

# สรรพสิทธิเวชสาร

(Sappasitthiprasong Medical Journal)

สรรพสิทธิเวชสาร เป็นวารสารของโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน พฤษภาคม-สิงหาคม กันยายน - ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมและรวบรวมวิทยาการ การค้นคว้า ทางแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ในประเด็นปัญหาทางสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่กิจกรรมและข่าวสารทางวิชาการของ โรงพยาบาล

การติดต่อ ผู้ที่ประสงค์จะติดต่อกับบรรณาธิการหรือ ต้องการส่งบทความทางวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในสรรพสิทธิ เวชสาร โปรดส่งไปยัง นายแพทย์จิรวัฒน์ มุลศาสตร์ ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 34000 โทร.0-4524-4973, 0-4524-0074-93 ต่อ 1395 (คุณพัชริน) โดยบทความที่ต้องการตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ สำหรับผู้สมัคร

การบอกรับ ค่าสมาชิกภายในประเทศ ปีละ 300 บาท หรือเล่มละ 120 บาท รวมค่าส่ง ติดต่อ คุณรัตนาดี ดังควัฒนา งานพัฒนาคุณภาพ/มาตรฐาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพระบบ บริการสุขภาพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 34000 โทร.0-4524-4973, 0-4524-0074-93 ต่อ 1372 หรือ 0-4525-4392

หมายเหตุ ข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ในบทความ ถือว่าเป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ ความเห็นหรือการรับรองของกองบรรณาธิการและ โรงพยาบาล

เจ้าของ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

## คณะที่ปรึกษา

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| นายแพทย์กวี       | ไชยศิริ      |
| นายแพทย์วิศิษฐ์   | สงวนวงศ์วาน  |
| นายแพทย์ศักดิ์ชัย | ธีระวัฒน์สุข |
| นางนวลจันทร์      | ประเคนรี     |

## บรรณาธิการ

|                  |           |
|------------------|-----------|
| นายแพทย์จิรวัฒน์ | มุลศาสตร์ |
|------------------|-----------|

## กองบรรณาธิการ

|             |                        |
|-------------|------------------------|
| นางสุเพียร  | โกลทิพย์               |
| นางนิตยา    | สนิทวงศ์ ณ อุบลราชธานี |
| นางสุวารี   | เจริญมุขนิรันดร์       |
| นางสาวยุพิน | ชัยเวชสกุล             |
| นายสุพจน์   | สายทอง                 |

## เจ้าหน้าที่สำนักงาน

|            |           |
|------------|-----------|
| นางรัตนาดี | ดังควัฒนา |
| นางพัชริน  | ทองเหลือง |

พิมพ์ที่ ภาสกรพิมพ์ โทร. 045-261371

สรรพสิทธิประสงค์ ผู้อ่านสามารถนำข้อมูลจากวารสารไปใช้ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการได้ กรณีนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ อื่นๆ จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกอง บรรณาธิการก่อน

## ใบบอกรับสรรพสิทธิเวชสาร

เรียน เจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดส่งสรรพสิทธิเวชสาร

ข้าพเจ้าขอรับสรรพสิทธิเวชสาร ประจำปี พ.ศ. .... (ฉบับที่ 1-3) และได้ส่งค่าบอกรับเป็นจำนวน

เงิน.....บาท โดยชำระเป็น ☐ ตัวแลกเงิน ☐ ธนาณัติ

โปรดจัดส่งวารสารไปยัง

ชื่อ.....

ที่อยู่.....

ลงนาม.....

# คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสรรพสิทธิเวชสาร ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการรักษาพยาบาล รวมทั้งเสริมสร้างความเข้าใจอันดี เพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาการ ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนทุกท่านส่งบทความมาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร ทั้งนี้กองบรรณาธิการยินดีรับบทความที่ท่านส่งมาและจะพยายามสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิในด้านนั้นๆ เพื่ออ่านทบทวน และร่วมมือกันในการปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์โดยอยู่ในขอบเขต ดังนี้

## 1. ประเภทบทความ

**1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)** เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

**1.2 บทปริทัศน์ (review article)** เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

**1.3 บทความพิเศษ (special article)** เป็นบทความประเภทถึงบทปริทัศน์กับบทความพื้นวิชา หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน หรือเป็นความคิดเห็นในเรื่องใดจากประสบการณ์ของผู้เขียน

**1.4 บทความพื้นฐาน (refresher course)** เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่องที่นำมาเรียบเรียงเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ

**1.5 รายงานเบื้องต้น (preliminary report)** หรือรายงานสังเขป (short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ หรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

**1.6 รายงานผู้ป่วย (case report)** เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรงแบบ ที่พบไม่บ่อย

**1.7 ปกิณกะ (miscellany)** เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่าย หรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

**1.8 จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to editor)** หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence) เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการ ผู้อ่าน กับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

## 2. การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสรรพสิทธิเวชสาร ไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารอื่น พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษขนาด A4 ห่างขอบทุกด้าน 1 นิ้ว ด้วยคอมพิวเตอร์ ใช้โปรแกรม Microsoft Word of Window ตัวอักษร Angsana New หรือ Angsana UPC ขนาด 16

ภาษาที่ใช้คือ ภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่

### บทความควรเรียงลำดับดังนี้

#### 2.1 ปกชื่อเรื่อง ประกอบด้วย

**2.1.1 ชื่อเรื่อง** ควรสั้น ได้ใจความไม่ซ้ำคำย่อ ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์และผู้ร่วมงาน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมทั้งชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่สังกัด

2.1.3 ชื่อและที่อยู่ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.2 บทคัดย่อ (abstract) ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อที่ครอบคลุมสาระสำคัญของเรื่อง ความยาวไม่เกิน 300 คำ หรือประมาณ 20 บรรทัด

2.3 คำสำคัญ (key words) เป็นคำหรือวลีสั้นๆ ที่เป็นประเด็นสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้ว ไม่ควรเกิน 5 คำ ทั้ง 2 ภาษา

2.4 บทนำ (introduction) กล่าวถึง ความสำคัญของปัญหา การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างย่อๆ และจุดประสงค์ของการวิจัย

2.5 วัสดุและวิธีการ (materials and methods) วิธีการดำเนินการศึกษา ให้กล่าวถึงกลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวม และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล

2.6 ผลการศึกษา (results) รายงานผลการศึกษาเป็นคำบรรยาย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย อาจมีตารางที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวดิ่ง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตารางกรณีรูปภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ได้รูป

2.7 วิจารณ์ (discussion) นำผลการศึกษามาอธิบายตรงกันข้ามวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น โดยมีหลักฐานการอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ

2.8 สรุป (conclusion) ประเด็นที่สำคัญของการศึกษา การนำผลไปใช้ประโยชน์ ข้อเสนอแนะ หรือให้ประเด็นคำถามสำหรับการวิจัยต่อไป อาจรวมไว้กับการวิจารณ์ก็ได้

2.9 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement)

2.10 เอกสารอ้างอิง (references) จำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานวิจัย

2.11 ตารางภาพ และแผนภูมิ ควรแยกพิมพ์ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจ พร้อมกับเขียนแจ้งไว้

### 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข (1) สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้ว แต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง นอกจากมีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆ ไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง โดยมีรูปแบบดังนี้

#### 1. วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์. ปีที่: หน้าแรก หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อนตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 3 คน แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารให้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

1. วิทยา สวัสดิคุณพิงศ์, พชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกตพิงศ์, ยุวดี คาพิพย์. การสำรวจความครอบคลุม และการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow up. Br J Cancer 1996; 73:7006-12.

3. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538; 27: 190-204.

4. Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

5. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ. ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 [ฉบับผนวก]:153-61.

6. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน [บทบรรณาธิการ]. สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

7. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. Lancet 1996; 347: 1337.

## 2. หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

### 2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์.

#### ➤ หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

#### ➤ หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาลัย, ประทอง วิทยาลัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

### 2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อ บรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

1. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี คูจินดา, วินัย สุวัทธิ. อรุณ วงษ์จิรายุทธ์, ประอร ชวลิตธำรง, พิกพ จิริบุญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension : pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

### 3. รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วัน เดือน ปีประชุม. สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, งานจิตต์ จันทรสาธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมไบเบิ้ลทาวน์. กรุงเทพมหานคร: คีไชน์; 2541.

2. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatic. In; Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

#### 4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์, แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. สุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, สุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, องค์การอนามัยโลก; 2540

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOEI69200860.

#### 5. วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภทปริญญา]. ภาควิชา, คณะ, เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

1. ชยชัย ชาติ. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต]. ภาควิชาเศรษฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health cares: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

#### 6. สิ่งพิมพ์อื่นๆ

##### 6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).

2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect.A: 3 (col.5).

##### 6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเรื่องสำอาง 2532 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 37 พ.ศ.2532, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

2. Preventive Health Amendments of 1993, Pub. L.No. 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec 14, 1993).

##### 6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.

2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams&Wilkins; 1995. Apraxia;p.199-20.

##### 7. วิดีทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง [วิดีโอทัศน์]. เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

1. HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

##### 8. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

##### 8.1 บทความวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร [ชนิดของสื่อ] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่): [จำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล.

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 jun 5];1 (1): [24 screens]. Available from: URL : <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

### 8.2 รายงานวิจัย ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

1. CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

### 8.3 เพิ่มข้อมูลคอมพิวเตอร์

1. Hemodynamics III: the ups and down of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

## 4. การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับพร้อมสำเนา 2 ชุด ในกรณีที่มิใช่รูปถ่าย ให้ส่งรูปถ่าย 2 ชุด ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ใส่มาในซองหนาและขนาดพอเหมาะกับแผ่นกระดาษ ส่วนแผ่นดิสก์/ซีดีให้ส่งมาเมื่อได้รับแจ้งจากกองบรรณาธิการ

ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการทดลองในมนุษย์ พร้อมลายเซ็นรับรองสำเนาด้วย

สำหรับเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ บรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้พิมพ์จำนวน 10 ฉบับต่อ 1 เรื่อง

# สารบัญ

|                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------|-----|
| บรรณาธิการแถลง                                                     | 145 |
| นิพนธ์ต้นฉบับ                                                      |     |
| ความชุกของการเกิด umbilical granuloma ในโรงพยาบาลวารินชำราบ        | 147 |
| ปิยาพร แสงแก้ว                                                     |     |
| ผลของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ต่ออัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบ       | 155 |
| พยาธิสภาพและอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |     |
| ยุทธนา ป้องโสม                                                     |     |
| การบริการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง                      | 167 |
| ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี                         |     |
| นิจกานต์ ตันอุ๋นเดช                                                |     |
| ยืดเส้นสายคลายวิกฤติ: การออกกำลังกายในหอผู้ป่วยวิกฤติ              | 179 |
| สุวารี เจริญมุขยันท, อรพรรณ จิ่งเจริญ, เขียวเรศ เอื้ออารีเลิศ,     |     |
| สุนิตย์ ปลื้มจิตร, สุภาพรณ บุญอารีย์, พศิจิพร สายจำปา              |     |
| บทบทวนวิชาการ                                                      |     |
| การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล               | 195 |
| สุเพียร โภคทิพย์                                                   |     |
| บทความพิเศษ                                                        |     |
| การขอรับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์                    | 207 |
| พิงเนตร สฤษดิ์นิรันดร์, วาสนา อุปสาร, ชัยรัช รักราชการ,            |     |
| จำลอง กิตติวรเวช, จิรวัดน์ มูลศาสตร์                               |     |

# CONTENT

|                                                                                                                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>EDITOR NOTE</b>                                                                                                                                                   | <b>145</b> |
| <b>ORIGINAL ARTICLE</b>                                                                                                                                              |            |
| <b>Prevalence of Umbilical Granuloma at Warin Chamrap Hospital</b>                                                                                                   | <b>147</b> |
| Piyaporn Sangkaew                                                                                                                                                    |            |
| <b>Effect of Preoperative Abdominal Ultrasound Imaging on<br/>    Negative Appendectomy and Perforated Appendicitis Rates<br/>    at Sappasitthiprasong Hospital</b> | <b>155</b> |
| Yuthana Pongsom                                                                                                                                                      |            |
| <b>Service of Physical Therapy in Stroke Patients at Sappasitthiprasong Hospital,<br/>    Ubon Ratchathani</b>                                                       | <b>167</b> |
| Nitjagan Tan-undet                                                                                                                                                   |            |
| <b>Stretching to Relieve Tension: Exercise in Intensive Care Unit</b>                                                                                                | <b>179</b> |
| Suwaree Charoenmukayananta, Orapan Juengchareon, Yaowaret Ua-arreeloet,<br>Suwanit Pluemjit, Supapan Bunaree, Pasajeeporn Saijampa                                   |            |
| <b>REVIEW ARTICLE</b>                                                                                                                                                |            |
| <b>Meta-Synthesis of Qualitative Research on Nursing Practice</b>                                                                                                    | <b>195</b> |
| Supian Pokathip                                                                                                                                                      |            |
| <b>SPECIAL ARTICLE</b>                                                                                                                                               |            |
| <b>Organ Donation at Sappasitthiprasong Hospital</b>                                                                                                                 | <b>207</b> |



# สรรพลิตธิเวชสาร

## MEDICAL JOURNAL OF UBON HOSPITAL

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2551 Vol. 29 No. 3 September - December 2008

### บรรณาธิการแถลง

ปี พ.ศ.2551 นี้ เริ่มต้นปีด้วยความสูญเสียของประชาชนชาวไทยทั่วประเทศ และในระหว่างวันที่ 14-19 พฤศจิกายน ก็ได้มีงานพระราชพิธีพระราชทานเพลิงพระศพ “สมเด็จพระพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์” เพื่อเป็นการร่วมน้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณของพระองค์ท่าน โดยเฉพาะใน การที่ทรงรับงานด้านสาธารณสุขหลายประการไว้ในพระอุปถัมภ์ รวมทั้งมูลนิธิโรคไต ทางกองบรรณาธิการร่วม กับคณะอนุกรรมการดำเนินงานการบริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จึงได้จัดทำบทความพิเศษเกี่ยวกับกิจกรรมการขอรับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาล ซึ่งอวัยวะที่ได้รับบริจาคมากที่สุดก็คือ ไต นั้นเอง อีกประการหนึ่งก็เพื่อเป็นการเผยแพร่รูปแบบการดำเนินงานในฐานะที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้ ดำเนินงานด้านนี้เป็นผลสำเร็จ จนได้รับรางวัลโรงพยาบาลที่มีผู้บริจาคอวัยวะสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ จาก ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ติดต่อกัน 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2545-พ.ศ.2549 ซึ่งอาจเป็นแนวทางหรือ การกระตุ้นให้หน่วยงานอื่นได้ดำเนินการขอรับบริจาคอวัยวะต่อไป อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยอีกหลาย ชีวิตที่กำลังรอการปลูกถ่ายอวัยวะ

บรรณาธิการ

# ความชุกของการเกิด umbilical granuloma ในโรงพยาบาลวารินชำราบ

ปิยาพร แสงแก้ว

Umbilical granuloma เป็นภาวะที่พบได้ในทารกช่วงอายุ 1-3 เดือน อย่างไรก็ตามในประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูลของภาวะนี้ ในการศึกษาได้รวบรวมผู้ป่วย umbilical granuloma ระหว่าง ตุลาคม 2549 ถึง กันยายน 2550 ทุกรายที่คลอดในโรงพยาบาลวารินชำราบ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วย silver nitrate แบบผลึก และถ้าหากมีติ่งเนื้อจะทำการตัดก่อนแล้วจึงจี้ด้วย silver nitrate เก็บข้อมูล อายุ เพศ เวลาที่สายสะดือหลุด ขนาดของ umbilical granuloma ภาวะแทรกซ้อนที่พบ การวินิจฉัยและรักษาก่อนพบกุมารแพทย์ เพื่อศึกษาความชุกและผลการรักษาภาวะ umbilical granuloma ในโรงพยาบาลวารินชำราบ ผลการศึกษาพบผู้ป่วย umbilical granuloma 16 คน เป็นชาย 4 คน และหญิง 12 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.7 โดยเป็นความชุกในเพศชาย ร้อยละ 0.8 และในเพศหญิง ร้อยละ 2.7 อายุที่ผู้ปกครองนำมารักษา  $33.8 \pm 24$  วัน (9-93 วัน) ระยะเวลาที่สายสะดือหลุด  $11.1 \pm 3.7$  วัน (6-20 วัน) ขนาดของ umbilical granuloma ที่มีติ่งเนื้ออยู่ระหว่าง 0.2-0.5 เซนติเมตร (เฉลี่ย 0.2 เซนติเมตร) ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาที่พบ คือ ต้องจี้สะดือซ้ำ 1 ราย และมีผิวหนังอักเสบรอบสะดือ 1 ราย สำหรับการวินิจฉัยโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปพบการวินิจฉัยผิดว่าเป็นสะดืออักเสบร้อยละ 31 ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ความชุกของภาวะ umbilical granuloma ในการศึกษาสูงกว่าในต่างประเทศถึง 8.5 เท่า ขณะที่การรักษาโดยวิธีการจี้ด้วย silver nitrate และหากมีติ่งเนื้อก็ควรตัดติ่งเนื้อก่อนจี้สะดือ ก็ให้ผลการรักษาที่ดี

คำสำคัญ ความชุก, อัมบิลิกอล แกรนูโลมา, ซิลเวอร์ไนเตรท

\*กุมารแพทย์. โรงพยาบาลวารินชำราบ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

## บทนำ

ภาวะ umbilical granuloma เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด ภาวะนี้เป็นปัญหาที่ไม่รุนแรงแต่ก็สร้างความวิตกกังวลให้กับบิดา มารดา และผู้ดูแลเด็ก โดยปกติสายสะดือของทารกแรกเกิดจะหลุดภายใน 3 ถึง 60 วันหลังเกิด<sup>(1)</sup> หลังจากนั้นแผลจะแห้งลงและหายเป็นปกติ การหายของบาดแผลจะเริ่มจากการสร้างเนื้อเยื่อที่เรียกว่า granulation tissue ซึ่งประกอบด้วยเซลล์เยื่อบุด้านในผนังหลอดเลือดที่มีการแบ่งตัว และกลายเป็นหลอดเลือดฝอยนำเลือดและสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ ในภาวะปกติ granulation tissue ที่เกิดขึ้นเมื่อเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเต็มแผลแล้วจะแห้งลง กลายเป็นผิวหนังที่ปกติหรือเป็นแผลเป็น แต่ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนจะทำให้มีการสร้าง granulation tissue มากผิดปกติ ซึ่งถ้าเกิดบริเวณสะดือจะเรียก umbilical granuloma<sup>(2)</sup> ภาวะนี้ทำให้เกิดผลข้างเคียง คือ การซึมของน้ำเหลืองทำให้ผิวหนังปกติบริเวณรอบแผลมีอาการบวมและแดง<sup>(3)</sup> ขนาดของติ่งเนื้อ granuloma พบได้ตั้งแต่ 0.3-1.0 เซนติเมตร<sup>(4)</sup>

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของภาวะนี้ได้ ร้อยละ 0.2 หรือ 1 ต่อ 500 คน<sup>(5)</sup> แต่ในประเทศไทยไม่มีรายงานความชุกในภาวะนี้

การรักษา umbilical granuloma มีหลายวิธี วิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ การจี้ด้วย silver nitrate ซึ่งมีทั้งแบบแท่ง แบบผลึก หรือแบบน้ำ ผลการรักษาที่ได้ของแต่ละแบบไม่แตกต่าง

กัน แต่อาจต่างกันที่ภาวะแทรกซ้อน กล่าวคือแท่ง silver nitrate มีลักษณะที่เปราะแตกง่าย ดังนั้นหากผู้จี้ขาดความชำนาญอาจทำให้แท่ง silver nitrate แตกกระจายและเกิดการทำลายผิวหนังโดยรอบได้<sup>(6-8)</sup> มีรายงานวิธีการรักษาภาวะ umbilical granuloma โดยใช้วิธีอื่นๆ เช่น การพ่นด้วยน้ำแข็งแห้ง (cryotherapy)<sup>(9,10)</sup> การตัดออก (exision)<sup>(11)</sup> และการเย็บด้วยวิธี double ligation<sup>(12)</sup> หรือการเย็บด้วยวัสดุที่สามารถสลายตัวได้เอง (absorbable hemostatic materials)<sup>(12)</sup> ซึ่งให้ผลการรักษาที่ดีแต่วิธีการเหล่านี้ค่อนข้างยุ่งยาก ไม่สามารถปฏิบัติได้ทั่วไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการรักษาที่ได้ผลดีและสามารถใช้ได้อย่างสะดวก คือ การจี้สะดือด้วย silver nitrate และหากมีติ่งเนื้อ การตัด umbilical granuloma ออกและจี้ซ้ำด้วย silver nitrate โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ<sup>(11)</sup> พบว่าได้ผลดีมาก พบภาวะแทรกซ้อนได้น้อย ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการจี้ umbilical granuloma เพียง 1-2 ครั้ง เท่านั้น

เนื่องจากโรงพยาบาลวรินชำราบเป็นโรงพยาบาลชุมชนในเขตเมือง ขนาด 60 เตียง จากการปฏิบัติงานพบภาวะนี้ได้ค่อนข้างมาก ส่วนการรักษาที่ผ่านมา ใช้วิธีการจี้ด้วยผลึก silver nitrate เพียงอย่างเดียว ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาจี้ซ้ำประมาณ 2-3 ครั้ง ทำให้ญาติผู้ป่วยเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งแพทย์ต้องเสียเวลาในการรักษาซ้ำ จึงได้ทำการศึกษาความชุกและ

ผลของการรักษาด้วยวิธีการจี้สะดือโดยการตัดและจี้ซ้ำ เพื่อนำไปปรับปรุงและกำหนดมาตรฐานการดูแลสะดือเด็กหลังคลอดที่เหมาะสมต่อไป

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่คลอดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และมีภาวะ umbilical granuloma เกิดขึ้นระหว่าง 1 ตุลาคม 2549 ถึง 30 กันยายน 2550 ซึ่งผู้ป่วยที่มี umbilical granuloma จะได้รับการรักษาโดยการตัดออกและจี้ซ้ำด้วย silver nitrate ชนิดเกล็ด ทุกวัน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีติ่งเนื้อ granuloma ขึ้นมา มีเพียงลักษณะ raw surface จะได้รับการจี้ด้วย silver nitrate เพียงอย่างเดียว

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ศึกษาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้ t-test และความสัมพันธ์โดยใช้ chi-square

