจยังวินิจฉัยภาวะ EMH ไม่ได้ ซึ่งข้อมูลที่จะช่วยในการวินิจฉัยอาจได้จากประวัติโรคเลือด และผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ส่วนการยืนยันภาวะ EMH มักจะได้จากผลตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งอาจได้จากการผ่าตัดชิ้นเนื้อไปตรวจหรือจากการทำ fine needle aspiration

การรักษาภาวะ EMH ในไซนัสนั้นยังไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน โดยการรักษาที่ให้มัก

จะขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วย และมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการแสดง ซึ่งจะต้องชั่งน้ำหนักกับความเสี่ยงในการรักษาโดยเฉพาะการผ่าตัดนำเอาก้อนออก⁽⁵⁾ เช่น ถ้าหากก้อนอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ค่อยทำให้มีอาการและอยู่ในตำแหน่งที่ไม่อันตราย อาจจะใช้วิธีการเฝ้าติดตามโดยไม่ได้รับการเพิ่มเติม แต่ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการและอยู่ในบริเวณที่อาจเกิดอันตราย ก็จำเป็นต้องให้การรักษาซึ่งมีหลายวิธีในรายงานที่กล่าวมา เช่น การให้เลือด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสงในขนาดต่ำ และการผ่าตัด

การให้เลือดนั้นเพื่อต้องการหยุดหรือลดภาวะการทดแทนการสร้างเลือดซึ่งจะทำให้ก้อนนั้นไม่โตมากขึ้น มักจะใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดหรือฉายแสงได้หรือในผู้ป่วยตั้งครรภ์⁽⁹⁾ ส่วนการให้ยาเคมีบำบัด (hydroxyurea, thalidomide) ซึ่งอาจจะให้ยาเคมีบำบัดอย่างเดียวหรือร่วมกับการรักษาอื่น จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้เลือดได้⁽⁹⁾ ส่วนการฉายแสงเป็นการรักษาที่ได้ผลดี โดยเฉพาะ EMH ที่บริเวณปอดสมอง และกระดูกสันหลัง โดยจะใช้เป็นการฉายแสงในขนาดต่ำ 10-30 Gy ซึ่งมักจะได้ผลและมีการตอบสนองที่ดี^(10,11) ส่วนการผ่าตัดนั้นจะทำเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการที่เกิดจากการกดอวัยวะสำคัญ เช่น บริเวณกระดูกสันหลังที่ทำให้เกิดอาการปวดอย่างรุนแรง หรือเพื่อต้องการวินิจฉัยที่แน่นอนในผู้ป่วยที่ไม่สามารถวินิจฉัยก้อนที่โตขึ้นได้ว่าเป็นอะไร

สำหรับในผู้ป่วยรายนี้มีอาการคัดจมูก แต่

ยังไม่มีกรกตบริเวณอวัยวะที่สำคัญ จึงให้การรักษาโดยการให้เลือด 2 ครั้ง ซึ่งจากการติดตามการรักษาหลังผู้ป่วยได้รับการให้เลือดแล้วนั้นพบว่าไม่มีอาการคัดจมูกเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม ก่อนมีขนาดเท่าเดิม ไม่โตขึ้น ผู้ป่วยเข้าใจในสาเหตุโรคของตนเองและพอใจที่อาการไม่เป็นมากขึ้น

ภาวะ EMH ในบริเวณไขสันที่รายงานในประเทศไทยทั้งผู้ป่วยรายนี้และในปี 2007 นั้น เป็นผู้ป่วยธาลัสซีเมียทั้ง 2 ราย ซึ่งโรคธาลัสซีเมียเป็นสาเหตุภาวะซีดที่พบบ่อยในประเทศไทย โดยพบได้ร้อยละ 1 ของประชากร (พบประมาณ 600,000 คน) ขณะที่ประชากรร้อยละ 40 เป็นพาหะของโรค นอกจากนั้นในปีหนึ่งๆ จะมีคู่สมรสที่มีความเสี่ยงในการมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียไม่ต่ำกว่า 50,000 คู่ และมีทารกคลอดออกมาเป็นโรคประมาณ 12,000 คน ซึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเองมีคู่สมรสที่มีความเสี่ยงในการมีลูกเป็นโรคได้ร้อยละ 2.4⁽¹²⁾ ดังนั้น ถ้าหากสามารถลดการเกิดโรคธาลัสซีเมียลง หรือสามารถวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียได้รวดเร็วและให้การรักษาโดยไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซีดที่รุนแรงและเรื้อรังก็จะสามารถลดการเกิดภาวะ EMH ลงได้ ในอีกทางหนึ่ง ภาวะ EMH ในบริเวณไขสันก็ควรได้รับการคำนึงถึงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีก้อนในไขสันและมีประวัติโรคธาลัสซีเมีย

