



วารสารโรงพยาบาลนครพนม NAKHONPHANOM HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2559

Volume 3 No. 2 May – August 2016

วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป			
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม			
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.บุษยชัย	ตรีสกุล		
	พญ.เพ็ญรักษ์	ร่วมเจริญ	รศ.นพ.สมศักดิ์	เทียมเก่า
	ภก.ผศ.ดร.แสวง	วัชรธนกิจ	ภญ.ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์	กาญจนศิลป์
	รศ.ดร.สมจิตร	แดนศรีแก้ว	รศ.ดร.มารีสา	ไกรฤกษ์
	ดร.อัญชลี	เจตะภัย	อ.นพ.ณัฐพล	สันตระกูล
	ดร.ศิริลักษณ์	ใจช่วง	นายบารเมษฐ์	ภิราล้า
บรรณาธิการ	นพ.พงศ์อิสร	วงศ์สุวรรณ		
รองบรรณาธิการ	พญ.สุรธินีย์	คุณกุลวัฒนา		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางรามย์	สุตรสุวรรณ		
กองบรรณาธิการ	พญ.นันทยา	ก้องเกียรติกมล	นพ.ทศพล	นุดะรังค์
	พญ.นทวรรณ	หุ้ณพยนต์	นพ.ณรงค์ศักดิ์	ราชภัคดี
	ทพ.พัชรินทร์	เรืองมงคลเลิศ	ภก.วิชิต	เหล่าวัฒนาอว
	นางสาวสุดใจ	ศรีสงค์	นางสาวอรรจจิมา	ศรีชนม์
	ทพ.ภารานี	สกุลคู		
คณะทำงาน	นายเวชสิทธิ์	เหมะอุลิน	นางเดือนฉาย	ใจคง
	นางวิไล	อุทธิธาดา	นางสาวศิลปะกร	อาจวิชัย
	นางพรสวรรค์	สาหล้า		
กำหนดออก	ราย 4 เดือน เดือนมกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม			
ส่งต้นฉบับที่	นางพรสวรรค์ สาหล้า			
	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครพนม 270 อ.อภิบาลัญญา			
	ด.โนเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000 โทรศัพท์ 0-4251-1422 ต่อ 1016			
	โทรสาร 0-4252-1349 E-mail Training1016@hotmail.com			
พิมพ์ที่	บริษัท นครหลังเลนส์ จำกัด			
	เลขที่ 327/9 อ.เพ็ญนคร ด.โนเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000			

สารบัญ

Original Article

1. ผลของกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล..... 3
นครพนม
ชัชฎาภา สมศรี, พิกุลทอง โมคมูล
2. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง..... 15
ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม
อิงอร โยธา
3. การศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในประชาชน จังหวัดนครพนม..... 23
แสงอุษา ทศคร, มารตี วิทยาดำรงชัย, พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์
4. ผลของการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย..... 33
โรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม
ทัศนากรณ์ บำรุงโชค
5. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด..... 57
หอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม
รุจิรา ดิษฐวงศ์, เดือนเพ็ญ ทองป่อง
6. ความชุกของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มประชากรจังหวัดนครพนม..... 67
จิตรลัดดา คำดี
7. การประเมินผลการรักษาและควบคุมพันธุกรรมน้ำนมผู้ด้วยวิธี SMART ในศูนย์พัฒนา..... 75
เด็กเล็กและอนุบาล อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม
นฤพนธ์ อังอุบละชัย, สิริกันยา สิงห์ศรี

นวัตกรรม

8. ตะแกรงขวดใส่ Radivac drain เคลื่อนที่..... 84
สาริณี สกฤษ, ชุตินา นันนียงค์, เรืองฤทธิ์ ผาสุก

ผลของกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม

นางสาวชัชฎาภา สมศรี* พย.ม.

Chatyapa Somsri

นางพิกุลทอง โมคมูล** พย.บ.