## ผลการศึกษา

เด็กทารกที่เกิดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลระหว่างที่ทำการศึกษา มีทั้งหมด 941 คน เป็นชาย 498 คน หญิง 443 คน ในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็น umbilical granuloma 16 คน เป็นชาย 4 คน หญิง 12 คน โดยความชุกของภาวะ umbilical granuloma พบเป็นร้อยละ 1.7 ของทารกคลอดทั้งหมด และถ้าแยกตามเพศพบ เพศชายมี

ความชุกร้อยละ 0.8 ขณะที่เพศหญิงมีความชุกร้อยละ 2.7 (ตารางที่ 1)

สำหรับอายุที่ผู้ป่วยคลอดนำผู้ป่วยมารักษาพบว่ามียายุเฉลี่ยเท่ากับ  $33.8 \pm 24.0$  วัน (9-93 วัน) แต่เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ในทารกเพศชายผู้ป่วยปกรองพามารักษาเร็วกว่าเพศหญิงโดยมียายุเฉลี่ย  $28.8 \pm 15.4$  วัน ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงมียายุเฉลี่ย  $35.5 \pm 26.7$  วัน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p \text{ value} < 0.000$ ) (ตารางที่ 2)

ระยะเวลาการหลุดของสายสะดือพบว่าโดยรวมสายสะดือหลุดที่อายุ  $11.1 \pm 3.7$  วัน (6-20 วัน) แต่ถ้าจำแนกตามเพศพบว่า ทารกเพศชายสายสะดือจะหลุดช้ากว่าทารกเพศหญิง เพศชายสายสะดือหลุดที่อายุ  $12.3 \pm 1.7$  วัน และเพศหญิงหลุดที่อายุ  $10.8 \pm 4.2$  วัน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p \text{ value} < 0.000$ ) (ตารางที่ 2)

ขนาดของ umbilical granuloma มีขนาดตั้งแต่ เป็นเพียงเยื่อบางๆ (raw surface) จนถึงขนาด 0.5 เซนติเมตร (เฉลี่ย 0.2 เซนติเมตร) และไม่พบความแตกต่างของขนาด granuloma ระหว่างเพศหญิงและชาย (ตารางที่ 1)

ส่วนการวินิจฉัยก่อนพบกุมารแพทย์พบว่า มีผู้ป่วย 5 ใน 16 คนได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปว่าเป็นสะดืออักเสบ (omphalitis) และได้รับการรักษาโดยการให้รับประทานยาปฏิชีวนะและนัดติดตามการรักษาเพื่อพบกุมารแพทย์ มีผู้ป่วย 11 คนที่มาปรึกษาด้วยอาการสะดือแฉะและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น umbilical granuloma และรักษาโดยกุมารแพทย์

ความชุกของการเกิด umbilical granuloma ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ปิยาพร แสงแก้ว

หลังการรักษา พบภาวะแทรกซ้อน 2 ราย  
โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ ผิวหนังอักเสบ

(dermatitis) 1 ราย และมี 1 ราย ต้องกลับมาจี้  
สะดือซ้ำอีก 1 ครั้ง

ตารางที่ 1 รายละเอียดผู้ป่วย

| ผู้ป่วย | อายุ | เพศ | วันที่<br>สะดือ<br>หลุด | ลักษณะ<br>umbilical<br>granuloma | การรักษา  | ภาวะ<br>แทรกซ้อน | การวินิจฉัย<br>ก่อนพบ<br>กุมารแพทย์ |
|---------|------|-----|-------------------------|----------------------------------|-----------|------------------|-------------------------------------|
| 1       | 22   | ญ   | 6                       | ติ่งเนื้อ 0.2 ซม.                | ตัดและจี้ | ไม่มี            | omphalitis                          |
| 2       | 38   | ญ   | 7                       | ติ่งเนื้อ 0.3 ซม.                | ตัดและจี้ | ไม่มี            | -                                   |
| 3       | 60   | ญ   | 15                      | ติ่งเนื้อ 0.3 ซม.                | ตัดและจี้ | ไม่มี            | -                                   |
| 4       | 50   | ช   | 10                      | ติ่งเนื้อ 0.2 ซม.                | ตัดและจี้ | ไม่มี            | -                                   |
| 5       | 18   | ญ   | 7                       | Raw surface                      | จี้       | ไม่มี            | omphalitis                          |
| 6       | 16   | ช   | 13                      | Raw surface                      | จี้       | ไม่มี            | -                                   |
| 7       | 10   | ญ   | 10                      | ติ่งเนื้อ 0.4 ซม.                | ตัดและจี้ | ไม่มี            | -                                   |
| 8       | 93   | ญ   | 15                      | Raw surface                      | จี้       | ไม่มี            | omphalitis                          |
| 9       | 9    | ญ   | 8                       | Raw surface                      | จี้       | ไม่มี            | -                                   |
| 10      | 19   | ช   | 12                      | ติ่งเนื้อ 0.5 ซม.                | ตัดและจี้ | ไม่มี            | -                                   |
| 11      | 21   | ญ   | 8                       | ติ่งเนื้อ 0.2 ซม.                | ตัดและจี้ | ไม่มี            | omphalitis                          |
| 12      | 60   | ญ   | 10                      | ติ่งเนื้อ 0.2 ซม.                | ตัดและจี้ | dermatitis       | -                                   |
| 13      | 30   | ช   | 14                      | ติ่งเนื้อ 0.3 ซม.                | ตัดและจี้ | ไม่มี            | omphalitis                          |
| 14      | 16   | ญ   | 13                      | ติ่งเนื้อ 0.5 ซม.                | ตัดและจี้ | จ้ำ              | -                                   |
| 15      | 19   | ญ   | 10                      | ติ่งเนื้อ 0.3 ซม.                | ตัดและจี้ | ไม่มี            | -                                   |
| 16      | 60   | ญ   | 20                      | ติ่งเนื้อ 0.3 ซม.                | ตัดและจี้ | ไม่มี            | -                                   |

ตารางที่ 2 แสดงอายุ ระยะเวลาการหลุดของสายสะดือ และขนาดของ umbilical granuloma

| ตัวแปร                                           | เพศชาย<br>Mean±SD | เพศหญิง<br>Mean±SD | รวม<br>Mean±SD | Mean<br>Diff.(95%CI) | t-test  | p-value |
|--------------------------------------------------|-------------------|--------------------|----------------|----------------------|---------|---------|
| อายุ (วัน)                                       | 28.8±15.4         | 35.5±26.7          | 33.8±24.0      | -25.68               | -5.572  | <0.000  |
| ระยะเวลา<br>การหลุดของ<br>สายสะดือ               | 12.3±1.7          | 10.8±4.2           | 11.1±3.7       | -3.93                | -11.803 | <0.000  |
| ขนาดของ<br>umbilical<br>granuloma<br>(เซนติเมตร) | 0.25±0.21         | 0.23±0.16          | 0.23±0.17      | 0.037                | 0.161   | 0.87    |

## วิจารณ์

การศึกษานี้ พบว่าความชุกของการเกิด umbilical granuloma ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ก่อนข้างสูงคือ ร้อยละ 1.7 เมื่อเทียบกับในประเทศ สหรัฐอเมริกา ซึ่งมากกว่าถึง 8.5 เท่า ส่วนความชุกในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่เป็นข้อมูลอ้างอิง เนื่องจากภาวะนี้ไม่รุนแรงและ สามารถรักษาได้ง่าย จึงพบการศึกษาวิจัยเรื่องนี้พบได้ค่อนข้างน้อย

ในด้านความแตกต่างระหว่างเพศสำหรับภาวะ umbilical granuloma นั้น ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายในการเกิด umbilical granuloma ส่วนระยะเวลาในการหลุดของสายสะดือเฉลี่ย 11 วัน ไม่แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>(4)</sup> แต่พบว่าเพศชายสายสะดือหลุดช้ากว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ผู้

ปกครองนำทารกเพศชายมารักษาเร็วกว่าเพศหญิง ส่วนขนาดของ umbilical granuloma มีตั้งแต่เป็นเพียง raw surface จนถึงขนาด 0.5 เซนติเมตร ซึ่งแม้พบเป็นเพียง raw surface ก็ยังคงวินิจฉัยว่าเป็น umbilical granuloma เพียงแต่ในการรักษาจะใช้วิธีการจี้ด้วย silver nitrate เพียงอย่างเดียว

สำหรับวิธีการรักษามีหลายวิธี วิธีที่แพร่หลายและนิยมคือ การจี้ด้วย silver nitrate โดยที่ไม่สนใจว่ามีตังเนื้อหรือไม่ ซึ่งวิธีการเดิมที่ใช้จะได้ผลดีกับผู้ป่วยที่เป็นเพียง raw surface ส่วนรายที่มีตังเนื้อหากใช้การจี้ด้วย silver nitrate เพียงอย่างเดียวต้องจี้สะดือซ้ำอีก 1-2 ครั้ง จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการใช้การตัดตังเนื้อออกพร้อมกับจี้ด้วย silver nitrate ได้ผลดี<sup>(6)</sup> ช่วยลดการจี้สะดือซ้ำในผู้ป่วยที่มีตังเนื้อได้ จึงเลือกการรักษาด้วยวิธี

นี้ ส่วนวิธีการรักษาอื่นๆ เช่นการทำ double ligation นั้นทำได้ยาก เนื่องจากบริเวณดิ่งเนื้อ umbilical granuloma ก้อนข้างอยู่และเล็กไม่สามารถทำ double ligation ได้

วิธีการรักษาที่เลือกใช้ คือ การใช้การตัดดิ่งเนื้อออกพร้อมกับจี้ด้วย silver nitrate พบว่าได้ผลดี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มารักษาเพียงครั้งเดียว มีเพียง 1 รายที่ต้องจี้สะดือซ้ำเนื่องจากดิ่งเนื้อ umbilical granuloma ในผู้ป่วยรายนี้ขนาดก้อนค่อนข้างใหญ่คือ 0.5 เซนติเมตร แต่ก็ยังเป็นผลการรักษาที่ดีกว่าหากเปรียบเทียบกับกรจี้ด้วย silver nitrate เพียงอย่างเดียวที่ต้องจี้ซ้ำ 2-3 ครั้ง ภาวะแทรกซ้อนอีกอย่างหนึ่งที่พบได้แก่ ผิวหนังอักเสบ ซึ่งภายหลังการรักษาด้วยการใช้ยาสเตียรอยด์ทาอาการก็ดีขึ้น

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะนี้ คือ การดูแลสะดือก่อนหลุด พบว่าการทำความสะอาดสะดือไม่ถูกวิธี อาจเป็นสาเหตุหลักของการเกิด umbilical granuloma ซึ่งผู้ปกครองของผู้ป่วยทุกรายทำความสะอาดสะดือไม่ถูกวิธี โดยไม่เช็ดให้ถึงโคนสะดือ ทั้งนี้ การดูแลสะดือที่แนะนำในโรงพยาบาลวรินชำราบคือ การใช้สำลีก้อนชุบ povidine เช็ดสะดือวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ซึ่งการใช้สำลีเป็นก้อนทำให้เช็ดไม่ถึงโคนสะดือ เป็นผลให้สะดือไม่แห้งสนิท และเมื่อสะดือหลุดจะทำให้มีโอกาสดังกล่าวเกิด umbilical granuloma ได้ จึงได้กำหนดมาตรฐาน

วิธีการเช็ดและดูแลสะดือใหม่โดยใช้ไม้พันสำลี (cotton bud) เช็ดแทนสำลีก้อนที่เคยใช้

ปัญหาในการวินิจฉัยโรคนี้ยังพบการวินิจฉัยผิดโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปถึง 5 ใน 16 ราย โดยได้รับการรักษาเป็นสะดืออักเสบ (omphalitis) ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมักไม่คุ้นเคยกับภาวะนี้ และเมื่อพบสะดือแฉะก็มักจะวินิจฉัยว่าเป็นสะดืออักเสบ (omphalitis) อีกทั้งภาระงานของเวชปฏิบัติทั่วไปค่อนข้างมากต้องตรวจผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ในเวลาจำกัด อาจไม่ได้ตรวจดูบริเวณสะดือโดยละเอียด ทำให้มีการวินิจฉัยผิดพลาดได้ ทั้งนี้จึงได้แนะนำแก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปถึงภาวะนี้และแนะนำให้ส่งผู้ป่วยพบกุมารแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและรักษาต่อไป

## สรุป

ความชุกของภาวะ umbilical granuloma ในโรงพยาบาลวรินชำราบ ก้อนข้างสูงเมื่อเทียบกับต่างประเทศ และวิธีการรักษาโดยการจี้ด้วย silver nitrate ยังได้ผลดี แต่หากมีดิ่งเนื้อก็ควรตัดดิ่งเนื้อ umbilical granuloma ก่อนจี้สะดือเพื่อช่วยลดปัญหาการกลับมาจี้สะดือซ้ำ นอกจากนั้นยังได้ทำให้กลับไปทบทวนวิธีการสอนการเช็ดสะดือก่อนกลับบ้าน ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะ umbilical granuloma ได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Wilson CB, Och HD, Almquist J, Dassel S, Ochs UH. When is umbilical cord separation delayed? *J Pediatr* 1985; 107: 292-4.
2. O'donnell KA, Glick PL, Caty MG. Pediatric umbilical cord problems. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45:791-9.
3. Rowe MI, Jr O'neil JA, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG. *Essential of Pediatric Surgery*. Missouri: Mosby, 1995; pp.441-5.
4. The fetus and the neonatal infant: digestive system. In: Behrman RE, Kliegman RM, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000: 528.
5. Negar H. Umbilical granuloma: a new approach to an old problem. *Pediatr Surg Int* 2001; 17: 513-4.
6. วสุธิดา เรขตานันต์, อมรศรี ชูณหรัสมิ์, มนัญญา ประเสริฐสรพ์. ประสิทธิภาพของการรักษาภาวะ umbilical granuloma ด้วยสารละลาย 50% silver nitrate และแท่ง silver nitrate. ใน: *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2548; 44: 143-146.
7. Chamberlain JM, Gorman RL, Young GM. Silver nitrate burns following treatment for umbilical granuloma. *Pediatr Emerg Care* 1992; 8: 29-30.
8. Majiga VS, Kumaresan P, Glass EJ. Silver nitrate burns following umbilical granuloma treatment. *Arch Dis Child* 2005; 90: 674.
9. Sheth SS. Cryotherapy-a new modality for the management of umbilical granuloma of newborn. *Indian Pediatr* 1981; 18: 909-12.
10. Sheth SS, Malpani A. The management of umbilical granulomas with cryocautery. *Am J Dis Child* 1990; 144: 146-7.
11. Rojanasakul O. Effective single treatment of umbilical granuloma by total excision and silver nitrate cauterization. *Chula Med J* 1995; 39(1): 13-18.
12. Lotan G, Klin B, Efrati Y. Double-ligature: A treatment for pedunculated umbilical granuloma in children. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2067-8.

# Prevalence of Umbilical Granuloma at Warin Chamrap Hospital

Piyaporn Sangkaew\*

---

Umbilical granuloma was common in children aged 1–3 months. There was no data of the prevalence of umbilical granuloma in Thailand. To determine the prevalence and treatments of umbilical granuloma at Warin chamrap Hospital, this prospective descriptive study was carried out with the children who were born in Warin Chamrap Hospital between October 2006 and September 2007. Everyone received treatment of silver nitrate cauterization. If they had pedunculated granulation tissue, the single excision and silver nitrate cauterization were performed. The demographic data, time to umbilical separation, size of umbilical granuloma, complications, and diagnoses and treatments before referring to pediatricians were recorded. Sixteen patients were enrolled, 4 boys and 12 girls. The prevalence of umbilical granuloma was 1.7%; 0.8% of the boys and 2.7% of the girls. Ages presented to hospital were  $33.8 \pm 24$  days (9–93 days). The umbilical were separated in  $11.1 \pm 3.7$  days (6–20 days). Sizes of pedunculated umbilical granuloma were ranging from 0.2–0.5 cm and 0.2 cm of average. Complications of treatments were found 12.5% (2 cases) of dermatitis and repeated cauterization. Previous misdiagnosis as omphalitis by general physicians was 31%, resulting in unnecessary antibiotic dosage. The prevalence of umbilical granuloma at Warin chamrap Hospital was higher than in other country 8.5 times. The treatments with silver nitrate cauterization, or total excision following by silver nitrate cauterization in pedunculated granulation were effective.

**Keywords:** umbilical granuloma, silver nitrate

---

\*Pediatrician. Department of Pediatric, Warin Chamrap Hospital, Ubon Ratchathani.

# ผลของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ต่ออัตราการผ่าตัดไส้ติ่ง แล้วไม่พบพยาธิสภาพ และอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ยุทธนา ป้องโสม\*

## บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความแม่นยำของการตรวจอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยที่สงสัยไส้ติ่งอักเสบ อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพ และอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบ โดยเป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบและเข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างเดือนมกราคม 2550 ถึง ธันวาคม 2550 มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบและเข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่ง เป็นจำนวน 2292 ราย ผลพยาธิวิทยารายงานว่าไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่ง 220 ราย คิดเป็นอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่ง ร้อยละ 9.6 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำอัลตราซาวด์ก่อนทำการผ่าตัดพบว่า มีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำอัลตราซาวด์ คือ ร้อยละ 14.8 และ 9.4 ตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{ value}=0.093$ ) ในส่วนของอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำอัลตราซาวด์ก่อนทำการผ่าตัดมีอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำอัลตราซาวด์ คือ ร้อยละ 26.1 และ 13.4 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{ value}<0.001$ ) ผู้ป่วยหญิงมีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพสูงกว่าผู้ป่วยชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ป่วยชายกลับมีอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบมากกว่าผู้ป่วยหญิง ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่ง และอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบ มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์คิดเป็น ร้อยละ 73.3 และ 61.5 ตามลำดับ โดยสรุป แม้การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยที่สงสัยไส้ติ่งอักเสบจะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น และมีความแม่นยำพอสมควร แต่ก็ไม่ช่วยลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพและอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

**คำสำคัญ** อัลตราซาวด์ การผ่าตัดไส้ติ่ง ไส้ติ่งอักเสบ ไส้ติ่งอักเสบแตก

ผลของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ต่ออัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพ  
และอัตราการแตกของไส้ติ่งอีกเสบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์  
ยุทธนา ป้องโสม\*

## บทนำ

ไส้ติ่งอักเสบเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการผ่าตัดฉุกเฉินในช่องท้องในประเทศไทย สำหรับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มีการผ่าตัดผู้ป่วยที่สงสัยเป็นไส้ติ่งอักเสบประมาณ 2400 รายต่อปี การวินิจฉัยแยกโรคไส้ติ่งอักเสบกับภาวะฉุกเฉินทางช่องท้องอย่างอื่นที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดบางครั้งทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการไม่ชัดเจน จึงมีการใช้การตรวจทางรังสีวิทยาต่างๆ มากขึ้น เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน<sup>[1]</sup>

มีรายงานการตรวจผู้ป่วยที่สงสัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันด้วยอัลตราซาวด์ และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่าทำให้การวินิจฉัยโรคมีความแม่นยำมากขึ้น จากการศึกษาโดย Bendeck และคณะ<sup>[2]</sup> พบว่าการทำอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดช่วยลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งลงจาก ร้อยละ 11 เหลือ ร้อยละ 9 Hershko และคณะ<sup>[3]</sup> ศึกษาการตรวจผู้ป่วยที่สงสัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก็พบว่า ช่วยลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่ง และช่วยลดเวลาในการสังเกตอาการผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่รายงานว่า กลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์กลับมีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่ง มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจอัลตราซาวด์<sup>[4]</sup> การศึกษานี้จึงได้ศึกษาผลของการตรวจอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยที่สงสัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันว่ามีผลต่อ

อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งและอัตราการแตกของไส้ติ่งอีกเสบอย่างไร เมื่อเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัด

## วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากรายงานทางพยาธิวิทยาไส้ติ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากสงสัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 2292 คน ศึกษาข้อมูล เพศ อายุของผู้ป่วย ข้อมูลจากใบส่งตรวจทางรังสีวิทยารายงานผลการตรวจอัลตราซาวด์ และรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของไส้ติ่ง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งร่วมกับการผ่าตัดอื่นๆ โดยไม่มีไส้ติ่งอักเสบจะถูกตัดออกจากการศึกษา รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของไส้ติ่งจะใช้เป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบกับผลการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อคำนวณ ความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของการตรวจอัลตราซาวด์ในผู้ป่วยที่สงสัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งและอัตราการแตกของไส้ติ่งอีกเสบ คำนวณแยกตามกลุ่มอายุ และเพศของผู้ป่วย

ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ การตรวจด้วยอัลตราซาวด์จะทำเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันไม่ชัดเจน การตัดสินใจ

ใจส่งตรวจอัลตราซาวด์ทำโดยศัลยแพทย์ ช่วงระยะเวลาที่ทำอัลตราซาวด์มีทั้งในช่วงแรกผู้ป่วยที่ท้องผูกเฉียบพลัน และในผู้ป่วยที่นอนสังเกตอาการในโรงพยาบาลเนื่องจากสงสัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้ระยะหนึ่งแล้ว

การตรวจอัลตราซาวด์ใช้หัวตรวจ 5 MHz ด้วยเครื่อง Tochia Tosbee และ GE Logiq 400 CL การรายงานผลการตรวจอัลตราซาวด์ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันหรือไม่ พิจารณาจากขนาดไส้ติ่งที่ใหญ่ขึ้นร่วมกับการอักเสบรอบๆ ไส้ติ่ง โดยจะถือว่าไส้ติ่งใหญ่ผิดปกติเมื่อมีเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 5 มม.<sup>[5]</sup> ส่วนลักษณะของการอักเสบรอบไส้ติ่งดูได้จากมีสัญญาณสีขาว (hyperecho) รอบไส้ติ่ง cecum และลำไส้เล็กส่วนปลาย การตรวจอัลตราซาวด์จะต้องทำภายใน 7 วันก่อนการผ่าตัดจึงรวมเข้าไว้ในการศึกษา ผลการตรวจด้วยอัลตราซาวด์จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ เป็น หรือ ไม่เป็น ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน โดยกลุ่มที่รายงานผลอัลตราซาวด์ให้ความเห็นว่ายังสงสัยอยู่จะจัดไว้ในกลุ่มที่รายงานว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันทางพยาธิวิทยา จะถือว่าไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเมื่อพบ neutrophil granulocytes ในชั้นผนังกล้ามเนื้อ (muscularis propria) หากพบลักษณะ fibrosis ของไส้ติ่ง และ mesoappendix จะยังไม่ถือว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ไส้ติ่งที่มีลักษณะอักเสบเรื้อรังหรือพบเพียง fecalith ก็ไม่