สรุป

Extramedullary hematopoiesis ถึงแม้จะเป็นภาวะที่พบน้อยในไขสัน แต่ก็ควรจะ

คิดถึงภาวะนี้ด้วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องก้อนในไขสันร่วมกับประวัติโรคซีดเรื้อรังมาก่อน เช่น โรคธาลัสซีเมีย หรือ sickle cell anemia ซึ่งสิ่งที่จะช่วยในการวินิจฉัยนอกจากประวัติแล้ว คือ การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และการตรวจทางพยาธิวิทยา รวมทั้งการใช้เข็มเจาะดูดที่ก้อน (FNA) หรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ส่วนในการรักษานั้นคงจะต้องพิจารณาในผู้ป่วยแต่ละรายว่าวิธีไหนจะเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุดและเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม ถ้าหากแพทย์วินิจฉัยภาวะซีดได้รวดเร็วโดยเฉพาะโรคธาลัสซีเมียที่พบได้บ่อยในประเทศไทยและให้การรักษาโดยไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซีดที่รุนแรงและเรื้อรังก็จะสามารถลดการเกิดภาวะ EMH ลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Kaya H, Cerci SS. Tc-99 m nanocolloid scintigraphic imaging of intracranial meningeal extramedullary hematopoiesis in a patient with idiopathic myelofibrosis. Ann.Nucl Med 2006; 2: 565-568.
2. Fernandez M, Slovis TL, Whitten-Shurney W. Maxillary sinus marrow hyperplasia in sickle cell anemia. Pediatr Radiol 1995; 25: 209-211.
3. Andreou J, Gouliamus A, Kalovidouns A, et al. Bone marrow hyperplasia of

- the maxillary sinuses in betathalasemia. J Comput Assist Tomogr 1984; 8: 180.
4. Joseph M, Rajshekhar V, Chandy MJ. Haematopoietic tissue presenting as a sphenoid sinus mass: case report. Neuroradiology 2000; 42:153-154.
 5. Collins WO, Younis RT, Carcia MT. Extramedullary hematopoiesis of the paranasal sinuses in sickle cell disease. Otolaryngol Head Neck Surg 2005; 132: 954-956.
 6. Stamataki S, Behar P, Brodsky L. Extramedullary hematopoiesis in the maxillary sinus. International Journal of Pediatric Rhinology 2009; 4: 32-35.
 7. Ittipunkul N, Martin T, Siriwanasan R, et al. Extramedullary hematopoiesis causing bilateral optic atrophy in beta-thalassemia/Hb E disease. J Med Assoc Thai 2007; 90: 809-812.
 8. Bizzoni A, Lombardi D, Maroldi R, et al, Extramedullary hematopoiesis: a rare occurrence in the sinunasal tract. Auris Nasus Larynx 2010; 37: 233-237.
 9. Cario H, Wegener M, Debatin KM. Treatment with hydroxyurea in thalassemia intermedia with paravertebral pseudotumor of extramedullary hematopoiesis. Ann Hematol 2002; 81: 478-482.
 10. Singhal S, Sharma S, Dixit S, et al. The role of radiation therapy in the management of spinal cord compression due to extramedullary hematopoiesis in thalassemia, J Neurol Neurosurg Psychiatry 1992; 55: 310-312.
 11. Martina ISJ, Vanboorn PA. Spinal cord compression due to extramedullary hematopoiesis in thalassemia, a case report and review of the literature. J Neurol 1996; 243: 364-369.
 12. Ratanasiri T. Prevention and control of thalassemia in obstetric practice. Srinagarind Medical Journal 2007; 4: 471-476

Extramedullary Hematopoiesis of Paranasal Sinuses in Thalassemia

*Tavatchai Thongprasert**

Abstract

Extramedullary hematopoiesis is a formation and development of blood cell occurring outside bone marrow such as spleen, liver and lymph nodes. Other sites are extremely rare especially in paranasal sinuses. No definite treatment for extramedullary hematopoiesis was found in the present, reducing symptoms was the only option. A 19 years old Thai woman diagnosed with hemoglobin E- beta thalassemia had had progressive left nasal blockage symptom for three years. She was admitted to Sunpasitthiprasong Hospital due to no improvement after prolonged treatment with oral antibiotic and nasal corticosteroid for chronic left sinusitis and nasal polyp. A fine needle aspiration had been performed and extramedullary hematopoiesis had been diagnosed. Treatments for this patient were blood transfusion and oral folic acid but there was no significant clinical response. The patient had the same size of nasal mass but no other complication.

Keywords : extramedullary hematopoiesis, thalassemia

*Otolaryngologist. Department of Otolaryngology, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

รูปแบบการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และอุดตันของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

อาคม อารยาวิชานนท์*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศไทย การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องพัฒนาสำหรับทุกโรงพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยสหสาขาวิชาชีพ การเปิดบริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การให้บริการ stroke fast track และการรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ส่งผลให้สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณภาพการดูแลรักษาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น

คำสำคัญ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง stroke fast tract

*อายุรแพทย์ระบบประสาท กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคที่มีความสำคัญและพบบ่อยในเวชปฏิบัติ เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายสูงติดอันดับ 1 ใน 3 อันดับแรกของประเทศไทยและของโลก นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นักเป็นภาระต่อครอบครัวและประเทศ การพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดการเป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมาพบแพทย์ด้วยอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน เช่น แขนอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ชาแขนขาและร่างกายครึ่งซีก เป็นต้น อาการที่ผิดปกตินี้อาจมีสาเหตุได้จากเส้นเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือเส้นเลือดสมองแตกก็ได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องหาสาเหตุที่จำเพาะก่อน แล้วจึงให้การรักษาตามแนวทางการรักษามาตรฐานต่อไป