Pikulthong Mokmoon

* ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลนครพนม

Registered Nurse Professional Level

NakhonPhanom Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบระดับความสุขของผู้สูงอายุ ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator -15) TMHI -15 (3) แบบสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ และ (4) กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ออกแบบตามแบบของกรมสุขภาพจิตปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการให้บริการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค สำหรับแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ และแบบสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด เท่ากับ 0.81 และ 0.95 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในสัปดาห์ที่ 5 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ใช้สถิติ Paired samples t-test จากโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในภาพรวมของความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (= 4.47) และเมื่อเปรียบเทียบระดับความสุขของผู้สูงอายุเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ เท่ากับ 3.32 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 3.77 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุ สำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าตัวเอง การปล่อยให้กลุ่มร่วมแบ่งปันประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจริงจะทำให้ผู้สูงอายุเชื่อถือและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ระหว่างที่ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การให้รางวัล หรือการชื่นชม เป็นผลทางบวกต่อผู้สูงอายุ ส่งผลให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปด้วยความราบรื่น และควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า, การหกล้ม และเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

คำสำคัญ : กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ความสุข ผู้สูงอายุ

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และจำนวนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ Aged Society 20% หรือมีผู้สูงอายุ 14.5 ล้านคนในปี 2568 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) จากสถานการณ์ปัญหาที่มีจำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุ มีโรคที่เกิดจากความเสื่อมอันเนื่องมาจากความชรา การดูแลรักษาฟื้นฟู จึงมีความแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นๆ ได้แก่ ลักษณะทางคลินิก ปัญหาการแปรผลและความเหมาะสมในการสำรวจทางห้องปฏิบัติการตลอดจนการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาแตกต่างและซับซ้อนจากผู้ป่วยวัยอื่นอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น สมควรได้รับการดูแลรักษาที่เป็นเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานตามกฎหมายและประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุ เป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548 และดำเนินงานภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข (ปี 2552-2554) ซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเชิงบูรณาการสุขภาพผู้สูงอายุ และยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาองค์ความรู้และการศึกษาวิจัยสุขภาพผู้สูงอายุ

จากที่กล่าวมาเป็นการจำเป็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพที่ดีอย่างครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์สังคมและ จิตใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตราบนานวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพได้นั้น มีสาเหตุพื้นฐานที่สำคัญบางประการมาจากการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง พึ่งพาตนเองได้ทางเศรษฐกิจ และจัดการด้านที่อยู่อาศัยของตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การที่

ผู้สูงอายุจะดำเนินชีวิตร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุขทางใจได้นั้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องกับสมาชิกในครอบครัวทุกคน ซึ่งอาจจะประกอบไปด้วย คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ มิตร และผู้ดูแล เป็นต้น

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัว ปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามบุคคลทั่วไปมักเข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาของผู้สูงอายุ จึงมักละเลย ไม่สนใจ ทำให้ผู้สูงอายุยิ่งมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น แต่ในความเป็นจริงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันมิให้เกิดได้ถ้าหากผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือทราบแนวทางที่สำคัญในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกัน รวมทั้งทราบแนวทางการดูแลตนเองเมื่อตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทางตรงกันข้ามถ้าหากละเลยหรือปล่อยทิ้งไว้ อาจกลายเป็นโรคซึมเศร้า จนต้องเข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์ มิเช่นนั้นอาจเกิดผลเสียที่รุนแรงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและบุคคลรอบข้าง

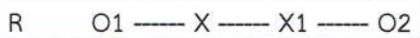
จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางร่างกาย และจิตใจจากภาวะซึมเศร้า ภาวะสิ้นหวัง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องแสวงหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในทุก ๆ ด้านทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีสามารถพึ่งตนเองและ อยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระกับบุคคลอื่นและสามารถดำรงชีวิตด้วยตนเองได้อย่างมีคุณค่าแม้ว่าจะอยู่ใน วัยสุดท้ายของช่วงชีวิตก็ตาม ผู้สูงอายุไทยก็ยังจัดได้ว่า เป็นกลุ่มประชากรที่เป็นพลังสำคัญ แทนที่จะเป็นภาระของครอบครัว ชุมชน และสังคมไทย จึงควรมีการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วย กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการสร้างสุขทั้งทางร่างกาย และจิตใจได้ด้วยตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาในปัจจุบัน อย่างเข้มแข็ง พึ่งพาตนเอง และเป็นที่ยังชีพของบุตรหลาน สร้างความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสุขของผู้สูงอายุ ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (Pre experimental research) ชนิดแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน หลังการทดลอง (One group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการวิจัย

- เมื่อ R หมายถึง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง
 X หมายถึง กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ
 X1 หมายถึง ความคิดเห็นต่อกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง
 O1 หมายถึง แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator -15) TMHI -15 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
 O2 หมายถึง แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator -15) TMHI -15 หลังเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจตามนัดคลินิกพิเศษเบาหวาน ความดัน และเข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2559 โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 68 คน ได้ยินเสียง สื่อสารเข้าใจ และสามารถเคลื่อนไหวแขน ขา ได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนมีนาคม –

พฤษภาคม 2559 คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ที่มาตรวจตามนัดคลินิกพิเศษเบาหวาน ความดัน และเข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ สามารถได้ยินเสียง สื่อสารเข้าใจ และสามารถเคลื่อนไหวแขน ขา ได้ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่อยู่ในระยะที่แสดงอาการ เช่น โรคปอด โรคหัวใจ และโรคเอดส์ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator -15) TMHI -15 และออกแบบกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ตามแบบของกรมสุขภาพจิต ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการให้บริการ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจำนวน 30 คน ผู้วิจัยจึงนำมาวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี ชุดแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ต่อกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ จำนวน 10 ข้อ โดยยึดหลักเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

คะแนน 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator -15) TMHI -15 ก่อน และหลังร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นดัชนีวัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

1	2	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	= 1 คะแนน	เล็กน้อย	= 2 คะแนน
มาก	= 3 คะแนน	มากที่สุด	= 4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

3	4	5
---	---	---

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	= 4 คะแนน	เล็กน้อย	= 3 คะแนน
มาก	= 2 คะแนน	มากที่สุด	= 1 คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

51 – 60 คะแนน หมายถึง ระดับความสุขดีกว่าคนทั่วไป

44 – 50 คะแนน หมายถึง ระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป

53 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง ระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป

ในกรณีที่ท่านมีคะแนนอยู่ในกลุ่มระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป ท่านอาจช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น โดยขอรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านได้

ส่วนที่ 4 กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุตามแบบของกรมสุขภาพจิต ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการให้บริการ โดยมีแผนดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ มีดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ

วันที่ทำกิจกรรม รายสัปดาห์	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
วันจันทร์ (เช้า)	ส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ 1. สุขสง่า : ให้ความรู้เรื่อง การป้องกันการหกล้ม หรืออื่นๆตามความเหมาะสม : ให้ความรู้เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ/การนอนไม่หลับ/ การคลายความวิตกกังวล หรืออื่นๆตามความเหมาะสม : ให้ความรู้เรื่อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ : ให้ความรู้เรื่อง การใช้ยาในผู้สูงอายุ 2. สุขสงบ : สมาธิบำบัด 3. สุขสบาย : การบริหารร่างกายในท่านั่ง 4. สุขสนุก : หัวเราะบำบัด 5. สุขสว่าง : การบริหารสมองด้วย 2 มือ	คลินิกผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุจำนวน 20 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาคะแนนและวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือซึ่งต้องมีค่าตั้งแต่ + 0.80 ขึ้นไปโดยคำนวณจากสูตรของ ครอนบาค (Cronbach's Coefficient + Alpha) (บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ, 2540:212) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ปรับปรุงเครื่องมือให้เป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป

ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นพบว่า

แบบสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.95

แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น เท่ากับ 0.81 (Thai Mental Health Indicator -15) TMHI -15

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขออนุญาตจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุที่มาตรวจตามนัดคลินิกพิเศษเบาหวาน ความดัน ยินดีเข้ารับบริการ คลินิกผู้สูงอายุ และร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ เมื่อผู้สูงอายุผ่านกิจกรรม และเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์จำนวน 30 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ค่าสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูล เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และข้อมูลโรคประจำตัว วิเคราะห์

ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ แจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละ

2. ระดับความสุข ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้น วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired samples t-test

4. ระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ หลังการทดลองเสร็จสิ้น วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 46.7 ช่วงอายุ 60 – 69 ปี มากสุดร้อยละ 56.7 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.3 เป็นโรคเบาหวานมากถึง ร้อยละ 40 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	53.3
หญิง	16	46.7
อายุ (ปี)		
60 - 69 ปี	17	56.7
70 - 79 ปี	13	43.3
80 ปีขึ้นไป	0	0
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	16.7
ประถมศึกษา	18	60.0
มัธยมศึกษา	3	10.0
ปริญญาตรี	4	13.3
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	20.0
เกษตรกร	13	43.3
ค้าขาย	6	20.0
ข้าราชการบำนาญ	4	13.3
อื่นๆ ไม่ระบุ	1	3.3
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	12	40.0
โรคความดันโลหิตสูง	9	30.0
โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	9	30.0
โรคอื่นๆ ระบุ	0	0

2. ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ

ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ มีความคิดเห็นจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ เห็นด้วยต่อการนำกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ มาฝึกปฏิบัติระหว่างรอแพทย์มาตรวจ และพึงพอใจกับกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 4.67$) กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้ง่ายๆ จะนำกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติไปปฏิบัติที่บ้านเป็นประจำ,

การออกกำลังกายและการหัวเราะช่วยให้ท่านไม่เครียด และมีความสุขมากขึ้น ($\bar{X} = 4.57$) พึงพอใจในชีวิตประจำวันที่เป็นอยู่ปัจจุบัน และภาคภูมิใจในตนเองเป็นอย่างมาก ($\bar{X} = 4.50$) การหัวเราะมีผลช่วยให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้มากขึ้น ($\bar{X} = 4.43$) การบริหารร่างกายเป็นประจำช่วยให้ท่านเคลื่อนไหวได้อย่างคล่องแคล่ว และช่วยป้องกันการหกล้ม ($\bar{X} = 4.40$) การฝึกสมาธิช่วยให้ท่านมีจิตใจที่สงบ และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ ($\bar{X} = 4.30$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ

ลำดับ	ความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1.	การฝึกสมาธิช่วยให้ท่านมีจิตใจที่สงบ และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้	4.30	.651	มาก
2.	การหัวเราะมีผลช่วยให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้มากขึ้น	4.43	.626	มาก
3.	การออกกำลังกายและการหัวเราะช่วยให้ท่านไม่เครียด และมีความสุขมากขึ้น	4.57	.679	มาก
4.	การบริหารร่างกายเป็นประจำช่วยให้ท่านเคลื่อนไหวได้อย่างคล่องแคล่ว และช่วยป้องกันการหกล้ม	4.40	.724	มาก
5.	ท่านพึงพอใจในชีวิตประจำวันที่เป็นอยู่ปัจจุบัน และภาคภูมิใจในตนเองเป็นอย่างมาก	4.50	.572	มาก
6.	เมื่อลูกหลานมีปัญหาที่แก้ไขไม่ได้มักมาปรึกษา และขอความช่วยเหลือจากท่านเสมอ	4.10	.759	มาก
7.	กิจกรรม “สร้างสุข 5 มิติ” สามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้ง่ายๆ	4.57	.568	มาก
8.	ท่านจะนำกิจกรรม “สร้างสุข 5 มิติ” ไปปฏิบัติที่บ้านเป็นประจำ	4.57	.626	มาก
9.	ท่านเห็นด้วยต่อการนำกิจกรรม “สร้างสุข 5 มิติ” มาฝึกปฏิบัติระหว่างรอแพทย์มาตรวจ	4.67	.479	มาก
10.	ท่านพึงพอใจกับกิจกรรม “สร้างสุข 5 มิติ” ในผู้สูงอายุ	4.67	.547	มาก
	รวม	4.47	.324	มาก

3. ระดับความสุขของผู้สูงอายุ ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองเฉลี่ยระดับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป ($\bar{X} = 3.32$) และหลังการทดลองเฉลี่ยระดับความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป ($\bar{X} = 3.37$) เมื่อแยกดูรายข้อคำถามพบว่าก่อนการทดลองระดับความสุขของผู้สูงอายุสูงสุด คือท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส ($\bar{X} = 3.80$) รองลงมา ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต ($\bar{X} = 3.67$) ต่ำสุด ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง ($\bar{X} = 2.63$) รองลงมา

ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน และท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์ ($\bar{X} = 2.96$) ส่วนหลังการทดลองพบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุสูงสุด คือ ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา และท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส ($\bar{X} = 3.90$) รองลงมา ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ($\bar{X} = 3.87$) ส่วนระดับความสุขของผู้สูงอายุต่ำสุด หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี และสมาชิกในครอบครัวมีความรัก ผูกพันต่อกัน ($\bar{X} = 3.63$) รองลงมา ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน ($\bar{X} = 3.66$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ

ลำดับ	คำถาม	ก่อน		ระดับ ความ สุข	หลัง		ระดับ ความ สุข
		\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	
1.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	3.43	.568	มาก	3.87	.346	มาก
2.	ท่านรู้สึกสบายใจ	3.57	.504	มาก	3.77	.430	มาก
3.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน	2.96	.764	มาก	3.66	.479	มาก
4.	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง	2.63	.614	มาก	3.76	.430	มาก
5.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์	2.96	.556	มาก	3.80	.406	มาก
6.	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	3.37	.556	มาก	3.83	.379	มาก
7.	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อเกิดเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	3.63	.490	มาก	3.80	.407	มาก
8.	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	3.67	.479	มาก	3.77	.430	มาก
9.	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	3.47	.507	มาก	3.80	.407	มาก
10.	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	3.53	.629	มาก	3.90	.305	มาก
11.	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	3.80	.484	มาก	3.90	.305	มาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ

ลำดับ	คำถาม	ก่อน		ระดับ ความ สุข	หลัง		ระดับ ความ สุข
		\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	
12.	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	3.03	.615	มาก	3.73	.450	มาก
13.	ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	3.33	.479	มาก	3.80	.407	มาก
14.	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	3.10	.803	มาก	3.63	.490	มาก
15.	สมาชิกในครอบครัวมีความรัก และผูกพันต่อกัน	3.40	.621	มาก	3.63	.490	มาก
รวม		3.32	.140	มาก	3.77	.209	มาก

ระดับคะแนนความสุขของผู้สูงอายุก่อนการร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ มีระดับคะแนนความสุขโดยรวมเท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X} = 49.90$) และมีมีระดับคะแนนความสุขหลังร่วมกิจกรรมโดยรวมสูงกว่าคนทั่วไป ($\bar{X} = 56.66$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนความสุข

ก่อน		ระดับความสุข	หลัง		ระดับความสุข
\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	
49.90	2.106	เท่ากับคนทั่วไป	56.66	3.144	สูงกว่าคนทั่วไป

เมื่อเปรียบเทียบระดับความสุขเฉลี่ยของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ พบว่า มีระดับความสุขเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติเท่ากับ 3.32 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติเท่ากับ 3.77 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ

ระดับความสุข	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p
ก่อนการร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ	3.32	.140	-13.794	.000
หลังการร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ	3.77	.209		

การอภิปรายผล

1. ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 46.7 ช่วงอายุ 60 – 69 ปี มากสุดร้อยละ 56.7 มี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.3 เป็นโรคเบาหวานมากถึง ร้อยละ 40 ซึ่งใน ภาพรวมของความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$) การเสริม สร้างความสุข 5 มิติ เป็นแนวคิดในการสร้างสุขจากหลัก ธรรมชาติ ผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยาและ แนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบ ด้วย อัมพร เบญจพลพิทักษ์และคณะ⁹ กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ที่ใช้เป็นกิจกรรมง่ายๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถทำตามได้ เป็น กิจกรรมต่อเนื่องเชื่อมโยง 5 มิติ โดยเริ่มจาก สุขสง่า ที่ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหา ที่ตนเองเผชิญ ไม่ว่าจะเป็น การนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล การใช้จ่าย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ ช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไข ซึ่งแต่ละคนยินดีอย่างยิ่งที่จะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สุขงบใช้สมาธิบำบัด สุขสบายใช้ การบริหารร่างกายในท่านั่ง สุขสนุก ใช้การหัวเราะบำบัด และสุขสว่างใช้การบริหารสมองด้วย 2 มือ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ รังสรรค์ ภิรมย์⁷ ที่ศึกษาถึงระดับความสุขของ ประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ และได้ แบ่งปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความสุขของประชากร พบว่า ระดับ ความสุขโดยรวมทั้ง 8 หมวด ของประชากรในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีความสุขในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.56 โดยมีความสุขในแต่ละหมวดอยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับ คือ หมวดการมีครอบครัวที่อบอุ่น การเข้าถึงธรรมชาติด้วย การอยู่ร่วมกัน การมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง การมี ความภาคภูมิใจ การมีอิสรภาพ และการมีหลักประกันในชีวิต ส่วนหมวดการมีชุมชนเข้มแข็ง และการมีสิ่งแวดล้อมที่ดี ประชากรมีความสุขในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขกับระดับ ความสุขในหมวดต่าง ๆ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วม กิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ มีความคิดเห็นจากมากไปหาน้อย