ถือว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน<sup>[6]</sup> และจะถือว่าเป็นการแตกของไส้ติ่งเมื่อพยาธิแพทย์รายงานว่าพบการทะลุของผนังทุกชั้นร่วมกับมี gangrene ของไส้ติ่ง

การวิจัยนี้ศึกษาผลลัพธ์ที่สำคัญสองประการ คือ อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่ง ซึ่งคำนวณจากจำนวนไส้ติ่งปกติหารด้วยไส้ติ่งที่ผ่าตัดทั้งหมด และอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบ คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่มีไส้ติ่งอักเสบแตกหารด้วยไส้ติ่งที่ผ่าตัดทั้งหมด การวิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุต่างๆ และเพสกีใช้ Chi Square test โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ p value น้อยกว่า 0.05

## ผลการศึกษา

ในระยะเวลา 1 ปี มีผู้ป่วย 2292 ราย ที่สงสัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแล้วได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง มีอายุเฉลี่ย 36 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19 ปี เป็นผู้ป่วยหญิง 1226 ราย อายุเฉลี่ย 37 ปี และผู้ป่วยชาย 1066 ราย อายุเฉลี่ย 35 ปี (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ทำอัลตราซาวด์ก่อนผ่าตัดมีอายุเฉลี่ย 36 ปี ในขณะที่กลุ่มที่ทำอัลตราซาวด์ก่อนผ่าตัดมีอายุเฉลี่ย 43.5 ปี ( $p$  value $<0.001$ ) และผู้ป่วยหญิงได้รับการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (57/1226 กับ 31/1066,  $p$  value=0.038)

ผลของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ต่ออัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพ  
และอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์  
บุธนา ป้องโสม

ตารางที่ 1 แสดงการกระจายของผู้ป่วยที่ได้ทำ และไม่ได้ทำอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดตาม เพศ และกลุ่มอายุ

|                           | กลุ่มที่ 1<br>(ไม่ได้ทำอัลตราซาวด์) | กลุ่มที่ 2<br>(ทำอัลตราซาวด์ก่อนผ่าตัด) |
|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| จำนวนผู้ป่วย              | 2204                                | 88                                      |
| อายุ (ปี)                 | 1-92                                | 3-86                                    |
| อายุเฉลี่ย (ปี)           | 35.94                               | 43.57                                   |
| จำนวนผู้ป่วยหญิง          | 1169                                | 57                                      |
| อายุ (ปี)                 | 2-92                                | 3-86                                    |
| อายุเฉลี่ย (ปี)           | 37.08                               | 42.32                                   |
| จำนวนผู้ป่วยชาย           | 1035                                | 31                                      |
| อายุ (ปี)                 | 1-91                                | 4-81                                    |
| อายุเฉลี่ย (ปี)           | 34.65                               | 45.87                                   |
| ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 1-15 ปี  | 399                                 | 19                                      |
| ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 16-60 ปี | 1535                                | 41                                      |
| ผู้ป่วยกลุ่มอายุ >60 ปี   | 270                                 | 28                                      |

อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่ง และอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบ

อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งและอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบในแต่ละกลุ่มผู้ป่วย ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันของอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งระหว่างกลุ่มที่ตรวจอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดกับกลุ่มที่ไม่ได้ตรวจอัลตราซาวด์ ในขณะที่พบว่ากลุ่มที่ได้ตรวจอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดมีอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจอัลตราซาวด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 26

กับ 13.4, p value<0.001) เมื่อวิเคราะห์ตามเพศของผู้ป่วย ผู้ป่วยหญิงมีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งสูงกว่าผู้ป่วยชาย (ร้อยละ 13.2 กับ 5.4) แต่ผู้ป่วยชายพบอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบสูงกว่าผู้ป่วยหญิง (ร้อยละ 16 กับ 12) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีทั้งอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งและอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบ มากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอายุอื่นๆ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลอัตราขาดกับผลพยาธิวิทยา

| ผลพยาธิวิทยา         | กลุ่มที่ 1<br>(ไม่ทำ US) | กลุ่มที่ 2<br>(ทำ US ก่อนผ่าตัด) | รวม         | เปรียบเทียบ<br>กลุ่มที่ 1 กับกลุ่มที่ 2 |
|----------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------|-----------------------------------------|
| ผ่าตัดไส้ติ่งทั้งหมด | 2204                     | 88                               | 2292        |                                         |
| ไส้ติ่งอักเสบ        | 1997                     | 75                               | 2072        |                                         |
| ไส้ติ่งปกติ          | 207 (9.4%)               | 13 (14.8%)                       | 220 (9.6%)  | P=0.093                                 |
| ไส้ติ่งแตก           | 295 (13.4%)              | 23 (26.1%)                       | 318 (13.9%) | P<0.001                                 |

ตารางที่ 3 อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่ง(NAR)\* และอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบ (perforation rate)

| กลุ่มย่อย                | NAR         | P value | perforation rate | P value |
|--------------------------|-------------|---------|------------------|---------|
| ผู้ป่วยหญิง (n= 1226)    | 162 (13.2%) |         | 147 (12%)        |         |
| ผู้ป่วยชาย (n= 1066)     | 58 (5.4%)   | <0.001  | 171 (16%)        | <0.001  |
| กลุ่มอายุ 1-15 (n= 418)  | 43 (10.3%)  |         | 62 (14.8%)       |         |
| กลุ่มอายุ 16-60 (n=1576) | 134 (8.5%)  |         | 192 (12.2%)      |         |
| กลุ่มอายุ >60 (n= 298)   | 43 (14.4%)  | <0.001  | 64 (21.5%)       | <0.001  |

\*NAR = normal appendix rate

ผลของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ต่ออัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพ และอัตราการแตกของไส้ติ่งอีกเสบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์  
ยุทธนา ป้องโสม

ความไว และความจำเพาะของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์

การตรวจอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัด สามารถวินิจฉัยภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้ถูกต้อง 55 ราย จากผู้ป่วยที่ได้ตรวจอัลตราซาวด์ทั้งหมด 88 ราย พบมีผลการตรวจเป็นผลบวกเท็จ (false positive) 5 ราย และเป็นผลลบเท็จ (false negative) 20 ราย เมื่อคำนวณค่าความไวและความจำเพาะของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันคิดเป็น ร้อยละ 73.3

ตารางที่ 4 ผลการตรวจด้วยอัลตราซาวด์และผลทางพยาธิวิทยา

| ผลการตรวจอัลตราซาวด์                | ผลพยาธิวิทยา              |                         |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
|                                     | ไส้ติ่งอักเสบ<br>(n = 75) | ไส้ติ่งปกติ<br>(n = 13) |
| Appendicitis (n = 60)               | 55                        | 5                       |
| No evidence of appendicitis (n =28) | 20                        | 8                       |

ตารางที่ 5 ความไว ความจำเพาะ และความแม่นยำของ อัลตราซาวด์ในกลุ่มผู้ป่วย

|             | Sensitivity | Specificity |
|-------------|-------------|-------------|
| ผู้ป่วยหญิง | 72.3%       | 60.0%       |
| ผู้ป่วยชาย  | 75.0%       | 66.7%       |
| อายุ 1-15   | 58.8%       | 50.0%       |
| อายุ 16-60  | 72.2%       | 80.0%       |
| อายุ > 60   | 86.4%*      | 50.0%       |

\* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จากกลุ่มอายุ 1-15, P value=0.008

ตารางที่ 6 ลักษณะทางอัลตราซาวด์ที่พบในผู้ป่วยที่เป็นไส้ติ่งอักเสบจริง

| ลักษณะที่พบ              | จำนวนผู้ป่วย (n=55) | ร้อยละ |
|--------------------------|---------------------|--------|
| Appendix diameter > 6 mm | 31                  | 56.4   |
| Inflammatory fat changes | 5                   | 9.1    |
| Bowel ileus at RLQ       | 14                  | 25.5   |
| Periileal lymph nodes    | 1                   | 1.8    |
| Peritoneal fluid at RLQ  | 31                  | 56.4   |

## วิจารณ์

อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้คิดเป็น ร้อยละ 9.6 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานจากการศึกษาในโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศไทย (ร้อยละ 8.5-9.6) <sup>[7, 8]</sup> และการศึกษาในต่างประเทศ<sup>[9, 10]</sup> กลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งสูง ได้แก่ ผู้ป่วยหญิง เด็ก และผู้สูงอายุ จากรายงานการศึกษาในต่างประเทศถือว่าอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งที่อยู่ระหว่าง 10-15% อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้<sup>[8]</sup> ในการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการทำหรือต้องทำอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดมีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำอัลตราซาวด์ (ร้อยละ 14.8 กับ 9.4) แม้ว่าค่าความแตกต่างจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.09$ ) แต่ผลการศึกษาที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Applegate<sup>[4]</sup> และ ของ Garcia-Aguayo<sup>[11]</sup> ซึ่ง

รายงานว่าผู้ป่วยที่ตรวจอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดมีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำอัลตราซาวด์ โดย Applegate ให้เหตุผลว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ต้องตรวจอัลตราซาวด์ ก็เนื่องมาจากมีอาการและอาการแสดงของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันไม่ชัดเจน ทำให้มีโอกาสที่จะเป็นโรคอื่นๆ มากขึ้น อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งจึงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจอัลตราซาวด์ อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาที่รายงานว่าการตรวจอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดช่วยลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่ง อย่างมีนัยสำคัญ<sup>[2]</sup>

ในส่วนของการแตกของไส้ติ่งอักเสบพบร้อยละ 13.9 ถือได้ว่าค่อนข้างต่ำกว่าการศึกษานอื่นๆ ที่ได้มีการรายงานไว้ (ร้อยละ 20-25)<sup>[4, 8, 12]</sup> ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำอัลตราซาวด์ก่อนการผ่าตัดมีอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำอัลตราซาวด์ สาเหตุสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยมี

ผลของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ต่ออัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพ และอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์  
ยุทธนา ป้องโสม\*

อาการไม่ชัดเจนอยู่แล้ว และการที่ต้องเสียเวลา ระหว่างรอตรวจอัลตราซาวด์ ก็อาจเป็นอีกปัจจัย หนึ่งที่ทำให้ต้องยืดเวลาผ่าตัดออกไป เป็นเหตุให้เกิด การแตกของไส้ติ่งอักเสบมากขึ้น

ความไวของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ในการ วินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในการศึกษา ครั้งนี้ คือ ร้อยละ 73 ซึ่งค่อนข้างต่ำกว่ารายงาน การศึกษาอื่นที่รายงานความไวไว้ที่ร้อยละ 76-92<sup>13]</sup>

<sup>13]</sup> มีหลายสาเหตุที่ทำให้ความไวในการศึกษาครั้งนี้ต่ำ ประการแรก คือ เครื่องอัลตราซาวด์ที่ใช้ เป็นรุ่นที่เก่ากว่ากรวยอื่น ประการที่สองไม่ได้มีการ ใช้ graded compression technique หรือ การเพ่งตรวจบริเวณท้องน้อยด้านขวาโดยเฉพาะใน ผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ได้วินิจฉัย แยกโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันไว้แต่แรก เพราะ โดยทั่วไปรังสีแพทย์จะไม่ทำ graded compression technique ถ้าไม่ได้รับรู้ว่าสงสัยไส้ติ่งอักเสบ เฉียบพลัน เนื่องจากเป็นเทคนิคการตรวจที่ทำให้ ผู้ป่วยเจ็บมากขึ้น และใช้เวลาในการตรวจนานขึ้น

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการ ศึกษาย้อนหลังจากรายงานทางพยาธิวิทยาและ รายงานผลการตรวจอัลตราซาวด์ ข้อมูลจึงจำกัด อยู่เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเท่านั้น ส่วนผู้ป่วย

ที่อาการสงสัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแต่เมื่อ ทำอัลตราซาวด์แล้วไม่พบลักษณะของไส้ติ่งอักเสบ และคลยแพทย์ไม่ได้ทำการผ่าตัด หรือผู้ป่วยกลุ่ม ที่เป็นผลลบจริง (true negative) จึงไม่ได้ถูกรวม ไว้ในการคำนวณ ดังนั้นค่าความไวและความแม่นยำ จึงต่ำกว่าความเป็นจริง

## สรุป

การตรวจอัลตราซาวด์ในผู้ป่วยที่สงสัย ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ผ่านมาในโรงพยาบาลสรรพ สิทธิประสงค์ ไม่ได้ช่วยลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้ว ไม่พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งและอัตราการแตกของ ไส้ติ่งอักเสบ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในเรื่องความ แม่นยำของการตรวจด้วย ดังนั้นการตรวจอัลตรา ซาวด์ในผู้ป่วยที่สงสัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันจึงควร ทำเฉพาะ ในรายที่อาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน เท่านั้น หากอาการทางคลินิกมีลักษณะที่ชัดเจนแล้ว ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันไม่ควรจะต้องยืนยัน ด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ซ้ำอีก และหากได้ทำการ ตรวจอัลตราซาวด์แล้วยังไม่แน่ใจ ควรใช้วิธีการอื่น เพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย เช่น ใช้เอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ หรือใช้การสังเกตอาการร่วมกับการ ตรวจร่างกายซ้ำ เพื่อให้แน่ใจในการวินิจฉัยก่อนที่ ให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Chooi W, Brown JA, Zetler P, Wiseman S, Cooperberg P. Imaging of Acute Appendicitis and Its Impact on Negative Appendectomy and Perforation Rates: The St Paul's Experience. *Can Assoc Radiol J.* 2007; 58(4): 220-4.
2. Bendeck SE, Nino-Murcia M, Berry GJ, Jeffrey RB. Imaging for Suspected Appendicitis: Negative Appendectomy and Perforation Rates. *Radiology* 2002; 225(1): 131-6.
3. Hershko DD, Sroka G, Bahouth H, Ghersin E. The Role of Selective Computed Tomography in the Diagnosis and Management of Suspected Acute Appendicitis. *The American Surgeon* 2002; 68(11): 1003-7.
4. Applegate KE, Sivit C, Salvator AE, Borisa V, Dudgeon DL, Stallion A, et al. Effect of Cross-sectional Imaging on Negative Appendectomy and Perforation Rates in Children. *Radiology* 2001; 220(1): 103-7.
5. Kessler N, Cyteval C, Gallix B, Lesnik A. Appendicitis: Evaluation of Sensitivity, Specificity, and Predictive Values of US, Doppler US, and Laboratory Findings. *Radiology* 2004; 230(2): 472-8.
6. Kraemer M, Franke C, Ohmann C, Yang Q. Acute appendicitis in late adulthood: incidence, presentation, and outcome. Results of a prospective multicenter acute abdominal pain study and a review of the literature. *Langenbeck's Arch Surg* 2000; 385: 470-81.
7. Kampangetch Hospital 2005 [cited 2008 9 July 2008]; Available from: [www.kph.go.th/intranet/ha/system/SaPct/SapctSur.doc](http://www.kph.go.th/intranet/ha/system/SaPct/SapctSur.doc)
8. Watanapairojrat P, Prichayudh S. Negative appendectomy rate in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J.* 2007; 51(4): 217-27.
9. Lowe LH, Draud KS, Hernanz-Schulman M, Newton MR, Heller RM, Stein SM, et al. Nonenhanced Limited CT in Children Suspected of Having Appendicitis: Prospective Comparison of Attending and Resident Interpretations. *Radiology* 2001; 221(3): 755-9.
10. Weyant MJ, Eachempati SR, Maluccio MA, Rivadeneira DA, Grobmyer SR, Hydo LJ, et al. Interpretation of computed tomography does not correlate

ผลของการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ต่ออัตราการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพ  
และอัตราการแตกของไส้ติ่งอีกเสบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์  
ยุทธนา ป้องโสม\*

---

with laboratory or pathologic findings in surgically confirmed acute appendicitis. Surgery 2000; 128(2): 145-52.

11.Garcia-Aguayo FJ, Gil P. Sonography in acute appendicitis: diagnostic utility and influence upon management and outcome. European Radiology 2000; 10: 1886-93.

12.Pruekprasert P, Geater A, Ksuntigij P, Maipang T, Apakupakul N. Accuracy in Diagnosis of Acute Appendicitis by

Comparing Serum C-Reactive Protein Measurement, Alvarado Score and Clinical Impression of Surgeons. J Med Assoc Thai 2004; 87(3): 296-302.

13.Douglas CD, Macpherson NE, Davidson PM, Gani JS. Randomised controlled trial of ultrasonography in diagnosis of acute appendicitis, incorporating the Alvarado score. BMJ. 2000; 321(7266): 919.

# Effect of Preoperative Abdominal Ultrasound Imaging on Negative Appendectomy and Perforated Appendicitis Rates at Sappasitthiprasong Hospital

Yuthana Pongsom<sup>\*</sup>

---

## Abstract

The aim of this study was to determine the accuracy of preoperative abdominal ultrasound findings in patients with suspected appendicitis, negative appendectomy rate and perforated appendicitis rate. The medical records of patients who underwent appendectomy from January 2007 to December 2007 at Sappasitthiprasong Hospital were reviewed for available preoperative ultrasound (US) and pathology results. A total of 2292 appendectomies were performed over this time period for the preoperative diagnosis of acute appendicitis. Two hundred and twenty patients had histologically normal appendices, giving an overall negative appendectomy rate of 9.6%. Patients who had preoperative ultrasound imaging showed a higher negative appendectomy rate (14.8%) than did those without this imaging (9.4%), but the result was not statistically significant ( $P = 0.093$ ). Patients who had preoperative ultrasound imaging also had a significantly higher perforation rate (13.4 vs. 26.1%,  $P < 0.001$ ). Overall women had a significantly higher negative appendectomy rate (13.2%) than did men (5.4%). On the contrary, men had a significantly higher perforation rate (16%) than did women (12%). Patient ages older than 60 years had significantly higher rates of normal appendectomy and perforation than other age groups. The sensitivity and specificity of ultrasound findings were 73.3 and 61.5 percent respectively. Preoperative abdominal ultrasound imaging is a useful procedure that leads to the prompt diagnosis and early treatment of many cases of appendicitis. However, it did not decrease negative appendectomy and perforation rates at this institution.

**Keywords:** ultrasound, appendectomy, appendicitis, perforated appendicitis

---

<sup>\*</sup> Radiologist. Department of Radiology, Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchatani

# การบริการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

นิจกานต์ ดันอุ่นเดช\*

## บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้น้อยลง ก่อให้เกิดความพิการตามมา ส่งผลให้ต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหวิชาชีพรวมทั้งจากนักกายภาพบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่ศักยภาพจะทำได้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลการให้บริการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากระยะเป็นรับผู้ป่วยที่มารับการบริการทางกายภาพบำบัดระหว่างเดือนตุลาคม 2548–กันยายน 2549 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมารับบริการทั้งหมด 841 ราย อายุเฉลี่ย 63.7±15.8 (ระหว่าง 15–98 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.6) และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 74) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.2) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.5) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองขาดเลือด (ischemic stroke) มีระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในระดับ 2–4 คิดเป็นร้อยละ 63.4 และหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพมีระดับความแข็งแรงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.8 เท่านั้น เนื่องจากส่วนมากได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดเพียง 1 ครั้ง (ร้อยละ 55.3) ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นถึงร้อยละ 44.5 โดยสามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการให้บริการทางกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพียง 1 ครั้ง แล้วกลับสู่ชุมชน ดังนั้นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพควรจะทำอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ศักยภาพจะทำได้

คำสำคัญ โรคหลอดเลือดสมอง กายภาพบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ

\* นักกายภาพบำบัด งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

## บทนำ

ตามคำจำกัดความที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ไว้ โรคหลอดเลือดสมอง หรือ stroke หรือ cerebrovascular disease (CVD) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต<sup>(1)</sup> นอกจากนี้ National Institute of Neurological Disorder and Stroke ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมียาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นถาวรก็ได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้น้อยลงและทำให้เกิดความพิการตามมา<sup>(2)</sup> รายงานการศึกษาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยและองค์การอนามัยโลก พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับสองในเพศชาย และยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ(Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง<sup>(3)</sup> จากสภาวะดังกล่าวย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งจากการสูญเสียรายได้จากการไม่ได้ทำงานและค่าใช้จ่ายที่ต้องสิ้นเปลืองไปในการดูแลรักษา กายภาพบำบัดเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยดังกล่าวทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรืออยู่ที่บ้านในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถกลับมาทำหน้าที่ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้น

จากสถิติรายงานประจำปีของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1 ใน 10 อันดับโรคที่พบมากในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับสถิติของงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มารับบริการมากเป็นอันดับ 3 จาก 10 อันดับแรกของผู้ป่วยที่มารับบริการทางกายภาพบำบัดของทุกปี<sup>(4,5)</sup> แต่ที่ผ่านมา งานกายภาพบำบัดยังไม่มีการศึกษาการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและประเมินผลการรักษา เพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและผลการรักษาทางกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

## วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) จากระเบียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2548- กันยายน 2549 โดยเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ส่วน เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยในการแจกแจง ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ที่อยู่ แผนกที่ส่งรักษาผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ระยะของการเกิดโรค (เฉียบพลัน/เรื้อรัง) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเกิดโรค โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ปัญหาของผู้ป่วย ระดับความแข็งแรงกล้ามเนื้อก่อนและหลังการรักษา จำนวนครั้งในการรักษาทางกายภาพบำบัด ผลการรักษา สาเหตุที่สิ้นสุดการรักษา และจำนวนครั้งในการมาติดตามผล

ส่วนที่ 3 ผลการรักษา ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย

### ผลการศึกษา

พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการทั้งหมด 841 ราย มีอายุระหว่าง 15-98 ปี อายุเฉลี่ย 63.7๗15.8 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.5) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 68.7) และส่วนมากประกอบ

อาชีพเกษตร (ร้อยละ 74) ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 52) อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่นอกเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ถูกส่งรักษามาจากแผนกอายุรกรรม และเป็นผู้ป่วยในมากที่สุด (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะเฉียบพลัน (ร้อยละ 92) และร้อยละ 37.3 ไม่มีประวัติโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90.2 เป็นอัมพาตครั้งแรกและมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงอย่างเดียวเป็นปัญหาสำคัญ (ตารางที่ 2)

ข้อมูลการวินิจฉัยของแพทย์พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 80.5 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการบริการที่แผนกกายภาพบำบัดเพียง 1 ครั้ง และหลังจากแพทย์ให้กลับบ้านแล้วขาดการติดตามผลทางกายภาพบำบัดถึง ร้อยละ 93.8 (ตารางที่ 3)

การบริการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี  
 นิกานต์ คันทันเดช

ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

| ข้อมูลผู้ป่วย                  | ร้อยละ |
|--------------------------------|--------|
| เพศ                            |        |
| ชาย                            | 56.5   |
| หญิง                           | 43.5   |
| สถานภาพสมรส                    |        |
| โสด                            | 7.4    |
| คู่                            | 68.7   |
| หม้าย/หย่า/แยก                 | 21.4   |
| อื่นๆ                          | 2.5    |
| อาชีพ                          |        |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ          | 8.3    |
| เกษตรกร                        | 74.0   |
| รับจ้าง/ค้าขาย                 | 7.7    |
| อื่นๆ                          | 10.0   |
| ที่อยู่                        |        |
| ในเขตเทศบาลจังหวัดอุบลราชธานี  | 17.4   |
| นอกเขตเทศบาลจังหวัดอุบลราชธานี | 52.6   |
| ต่างจังหวัด                    | 29.7   |
| ต่างประเทศ                     | 0.4    |
| แผนกที่ส่งปรึกษา               |        |
| อายุรกรรม                      | 79.4   |
| ศัลยกรรมประสาท                 | 15.1   |
| อื่นๆ                          | 5.5    |
| ประเภทผู้ป่วย                  |        |
| ผู้ป่วยใน                      | 89.3   |
| ผู้ป่วยนอก                     | 10.7   |

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรค

| ข้อมูลผู้ป่วย                                           | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------------|--------|
| ระยะของการดำเนินโรค                                     |        |
| ระยะเฉียบพลัน                                           | 92.0   |
| ระยะเรื้อรัง                                            | 8.0    |
| โรคประจำตัว                                             |        |
| ไม่มีประวัติโรคประจำตัว                                 | 37.3   |
| ความดันโลหิตสูง                                         | 30.2   |
| เบาหวาน                                                 | 17.6   |
| หัวใจ                                                   | 8.0    |
| อื่นๆ                                                   | 6.9    |
| จำนวนครั้งในการเป็นอัมพาต                               |        |
| อัมพาตครั้งแรก                                          | 90.2   |
| เป็นอัมพาตครั้งที่ 2                                    | 9.7    |
| เป็นอัมพาตครั้งที่ 3                                    | 0.1    |
| ปัญหาของผู้ป่วย                                         |        |
| กล้ามเนื้ออ่อนแรง                                       | 90.4   |
| กล้ามเนื้ออ่อนแอร่วมกับการมีเสมหะคั่งค้างในปอดเพิ่มขึ้น | 9.6    |

ตารางที่ 3 แสดงโรคของผู้ป่วย จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการทางกายภาพบำบัด และจำนวนครั้งในการมาติดตามผล

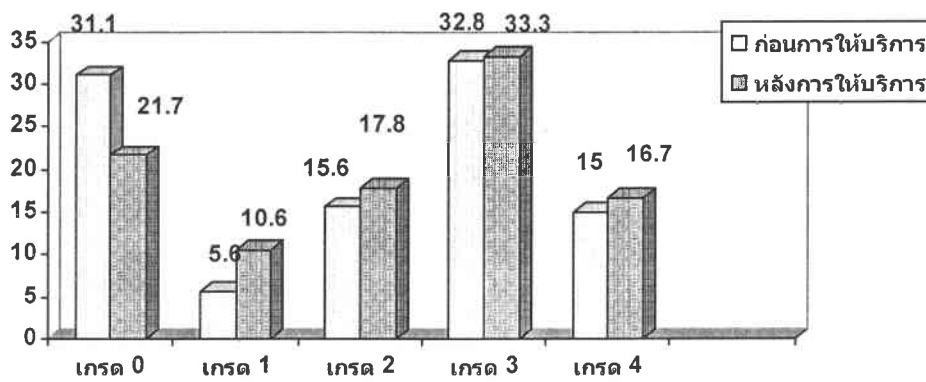
| ข้อมูลผู้ป่วย                                      | ร้อยละ |
|----------------------------------------------------|--------|
| <b>การวินิจฉัยของแพทย์</b>                         |        |
| Ischemic stroke                                    | 80.5   |
| Cerebral infarction                                | 8.4    |
| Basalganglia haemorrhage                           | 5.0    |
| อื่นๆ เช่น Intraventricular haemorrhage,           | 6.1    |
| Intracerebral, haemorrhage, Cerebral thrombosis    |        |
| <b>จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับบริการกายภาพบำบัด</b> |        |
| ได้รับบริการ 1 ครั้ง                               | 55.3   |
| ได้รับบริการ 2 ครั้ง                               | 17.5   |
| ได้รับบริการ 3 ครั้ง                               | 8.1    |
| ได้รับบริการ 4 ครั้ง                               | 4.6    |
| ได้รับบริการ 5 ครั้งขึ้นไป (5-96 ครั้ง)            | 14.5   |
| <b>จำนวนครั้งในการมาติดตามผล</b>                   |        |
| ไม่ได้มาติดตามผล                                   | 93.8   |
| มาติดตามผล 1 ครั้งขึ้นไป                           | 6.2    |

ข้อมูลระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับบริการทางกายภาพบำบัด จากระเบียนผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 188 ราย พบว่าหลังการบริการทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยมีระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ส่วนใหญ่มีระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในระดับ 2-4 คิดเป็นร้อยละ 63.4 และพบว่าผู้ป่วยมีระดับความแข็งแรงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.8 เท่า

นั้น ก่อนการให้บริการทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยมีระดับความแข็งแรงที่พบมากที่สุดคือเกรด 3 ร้อยละ 32.8 และเพิ่มหลังการให้บริการเล็กน้อยเป็นร้อยละ 33.3 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1)

ข้อมูลผลการให้บริการพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเพียง ร้อยละ 44.1 ผู้ป่วยที่เหลือยังคงมีอาการเช่นเดิม หรือประเมินผลไม่ได้ และสาเหตุที่สิ้นสุดการรักษาพบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยถูกจำหน่าย (ร้อยละ 88.2) (ตารางที่ 4)

แผนภูมิที่ 1. แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในระดับต่างๆ ก่อนและหลังการให้บริการ



ตารางที่ 4 แสดงสรุปผลการรักษาผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด และสาเหตุที่สิ้นสุดการรักษา

| ข้อมูลผู้ป่วย                   | ร้อยละ |
|---------------------------------|--------|
| <b>ผลการรักษา</b>               |        |
| หาย                             | 0.4    |
| ดีขึ้น                          | 44.1   |
| คงเดิม                          | 31.3   |
| แย่ลง                           | 2.0    |
| ตาย                             | 0.2    |
| ประเมินผลไม่ได้                 | 22.0   |
| <b>สาเหตุที่สิ้นสุดการรักษา</b> |        |
| ถูกจำหน่าย                      | 88.2   |
| ส่งต่อ                          | 1.6    |
| ตาย                             | 0.4    |
| ขาดการรักษา                     | 0.8    |
| ไม่สามารถรักษาต่อเนื่องได้      | 7.0    |
| อื่นๆ                           | 2.0    |

## วิจารณ์

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุเฉลี่ย 63.7±15.9 ปี เช่นเดียวกับจากการศึกษาของ Robin และ Baum<sup>(6)</sup> ที่พบว่าผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์เพิ่มเป็น 2 เท่าของทุกๆ 10 ปีที่อายุเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชายเช่นเดียวกับจากข้อมูลในหลายๆ การศึกษา ที่พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า<sup>(6,7)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคประจำตัวมาก่อน ซึ่งสาเหตุที่ไม่มีประวัติโรคประจำตัวอาจเนื่องมาจากชาวบ้านส่วนใหญ่จะไม่มีมีการตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ไม่พบประวัติโรคประจำตัว ส่วนโรคประจำตัวที่พบในผู้ป่วย คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ เช่นเดียวกับในหลายการศึกษาที่พบว่าโรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา<sup>(8,9,10)</sup> ดังนั้นจึงควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเหล่านี้

ข้อมูลของที่อยู่ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานีแต่อยู่นอกเขตเทศบาล หรืออยู่ในจังหวัดอื่นๆ อีกทั้ง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใน จึงทำให้ได้รับการบริการขณะนอนพักอยู่ในโรงพยาบาล และได้รับการบริการทางกายภาพบำบัดเพียง 1-2 ครั้งเท่านั้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการบริการทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง อาจเนื่องมาจากบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล การนำผู้ป่วยมา

รับบริการที่แผนกกายภาพบำบัดต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง หรือไม่มีคนพาผู้ป่วยมาทำกายภาพบำบัด ดังนั้น จึงควรมีการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด เช่นเดียวกับที่ AASAP (Asian Act Stroke Advisory Panel) ได้รวบรวมข้อมูลระบาดวิทยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมาชิก 10 ประเทศ ได้แก่ จีน เกาหลี ไต้หวัน ฟิลิปปินส์ อินเดีย อินโดนีเซีย เวียดนาม ไทย สิงคโปร์ และมาเลเซีย ในช่วง 3 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2539-2540 จากผู้ป่วยทั้งหมด 3,670 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดจากสมองขาดเลือด<sup>(11)</sup>

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีเป็นการอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออย่างเฉียบ และพบว่าผู้ป่วยใหญ่มีระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นหลังรักษาไม่มากนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ถูกจำหน่ายหลังจากได้รับการบริการทางกายภาพบำบัดเพียง 1 ครั้งเท่านั้น อีกทั้งการบริการกายภาพบำบัดจะทำได้ต่อเนื่องเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเทศบาลบางรายที่สามารถมารับการบริการทางกายภาพบำบัดได้ อย่างไรก็ตามผลการบริการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลการรักษาที่ดีขึ้นหลังการทำกายภาพบำบัดถึงร้อยละ 44.5 อาจเนื่องมาจากภายหลังได้รับฝึกที่ถูกวิธีจากนักกายภาพ

บำบัดทำให้ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัว ลุกนั่ง หรือเดินโดยมีคนพุงหรือใช้ไม้เท้าได้

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อถูกจำหน่ายแล้วไม่ได้กลับมารับบริการทางกายภาพบำบัดอีกเพื่อติดตามผล ดังนั้น งานกายภาพบำบัดจึงควรเน้นการให้โปรแกรมผู้ป่วยกลับไปทำที่บ้าน (home program) ได้แก่ อธิบายให้ญาติ/ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค อาการแสดง การฟื้นฟูสภาพของสมอง ขั้นตอนและวิธีการบริการทางกายภาพบำบัด เช่น การบริหารข้อต่อต่างๆ การฝึกพลิกตะแคงตัว การฝึกลุกนั่ง การฝึกยืนและฝึกเดินรวม ทั้งให้ญาติ/ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติ พร้อมทั้งอธิบายข้อห้าม ข้อควรระวัง ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามและแจกเอกสารหรือแผ่นพับให้กลับไปบ้านด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษาของสุวารีและคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน<sup>(12)</sup> หากผู้ป่วย/ญาติไม่ฝึกกายภาพบำบัดต่อที่บ้าน ผู้ป่วยก็สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ข้อติดแข็ง ปวดบวม อาการเจ็บข้อไหล่ข้างที่เป็นอัมพาต หรือแผลกดทับได้ การมีนักกายภาพบำบัดหรือทีมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน สามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับมาช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดและอยู่ในสังคมได้ดีที่สุดเท่าที่ศักยภาพจะทำได้

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากระเบียบผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด จึงพบว่ามีข้อมูลครบถ้วนเพียงบาง

ส่วนเท่านั้น จึงควรมีการวางแผนสำหรับเก็บข้อมูลของหน่วยงานให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลให้ประโยชน์สำหรับการศึกษาล้างต่อไปได้อย่างเต็มที่

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Meeting Control of Stroke and Hypertension. Control of stroke in the community: methodological considerations and protocol of WHO register. CVD/s/73.6 Geneva: WHO 1973.
2. Classification cerebrovascular disease ฉบับ: special report from National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 1989.
3. Ministry of Public Health Burden of disease and injuries in Thailand Priority setting for policy.2002; A14-A16, 58.
4. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. สถิติรายงานประจำปี 2547. อุบลกิจออฟเซต การพิมพ์: อุบลราชธานี 2547.
5. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. สถิติรายงานประจำปี 2548. อุบลกิจออฟเซต การพิมพ์: อุบลราชธานี 2548.
6. Robin SM, Baum HM. The national survey of stroke: incidence. Stroke 1981; 12: I 45-I 57.

7. Boysen G, Nyboe J, Appleyard M, Sorensen PS, et al. Stroke incidence and risk factors in Copenhagen, Denmark. *Stroke* 1989; 19: 1345-53.
8. กิ่งแก้ว ปาจริย. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1.-กรุงเทพฯ : งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547; 14-20.
9. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, Thijs L, et al. Risk of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet* 2000; 355: 865-72.
10. Barrett-Conner E, Khaw K. Diabetes mellitus: an independent risk factor for stroke. *Am J Epidemiol* 1988; 128: 116-23.
11. Wong KS, for the Asian Acute Stroke Advisory Panel. Risk factors for early death in acute ischemic stroke and intracerebral hemorrhage: a prospective hospital-based study in Asia. *Stroke* 1999; 30: 2326-30.
12. สุวารี เทพดารา และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ. *วารสารกายภาพบำบัด* 2544; 23(3).
13. Terry Ellis, Douglas I Katz, Daniel K White, T Joy DePiero, Anna D Hohler, Marie Saint-Hilaire. Effectiveness of an Inpatient Multidisciplinary Rehabilitation Program for People With Parkinson Disease. *PHYS THER* 2008; 88(7):812-819.
14. Ling-Ling Chiang, Li-Ying Wang, Chin-Pyng Wu, Huey-Dong Wu, Ying-Tai Wu. Effects of Physical Training on Functional Status in Patients with Prolonged Mechanical Ventilation. *PHYS THER* 2006; 86(9): 1271-1281.

# **Service of Physical Therapy in Stroke Patients at Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani**

---

*Nitjagan Tan-undet\**

## **Abstract**

Stroke is a major cause of disability and chronic deficits that persistently impaired the physical function in patients. These patients required rehabilitations by multidisciplinary team including physical therapist to improve functional mobility and activity of daily living skills as much as their most potential. This retrospective study was performed to explore the service of physical therapy in stroke patients at Sappasitthiprasong hospital during October 2005 to September 2006. There were 841 patients, mean age of 63.715.8 years (ranging from 15–98 year). Most of them were male (56.6%) and farmers (74.0%). Hypertension was the major medical history of patients (30.2%). The major physicians' diagnosis was ischemic stroke (80.5%). The muscle strength level 2–4 slightly increased, from 63.4% to 67.8% of patients after rehabilitation therapy because most of them received the program only once (55.3%). However, 44.5% of patients had better functional mobility and activity of daily living skills. In conclusion, physical therapy program could improve functional mobility and activity of daily living skills in stroke patients. The continuity of rehabilitation program in community was important to help the patients recover to live normal lives as much as possible.

**Keywords:** stroke, physical therapy, rehabilitation

---

\*Physical therapist. Physical Therapy Division, Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani 7

# ยืดเส้นสายคลายวิกฤติ: การออกกำลังกายในหอผู้ป่วยวิกฤติ

สุวารี เจริญมุขยันท\*, อรพรรณ จิ่งเจริญ\*\*, เยาวเรศ เอื้ออารีเลิศ†,  
สุนันต์ ปลื้มจิตร์\*, สุภาพรณ บุญอารีย์\*, พัสสิพร สายจำปา†

## บทคัดย่อ

การปฏิบัติงานในหน่วยวิกฤติ ต้องทำงานในลักษณะเดิมๆ และเผชิญภาวะที่มีความเครียดอยู่อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ร่างกายเกิดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อหรือข้อต่อเกิดขึ้นได้ เมื่อความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมก็จะนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพตามมา จากปัญหาดังกล่าวจึงนำมาสู่การศึกษาซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการนำการออกกำลังกายสำหรับบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤติและกึ่งวิกฤติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ระหว่างเดือนสิงหาคม 2550 ถึง กุมภาพันธ์ 2551 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 95 ขาดการออกกำลังกายและคิดว่าการทำงานก็เป็นการออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพที่พบคือ ความอ่อนล้า เหนื่อยง่าย แม้จะสามารถทำงานต่อเนื่องได้ แต่มักจะหงุดหงิดง่าย ผลการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย พบว่า มีความจุปอด ความแข็งแรง ความทนทาน และความยืดหยุ่นต่ำ หลังจากที่บุคลากรทราบปัญหาจึงร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา โดยกำหนดให้มีการออกกำลังกายภายในหน่วยงานเป็นประจำทุกวัน ในช่วงเวลาตามความเหมาะสมกับสถานการณ์การปฏิบัติงาน โดยประเมินผลการทำกิจกรรมทุกเดือน และประเมินผลการทดสอบสมรรถภาพร่างกายหลังดำเนินการ 6 เดือน ซึ่งผลของกิจกรรมพบว่า บุคลากรมีการทำกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีการนำท่าทางการออกกำลังกายไปทำต่อที่บ้านในช่วงวันหยุดปฏิบัติงาน การทดสอบสมรรถภาพร่างกายพบการเปลี่ยนแปลงของความทนทาน ความยืดหยุ่น และความแข็งแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) แต่ความจุปอดไม่เปลี่ยนแปลง ปัญหาทางร่างกาย เช่น ปวดเข่า ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ ลดลง สิ่งสำคัญที่ทำให้กิจกรรมนี้ดำเนินและคงอยู่ได้คือ แรงผลักดันและการกระตุ้นจากหัวหน้างาน รวมทั้งการมีผู้นำหรือผู้รับผิดชอบในการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง จึงเป็นข้อเสนอแนะจากการศึกษาว่า หากต้องการนำรูปแบบไปใช้งานหรือส่งเสริมให้บุคลากรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หัวหน้าหน่วยงานต้องเห็นความสำคัญ ปฏิบัติเป็นแบบอย่าง และควรกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนเพื่อเป็นผู้นำในการออกกำลังกายและกระตุ้นการมีส่วนร่วมให้กับผู้ร่วมงานทุกคนอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การออกกำลังกาย, การออกกำลังกายในที่ทำงาน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

\* นักกายภาพบำบัด, \*\* พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2,

† พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

ยึดเส้นสายคล้ายวิกฤติ: การออกกำลังภายในหอผู้ป่วยวิกฤติ

สุวารี เจริญมุขยนันท, อรพรรณ จิ่งเจริญ, เขียวเรศ เอื้ออารีเอศ,  
สุวนิดย์ ปลื้มจิตร, สุภาพรณ บุญอารีย์, พศิจิพร สายจำปา

## บทนำ

สถานที่ทำงานมีผลต่อภาวะสุขภาพและการเกิดโรคได้ในหลายๆ ทาง การทำงานทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ หากต้องทำงานในสภาวะที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ มีทักษะในการทำงานที่ไม่เหมาะสมหรือขาดการสนับสนุนที่ดีจากผู้ร่วมงาน โดยในปัจจุบันอาการหรือโรคที่เกิดจากการทำงานกำลังเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม เนื่องจากลักษณะงานในปัจจุบันเป็นงานที่มีความซ้ำซากจำเจมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้คนทำงานเกิดความเครียดโดยไม่ค่อยรู้สึกตัวเนื่องจากความเครียดจะค่อยๆ เกิดขึ้น และความสนใจของผู้มีความเครียดก็มุ่งไปที่เรื่องของความเครียด ละเลยความเปลี่ยนแปลงของตนเอง ยกเว้นผู้มีความเครียดสูงเกินเหตุและเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน<sup>(1)</sup> ความเครียดและความกดดันทางจิตใจต่างๆ มักจะเกิดร่วมกันกับการตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ถูกใช้งานต่อเนื่องทำให้เกิดความตึงและล้า<sup>(2)</sup> ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการทำงาน เช่น อาการปวดบริเวณหลัง คอ ข้อมือ แขน ขา และส่ายตา การบาดเจ็บและเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการทำงานที่ซ้ำซากและจำเจเหล่านี้ มักเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ซึ่งอาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี อย่างไรก็ตาม คนทำงานจะรับรู้ถึงสัญญาณและอาการบางอย่างที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นก่อนเป็นระยะเวลานาน เช่น ความรู้สึกไม่สะดวกสบายในการทำงาน รู้สึกเจ็บปวดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ รวมทั้งอาจมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหลังเลิกงานแล้ว

ช่วงระยะหนึ่ง หากยังมีทำางการทำงานเช่นเดิมต่อไปจะเกิดปัญหาตามมา เช่น อาการปวดหลัง ปวดคอ การบาดเจ็บหรือการเกร็งกล้ามเนื้อที่เกิดจากการทำงานซ้ำซาก (repetitive strain injury หรือ RSIs) ที่มีอาการหนักขึ้น หรือปัญหาการไหลเวียนโลหิตที่บริเวณขา เป็นต้น สิ่งสำคัญจึงเป็นการหาวิธีจัดที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มรู้สึกว่ามีอาการไม่สะดวกสบายเกิดขึ้น เพื่อไม่ให้นำไปสู่การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรังต่อไปในอนาคต<sup>(1)</sup>

นอกจากปัญหาที่แสดงออกทางด้านร่างกายแล้ว เมื่อมีการทำงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานด้วยกิจกรรมเดิมที่ซ้ำซาก จะส่งผลให้เกิดความเครียดทางจิตใจตามมา ซึ่งมักจะแสดงออกมาด้วยพฤติกรรมที่หงุดหงิด อารมณ์เสีย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ พุดน้อย ยิ้มหรือหัวเราะไม่ค่อยออก หน้ายู่ บึ้งตึง บางครั้งฉุนเฉียวง่ายโดยไม่มีสาเหตุ ปวดศีรษะ การแสดงออกดังกล่าวอาจจะไม่รุนแรงมากนักแต่จะส่งผลกระทบต่อไปยังปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายตามมาเมื่อสะสมเป็นเวลานาน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอีกด้วย<sup>(2)</sup>

มีการศึกษาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานหลากหลายแต่ส่วนใหญ่เป็นการรายงานสถานการณ์ เช่น รายงานสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน ปี 2543 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข<sup>(3)</sup> ที่กล่าวถึงสถานการณ์ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ หรือการรายงาน

การศึกษาสถานการณ์การให้บริการทางด้านอาชีวอนามัยในภาคอุตสาหกรรมในปี 2549 ของสมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ และคณะ<sup>(3)</sup> ที่ให้ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยในภาคอุตสาหกรรมหลายแห่งในประเทศไทย ในการศึกษานี้ได้สำรวจข้อมูลจากผู้ให้บริการอาชีวอนามัยหลายองค์กร ทั้งโรงงานอุตสาหกรรม โรงพยาบาล บริษัทเอกชน หน่วยบริการสุขภาพในสถานประกอบการ ขนาดกลางหรือขนาดใหญ่ ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามี การดำเนินงานด้านนี้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับระดับของหน่วยบริการ โครงการของทีมงานที่รับผิดชอบ แต่การศึกษาในรูปแบบของการดำเนินงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละชุมชนหรือองค์กรนั้น ยังไม่พบการรายงานอย่างชัดเจน