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หน่วยประสาทวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้จัดประชุมทีมคณะทำงานของกลุ่มงานอายุรกรรม และมีโครงการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) เมื่อปี พ.ศ. 2545

การดำเนินงานในช่วงแรกก่อนการเปิดหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเฉพาะ ได้มีการจัดประชุมคณะทำงานของกลุ่มงานอายุรกรรมและจัดพื้นที่เป็น stroke corner ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง โดยมีเตียงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยละ 4 เตียง มีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้ทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญมีจำนวนมาก การดำเนินงานในช่วงแรกจึงยังไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก ภาวะแทรกซ้อนจากโรคและตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลรักษาไม่ได้เปลี่ยนแปลงจากการดำเนินงานตามรูปแบบเดิมแต่อย่างใด

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างนั้นมีหลายประการ ได้แก่ การขาดความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรในหน่วยงานมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องและไม่ดีต่อการรักษาโรค การขาดทีมสหสาขาวิชาชีพที่เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาโรค การขาดฐานข้อมูลโรคที่ถูกต้องตามจริง การไม่นำแนวทางการดูแลรักษาโรคมาพัฒนาใช้ นอกจากนั้นยังไม่มีสถานที่ในการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การไม่เห็นถึงความสำคัญของผู้บริหารและไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน รวมทั้งการไม่มีนโยบายที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมศักยภาพของทีมบุคลากร หน่วยประสาทวิทยา

กลุ่มงานอายุรกรรม จึงได้เริ่มต้นพัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และวางแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนี้

1. ส่งบุคลากรเพื่ออบรมระยะสั้นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีทั้งหลักสูตรระยะสั้น 1-2 สัปดาห์ และหลักสูตร 3 เดือน เพื่อเตรียมความพร้อมในการเปิดหอผู้ป่วย stroke unit รวมทั้งจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพัฒนาทีมงานสหสาขาวิชาชีพในขณะเดียวกัน

2. จัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. จำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามสาเหตุ โดยกรณีที่เป็นสาเหตุจากเส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตันให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ส่วนกรณีที่เป็นสาเหตุจากเส้นเลือดสมองแตกให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท

4. เก็บรวบรวมตัวชี้วัดโรคหลอดเลือดสมองต่างๆ เช่น อัตราตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) การทำกายภาพบำบัด การได้รับสุขศึกษาก่อนจำหน่าย อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 1 เดือน การได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เป็นต้น

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke Unit)

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ได้รับการจัดตั้งและเปิดให้บริการในเดือนกันยายน พ.ศ.2551 โดยได้รับการจัดสรรพื้นที่ใช้สอยจากคณะกรรมการบริหารทรัพยากรของโรงพยาบาล ทีมบุคลากรผู้ดูแลรักษาประกอบด้วยอายุรแพทย์ระบบประสาท ทีมพยาบาลจากกลุ่มการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) แห่งแรกของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง (special care unit) ประกอบด้วยจำนวนเตียงทั้งหมด 12 เตียง รับผิดชอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจาก เส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke, cerebral infarction) โดยมีเกณฑ์การรับผู้ป่วย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี 2) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากเส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 3) มีอาการไม่เกิน 7 วัน ก่อนมาถึงโรงพยาบาล 4) ผู้ป่วยมี glasgow coma score มากกว่า 11 คะแนน และ 5) ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การรับผู้ป่วยจะนอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชายหรือหญิง รวมทั้งในกรณี

เตียงเต็ม ส่วนผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญหรือหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

การพัฒนาการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ดำเนินการหลายประการทั้งในด้านแนวทางการดูแลรักษา การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการเผยแพร่ความรู้ ดังนี้

■ จัดประชุมทีมงานสหสาขาวิชาชีพเพื่อจัดทำแผนภูมิการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (แผนภูมิที่ 1 และ 3) และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบช่องทางด่วน (stroke fast track) (แผนภูมิที่ 2)

■ จัดทำ standing order สำหรับผู้ป่วย ischemic stroke (ภาพที่ 1) และสำหรับผู้ป่วยที่ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (ภาพที่ 2) รวมทั้งการจัดทำแนวทางการพยาบาล (nursing care) ในการดูแลผู้ป่วย

■ การพัฒนาบุคลากรด้านต่างๆ ได้แก่ การศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและมีหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง การส่งพยาบาลเพื่ออบรมพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง การจัดประชุม stroke grand round การจัดประชุมวิชาการเรื่องการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการจัดการบริการผู้ป่วยแบบ stroke fast track และ comprehensive stroke care เป็นต้น

■ การเผยแพร่ความรู้แก่สาธารณะ ทั้งการจัดทำโปสเตอร์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และโปสเตอร์ความรู้แก่บุคคลทั่วไป การจัดทำคู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน

Stroke Fast Track

การจัดบริการ stroke fast track เริ่มจากการประชุมเตรียมความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานระบบส่งต่อ กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก กลุ่มงานรังสีวิทยา โดยชี้แจงนโยบายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการ stroke fast track ผลดีของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยยาละลายลิ่มเลือด และมีมติในการดำเนินงาน stroke fast track ดังนี้

-ผู้ป่วย stroke ที่มีอาการน้อยกว่า 3 ชั่วโมงมาถึงอุบัติเหตุฉุกเฉินให้ทำการแจ้งเตือน (activate code stroke fast track) ต่อแพทย์เวรพยาบาลหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก กลุ่มงานรังสีวิทยา (งานเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์) รวมทั้งทำการประเมินสัญญาณชีพและความผิดปกติของระบบประสาท

-อายุรแพทย์ระบบประสาทหรือแพทย์เวรอายุรกรรมประเมิน NIH stroke score ตลอดจนข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis, rt-PA)

-ส่งตรวจ CT brain non contrast ด่วน โดยให้ได้ผลในเวลาไม่เกิน 30 นาที กรณีที่พบว่า

เป็น hemorrhagic stroke ให้ส่งผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ส่วน กรณีที่เป็น ischemic stroke ให้ส่งผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขณะ เดียวกันส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการด่วน โดย ให้ได้ผลภายใน 45 นาที

-กรณีที่มีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามในการให้ ยาละลายลิ่มเลือด อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงผลดี ผลเสียของการรักษา และให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติ ได้ตัดสินใจและแสดงความยินยอมในการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดตามแนวทางการรักษา มาตรฐาน (ภาพที่ 3 และตารางที่ 1) ส่วนกรณีที่ ไม่ยินยอมรับการรักษาดัวยยาละลายลิ่มเลือดจะ ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตัน

-ในระยะแรกแรกที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองยังไม่มีเครื่องมือในการติดตามอาการผู้ป่วย (monitor) ผู้ป่วยจะนอนสังเกตอาการและ ความผิดปกติต่างๆ ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 วัน จากนั้นจึงย้ายกลับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ต่อมาเมื่อมีเครื่อง monitor และ oxygen support ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึง ให้การดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่แรกเริ่ม

-ภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลติดตาม อย่างใกล้ชิด (close monitoring) และห้ามให้ยา antiplatelet และ anticoagulant ในช่วง 24

ชั่วโมงนี้ นอกจากนั้นยังได้มีการแจ้งศัลยแพทย์ ระบบประสาทเพื่อเตรียมพร้อมในดูแลผู้ป่วยกรณี ที่ให้ยาแล้วมีภาวะเลือดออกในสมองตามมา

-ดูแลผู้ป่วยตาม post-rtpA order form หลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด และส่งตรวจ CT brain ซ้ำหลังได้รับยา 24 ชั่วโมง รวมทั้งการจัดให้ มี standing order สำหรับผู้ป่วย ischemic stroke ทุกราย

ผลการดำเนินงานหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ stroke fast track

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) รับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปีละ 700 กว่าราย โดยได้รับการดูแลรักษาจากอายุรแพทย์ ระบบประสาท ทีมพยาบาลที่มีความรู้ความ ชำนาญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็น โรคระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับ การทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการ ดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพในประเด็นอื่นที่ เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลดีต่อผู้ป่วยและผลการรักษาใน หลายด้าน ทำให้อาการของโรคดีขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ตารางที่ 2) รวมถึงญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถ ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการดำเนินงาน stroke fast track ยังมีปัญหาที่ระบบและบุคลากร ทางการแพทย์ เนื่องจากต้องประสานงานหลาย หน่วยงาน จึงยังพบว่าได้รับการตรวจทางห้อง

ปฏิบัติการล่าช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมถึงการประเมินผู้ป่วยที่จะให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis) ยังมีจำนวนน้อย

สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งในปัจจุบันยังยึดเกณฑ์การให้ยา thrombolysis ที่ระยะเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมงนั้น เกิดขึ้นทั้งจากระบบบริการ สถานะของผู้ป่วย และความยินยอมรับการรักษา ซึ่งประเด็นที่พบได้แก่

1. ความล่าช้าในการส่งต่อ
2. ความล่าช้าของผลการตรวจทางห้อง

ปฏิบัติการ

3. ผู้ป่วยอายุมากเกินไป ผู้ป่วยมีอาการชัก ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมากเกินไป และผู้ป่วยที่กินยา anticoagulant อยู่แล้ว

4. พบมีความผิดปกติของ CT brain การประเมิน NIH stroke score มีคะแนนน้อยเกินไปหรือมากเกินไป นอกจากนั้นยังรวมถึงผู้ป่วยบางรายที่มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