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เป็นหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในนโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานเป็นอย่างดี มีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมากมายในหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ขับขี่ปลอดภัยสวมหมวกนิรภัย กิจกรรมการควบคุมน้ำหนัก ชมรมจริยธรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้เหมาะสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่เสร็จสิ้นในช่วงเวลากลางวันหรือช่วงเวรเช้า แต่สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่ต้องทำงานในช่วงเย็นหรือกลางคืน (เวรบ่าย/เวรดึก) จะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะกิจกรรมการออกกำลังกายที่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอเพื่อจะได้ผลดี นอกจากนี้ การทำงานในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในหน่วย

วิกฤต ที่คนทำงานต้องเผชิญกับความเครียดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ความเครียดนั้นส่งผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อหรือข้อต่อเกิดขึ้น หากยังต้องทำงานในลักษณะเดิมอยู่อย่างต่อเนื่อง เมื่อความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมก็จะนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพตามมา และถึงแม้โรงพยาบาลจะมีนโยบายสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างชัดเจน แต่เนื่องจากลักษณะของงานทำให้คนทำงานเหล่านี้ ไม่สะดวกในการมาเข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้น การออกกำลังกายในหน่วยงานจึงน่าจะเป็นทางออกที่สามารถแก้ไข ปัญหาทั้งในด้านสุขภาพ และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมได้

สำหรับหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และ 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์นั้นมีบุคลากรปฏิบัติงานหน่วยละ 19-22 คน แต่ละหอมีผู้ป่วยซึ่งเป็นทารกแรกเกิดระยะวิกฤติและกึ่งวิกฤติที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง โดยจำนวนผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2550 มีจำนวน 10-12 คนต่อวัน และห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 มีจำนวน 16-30 คนต่อวัน มีบุคลากรขึ้นปฏิบัติงานทั้งหมด 4-5 คนต่อเวร ซึ่งเมื่อทำการทดสอบสมรรถภาพทางร่างกายด้วยการวัดความจุปอด ความอ่อนตัว ความทนทานด้วย step test เป็นเวลา 3 นาที และวัดพื่นภายใน 1 นาที พบว่าส่วนใหญ่สมรรถภาพทางร่างกายอยู่ใน

ยี่ดเส้นสายคลายวิกฤติ: การออกกำลังกายในหอผู้ป่วยวิกฤติ  
สุวารี เจริญมุขพันธ์, อรพรรณ จิ่งเจริญ, เขาวเรศ เอื้ออารีเลิศ,  
สุวนิตย์ ปลื้มจิตร, สุภาพรณ บุญอารีย์, พัทธจิพร สายจำปา

เกณฑ์ปานกลางถึงขั้นต่ำมาก บางส่วนไม่สามารถ  
แปลผลได้เนื่องจากไม่สามารถทดสอบได้ครบตาม  
เวลาที่กำหนด ซึ่งแสดงถึงภาวะวิกฤติของสุขภาพ  
บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าว

ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานทั้ง 2 หน่วยงานร่วมกับ  
งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์  
จังหวัดอุบลราชธานี จึงจัดทำโครงการนี้ขึ้นเพื่อ  
พัฒนารูปแบบการนำการออกกำลังกายมาใช้กับ  
บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤติและกึ่งวิกฤติ ส่งเสริม  
ให้ผู้ปฏิบัติงานรู้จักใช้การออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลาย  
ความตึงเครียดทั้งของร่างกายและจิตใจ เป็นการ  
ป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่  
จะเกิดขึ้น เรียนรู้วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม  
ขณะปฏิบัติงาน รวมทั้งช่วยแก้ไขและลดความ  
รุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วนั้นได้ด้วยตนเอง

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม  
(Participation Action Research) โดยใช้แนว  
คิดของกระบวนการเรียนรู้และแก้ปัญหาแบบมีส่วน  
ร่วม เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานและทำให้  
การดำเนินงานคงอยู่ได้แบบยั่งยืน โดยแบ่งการ  
ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ประเมิน  
สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินงาน และ 3) การ  
ประเมินผล โดยกำหนดตัวชี้วัดดังนี้

- ระยะที่ 1 วัดผลจากข้อมูลที่ได้เพื่อนำมา  
ประเมินสถานการณ์ และสามารถนำข้อมูล

มากำหนดเป็นรูปแบบของกิจกรรมเพื่อใช้ใน  
การดำเนินงาน

- ระยะที่ 2 วัดผลจากการมีกิจกรรมที่ดำเนิน  
งานในห้องผู้ป่วยวิกฤติและกึ่งวิกฤติ
- ระยะที่ 3 วัดผลจากการมีส่วนร่วมของผู้  
ปฏิบัติงานในการดำเนินงาน พฤติกรรมด้าน  
สุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการที่เปลี่ยนแปลง  
ไป ผลการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย และ  
ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการต่อ  
กิจกรรมการดำเนินงาน

จัดทำโครงการที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด  
1 และ 2 เนื่องจากพบว่าบุคลากรในหอผู้ป่วย  
ประสบปัญหาด้านความทนทาน (endurance)  
ในการปฏิบัติงาน และบุคลากรทุกระดับมีความ  
กระตือรือร้นในการเข้าร่วมโครงการ ทำการศึกษา  
ระหว่างเดือนสิงหาคม 2550 ถึง กุมภาพันธ์ 2551  
โดยประเมินสุขภาพทั่วไป ประเมินความเครียดและ  
ทดสอบสมรรถภาพร่างกายบุคลากรทุกคนที่เข้าร่วม  
โครงการ เก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการ ความ  
คาดหวังหรือปัญหาอุปสรรคของการเข้าร่วมโครงการ  
โดยการสนทนากลุ่ม และเก็บรวบรวมข้อมูลการ  
เปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเรียนรู้วิธีการจัดการ  
เพื่อนำการออกกำลังกายมาใช้ในชีวิตประจำวันโดย  
การสัมภาษณ์ การสังเกต และสนทนากลุ่ม

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดย  
การขูดวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)  
สำหรับข้อมูลแบบสอบถามสุขภาพทั่วไปวิเคราะห์

ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบผลการทดสอบสมรรถภาพร่างกายและผลการประเมินความเครียดด้วยสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test

ตรวจสอบข้อมูลโดยวิธีตรวจสอบสามเส้า (triangulation method) จากการประเมินผลด้านการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย การประเมินผลด้านความเครียด การสัมภาษณ์ และการสังเกตพฤติกรรมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามสภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย โดยผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือทั้งด้านเนื้อหา
2. แบบประเมินความเครียด สร้างโดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
3. แบบเก็บข้อมูลด้านการทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย คือ การวัดความอ่อนตัว ความจุอด การทดสอบความทนทานด้วยการก้าวเป็นจังหวะ (step test) ภายในเวลา 3 นาที และการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยการวิดพื้นภายในเวลา 1 นาที

## ผลการศึกษา

ขณะเริ่มโครงการหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 มีผู้ปฏิบัติงาน 19 คน หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 มีผู้ปฏิบัติงาน 19 คน รวมทั้งหมด 38 คน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องจนครบระยะเวลา 6 เดือน จำนวน

30 คน คือ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 จำนวน 14 คน หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 จำนวน 16 คน ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้เนื่องจากลาศึกษาอบรม 1 คน อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ 2 คน ปฏิเสธการออกกำลังกายจากภาวะสุขภาพประจำตัวจำนวน 4 คน และตั้งครรภ์ภายหลังเริ่มโครงการไปแล้ว 2 คน

ข้อมูลในระยะแรกพบว่า ผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 23-54 ปี อายุเฉลี่ย  $32.97 \pm 9.08$  ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 76.7 มีระยะเวลาการทำงานระหว่าง 5 เดือนถึง 33 ปี ร้อยละ 63.3 ไม่เคยได้รับบาดเจ็บหรือไม่เคยมีอุบัติเหตุมาก่อน กลุ่มที่เคยได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บมาก่อนนั้น ได้รับการบาดเจ็บมาก่อนอย่างน้อย 1 เดือน สูงสุด 7 เดือน โดยในกลุ่มที่เคยบาดเจ็บมาก่อนนั้น ร้อยละ 27.27 มีปัญหากระดูกหัก ร้อยละ 45.45 หกล้ม ส่วนที่เหลือร้อยละ 27.28 บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจร/รถจักรยานยนต์ล้ม ผู้ปฏิบัติงานจำนวน 18 คน หรือร้อยละ 60 ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จำนวน 10 คน ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน มีเพียงแค่ 2 คน หรือร้อยละ 6.67 เท่านั้นที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยส่วนใหญ่จำนวน 25 คน บอกว่าออกกำลังกายด้วยการทำงาน จำนวน 3 คน กำลังกายด้วยการเล่นกีฬา และจำนวน 2 คน ออกกำลังกายด้วยการเดิน และพบว่ามีปัญหาโรคประจำตัวจำนวน 7 คน โดยโรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง กระเพาะอาหาร ความดันโลหิต โรคหัวใจ และภูมิแพ้

ยี่ดเส้นสายคล้ายวิกฤติ: การออกกำลังภายในหอผู้ป่วยวิกฤติ

สุวารี เจริญนุชนันท, อรพรรณ จิ่งเจริญ, เยาวเรศ เอื้ออารีเลิศ,  
สุนันต์ ปัตติมาจิตร, สุภาพรรณ บุญอรัน, พศจีพร สายจำปา

สำหรับข้อมูลทั่วไปด้านสถานที่และการปฏิบัติงานพบว่า หอผู้ป่วยหนักทั้งสองเป็นห้องเชื่อมติดกัน มีลักษณะผู้ป่วยใกล้เคียงกันคือ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 รับเฉพาะผู้ป่วย

ทารกระยะวิกฤติ ส่วนหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 รับทั้งผู้ป่วยทารกระยะวิกฤติและกึ่งวิกฤติ มีพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมไม่มากนัก (ภาพที่ 1 และ 2)



ภาพที่ 1 หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1



ภาพที่ 2 หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2

สภาพการปฏิบัติงานทั่วไปจะมีงานต่อเนื่องตลอดในแต่ละเวร หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 12 คนต่อวัน ส่วนห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 22 คนต่อวัน เนื่องจากปัญหาด้านการขาดแคลนอัตรากำลังทำให้บุคลากรต้องขึ้นปฏิบัติงานกันอย่างต่อ

เนื่องโดยเฉพาะในช่วงที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก ส่งผลให้เกิดการสะสมความเครียดและเมื่อยล้าจากการทำงาน โดยข้อมูลที่สอบถามถึงระยะเวลาในการปฏิบัติงานได้โดยไม่ทำให้เกิดความเมื่อยล้าเหนื่อย หรือหงุดหงิด พบว่ามีเพียงร้อยละ 33.3 เท่านั้นที่สามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่เกิดอาการดังกล่าว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานได้โดยไม่เกิดความรู้สึกเมื่อยล้า เหนื่อยหรือหงุดหงิด

| ระยะเวลาที่สามารถทำงานต่อเนื่อง (ชั่วโมง) | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------------------|------------|--------|
| < 8 ชั่วโมง                               | 19         | 63.33  |
| 8 ชั่วโมง                                 | 10         | 33.3   |
| > 8 ชั่วโมง                               | 1          | 3.33   |
| รวม                                       | 30         | 100    |

ในการทดสอบสมรรถภาพร่างกายพบว่า การทดสอบความจุปอดร้อยละ 46.7 อยู่ในระดับปานกลาง มีความอ่อนตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 การทดสอบความแข็งแรงด้วยการวิดพื้นอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 63.3 ส่วนความทนทานอยู่ในระดับต่ำมาก ร้อยละ 73.3 (ตารางที่ 2) สำหรับผลการประเมินความเครียดพบว่าจำนวน 24 คน (ร้อยละ 80) มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ และอีกจำนวน 6 คน (ร้อยละ 20) มีความเครียดอยู่ในระดับเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย (mild stress)

ตารางที่ 2 การทดสอบสมรรถภาพร่างกาย

| ผลการทดสอบ<br>สมรรถภาพร่างกาย | ความจุปอด<br>(จำนวน) | ความอ่อนตัว<br>(จำนวน) | step test<br>(จำนวน) | วิดพื้น<br>(จำนวน) |
|-------------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|--------------------|
| ต่ำมาก                        | 8 (26.7%)            | 7 (23.3%)              | 22 (73.3%)           | 2 (6.7%)           |
| ต่ำ                           | 3 (10.0 %)           | 2 (6.7%)               | 2 (6.7%)             | —                  |
| ปานกลาง                       | 14 (46.7%)           | 15 (50.0%)             | 4 (13.3%)            | 4 (13.3%)          |
| ดี                            | —                    | 2 (6.7%)               | 1 (3.3%)             | 5 (16.7%)          |
| ดีมาก                         | 5 (16.7%)            | 4 (13.3%)              | 1(3.3%)              | 19 (63.3%)         |

## ยึดเส้นสายคลายวิกฤติ: การออกกำลังกายในหอผู้ป่วยวิกฤติ

สุวารี เจริญมุขยันท, อรพรรณ จิ่งเจริญ, เขียวเรศ เอื้ออารีเลิศ,  
สุวนิตย์ ปลื้มจิตร, สุภาพรพรรณ บุญอารีย์, พศจีพร สายจำปา

จากข้อมูลที่ได้นำมาประเมินสถานการณ์ปัญหาของทั้งสองหน่วยงานพบว่า เป็นปัญหาด้านความเหนื่อยล้าของสภาพร่างกายที่ส่งผลต่อระดับความอ่อนตัว ความแข็งแรง และความทนทาน ซึ่งสามารถแก้ไขและป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกาย ซึ่งถึงแม้โรงพยาบาลจะจัดช่วงเวลาและสถานที่ในการสนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย แต่ผู้ปฏิบัติงานทั้งสองหน่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดให้ได้ด้วยปัญหาลักษณะการปฏิบัติงาน อีกทั้งเป็นงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถจัดเวลาให้ไปออกกำลังกายหลังการปฏิบัติงานได้ ดังนั้น จึงมีการวางแผนเพื่อกำหนดการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายภายในหน่วยงาน โดยให้นักกายภาพบำบัดเป็นผู้ออกแบบท่าทางการออกกำลังกายที่เน้นการยืดและคลายกล้ามเนื้อ (stretching) การเพิ่มความทนทาน และการเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อที่ใช้บ่อยในการทำงาน มีระยะเวลาในการออกกำลังกายประมาณ 15 นาที และกำหนดช่วงเวลาที่ใช้ในการออกกำลังในช่วงระหว่างเวลา 15.00 น.-15.30 น. ทุกวัน โดยมีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินการอีกครั้ง

ในระยะดำเนินการ พบว่าระยะแรกของการดำเนินการมีปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรมคือ ผู้ปฏิบัติงานเหนื่อยและล้าจากการปฏิบัติงานที่ต่อ

เนื่อง โดยเฉพาะการมีกิจกรรมการรับผู้ป่วยใหม่หรือมีกิจกรรมให้การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่วิกฤติในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกับการออกกำลังกาย ทำให้ต้องการพักมากกว่าออกกำลัง เช่น

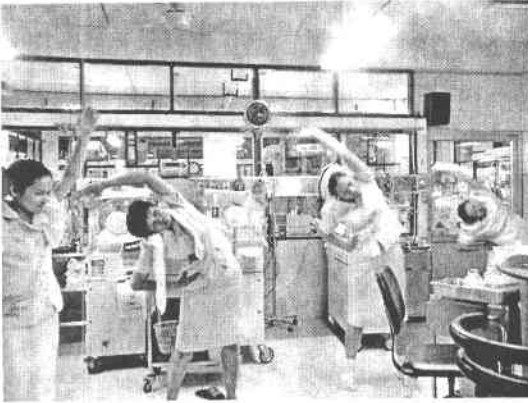
“วันนี้รับใหม่ 2 คนพี่ ยังไม่ได้พักเลย ขอหยุดออกกำลังก่อนได้ไหม” หรือ

“วันนี้คงไม่ได้ออกกำลัง พอดีคนไข้หยุดหายใจ” หรือ

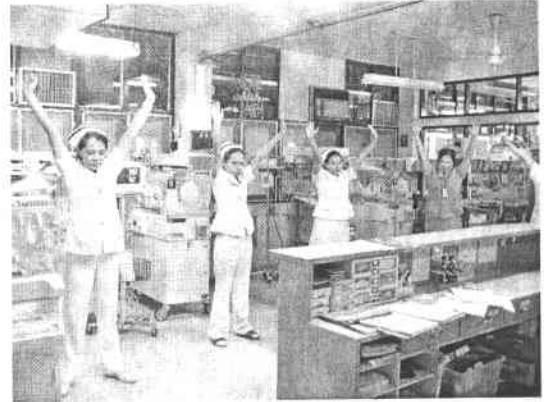
“วันนี้อยู่กับ 2 คนพี่ ที่เหลือไปประชุม ยังไม่ได้พักเลยตั้งแต่เช้า ขอหยุดออกกำลัง 1 วันพี่”

นอกจากนี้ ปัญหาด้านผู้นำการออกกำลังกายก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากมีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้นำการออกกำลังกายเพียงคนเดียว หากมีกิจธุระอื่นก็ต้องงดไปเนื่องจากไม่มีผู้นำ

ต่อมาจึงได้มีการปรับกิจกรรมการดำเนินการโดย หอผู้ป่วยหนักทั้งสองห้องจัดให้มีผู้รับผิดชอบในการเป็นผู้นำการออกกำลังกายประจำวันเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และปรับช่วงเวลาออกกำลังกายให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้นคือ ทำในช่วงใดก็ได้ในช่วงที่มีเวลาว่างของวัน เนื่องจากบางครั้งกิจกรรมการพยาบาลที่มีขึ้นกับภาวะของผู้ป่วยและแพทย์จึงต้องปรับเวลาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ (ภาพที่ 3-6) อีกทั้งพบว่า การที่หัวหน้าหน่วยงานมาร่วมออกกำลังกายด้วยจะเพิ่มแรงจูงใจในการออกกำลัง และทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกดีกับการที่หัวหน้าหน่วยงานเห็นความสำคัญของการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานทุกคน



ภาพที่ 3 กิจกรรมการออกกำลังกาย



ภาพที่ 4 กิจกรรมการออกกำลังกาย



ภาพที่ 5 กิจกรรมการออกกำลังกาย



ภาพที่ 6 กิจกรรมการออกกำลังกาย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในเรื่องความคาดหวังพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานให้กับร่างกาย หลังจากทราบผลการทดสอบสมรรถภาพร่างกายบางส่วนต้องการออกกำลังกายเพื่อลดปัญหาสุขภาพที่มี ได้แก่ ปวดเข่า ปวดหลัง ปวดตามกล้ามเนื้อ ภาวะไขมันในเลือดสูง ปัญหาน้ำหนักมาก เป็นต้น บางส่วนต้องการออกกำลังกายเพื่อให้แข็งแรง เนื่องจากต้องการมีบุตร สำหรับข้อมูลจากการ

สนทนากลุ่มพบว่า หัวหน้าหน่วยงานต้องการให้มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ปฏิบัติงาน ส่วนในระดับผู้ปฏิบัติงานต้องการการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมากขึ้น

เมื่อดำเนินกิจกรรมไปครบ 3 เดือน ได้มีการทดสอบสมรรถภาพร่างกายอีกครั้งพบว่า การทดสอบความจุปอดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50 มีความอ่อนตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40 การทดสอบความแข็งแรงด้วยการวิดพื้นอยู่ในระดับ

ยึดเส้นสายคล้ายวิกฤติ: การออกกำลังกายในหอผู้ป่วยวิกฤติ

สุวารี เจริญมุขนันท์, อรพรรณ จิ่งเจริญ, เขวเรศ เอื้ออารีเลิศ,

สุนิตย์ ปลื้มจิตร, สุภาพรณ บุญอารีย์, พศจิพร สายจำปา

ดีมาก (ร้อยละ 93.3) และระดับดี ส่วนความ  
ทนทานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 และ

มีจำนวนผู้อยู่ในระดับต่ำมากและต่ำลดลง (ตาราง  
ที่ 3) นอกจากนี้ มีผู้ถอนตัวจากโครงการไป 2 คน  
เนื่องจากพบว่าตั้งครบก

ตารางที่ 3 การทดสอบสมรรถภาพร่างกายหลังดำเนินกิจกรรม 3 เดือน

| ผลการทดสอบ<br>สมรรถภาพร่างกาย | ความจุปอด<br>(จำนวน) | ความอ่อนตัว<br>(จำนวน) | step test<br>(จำนวน) | วิดพื้น<br>(จำนวน) |
|-------------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|--------------------|
| ต่ำมาก                        | 8 (26.7%)            | 3 (10.0%)              | 5 (16.7%)            | —                  |
| ต่ำ                           | 3 (10.0 %)           | 5 (16.7%)              | 3 (10%)              | —                  |
| ปานกลาง                       | 15 (50%)             | 12 (40.0%)             | 13 (43.3%)           | —                  |
| ดี                            | 3 (10.0%)            | 4 (13.3%)              | 7 (23.3%)            | 2 (6.7%)           |
| ดีมาก                         | 1 (3.3%)             | 6 (20%)                | 2(6.7%)              | 28 (93.3%)         |

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างก่อน  
และหลังการทดสอบสมรรถภาพร่างกายด้วย  
Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า ค่า  
ความอ่อนตัว step test และการวิดพื้น มีความ  
แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.05$ )  
แต่ไม่พบการแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการ  
ทดสอบความจุปอด (ตารางที่ 4) ซึ่งภายหลังการ

ทดสอบสมรรถภาพร่างกายทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการ  
ทุกคนมีแรงจูงใจในการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น  
เนื่องจากมองเห็นความแตกต่างที่เป็นรูปธรรมชัดเจน  
อย่างไรก็ตามผลการประเมินความเครียดพบว่าไม่มี  
ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อน  
ดำเนินการและหลังดำเนินการ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการทดสอบสมรรถภาพก่อนและหลัง

| การเปรียบเทียบ | ความจุปอด  | ความอ่อนตัว | Step test  | วิดพื้น    |
|----------------|------------|-------------|------------|------------|
| Z              | -1.387 (a) | -2.221 (b)  | -3.917 (b) | -2.850 (b) |
| p-value        | 0.166      | 0.026*      | .0001*     | .004*      |

(a) based on positive ranks. (b) based on negative ranks. \*  $p\text{-value}<0.05$

ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่เข้าร่วมโครงการได้ร่วมรับผิดชอบตั้งแต่เริ่มโครงการโดย ร่วมกำหนดรูปแบบกิจกรรม การเพิ่มแรงจูงใจในการออกกำลังกาย เช่น มีสมุดลงรายชื่อผู้ออกกำลังกายประจำวัน และร่วมวางแผนในการปรับกิจกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น การปรับช่วงเวลา กำหนดผู้รับผิดชอบนำการออกกำลังกาย มากไปกว่านั้นผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมยังได้มีส่วนร่วมในโครงการโดยการรับผิดชอบงานแทนในขณะที่ยังร่วมงานกำลังออกกำลังกาย

ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เปลี่ยนไปพบว่า กิจกรรมที่มีได้ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น มีการนำเอาท่าทางออกกำลังกายไปทำต่อเนื่องที่บ้าน กิจกรรมนี้ทำให้เป็นแรงบันดาลใจให้มีการจัดแบ่งเวลาสำหรับการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ยังได้เผยแพร่และแนะนำท่าทางการออกกำลังกายต่อไปยังบุคคลอื่นอีกด้วย

ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนแสดงความพึงพอใจในกิจกรรมนี้ โดยอยู่ในระดับปานกลาง 7 คน (ร้อยละ 20) ในระดับมากจำนวน 24 คน (ร้อยละ 68.6) และมากที่สุดจำนวน 4 คน (ร้อยละ 11.4)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคือการขาดผู้นำการออกกำลังกาย ซึ่งบุคคลนี้จะทำหน้าที่ทั้งนำการออกกำลังกายและกระตุ้นให้ทุกคนในหน่วยงานออกกำลังกายเมื่อถึงเวลา หากขาดบุคคลนี้ไปจะส่งผลต่อการออกกำลังกายในวันนั้นทันที นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนให้

เกิดกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง คือ หัวหน้าหน่วยงานที่จะเป็นทั้งผู้กำหนดนโยบายในหน่วยงาน ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมด้วยการร่วมทำกิจกรรมด้วย ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมมากขึ้น

### วิจารณ์และสรุป

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า การออกกำลังกายเป็นส่วนสำคัญในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งยืนยันได้จากการศึกษามากมายที่แสดงถึงการนำการออกกำลังกายไปใช้เพื่อเพิ่มความสามารถในด้านการเคลื่อนไหว เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความรู้สึกปวดเมื่อยในระบบกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อต่อ พื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดเรื้อรัง ตลอดจนลดความเสี่ยงต่อภาวะการเสียชีวิตจากเหตุที่สามารถป้องกันได้<sup>(4-8)</sup> แต่ทั้งที่ทราบถึงผลดีของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยการออกกำลังกายแต่ก็มีคนจำนวนมากที่ไม่ได้ออกกำลังกายหรือไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอด้วยข้อจำกัดมากมาย เช่น ข้อจำกัดด้านสถานที่ เวลา หรือจากภาระงาน เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้นำเสนอรูปแบบการออกกำลังกายภายใต้ข้อจำกัดดังกล่าวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

จากการประเมินสถานการณ์ก่อนดำเนินการพบว่า การที่ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องร่วมกับขาดการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมทำให้ส่งผลต่อร่างกายทั้งด้านความเมื่อยล้า เหนื่อยง่าย ขาดความ

ยึดเส้นสายคล้ายวิกฤติ: การออกกำลังกายในหอผู้ป่วยวิกฤติ  
สุวารี เจริญมุขยันท, อรพรรณ จิ่งเจริญ, เขวเรศ เอื้ออารีเลิศ,  
สุนิตย์ ปลั่งจิตร, สุภาพรณ บุญอารีย์, พัสจิพร สายจำปา

กระตือรือร้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสตูดิ  
กรุงไกรวงศ์และคณะ<sup>(1)</sup>ที่พบว่า การทำงานอย่าง  
ต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกาย  
และจิตใจ อาการที่แสดงออกทางด้านร่างกายได้แก่  
ตึง ปวด เมื่อยล้า หรือหงุดหงิดง่าย อาการเหล่านี้  
เมื่อสะสมเป็นเวลานานจะทำให้ร่างกายมีความ  
ยืดหยุ่น ความแข็งแรง และความทนทานลดลง ดัง  
จะเห็นได้จากข้อมูลการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย  
ของผู้เข้าร่วมโครงการก่อนทำกิจกรรม แต่การออก  
กำลังกายก็สามารถแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำได้  
โดยจะเห็นได้ผลจากการทดสอบสมรรถภาพร่างกายหลัง  
ทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Fenety  
& Walker รวมทั้ง Andersen และคณะ ที่แสดง  
ให้เห็นว่าการออกกำลังกายลดความรู้สึกปวดเมื่อยใน  
ระบบกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อต่อ พื้นฟู  
สมรรถภาพในผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดเรื้อรังได้<sup>(5-7)</sup>  
ในโครงการนี้รูปแบบการออกกำลังกายได้ออกแบบ  
โดยนักกายภาพบำบัดเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพ  
แวดล้อมที่คับแคบ ภาระงานที่ต้องปฏิบัติงานอย่าง  
ต่อเนื่อง และสภาพปัญหาด้านร่างกายของผู้  
ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของนักกายภาพบำบัด  
ที่ Huhn & Volski ได้กล่าวไว้ว่า นักกายภาพ  
บำบัดมีบทบาทที่จะให้ความรู้และสามารถกำหนด  
โปรแกรมที่เหมาะสมในสถานที่ปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริม  
สุขภาพและป้องกันโรค<sup>(8)</sup>

จากการศึกษากครั้งนี้พบว่า รูปแบบที่  
เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีข้อ  
จำกัดด้านสถานที่ เวลา และภาระงานนั้น ควร  
เป็นการออกกำลังกายที่เคลื่อนที่น้อย หรือเป็นการ

เคลื่อนที่ที่ไม่ต้องใช้บริเวณกว้างมาก เน้นการยืด  
เหยียดมากกว่าการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน  
(aerobic exercise) เพื่อหวังผลให้เพิ่มการไหล  
เวียนเลือดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เนื่องจากการ  
ปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องในลักษณะเดิมๆ ทำให้กล้ามเนื้อ  
มีความเครียดจากการทำงานในรูปแบบเดิมที่ซ้ำๆ  
นอกจากนี้ ทำทางการออกกำลังกายต้องง่าย ไม่ซับซ้อน  
ไม่ควรใช้อุปกรณ์ที่ยุ่งยาก เพื่อให้สะดวกต่อการ  
นำไปใช้ในทุกระยะ และหากเป็นท่าออกกำลังกาย  
ที่ส่งผลต่ออวัยวะหรือโครงสร้างที่มีปัญหา เช่น  
กล้ามเนื้อบริเวณหลัง เอว เข่าหรือสะบัก ที่มีก  
จะเป็นปัญหาสำหรับผู้ปฏิบัติงานลักษณะนี้จะช่วย  
เพิ่มแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องมากขึ้น  
ซึ่งการศึกษากครั้งนี้ใช้รูปแบบที่ผสมผสานกันทั้งไทย  
ปราณ ฤทธิจิตตน และการออกกำลังกายด้วย  
ตะบองแบบชีวิตจิต ด้วยท่าทางที่เน้นการยืดกล้ามเนื้อ  
และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณ  
คอไหล่ สะบัก หลัง เอวและกล้ามเนื้อขา ทำให้  
ผลการออกกำลังกายแสดงถึงการเพิ่มความสามารถ  
ด้านความอ่อนตัว การวัดพื้น และการทดสอบการ  
ก้าว แต่ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาทำให้ยังไม่  
สามารถเพิ่มจำนวนครั้งจนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง  
ทางสรีรวิทยาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด จึง  
ทำให้การทดสอบด้านความจุปอดไม่เปลี่ยนแปลง  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การศึกษา  
ในอนาคตต่อไปควรมีการทดสอบผลของท่าทางการ  
ออกกำลังกายที่กำหนดขึ้น อีกทั้งท่าทางดังกล่าว  
ควรครอบคลุมถึงจำนวนครั้งของการปฏิบัติเพื่อให้ส่งผล  
ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทางระบบหัวใจ

และหลุดเลือดด้วย สำหรับรูปแบบการออกกำลัง  
กายนั้นควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสถาน  
การณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และพิจารณาถึงแรงจูงใจ  
เพื่อให้กิจกรรมมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

โครงการนี้มีการขยายผลไปยังหน่วยงาน  
อื่นที่ไม่ใช่หอผู้ป่วย ได้แก่ หน่วยจ่ายกลาง ซึ่ง  
ก็พบว่า ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี เนื่องจาก  
หน่วยงานดังกล่าวสามารถจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมใน  
การออกกำลังได้ อีกทั้งสามารถการทำงานเพื่อออก  
กำลังได้โดยไม่เกิดผลกระทบกับงาน และผู้  
ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ  
มากร้อยละ 85 และพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ

ละ 15 รวมทั้งยังอยู่ในระหว่างดำเนินการขยาย  
ผลไปยังหอผู้ป่วยอื่น

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนวลจันทร์ ประเคนรี  
รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล  
สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่อนุญาตให้ใช้  
พื้นที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และ 2 เป็น  
สถานที่ต้นแบบในการพัฒนางาน ขอขอบคุณบุคลากร  
ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาและ  
ทำกิจกรรมเป็นอย่างดี

ยึดเส้นสายคล้ายวิกฤติ: การออกกำลังกายในหอผู้ป่วยวิกฤติ  
สุวารี เจริญมุขยันท, อรพรรณ จิ่งเจริญ, เขวเรศ เอื้ออารีเลิศ,  
สุวนิดย์ ปลื้มจิตร, สุภาพรรณ บุญอารีย์, พัทธีพร สายจำปา

---

## เอกสารอ้างอิง

1. สุดธิดา กรุงไกรวงศ์, รัตนาภรณ์ อมรัตน์ ไพจิตร. การยศาสตร์ในสถานที่ทำงาน. สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2542.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน: ประสบการณ์ต่างประเทศและในประเทศไทย. โครงการวิจัยเพื่อสร้างพื้นฐานการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน เอกชน: กรณีศึกษาจังหวัดภาคเหนือ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
3. สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ และคณะ. รายงานการศึกษาเรื่อง โครงการการศึกษาสถานการณ์การให้บริการทางด้านอาชีวอนามัยในภาคอุตสาหกรรม (The Situation of Occupational Health Service in Industrial Sector). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549.
4. Lawton BA, Rose SB, Elley RC, Dowell AC, Fenton A, Moyes SA. Exercise on prescription for women aged 40–74 recruited through primary care: two year randomized controlled trial. *PHYS THER* 2002; 82(6): 578–589.
5. Fenety A, Walker JM. Short-term effects of workstation exercises on musculoskeletal discomfort and postural changes in seated video display unit workers. *PHYS THER* 2008; 88(6): 703–711.
6. Andersen LL, Kjær M, Andersen CH, Hansen PB, Zebis MK, Hansen K, Sjøgaard G. Muscle activation during selected strength exercises in women with chronic neck muscle pain. *J Appl Physiol* 2008; 105: 1796–1801.
7. Andersen LL, Christoffer H. Andersen CH, Mette K. Zebis MK, Pernille K. Nielsen PK, Sjøgaard K, Sjøgaard G. Effect of physical training on function of chronically painful muscles: a randomized controlled trial. *PHYS THER* 1985; 65(12): 1840–1844.
8. Huhn RR, Volski RV. Primary Prevention Programs for Business and Industry: Role of Physical Therapists. *PHYS THER* 1999; 79(4): 405–414.

# Stretching to Relieve Tension: Exercise in Intensive Care Unit

Suwaree Charoenmukayananta\*, Orapan Juengchareon\*\*, Yaowaret Ua-arreeloet\*\*\*,  
Suwanit pluemjit\*, Supapan Bunaree\*, Pasajeeporn Saijampa\*

---

## Abstract

The personnel who work at intensive care unit continuously face the tension at work, resulting in the muscular and joint pains. The reduction in strength and elasticity of muscles from persistent conditions can lead to health problem. The aim of this participatory action research was to develop a program of physical exercise to relieve tension in personnel at the intensive care unit and critical care unit, Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchatani from August, 2007 to February, 2008. Firstly, the physical therapist was the trainer of the exercises that focused on stretching and strengthening the muscles, and then the units' personnel alternately took place as the leader of the work out. The results showed that 95% of personnel lacked of exercise and they thought that working already equaled to exercise. Eighty percent of personnel had problems of fatigue, weariness, being tired and upset easily. The analysis of body competency test by Department of Health showed the low capacity of lungs, strength, durability and elasticity. After knowing the causes, every participant planned to have exercise at the unit everyday and to evaluate the outcome of activities monthly. The 90% of personnel regularly did activities 3–5 times a week and 16.67% also did them at homes during day off. The body competency test re-evaluated 6 months later demonstrated the significantly better changes in the durability, elasticity and strength ( $p\text{-value} < 0.05$ ), but no change in the capacity of lungs. The two out of three participants with joint pain could relieve pain and the other had no more pain. Every participant with back pain ( $n=6$ ) and muscle pain ( $n=10$ ) had pain relief. This study suggested that the health promotion program in personnel by regular exercise will be successful when it is supported by the chief of unit who must be a good model. There should be the persons in responsibility of the exercise to persuade the co-workers to take part continuously.

**Key word:** exercise, exercise in workplace, participatory action research.

---

\*Physical therapist, \*\*Registered nurse at Neonatal Intensive care unit 2,

\*\*\*Registered nurse at Neonatal Intensive care unit 1. Sappasitthiprasong Hospital,  
Ubon Ratchathani.

# การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล

สุเพียร โภคทิพย์\*

---

## บทคัดย่อ

การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ (meta-synthesis) เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ โดยการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพหลายงาน เป็นวิธีการที่มีความสำคัญในวงการวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะมีส่วนในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ และการสร้างทฤษฎีทางการพยาบาลต่างๆ วิธีการสังเคราะห์เชิงคุณภาพมีหลายวิธี แต่ในบทความนี้จะนำเสนอการสังเคราะห์เชิงคุณภาพวิธีของ Noblit & Hare ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเริ่มต้น 2) ตัดสินใจเลือกงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ 3) อ่านงานวิจัย 4) กำหนดกรอบแสดงความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ 5) ขันแปลความหมายหรือตีความเทียบเคียงระหว่างงานวิจัย 6) ขันสังเคราะห์การแปลความหมาย และ 7) การสรุปและรายงานผลการสังเคราะห์ และนำเสนอกรณีตัวอย่างการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลเชิงวัฒนธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางดังกล่าว

**คำสำคัญ** การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงคุณภาพ การดูแลเชิงวัฒนธรรม

---

\* นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการเป็นรูปแบบหนึ่งของการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งมีทั้งการทบทวนงานวิจัยเชิงปริมาณ (meta-analysis) และการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพ (meta-synthesis) ทั้ง 2 รูปแบบมีรายละเอียดวิธีการที่แตกต่างกันไป สำหรับการนำงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีลักษณะเฉพาะแต่ละเรื่องมารวมกันเพื่อทำการทบทวนนั้น ผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงระดับความเป็นนามธรรม ควบคู่กับกระบวนการตีความ และการสังเคราะห์ ต้องมีข้อตกลง สมมติฐาน และเงื่อนไขการสืบค้นที่ชัดเจน รวมทั้งการให้ความหมายเพื่อการสร้างการค้นพบเชิงคุณภาพที่จะพัฒนาเป็นรูปแบบความรู้ที่มีความหมายและเป็นประโยชน์ต่อสาขาวิชา ดังนั้นการทำความเข้าใจกับความหมาย เป้าหมาย และวิธีการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพจึงมีความสำคัญ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมาย ประวัติความเป็นมา ปรัชญาพื้นฐาน เป้าหมายและวิธีการ ความถูกต้องน่าเชื่อถือของการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ (meta-synthesis) และนำเสนอกรณีตัวอย่างการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับการดูแลเชิงวัฒนธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเคราะห์เชิงคุณภาพ และเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้อย่างมีประสิทธิภาพแก่ผู้ที่สนใจต่อไป

การสังเคราะห์เชิงคุณภาพตามความหมายของ Sandelowski<sup>(1)</sup> หมายถึง การบรรยาย การ

แปลความหมาย หรือการสร้างการตีความใหม่ โดยการบูรณาการจากข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งจะเน้นที่การทำความเข้าใจ การอธิบายเชิงทฤษฎีของปรากฏการณ์ที่สงสัยหรือสนใจ และการสร้างการตีความใหม่ให้กว้างและลึกซึ้งกว่าเดิม แต่ไม่ได้หมายถึงการสรุปข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะการสรุปจะเป็นการทำลายงานวิจัยแต่ละเรื่องที่ผู้วิจัยสรุปไว้ให้เล็กลง และยังเป็นการทำให้อาการสำคัญ ประสบการณ์ที่ลึกซึ้งของเจ้าของประสบการณ์ในการวิจัยดั้งเดิมเสียไป<sup>(2)</sup> ส่วน Finfgeld<sup>(3)</sup> กล่าวว่า การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการสังเคราะห์ที่มีการค้นหาจากรายงานวิจัยเชิงคุณภาพหลายงานที่มีการสร้างการตีความใหม่ หรือเป็นการทำให้เห็นมุมมองใหม่ๆ และเกิดความรู้แจ้ง (insights) หรือเกิดความเข้าใจใหม่ๆ ขึ้น มากกว่าการรวมแนวคิดต่างๆ ไว้ด้วยกัน

ประวัติความเป็นมาของการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพนั้น เริ่มมีขึ้นครั้งแรกโดยนักสังคมศาสตร์สองท่าน คือ Glaser และ Strauss ได้สังเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องกระบวนการตาย (process of dying) จากงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 4 รายงาน<sup>(4)</sup> โดยประยุกต์เทคนิคจากการวิจัยแบบการสร้างทฤษฎีจากข้อมูลพื้นฐาน (grounded theory) การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลเริ่มในปี 1985<sup>(4)</sup> โดย Stern และ Harris สังเคราะห์ผลงานการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองจำนวน 7 รายงาน โดยประยุกต์การเปรียบเทียบการตีความและการ

สังเคราะห์การแปลความหมายใหม่จากการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดการสร้างทฤษฎีจากข้อมูลพื้นฐาน (grounded theory) และนำผลการสังเคราะห์มาเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้หญิงที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ส่วนวงการศึกษาริเริ่มในปี 1988 โดย Noblit และ Hare<sup>(5)</sup> เป็นผู้ริเริ่มการสังเคราะห์การวิจัยเชิงคุณภาพที่ประยุกต์การเปรียบเทียบการตีความ การสังเคราะห์การแปลความจากงานวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (meta-ethnography) ขึ้นใหม่ ซึ่งมีความแตกต่างจากสังเคราะห์ที่ประยุกต์จากการวิจัยชนิดการสร้างทฤษฎีจากข้อมูลพื้นฐาน (grounded theory) ของ Glaser และ Strauss

โดยทั่วไป ปรัชญาพื้นฐานในการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การตีความตามลักษณะการกระทำของบุคคล (hermeneutic) และการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของมนุษย์และแนวคิดเรื่องการประกอบสร้าง (constructionists)

ชนิดของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่นำมาสังเคราะห์มีทั้งที่ใช้รูปแบบการวิจัยที่เหมือนกันและแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม Noblit & Hare ไม่เห็นด้วยกับการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีรูปแบบต่างกัน เพราะใช้วิธีการเข้าถึงความรู้ที่แตกต่างกัน ส่วน Sandelowski เห็นว่าสามารถใช้งานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีรูปแบบการศึกษาที่แตกต่างกันมาสังเคราะห์ร่วมกันได้

Paterson et al<sup>(6)</sup> ได้แบ่งระดับของการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเป็น 2 ระดับ คือการวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

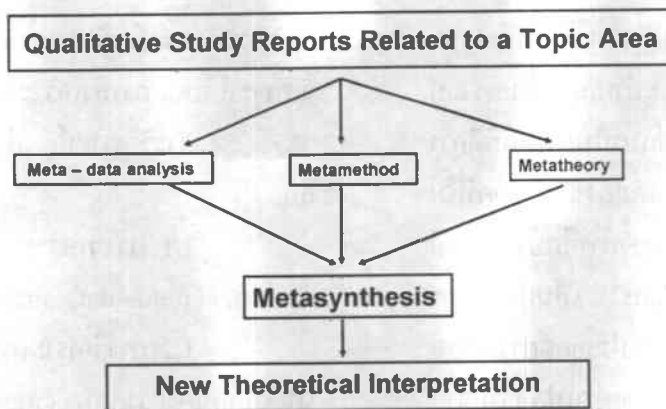
1.1 การวิเคราะห์ผลสาระสำคัญของการศึกษา (meta-data analysis)

1.2 การวิเคราะห์ระเบียบวิธีวิจัย ความน่าเชื่อถือของการศึกษา (meta-method analysis)

1.3 การวิเคราะห์กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาหรือมุมมองทางทฤษฎี (meta-theory analysis)

2. การสังเคราะห์ (meta-synthesis) เป็นการบูรณาเกนสาระทั้งหมดจากผลการวิเคราะห์ทั้ง 3 ส่วนเบื้องต้น เพื่อสร้างการตีความใหม่ของปรากฏการณ์ที่สนใจในภาพรวม ดังแผนภาพที่ 1

ดังที่กล่าวในเบื้องต้น เป้าหมายสำคัญของการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพก็เพื่อค้นหาประเด็นที่ลึกซึ้งที่เป็นแก่นขององค์ความรู้ใหม่ที่จะเกิดขึ้น และทำให้เข้าใจในเรื่อนั้นมากขึ้น<sup>(6)</sup> หรือวิพากษ์สิ่งที่เป็นหลักฐานหรือข้อค้นพบในการวิจัย และเปรียบเทียบงานวิจัยแต่ละเรื่องอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อสรุปรวมจากงานวิจัย รวมทั้งการแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างงานวิจัยของนักวิจัยกับงานวิจัยของคนอื่น โดยสรุปเป้าหมายของการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อ



ภาพที่ 1 : Metastudy Process

ที่มา : Finfgeld, D.L. (2003), P. 897.