5. ผู้ป่วยไม่ยินยอมให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

สรุป

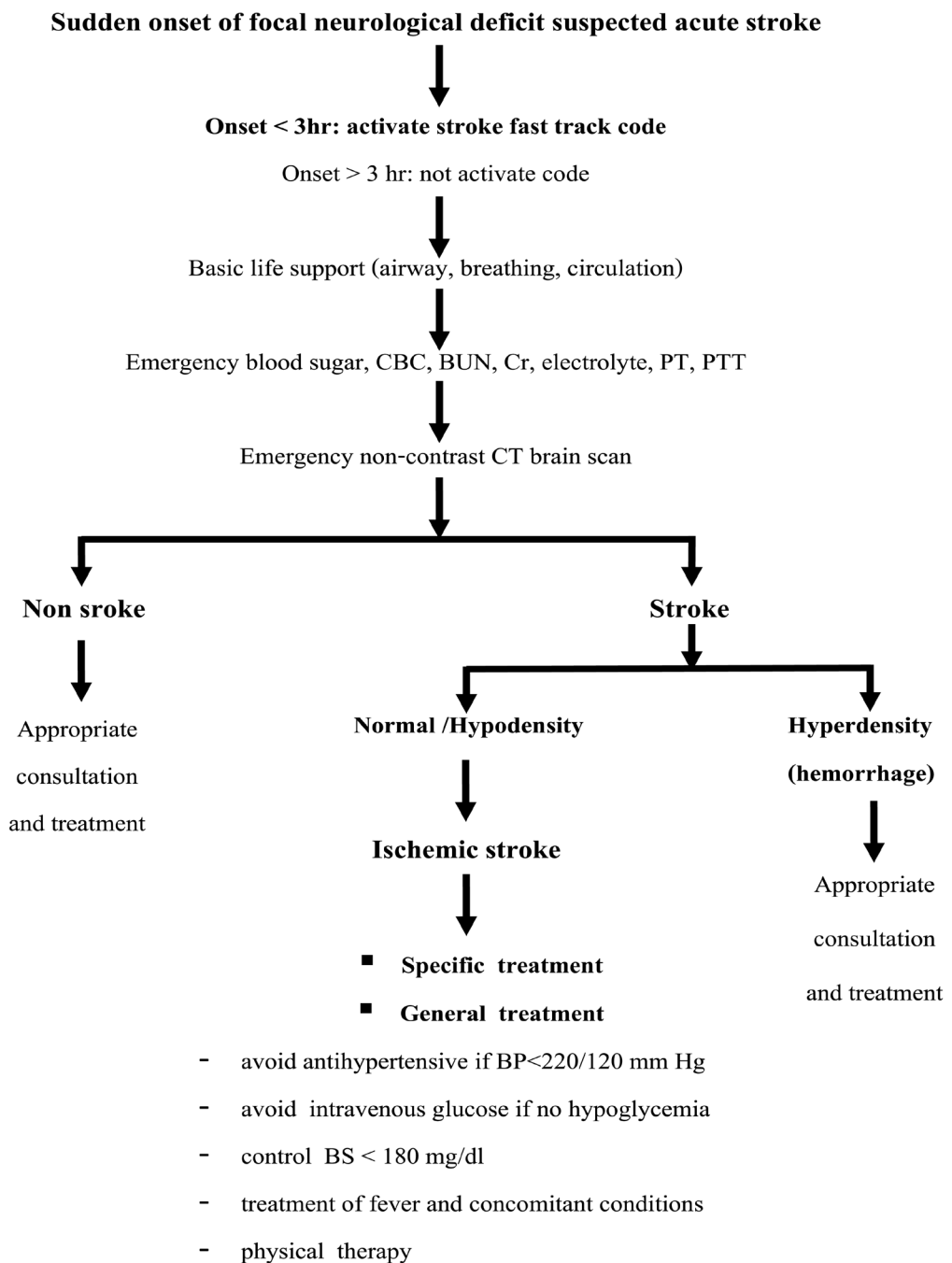
การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน การเปิดบริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดำเนินงาน stroke fast track การจัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้ประชาชน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียงให้สามารถเปิดบริการ stroke fast track ได้ แต่การดำเนินงานยังมีปัญหาอุปสรรคอยู่

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะไม่สามารถที่จะให้บริการ stroke fast track ได้ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยจัดตั้ง stroke corner หรือ stroke unit ตลอดจนการให้การรักษาดตามแนวทางการรักษามาตรฐาน การทำกายภาพบำบัด และการดูแลผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพ ก็จะสามารถส่งผลดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพการรักษา รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยได้เช่นกัน