- เป็นการพัฒนาทฤษฎี หรือการเพิ่มระดับความเป็นนามธรรมให้สูงขึ้น หรือการเพิ่มความชัดเจนของทฤษฎีให้มีความครอบคลุมในหัวข้อที่ศึกษา เพื่อต่อการนำไปปฏิบัติ
  - เป็นการศึกษาสิ่งที่ต้องเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังขาดหาย หรือสิ่งที่ทับซ้อนกัน ซึ่งเป็นการพัฒนากรอบแนวคิดทฤษฎีของทฤษฎีระดับกลาง
- ประเด็นสำคัญในการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ มี 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่เป็นประเด็นสำคัญ (issue) ได้แก่ ประเด็นภาวะสุขภาพ การปรับตัวต่อโรคเรื้อรัง เพศภาวะ (gender) ของหญิงชายที่เจ็บป่วย และการสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวที่ยากจน
2. กลุ่มประชากร (population) กลุ่มที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ กลุ่มแม่และ

เด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยติดเชื่อ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือกลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นต้น

3. การพัฒนาระบบ (system) การพัฒนาบทบาทของบุคลากรสุขภาพในการปฏิบัติงาน หรือการให้ความหมายของคำที่ใช้ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพต่างๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม (social support) การดูแลอย่างองค์รวม (holistic care) เป็นต้น เป็นการพัฒนามโนทัศน์เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการและการสร้างเป็นทฤษฎี Finfgeld<sup>(3)</sup> ได้แบ่งรูปแบบของการสังเคราะห์เชิงคุณภาพเป็น 3 รูปแบบ คือ

1. การสร้างทฤษฎี (theory building) เป็นข้อค้นพบจากการศึกษาที่ได้จากการศึกษาจำนวนมากที่สามารถนำไปถึงระดับการสร้างทฤษฎี
2. การขยายทฤษฎีหรือการอธิบายทฤษฎี (theory explication) เป็นแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรมที่เป็นแนวทางการสร้างใหม่

3. การบรรยายอย่างลึกซึ้ง (descriptive study) เป็นการสังเคราะห์ข้อค้นพบจากผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่มีการวิเคราะห์ปรากฏการณ์อย่างกว้างขวาง ลึกซึ้ง เพียง 1 แนวคิด

วิธีการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ มีหลายวิธีแต่ในบทความนี้จะนำเสนอวิธีของ Noblit & Hare<sup>(5)</sup> ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมในปัจจุบัน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเริ่มต้น (getting started) ขั้นตอนนี้คล้ายกับการวิจัยทั่วไป โดยนักวิจัยต้องกำหนดปัญหาวิจัยที่ต้องการศึกษา แสวงหาคำตอบ ซึ่งลักษณะปัญหาวิจัยควรเป็นปัญหาที่มีคำถามประเภททำไม อย่างไร มีกระบวนการเป็นขั้นตอน หรือเปลี่ยนแปลงเป็นแบบใดบ้าง และต้องสามารถอธิบายได้ว่าปัญหาวิจัยนั้นมีความสำคัญในเชิงวิชาการและในภาคปฏิบัติอย่างไร

2. ขั้นตัดสินใจเลือกงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ (deciding what is relevant to the initial interest) ขั้นตอนนี้ นักวิจัยอาจพิจารณาเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณค่า มีประเด็นที่ควรค่าแก่การศึกษาและตีความ ซึ่งรวมถึงการสืบค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีทั้งงานที่ตีพิมพ์และไม่ตีพิมพ์

3. ขั้นอ่านงานวิจัย (reading the studies) ขั้นตอนนี้ นักวิจัยต้องอ่านและทำความเข้าใจเนื้อหาสาระในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยการอ่านซ้ำๆ แต่ยังไม่จำเป็นต้องมีการตีความหรือเปรียบเทียบ ซึ่งจุดประสงค์ของการอ่านเพื่อทำความเข้าใจ ทำความเข้าใจรายละเอียดของงานวิจัยแต่ละเรื่องให้ทะลุปรุโปร่ง

4. ขั้นกำหนดกรอบแสดงความสัมพันธ์ เชื่อมโยงระหว่างงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ (determining how the studies are related) นักวิจัยต้องพัฒนากรอบแสดงความเกี่ยวข้องระหว่างงานวิจัยแต่ละเรื่องโดยหาประเด็นหลัก (key metaphors, phrases, ideas, concepts and their relations) จากงานวิจัยแต่ละเรื่องมาเทียบเคียงกัน โดยพิจารณาจากประโยค คำ วลี เพื่อหาความหมายที่จะนำมาเปรียบเทียบกัน หรือหาความสัมพันธ์กันในขั้นที่ 5

5. ขั้นแปลความหมายหรือตีความเทียบเคียงระหว่างงานวิจัย (translating the studies into one another) เป็นการนำแนวคิด ประเด็นหลัก จากงานวิจัยเรื่องหนึ่งไปเทียบกับงานวิจัยอีกเรื่องหนึ่ง หรือการหาความสัมพันธ์กับงานวิจัยอื่นๆ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมาก การแปลความหมายหรือการตีความ หรือหาความสัมพันธ์ นั้นมี 3 ลักษณะ คือ

5.1 การแปลความหมายเปรียบเทียบกลับไปมา (reciprocal translation)

5.2 การแปลความหมายเชิงหักล้าง (refutation translation)

5.3 การแปลความเพื่อเสนอประเด็นการโต้แย้ง (a line-of-argument)

6. ขั้นสังเคราะห์การแปลความหมาย (synthesis translation) โดยนำผลการแปลความหมายทั้งหมดมาบูรณาการสังเคราะห์ให้ได้ข้อความรู้ที่เป็นภาพรวมของงานวิจัยทุกเรื่องที่มีทั้งความกว้างและความลึกซึ้งมากกว่าที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่อง

7. ขั้นตอนการสรุปและรายงานผลการสังเคราะห์ (expressing the synthesis) เหมือนกับการเสนอรายงานการวิจัยโดยทั่วไป

ความถูกต้องและเข้มงวดในการสังเคราะห์ Peterson et al<sup>(6)</sup> เสนอว่าควรตรวจสอบความถูกต้องของการสังเคราะห์โดยให้นักวิจัยคนอื่นมาตรวจสอบทุกขั้นตอนอย่างเป็นอิสระ ส่วน Jensen & Allen, 1994<sup>(7)</sup> กล่าวถึงการตรวจสอบความตรงภายใน (internal validated) โดยนักวิจัยที่เป็นเจ้าของผลงาน (original respondents) ส่วนการตรวจสอบความตรงภายนอก (external validated) โดยการเปรียบเทียบกับทฤษฎี

#### กรณีตัวอย่าง:

“การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง: การดูแลเชิงวัฒนธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาล (Cultural caring in nursing practice: a meta-synthesis of qualitative research)” โดย Coffman<sup>(8)</sup> ตีพิมพ์ใน Journal of cultural diversity 2004; 11(3): 100-109.

บทความโดยสรุป ประเทศอเมริกามีประชากรที่เป็นชาวต่างชาติ ชนเผ่าต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม พยาบาลจึงมีความจำเป็นในการที่จะเข้าใจและให้การพยาบาลตามวัฒนธรรมที่หลากหลายได้ ที่ผ่านมาถึงแม้จะมีงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับการดูแลเชิงวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความเข้าใจ การให้ความหมายต่างๆ ดังนั้น การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ให้มีความชัดเจน จึงมีความสำคัญและ

จำเป็น วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยใช้วิธีของ Noblit & Hare ดังนี้

ขั้นที่ 1 และ 2 กำหนดหัวข้อที่สนใจและเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้ 1) เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากผู้ให้บริการ 2) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ สืบค้นจากฐานข้อมูล CINAHL, Medline, PsychINFO, ERIC, Sociological สำคัญในการสืบค้นคือ culture, cultural bias, minority, cultural competence, experiences, providers, nurses, clinicians, physicians, therapists, health care professionals and socials workers

ขั้นที่ 3 การคัดเลือกงานวิจัย เข้าได้กับเกณฑ์ทั้งหมด 18 เรื่อง เลือกเฉพาะงานที่เป็นประสบการณ์การของพยาบาลทั้งหมดมีเพียง 13 เรื่อง ทุกเรื่องตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ระหว่างปี 1990-2001 ศึกษาในประเทศอเมริกา 9 เรื่อง ประเทศอังกฤษและแคนาดา 4 เรื่อง ขนาดตัวอย่างอยู่ระหว่าง 7-767 คน จำนวนพยาบาลทั้งหมดที่ศึกษา 1054 คน มีความหลากหลายในเรื่องเชื้อชาติทั้งพยาบาลและผู้ป่วย และมี 5 รายงานที่ไม่ได้ระบุเชื้อชาติของพยาบาล สถานที่ทำงานของพยาบาลมีเฉพาะในโรงพยาบาลและชุมชนเท่านั้น ส่วนรูปแบบงานวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพชนิดต่างๆ คือ descriptive qualitative, exploratory, and grounded theory

ขั้นที่ 4 การค้นหาคำ วลี แนวคิด หรือ ประเด็นสำคัญที่เกิดจากงานวิจัยแต่ละเรื่องและ นำมาสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน

ขั้นที่ 5 การแปลความหมายหรือตีความ เทียบเคียงระหว่างงานวิจัย โดยนำแนวคิด ประเด็น หลักจากงานวิจัยเรื่องหนึ่งไปเทียบกับงานวิจัยอีกเรื่อง หนึ่ง และหาความสัมพันธ์กับงานวิจัยอื่นๆ โดยการเปรียบเทียบกลับไปมา การแปลความหมายเชิง หักล้าง การแปลความเพื่อเสนอประเด็นการโต้แย้ง และการสังเคราะห์ สร้างการตีความหมายใหม่

ขั้นที่ 6 การจัดกลุ่มคำได้ 13 กลุ่ม เมื่อ เปรียบเทียบความหมายกลับไปมาลดลงเหลือ 6 ประเด็น ดังนี้

1. การติดต่อสื่อสารกับผู้ใช้บริการ (connecting with the client) การติดต่อสื่อสารเป็น ประเด็นที่ผุดขึ้นจากการศึกษา ซึ่งการติดต่อ สื่อสารกับผู้ใช้บริการจะรวมถึงการใช้ภาษาพูด การใช้ภาษาท่าทาง โดยพยาบาลรู้สึกว่ วัฒนธรรมและภาษาเป็นอุปสรรค ทำให้การ สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้ลำบาก พยาบาลอธิบายถึงวิธีการติดต่อสื่อสารกับ ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมโดยใช้คำม สัญลักษณ์ มือ หรือภาษาท่าทางต่างๆ เช่น การสัมผัส การชี้ตำแหน่ง การยิ้ม ใช้การสื่อสารทั้งเป็น คำพูดและกิริยาท่าทาง (verbal และ non verbal) การสังเกตที่ดีและการตระหนักรู้ของ พยาบาล จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการ ติดต่สื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยได้

2. การค้นพบมิติทางวัฒนธรรม (cultural discovery) การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าพยาบาล ยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความ แตกต่างทางวัฒนธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ และพยาบาลมีความสุขในการเรียนรู้เกี่ยวกับ วัฒนธรรมที่แตกต่างจากผู้ป่วย หรือประชาชน ทั่วไป และเป็นโอกาสใหม่ในการเรียนรู้ วัฒนธรรมต่างๆ จากประชาชนหลากหลายกลุ่ม ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับงาน แต่ ก็มี 1 การศึกษาที่ให้ผลตรงข้าม โดยพบว่า นักศึกษาพยาบาลสังเกตเห็นพฤติกรรมการส่ง เหวของพยาบาลที่ยังไม่ได้คำนึงถึงความแตก ต่างทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย

3. บริบทของผู้ใช้บริการ (patients in context) เป็นประเด็นที่ผุดขึ้นจาก 9 รายงานพบว่า บริบทของครอบครัว มีทั้งผลบวกและผลลบ ต่อการดูแลผู้ป่วยและสุขภาพของผู้ป่วย โดย พยาบาลเห็นด้วยกับการให้สมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยมาช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่พูด ภาษาอังกฤษได้น้อย ไม่เข้าใจภาษาอังกฤษ ขณะที่พยาบาลจะต้องเรียนรู้ถึงเบื้องหลังของ ผู้ป่วยจากสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการแลก เปลี่ยนข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น วัฒน ธรรมเกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วย ส่วนผลลบ ของบริบทครอบครัวของผู้ป่วยพบว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีญาติมาเยี่ยมจำนวน มากจะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยได้
4. โลกของคุณไม่ใช่ฉัน (in their world, not mine) เป็นการตระหนักรู้ (self awareness)

ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ต่อต้าน (resistant) กลุ่มนี้จะไม่สนใจหรือไม่พอใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม 2) กลุ่มที่ให้ความเห็นในความแตกต่างทางวัฒนธรรมแต่ยังไม่มากพอที่จะให้การดูแลที่แตกต่าง (respectful but had not given a lot of thought to the issue of culture) 3) กลุ่มที่มีความไวเชิงวัฒนธรรมในการดูแล (the most experienced nurses who were impassioned) โดยตระหนักในความต้องการ ความจำเป็นทางวัฒนธรรม รวมทั้งเข้าใจในวัฒนธรรมของผู้ป่วย บางการศึกษาพบว่า ความเชื่อของผู้ป่วยชาวลาตินมีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ ทำให้มาพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรง หรือมาโรงพยาบาลล่าช้า รวมทั้งความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งพยาบาลจะต้องใช้เวลาเพื่อทำความเข้าใจในประเด็นเหล่านี้

5. สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ (road blocks) อุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เช่น การที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกล สภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วย ผู้ป่วยยากจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นคนอพยพที่ไม่มีวีซ่า หลักฐานต่างๆ รวมทั้งความเชื่อทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความตระหนักในเรื่องเหล่านี้

6. มุมมองเชิงวัฒนธรรมของผู้ให้บริการ (cultural lens) มุมมองของพยาบาลและผู้ให้บริการในการดูแลเชิงวัฒนธรรม มีทั้งทัศนคติที่ดีและไม่ดี ลักษณะสำคัญที่พยาบาลควรมีในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม คือ พยาบาลจะต้องไม่ตัดสินผู้ป่วย ซึ่งพบได้ในหลายการศึกษา แต่ก็ยังมีพยาบาลบางส่วนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม โดยคิดว่าทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้นเพราะต้องใช้เวลามากขึ้นในการติดต่อสื่อสารและดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ บางคนเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และจากการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลพบว่า ในการส่งเวรของพยาบาลยังมีการแสดงออกถึงการยอมรับ เข้าใจ ผู้ป่วย และครอบครัวที่เป็นพลเมืองของประเทศมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่

จากการสังเคราะห์ดังกล่าวพบว่า รูปแบบการดูแลเชิงวัฒนธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะเชิงวัฒนธรรม (cultural competences) 2) บริบทของผู้ใช้บริการ (context of client) 3) อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ (barrier) อย่างไรก็ตามพยาบาลยังขาดองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทั้งในเรื่องของภาษา การติดต่อสื่อสาร การประเมิน และการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละวัฒนธรรม (cultural needs) ได้อย่างเหมาะสม จึงควรมีการพัฒนา

สมรรถนะเชิงวัฒนธรรม (cultural competence) แก่พยาบาล เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดูแลเชิงวัฒนธรรมเป็นสิ่งใหม่ที่ทำหายพยาบาลในอนาคต

ข้อจำกัดของการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ ได้แก่

- กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน จึงอาจนำมาเปรียบเทียบกันได้ยาก ทั้งกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- การศึกษาหลายการศึกษาที่ไม่ระบุข้อมูลปัจจัยพื้นฐานทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อเสนอแนะจากรายงานนี้ คือ ควรมีการสังเคราะห์เชิงคุณภาพที่มีการกำหนดหัวข้อที่ชัดเจน หรือการกำหนดสถานที่ที่ทำงานของพยาบาล ประเด็นในการปฏิบัติงานรวมทั้งการกำหนดกลุ่มของวัฒนธรรมที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจน นอกจากนั้น ควรมีการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ให้บริการอื่นๆ ในระบบบริการสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

## สรุป

การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการค้นหาแก่นสาระหรือหัวใจของประเด็นที่สนใจ โดยการบูรณาการงานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจประเด็นนั้นๆ อย่างลึกซึ้ง ในการสังเคราะห์ต้องใช้ความระมัดระวัง เพื่อไม่ให้ไปทำลายเนื้อหาเดิมของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่นำมาสังเคราะห์ การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นสิ่งใหม่ในการวิจัยเชิงคุณภาพที่กำลังได้รับความนิยมในปัจจุบัน เพราะทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ ส่วนวิธีการที่ใช้ในปัจจุบันนั้นนิยมใช้วิธีการของ Nobilt & Hare ซึ่งมีขั้นตอนที่เข้าใจง่าย ดังบทความที่นำเสนอเป็นกรณีตัวอย่าง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ร.ศ.ดร.วรรณภา ศรีรัษฎรัตน์ และ ผ.ศ.ดร.พูลสุข ศิริพูล ที่ให้แนวคิด ข้อเสนอแนะ ที่มีคุณค่า ทั้งในด้านเนื้อหาการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ การประเมินบทความ และการเขียนบทความ

### เอกสารอ้างอิง

1. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Qualitative meta-synthesis: issues and techniques. *Research in Nursing and Health* 1997; 20: 365-371.
2. Sandelowski M. "To be of use": enhancing the utility of qualitative research. *Nursing Outlook* 1997; 45: 125-132.
3. Finfgeld DL. Meta-synthesis: the state of the art-so far. *Qualitative Health Research*. 2003; 13(7): 893-904.
4. Zimmer L. Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 53(3): 311-318.
5. Nobilt G, Hare R. Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1988
6. Paterson BL, Thorne SE, Canam C, Jillings C. Meta-study of qualitative research: a practical guide to meta-analysis and meta-synthesis. New Delhi: Sage Publications, 2001
7. Jensen L.A. & Allen M.N. A synthesis of qualitative research on wellness-illness. *Qualitative Health Research* 1994; 4(4): 349-369.
8. Coffman MJ. Cultural caring in nursing practice: a meta-synthesis of qualitative research. *Journal of Cultural Diversity* 2004; 11(3): 100-109.

# Meta-Synthesis of Qualitative Research on Nursing Practice

Supian Pokathip\*

---

## Abstract

Meta-synthesis is a new technic for theory development, theory synthesis and synthesis of new knowledge from the integration or comparison of findings from qualitative studies. The most two common methods of meta-synthesis were proposed by Noblit and Hare, and Paterson. This article discussed the methodology of Noblit and Hare's method and presented a case study of meta-synthesis for practical nursing. According to Noblit and Hare, there were seven steps as follows: 1) getting start, 2) deciding what was relevant to the initial interest, 3) reading the studies, 4) determining how the studies were related, 5) interpreting, or comparing between the studies, 6) synthesis of interpretations, and 7) conclusion and presentation of the synthesis. Implications for practice as case study suggested that nurses had lacked of knowledge and trans-cultural skills and tasks when caring for patients from other cultures. The nursing organization should educate and train staff nurses on cultural competence. Finally the cultural care is challenge for nurse in the future.

**Keywords:** meta-synthesis, qualitative research, cultural care

---

\* PhD student. Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

# การขอรับบริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

พืงเนตร สมุญคีนันันดร\*, วาสนา อุปสาร\*, ชัยชัย รักรากการ\*

จำลอง กิตติวรเวท\*, จิรวัดน์ มูลศาสตร\*\*

อวัยวะร่างกายที่ยังไม่เสื่อมสภาพจะเป็นประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ที่เป็นโรคระยะสุดท้าย ซึ่งต้องมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน และอาจต้องเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร หากไม่ได้รับอวัยวะใหม่มาทดแทน การบริจาคอวัยวะจึงเป็นการสร้างกุศลอย่างยิ่งใหญ่ที่สุดของชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะการได้รับอวัยวะจากผู้ที่ยอมตายจากอุบัติเหตุก่อนที่จะอวัยวะจะเสื่อมสภาพ

อย่างไรก็ตามการขอรับบริจาคอวัยวะเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ในช่วงเวลาของความสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ของครอบครัว เป็นความลำบากใจของผู้ขอ เสมือนเป็นความไม่เหมาะสม ไม่ถูกกาลเทศะ เป็นความลำบากและอึดอัดใจของแพทย์และพยาบาลของผู้ที่จะขออวัยวะร่างกายเป็นอย่างยิ่ง แต่เมื่อคำนึงถึงประโยชน์ของอวัยวะที่ต้องเสื่อมสลายไปตามการสิ้นอายุขัยก่อนวัยอันควร ทำให้ทีมประสานขอรับบริจาคอวัยวะมีความตั้งใจและความพยายามที่จะสื่อสารกับครอบครัวให้เข้าใจถึงประโยชน์และบุญกุศลที่ครอบครัวและผู้เสียชีวิตสมอบดาตมีโอกาสมากกว่าผู้อื่นที่จะตัดสินใจบริจาคอวัยวะ ในขณะที่ยังมีสภาพใช้งานได้ดี แทนที่จะปล่อยให้เสื่อมสลายไปตามร่างผู้เสียชีวิต ถึงแม้ว่าอาจขัดกับความคิดของบุคคลทั่วไปในเรื่องการขาดหายไปของอวัยวะบางส่วนในร่างกาย แต่การบริจาคอวัยวะของผู้เสียชีวิตเป็นทานก็น่าจะเป็นบุญกุศลที่ช่วยบรรเทาความเศร้าโศกของครอบครัวลงได้ เมื่อระลึกถึงคุณงามความดีที่ได้ต่อชีวิตให้ผู้รับอวัยวะและยังส่งผลต่อสมาชิกครอบครัวผู้รับอวัยวะอีกหลายคน แม้จะเป็นการบริจาคทานที่ตัดสินใจได้ยากลำบาก แต่ก็เกิดประโยชน์ต่อผู้รับเป็นอย่างมาก

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้จัดให้มีการขอรับบริจาคอวัยวะ โดยมีเป้าหมายว่าครอบครัวจะบริจาคอวัยวะหรือไม่ก็ตาม ทีมงานก็ยังดูแลผู้ป่วยสมอบดาตและครอบครัวเป็นอย่างดี หากมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือทีมงานจะให้ความช่วยเหลืออย่างดีที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ ซึ่งมีผลการปฏิบัติงานพอจะเป็นแบบอย่างสำหรับผู้สนใจและเห็นประโยชน์ที่จะทำการขอรับบริจาคอวัยวะให้แพร่หลายขึ้นภายใต้ความถูกต้องดีงามด้านศีลธรรม คุณธรรม น้ำใจ และความถูกต้องตามกฎหมายบ้านเมือง ด้วยความเสียสละอย่างเต็มที่ โดยทีมงาน

\* คณะอนุกรรมการดำเนินงานการบริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

\*\* จิตแพทย์ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ประสานขอรับบริจาคอวัยวะมีรูปแบบการพบครอบครัวผู้ป่วยสมองตายพร้อมกับขอรับบริจาคอวัยวะและการให้ความช่วยเหลือครอบครัว ตามขั้นตอนการประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะดังนี้

1. เมื่อแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยหนักพบว่า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมองตายและอยู่ในเกณฑ์ที่อาจเป็นผู้บริจาคอวัยวะได้ ให้แจ้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี หรือพยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ เพื่อทำการประเมินในเบื้องต้นว่าผู้ป่วยสามารถบริจาคอวัยวะได้หรือไม่

2. พยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อขออนุญาตเป็น donor ถ้าแพทย์เจ้าของไข้ยินยอม จึงแจ้งแพทย์ศัลยกรรมประสาทหรือแพทย์อายุรกรรมประสาทเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยภาวะสมองตาย

3. พยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ประสานงานกับงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์อื่นๆ เพิ่มเติม

4. แพทย์เจ้าของไข้ร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะเจรจากับญาติเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะ

5. ขณะรอญาติผู้เสียชีวิตตัดสินใจบริจาคอวัยวะ พยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะจะแจ้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยให้ทราบและแจ้งทีมผ่าตัดนำอวัยวะออกให้ทราบล่วงหน้า

6. เมื่อญาติผู้เสียชีวิตยอมบริจาคอวัยวะ พยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะให้ญาติเซ็นยินยอมบริจาคอวัยวะ จากนั้นแจ้งทีมผ่าตัดนำอวัยวะออกทราบอีกครั้งเพื่อกำหนดเวลาในการผ่าตัดกรณีทีมผ่าตัดมาจากโรงพยาบาลอื่น จะต้องประสานงานเพื่อกำหนดเวลาทำการผ่าตัดให้เรียบร้อย

7. เมื่อทีมผ่าตัดนำเอาอวัยวะออก ทีมผ่าตัดจะนำอวัยวะที่หีบห่อในบรรจุภัณฑ์ส่งนำศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยโดยทางเครื่องบิน

8. พยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ต้องติดตามดูแลและให้ความช่วยเหลือญาติผู้บริจาคอวัยวะในการจัดพิธีศพต่างๆ เช่น โลงศพ รถม้าส่งศพ ดอกไม้เคารพศพ เป็นต้น

9. พยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ประสานงานกับศูนย์รับบริจาคสภากาชาดไทยเพื่อขอความอนุเคราะห์ในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลผู้เสียชีวิตสมองตายที่บริจาคอวัยวะ

ก่อนพบครอบครัวผู้เสียชีวิตสมองตาย ทีมประสานการขอรับบริจาคควรต้องปรับอารมณ์ตนเอง เตรียมรับสถานการณ์ของปฏิกิริยาต่อการสูญเสียของสมาชิกครอบครัว ซึ่งอาจจะมีภาวะมินชา ซ็อก คร่ำครวญ ขาดสติ ปฏิเสธความจริง โกรธหมอและพยาบาล โกรธตัวเอง หรือโกรธสมาชิกในครอบครัว เกิดความรู้สึกต่อรองว่ายังมีโอกาสหายได้หรือไม่ ถ้าดูแลดีๆ กว่านี้ บางรายอาจมีอาการโศกเศร้าหรืออารมณ์ซึมเศร้า หรือในบางรายอาจทำใจยอมรับการสูญเสียได้แล้ว

บุคลิกลักษณะของผู้นำทีมขอรับบริจาค อวัยวะ ควรมีความเห็นอกเห็นใจรอบครัผู้เสีย ชีวิต มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ใจเย็น อดทน บุคลิก นุ่มนวล อ่อนโยน ใฝ่หาสุขภาพและน้ำเสียงนุ่ม นวล ไพเราะ ควรมีข้อมูลความเป็นไปของครอบ ครัวมากที่สุดเพื่อนำมาใช้ในการเจรจา ให้ความสำคัญ ของสมาชิกสายตรงและพิจารณาผู้ที่มี อิทธิพลต่อการตัดสินใจของหมู่ญาติ

เมื่อปรับอารมณ์ เติบโตใจแล้ว ควรมีการ พุดคุยกันในสมาชิกทีมประสานถึงลำดับการพูดที่ เหมาะสม ทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง แสดงความ เห็นใจเข้าใจทุกข์ สูญเสียของครอบครัว โดยการ สบตาอย่างจริงใจ สัมผัสด้วยความอ่อนโยน เห็น ออกเห็นใจ ลดความรู้สึกผิด ความรู้สึกโทษตัวเอง โทษผู้รักษา แล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนการขอบริ จาคอวัยวะ แต่ละขั้นตอนต้องสังเกต วัตถุประสงค์ ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวและใช้ไหวพริบปฏิภาณ

ในการเจรจานั้น ควรเลือกใช้สถานที่ที่สงบ เป็นส่วนตัว จัดลำดับการนั่งที่เหมาะสม ใช้ภาษา เดียวกันกับครอบครัวผู้ตายในการพูดคุย หลังจาก แนะนำตัวผู้นำทีมและทีมงานตามลำดับแล้ว อาจ เริ่มจากแสดงการรับรู้ถึงความทุกข์ของครอบครัว สภาวะในขณะนั้นของผู้ป่วย ภาวะสมองตาย โอกาสของการบริจาคอวัยวะ และประโยชน์ที่ จะเกิดขึ้นกับผู้รับอวัยวะนั้นๆ โดยที่การบริจาค อวัยวะเป็นโอกาสของผู้ป่วยที่จะได้ทำบุญกุศลครั้ง สุดท้ายในชีวิต เป็นการบริจาคทานอันยิ่งใหญ่ ซึ่ง ผู้เสียชีวิตอื่นอาจไม่มีโอกาสอย่างนี้ เพิ่มความรู้สึก ภาคภูมิใจในส่วนดีที่ครอบครัวได้ทำให้กับผู้ป่วย

เมื่อเปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามและตัดสินใจแล้ว จึงปิดการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะ ซึ่งผลการเจรจา อาจเป็นไปได้ทั้งการบริจาคและการปฏิเสธ

ก. กรณีที่ครอบครัวยินดียินยอมบริจาคอวัยวะ ปิดท้ายการเจรจาโดยการแสดงความขอบคุณ

“ขอขอบคุณที่ครอบครัวตกลงบริ จาคอวัยวะ เป็นคุณความดีสูงสุดที่มนุษย์คนหนึ่ง ได้ไม่ตาดานบุคคลผู้รับบริจาคอวัยวะที่จะต้องเสียชีวิต หากไม่ได้รับอวัยวะไปต่อชีวิต เสมือนได้ชีวิตใหม่ จากความกรุณาของครอบครัวผู้บริจาค ร.พ. จะดำเนินการเรื่องสิทธิต่างๆ ให้เรียบร้อย ญาติ สะดวกรับศพทำพิธีทางศาสนาอย่างไรก็ตามก็ขอให้ แข็งทีมประสานฯ เรายินดีอำนวยความสะดวกแก่ ครอบครัว ขอขอบคุณค่ะ”

ข. กรณีครอบครัวไม่ยินยอมบริจาคอวัยวะ ก็ต้องแสดงความขอบคุณในการรับฟัง และทิ้งท้าย โดยเปิดโอกาสให้ญาติได้พิจารณาอีกครั้ง รวมทั้งการ คิดต่อกับทีมขอรับบริจาคในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ

“ขอขอบคุณที่ครอบครัวได้มารับฟัง ข้อมูลและโอกาสทำบุญครั้งสุดท้าย แม้จะไม่บริจาค อวัยวะหมอและทีมงานยังดูแลผู้เสียชีวิตสมองตาย เต็มที่เท่าที่อายุขัยมีอยู่และยินดีให้ความช่วยเหลือ ครอบครัวเหมือนเดิม ไม่โกรธเคืองใดๆ และไม่ ไขว่คว้าความคิดที่ครอบครัวไม่ประสงค์บริจาค หากครอบ ครัวเข้าใจเรื่องการบริจาค ทีมงานก็ดีใจและขอขอบ คุณอีกครั้งสำหรับความร่วมมือในการมาพบกับทีม งาน หากเกิดเปลี่ยนใจเห็นประโยชน์ในการบริจาค

การขอรับบริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์  
พืงนคร สฤษดิ์นิรันดร์, วาสนา อุปสาร, ชัยรัช รักราชการ  
จำลอง กิตติวรเวช, จิรวัดน์ มูลศาสตร์

อวัยวะประสงค์จะบริจาคที่มงานก็ยินดี ขอให้แจ้ง  
ที่มงานได้ตลอดเวลา ขอขอบคุณค่ะ”

ในกรณีที่ญาติได้ตกลงใจที่จะบริจาคจึง  
ทำการตรวจและวินิจฉัยภาวะสมองตายอีกครั้ง ตาม  
เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองตายของแพทยสภา  
อย่างเคร่งครัด โดยแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ทาง  
ระบบประสาท และผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
หลังจากนำอวัยวะออกจากร่างกายแล้ว ที่ม  
ประสานฯ ต้องติดตามดูแลเพื่อให้การช่วยเหลือ  
ครอบครัวผู้บริจาคอวัยวะ โดย

1. การจัดหาโรงศพและรถส่งศพ
2. จัดหาดอกไม้เคารพศพ
3. ติดต่อมอบเกียรติบัตรจากสภาากาชาด  
ไทย เชิดชูความดีผู้บริจาคอวัยวะ
4. ติดต่อขอพระราชทานเพลิงศพ/ดิน  
ฝังศพ (กรณีญาติมีความประสงค์)
5. ติดต่อขอเป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ของ  
สภาากาชาดไทยแก่ทายาทผู้บริจาคอวัยวะ 1 คน
6. ติดต่องานสิทธิบัตรเรื่องค่าใช้จ่ายใน  
การดูแลและเตรียมการบริจาคอวัยวะ ตลอดจนการ  
ทำผ่าตัดนำอวัยวะออก
7. ติดต่อประสานงานขอใบชันสูตรศพ  
จากสถานีตำรวจใกล้เคียง

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พ.ญ.วันเพ็ญ บุญ  
ประกอบ\* ได้เขียนถึงการเสียชีวิตอย่างฉับพลันว่า  
นำความโศกเศร้าและกระทบกระเทือนใจอย่างมาก  
ได้เสมอ พร้อมทั้งเกิดความตกใจ การยอมรับไม่  
ได้ และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นอาจรุนแรงกว่าการเสียชีวิต

ธรรมดา ในระยะแรกที่รับรู้การเสียชีวิตไม่ว่าจาก  
สาเหตุใดก็ตาม ความรู้สึกมึนชา (numbness)  
ความรู้สึกที่ยอมรับไม่ได้ตามความเป็นจริง มัก  
จะพบได้เสมอ หรือบางรายอาจมีปฏิกิริยาเศร้าเสียใจ  
อย่างมากจนควบคุมตนเองไม่ได้ ในระยะนี้ครอบครัว  
ต้องการความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ การช่วย  
เหลือทางด้านจิตใจและความรู้สึกอย่างมาก การให้  
คำแนะนำและความช่วยเหลือบางอย่าง เช่น การ  
จัดการเรื่องศพ การเคลื่อนย้าย การติดต่อญาติ  
หรือคนรู้จัก และการทำพิธีทางศาสนา เป็นสิ่ง  
จำเป็นที่ควรทำ โดยเฉพาะในรายที่มีความรู้สึก  
สับสนในระยะนั้นและต้องการความช่วยเหลือ

ในวัฒนธรรมของประเพณีของชาวไทย  
การจัดงานศพเป็นลักษณะที่ช่วยในความรู้สึกของผู้  
อยู่เบื้องหลังได้มาก การทำบุญสวดมนต์ให้กับผู้ตาย  
เป็นการแสดงความกตัญญู วันเวลาที่ผ่านไปเกี่ยว  
กับกิจกรรมทำบุญอุทิศส่วนกุศล และการมีพิธีเป็น  
ระยะ เช่น 7 วัน 50 วัน 100 วัน ครบรอบปี  
หรือมีการปฏิบัติอยู่เรื่อยๆ นั้น ช่วยในกระบวนการ  
ทำจิตใจให้ยอมรับและคลายความโศกเศร้าได้อย่าง  
ค่อยเป็นค่อยไป เป็นการระลึกถึงในทางที่ดีและ  
ทำให้ผู้อยู่ได้รู้สึกว่าได้ปฏิบัติสิ่งที่ดีงามให้ผู้ที่จาก  
ไปได้ตลอดเวลา ช่วยลดความรู้สึกผิด (guilt) ที่  
อาจมีอยู่ และยังช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจในการ  
ปฏิบัติของตนในฐานะลูกหลานหรือญาติที่ดีได้โดย  
มาก นอกจากนี้สังคมที่มีการช่วยเหลือกัน แสดง  
ความเห็นใจ ไปมาหากัน ปรับทุกข์กัน จะช่วยผู้  
ที่สูญเสียในระยะแรกๆ ได้เป็นอย่างดี

\* วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2543. ภาวะเร่งด่วนในจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. หน้า 15-20.

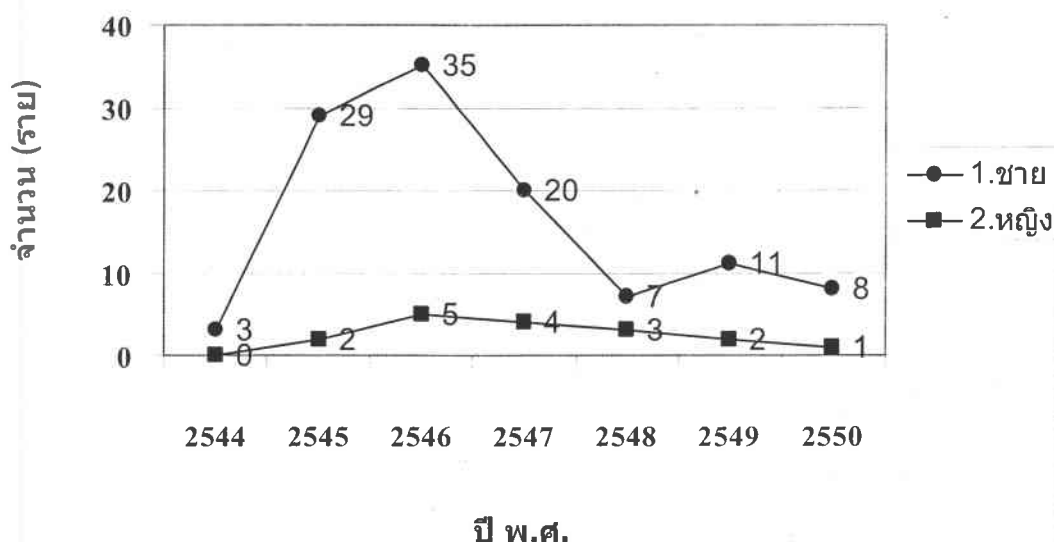
## ผลการปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้เริ่มดำเนินการขอรับบริจาคอวัยวะตั้งแต่ วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2544 เป็นต้นมา จนกระทั่งสิ้นปี พ.ศ.2550 มีจำนวนผู้ป่วยสมองตายที่บริจาคอวัยวะทั้งหมด 130 ราย เป็นเพศชาย 113 ราย และ เพศหญิง 17 ราย (แผนภูมิที่ 1) โดยกลุ่มอายุที่บริจาคมากที่สุด 3 กลุ่มแรก คือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (45 ราย) อายุระหว่าง 21-30 ปี (37 ราย) และ อายุระหว่าง 41-50 ปี (24 ราย) ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 2)

สาเหตุของภาวะสมองตายในผู้ป่วยที่บริจาคอวัยวะเกือบทั้งหมด (123 ราย) เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุจราจร นอกจากนั้นเป็นการถูกทำร้ายร่างกาย 4 ราย และตกจากที่สูง 3 ราย

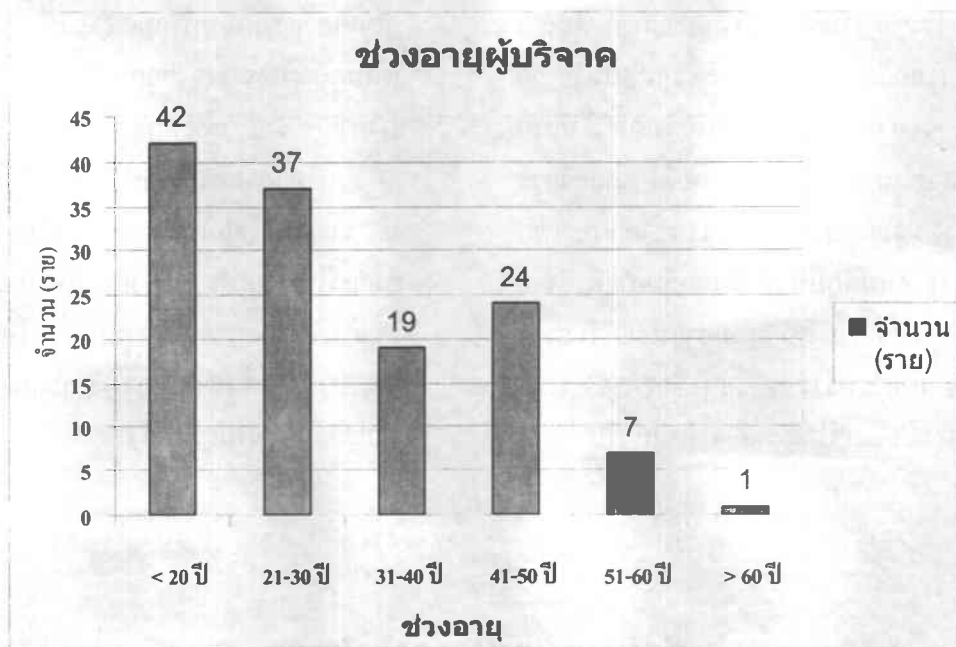
อวัยวะที่ได้รับการบริจาคมีจำนวนทั้งสิ้น 495 รายการ โดยมีผู้ป่วยหลายรายที่บริจาคอวัยวะมากกว่า 1 รายการ ซึ่งอวัยวะที่ได้รับมากที่สุด คือ ไต จำนวน 254 รายการ ตามมาด้วย ลิ้นหัวใจ (126 รายการ) ดวงตา (68 รายการ) และตับ (47 รายการ) ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 3)

## จำแนกเพศของผู้บริจาค

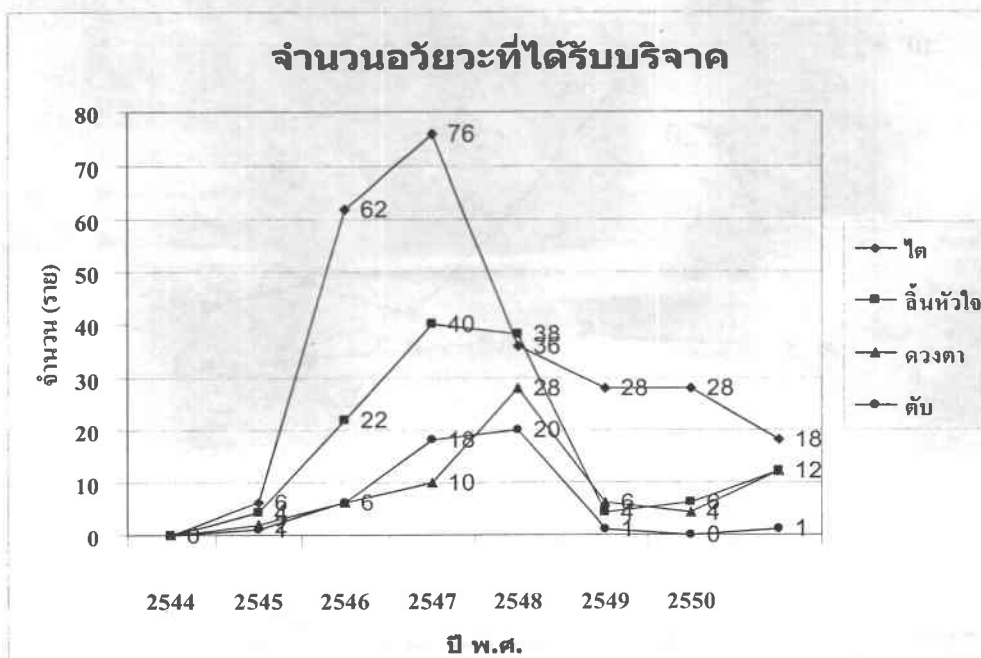


แผนภูมิที่ 1 จำแนกเพศของผู้บริจาครายปี

การขอรับบริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์  
 พึงเนตร สฤณดิโรรินทร์, วาสนา อุปสาร, ชัยรัช รักษาราชการ  
 จำลอง กิตติวรเวช, จิรวัดน์ มูลศาสตร์



แผนภูมิที่ 2 ช่วงอายุของผู้บริจาค



แผนภูมิที่ 3 จำนวนอวัยวะที่ได้รับบริจาค

สำหรับรายที่การเจรจาไม่ประสบผลสำเร็จ นั้น มีเหตุผลที่ครอบครัวยุ่วยให้ ดังนี้

- บุคคลสำคัญของผูเสียชีวิตไม่ได้มาอยู่ด้วยขณะที่ทำการเจรจา

- ครอบครัวไม่ต้องการให้แต่ต้องรบกวนผูเสียชีวิต

- ครอบครัวเกรงกระทบความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในครอบครัว

- ครอบครัวไม่ประสงค์จะบริจาคอวัยวะ

- ครอบครัวทำใจไม่ได้ที่จะบริจาค

อวัยวะ

ในการดำเนินงานขอรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีนั้น ได้รับการสนับสนุนอย่างดียิ่งจากมูลนิธิแพทยอาสาสมัครพระศรีนครินทรบรมราชชนนี กองบินตำรวจ การทำอากาศยานแห่งประเทศไทย บริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) กองบังคับการตำรวจจราจร และตำรวจทางหลวง โดยเฉพาะผู้บังคับการกองบินตำรวจ พล.ต.ต.ชูเกียรติ ประทีปะเสน ที่เป็นผู้นำทีมในการเดินทางไปผ่าตัดนำอวัยวะออกที่จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อนำมาปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยอาการหนักที่ต้องได้รับการปลูกถ่าย

อวัยวะฉุกเฉิน สำหรับบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) ได้ให้ความอนุเคราะห์แก่ทีมผ่าตัด รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการขนส่งอวัยวะระหว่างกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดในหลายเส้นทาง ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดอุบลราชธานี

จากการปฏิบัติงานอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่องของทีมงานทั้งหมด ทำให้โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้รับรางวัลเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้บริจาคอวัยวะสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ จากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ติดต่อกัน 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2545-พ.ศ.2549

เนื่องในพระราชพิธีพระราชทานเพลิงพระศพ สมเด็จพระพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 14-19 พฤศจิกายน พ.ศ.2551 โดยที่ทรงพระกรุณารับกิจกรรมของมูลนิธิโรคไตไว้ในพระอุปถัมภ์ บุคคลากรโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และทีมงานประสานขอรับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่าย ขอกราบถวายสักการะพระองค์ท่านด้วยสำนึกในพระกรุณาธิคุณเป็นอย่างสูง