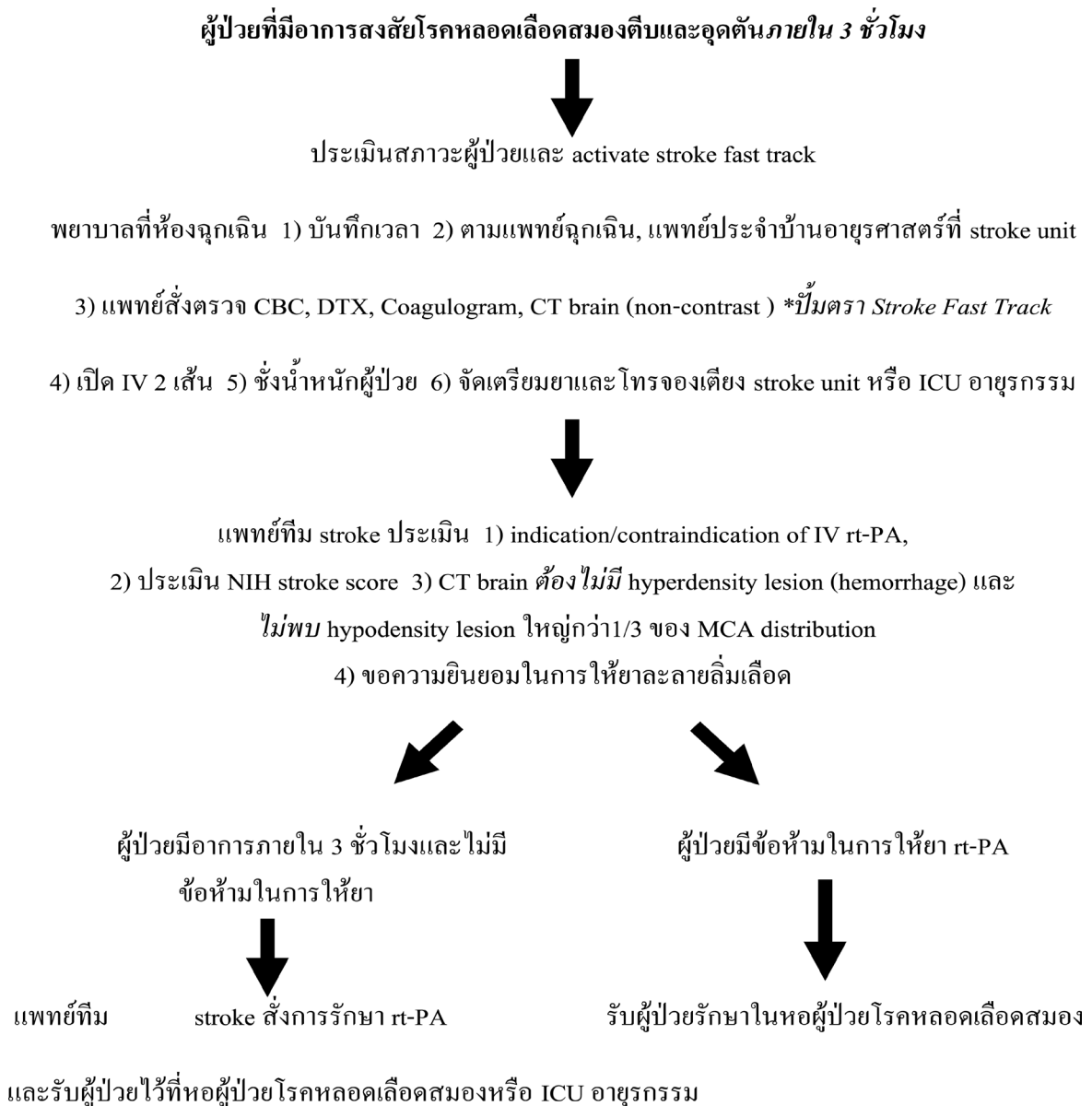
บรรณานุกรม

1. Adams HP, Zoppo G, Albert MJ, et al. Guideline for the early management of adults with ischemic stroke. Stroke 2007; 38: 1655-1711.
2. Arayawichanont A. Outcome of ischemic stroke patients admitted at Sappasithiprasong Hospital Stroke Unit. IJM 2010; 9(3): 16-20.
3. Indredarik B, Bakke F, Solberg R, et al. Benefit of stroke unit: a randomised controlled trial. Stroke 1991; 22: 1026-1031.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Stroke: diagnosis and initial management of acute ischemic stroke and transient ischemic attack (TIA). NICE clinical guideline 68, 2008.
5. Pongvarin N, Senanarong V, Prayoonwivat N, Arayawichanont A. Siriraj acute stroke unit: the Paradigm of Thailand. J Stroke Cerebro Dis 2000; 9 (sup 1): 132-133.

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน



แผนภูมิที่ 2 Stroke Fast Track



แผนภูมิที่ 3 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อรับผู้ป่วยไว้รักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



1.แจ้ง stroke case manager

2.ประเมินการกลืน (bedside swallowing test)

3.ให้ยา aspirin 300 mg ภายใน 24-48 hours ของ onset ถ้าไม่มีข้อห้าม

4.ส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในผู้ป่วย

5.วางแผนดูแลผู้ป่วยโดย stroke team ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์

นักกายภาพบำบัด โภชนากร ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

6.ทำกายภาพบำบัด ถ้าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่



วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย



ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน



นัดตรวจหลังจำหน่ายผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้านโดยฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

(ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย)

ภาพที่ 1 ใบสั่งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน Post rt-PA in acute ischemic stroke patient

	คำสั่งใช้ภายใน 1 วัน	วันที่	คำสั่งใช้ต่อเนื่อง
ชื่อ	☐ Admit to ICU		☐ Record fluid intake/output OD
เตียง	☐ BP post rt-PA administration via external cuff, not a-line: every 15 mins x 2 hours, every 30 mins x 6 hours, every 60 mins x 16 hours, then every 4 hours if stable.		☐ (H2 blocker /proton pump inhibitor)
หอผู้ป่วย			
สิทธิ์	☐ Record Neuro signs q 1 hr x 24 hrs, then q 4 hrs if stable		
Doctor's note	☐ Call resident immediately for BP> 180/105, sudden decline in neuro status or decrease in Glasgow coma score.		
Post t-PA Precautions:			
a. No Heparin, Warfarin, LMWH, Aspirin, Aspirin/ dipyridamole(Aggrenox®), Ticlopidine (Ticlid®), Clopidogrel (Plavix®), or any other antithrombotic for first 24 hrs post t-PA.	☐ Iv fluid _____cc/hr ☐ Bed rest ☐ Diet: _____ [avoid NG tube for 24 hrs after t-PA]		
b. Avoid urinary catheterization if possible, or at least until 30 minutes after the t-PA infusion.	BP treatment: goal <180/105 a. For DBP >150 mmHg, or SBP >230 or DBP 121-140 mmHg start		
c. CVP, PA pressures, and cardiac output monitored as indicated but not prior to or during the 60 minute t-PA infusion or for 30 minutes after the t-PA infusion except under emergency situation.	☐ Nitroprusside drip start 0.5 µg/kg/min b. For SBP 180-230 and DBP 105-120 mmHg on two readings 5-10 minutes apart, ☐ captopril titration : start 6.25 mg oral		
แพทย์			
ชื่อ	☐ or Nicardipine drip 5 mg/h iv infusion and titrate to desired effect by increasing 2.5 mg/h q 5 min to max.15 mg/h: if BP is not controlled, consider nitroprusside		
เตียง			
หอผู้ป่วย	☐ CT brain (non-contrast) at 24 hr post rt-PA		
สิทธิ์	If intracranial hemorrhage is suspected,		
Doctor's note	☐ Stop rt-PA infusion		
NIHSS at 2 hr ____	☐ Repeat CBC, PT, PTT, INR		
NIHSS at 24 hr ____	☐ Emergency CT brain		
NIHSS at 48 hr ____	☐ Consult neurosurgeon		
แพทย์	☐ Cross match FFP ____ (6-8 units or 10 cc/kg)		

รูปแบบการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี

อาคม อารยวิชานนท์

ภาพที่ 2 rt-PA Administration Orders for Acute Ischemic Stroke

Patient Name _____ HN _____ AN _____	Check lists
Date of order _____ Doctor Name _____	

1. If clinical presentation suggests acute ischemic stroke and symptom onset is within 3 hours:

- call Stroke unit แพทย์เวรหรือแพทย์ประจำ Stroke unit คำนวณเวลาที่คนไข้มาถึงห้องฉุกเฉิน
- CBC with diff, PT/PTT, Blood sugar, BUN/Cr, Electrolyte
- Emergency non-contrast CT brain
- evaluate NIHSS _____ before giving rt-PA

INCLUSION CRITERIA FOR rt-PA ADMINISTRATION:

(These inclusion and exclusion criteria are intended for use as guidelines. Final determination on the use of rt-PA in acute stroke is a

medical decision to be made by the responsible physician)

- ☐ 1. Clinical diagnosis of ischemic stroke.
- ☐ 2. Time of symptom onset well-established < 3 hours.
- ☐ 3. Appropriate for rt-PA administration as per exclusion criteria.
- ☐ 4. non-contrast CT brain : negative for hemorrhage.

EXCLUSION CRITERIA FOR rt-PA ADMINISTRATION:

- ☐ 1. Only minor stroke symptoms
 - pure sensory symptoms , ataxia only, motor score < 1 on the NIH Stroke Scale
- ☐ 2. Major symptoms that are rapidly improving before rt-PA infusion is begun.
- ☐ 3. Any evidence of hemorrhage on the initial CT.
- ☐ 4. Clinical presentation suggestive of SAH even if the initial CT is negative.
- ☐ 5. Female patient who is possibly pregnant.
- ☐ 6. Laboratory values:
 - Platelet count < 100,000
 - PT >15 or patient currently taking anticoagulants
 - PTT > normal limits for laboratory
 - Glucose <50 or >400
 - Hb < 10 g/dl
- ☐ 7. Major surgery or serious trauma in the last 14 days.
- ☐ 8. Serious head trauma or intracranial surgery in the last 3 months.

- ☐ 9. Intracranial neoplasm, arteriovenous malformation, or aneurysm.
- ☐ 10. Active GI or GU bleeding or history of such bleeding in the last 21 days.
- ☐ 11. Patient has had arterial puncture at a non-compressible site (i.e. subclavian).
- ☐ 12. Patient has had LP in the last 7 days (including epidural/spinal anesthesia).
- ☐ 13. Persistent HTN

-On repeated measurements, patient has SBP > 185 or DBP > 110 at time treatment is to begin.

-Patient requires aggressive treatment to reduce BP to limits specified above.

- ☐ 14. Patient has history of stroke in the past three months.
- ☐ 15. Patient has ever had an intracranial hemorrhage considered to put the patient at increased risk for intracranial hemorrhage.
- ☐ 16. Patient has serious concurrent illness.
- ☐ 17. Patient has clinical presentation or EKG changes c/w acute MI.
- ☐ 18. Patient has clinical presentation suggestive of post-MI pericarditis.
- ☐ 19. Patient has had seizure or seizures in setting of acute stroke.
- ☐ 20. History or clinical/lab evidence of acute drug abuse.

2. If patient is eligible (see Inclusion and Exclusion Criteria) and rt-PA is to be given, complete the following (a-g):

a. Give rt-PA 0.9 mg/kg (maximum total dose 90 mg) with 10% given as a bolus over one minute and the remainder infused over the next 59 minutes via peripheral IV in NS.

[BW _____ kg, total rt-PA _____ mg], rt-PA _____ mg iv in 1 min then _____ mg iv drip in over next 59 minutes.

b. Continuous cardiac monitoring

c. BP via external cuff every 15 mins during infusion.

d. Neuro checks every 15 mins during infusion.

e. Call internal medicine admitting resident immediately if BP > 180/105 or sudden decline in neuro status.

f. BP treatment: goal BP <180/105

a. For DBP >150 mmHg, or SBP >230 or DBP 121-140 mmHg start Nitroprusside (Nipride®) drip (0.5 mg/kg/min)

b. For SBP 180-230 and DBP 105-120 mmHg on two readings 5-10 minutes apart, captopril titration : start 6.25 mg oral

g. Precautions during infusion:

1. Avoid CVP, PA pressures, and cardiac output monitoring until 30 minutes after the t-PA infusion except in emergency situation.

2. Avoid NG tube insertion unless a less invasive option is not available.

3. Avoid urinary catheterization if possible, or at least until 30 minutes after t-PA infusion.

ภาพที่ 3 หนังสือแสดงความยินยอม

หนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันเฉียบพลัน

ด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ เวลา _____

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____ อายุ _____ ปี

☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ _____ ในฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน ในฐานะ _____ ของผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว
_____ HN _____ AN _____

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงรายละเอียดของการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันเฉียบพลันด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำจากแพทย์ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 การใช้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันเฉียบพลันภายใน 3 ชั่วโมงจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะฟื้นตัวจากความพิการสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาประมาณร้อยละ 30

ข้อ 2 ข้าพเจ้าเข้าใจข้อบ่งชี้และรายละเอียดของการรักษาดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งรับทราบถึงผลแทรกซ้อนของการใช้ยานี้ คือ การให้ยาอาจทำให้เกิดเลือดออกในสมองและเลือดออกในบริเวณต่างๆ ของร่างกายตามมาได้ โดยพบประมาณร้อยละ 7 ของผู้ที่ได้รับยานี้ และร้อยละ 0.1 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาจะพบการแพ้ยาชนิดรุนแรงได้ ในกรณีที่เกิดเลือดออกในสมองชั้นรุนแรงอาจเสียชีวิตได้

แพทย์ผู้ให้ข้อมูลการรักษา ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจแทน

ลงชื่อ _____

ลงชื่อ _____

(_____)

(_____)

พยาน

ลงชื่อ _____

(_____)

ตารางที่ 1 ขนาดยาละลายลิ้มเลือดต่อน้ำหนักตัว (กก.)

Body weight (kg)	rt-PA 0.9 mg/ kg	Body weight	rt-PA 0.9 mg/ kg	Body weight (kg)	rt-PA 0.9 mg/ kg
41	36.9	60	54	79	71.1
42	37.8	61	54.9	80	72
43	38.7	62	55.8	81	72.9
44	39.6	63	56.7	82	73.8
45	40.5	64	57.6	83	74.7
46	41.4	65	58.5	84	75.6
47	42.3	66	59.4	85	76.5
48	43.2	67	60.3	86	77.4
49	44.1	68	61.2	87	78.3
50	45	69	62.1	88	79.2
51	45.9	70	63	89	80.1
52	46.8	71	63.9	90	81
53	47.7	72	64.8		
54	48.6	73	65.7		
55	49.5	74	66.6		
56	50.4	75	67.5		
57	51.3	76	68.4		
58	52.2	77	69.3		
59	53.1	78	70.2		

รูปแบบการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี

อาคม อารยวิชานนท์

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงาน stroke fast track โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ข้อมูลผู้ป่วย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	2552	2553	2554
1.จำนวนผู้ป่วย ischemic stroke, I 63 (ราย)	1991	2021	2138
2.จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ stroke unit (ราย)	691	772	787
3. จำนวนผู้ป่วย stroke fast track (ราย)	37	30	24
4.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA (ราย)	4	5	7
5. door to needle time (นาที)	105	80	65
6. ระยะเวลาที่ทำ CT brain จนได้รับผล (นาที)	19	21	15
7. ระยะเวลาตรวจ lab จนได้รับผล (นาที)	55	73	47
8. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ใน ER (นาที)	44	27	28
9.ระยะเวลาส่งตัวผู้ป่วยจาก ER เข้า stroke unit (นาที)	8	11	7
10.ภาวะแทรกซ้อน(ราย)			
- intracerebral haemorrhage	0	1	1
- pneumonia	0	1	0
- UTI	0	0	1
11.ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัดตามโปรแกรม	100%	100%	100%
12.อัตราการตายของผู้ป่วยที่รับ rt-PA ขณะนอน รพ. (ราย)	0	0	0
13. อัตราตายของผู้ป่วยที่รับ rt-PA ใน 3 เดือน (ราย)	0	0	1