ตามลำดับดังนี้ เห็นด้วยต่อการนำกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ มาฝึกปฏิบัติระหว่างรอแพทย์มาตรวจ และพึงพอใจกับ กิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 4.67$) กิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ สามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้ง่ายๆ, จะนำกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติไปปฏิบัติที่บ้านอย่างเป็นประจำ, การออกกำลังกายและการหัวเราะช่วยให้ท่านไม่เครียด และ มีความสุขมากขึ้น ($\bar{X} = 4.57$) พึงพอใจในชีวิตประจำวัน ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน และภาคภูมิใจในตนเองเป็นอย่างมาก ($\bar{X} = 4.50$) การหัวเราะมีผลช่วยให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยง ส่วนต่างๆของร่างกายได้มากขึ้น ($\bar{X} = 4.43$) การบริหาร ร่างกายเป็นประจำช่วยให้ท่านเคลื่อนไหวได้อย่างคล่องแคล่ว และช่วยป้องกันการหกล้ม ($\bar{X} = 4.40$) การฝึกสมาธิช่วย ให้ท่านมีจิตใจที่สงบ และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาในชีวิต ประจำวันได้ ($\bar{X} = 4.30$) จากการทดลองจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ และสามารถ นำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน เป็นตัวอย่างให้กับบุตรหลาน ส่งผล ให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเองยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Orem¹² กล่าวเกี่ยวกับความสุขไว้ว่า ความสุขเป็นภาวะที่มี ความสมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจ และสังคม นอกจากนี้ความ สุขยังเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับ ภาวะของตนเองว่ามีความพึงพอใจ มีความยินดีที่ได้บรรลุถึง อุดมคติหรือเป้าหมายของตนเอง และ Dupuy¹⁰ ยังกล่าว เพิ่มเติมไว้อีกว่า เป็นความรู้สึกจากภายในของแต่ละบุคคล ต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นความรู้สึกของ บุคคลที่มีชีวิตประจำวันและหน้าที่การงาน ความสุขในชีวิต เกิดจากความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ตอบสนองต่อ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริงในเวลานั้น แล้ว แสดงออกมาในรูปแบบความรู้สึกที่มีความสุขและอาจจะ เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งอาจจะแตกต่างกันไปตาม การรับรู้ของแต่ละบุคคล

2. ระดับความสุขของผู้สูงอายุ ก่อนการร่วม กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ มีระดับคะแนนความสุขโดยรวม เท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X} = 49.90$) และมีระดับคะแนนความสุข หลังร่วมกิจกรรมโดยรวมสูงกว่าคนทั่วไป ($\bar{X} = 56.66$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กาญจนา พระสุทา¹ ศึกษาผลการศึกษเกี่ยวกับการเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบ่อ

อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางการศึกษา และการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ อยู่ในระดับน้อย และสอดคล้องกับหลักการสร้างความสุขในผู้สูงอายุของนิธิพัฒน์ เมฆขจร⁵ ที่ได้เสนอแนวทางการสร้างความสุขว่าควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ชื่นชอบ เช่น การทำงานอดิเรกต่างๆ ที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของตนเอง คือการทำดอกไม้ประดิษฐ์ การฟังเพลง การสวดมนต์ รวมทั้งการช่วยทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ การทำกิจกรรมต่างๆ ของชมรม การประกอบอาชีพเล็กๆ น้อยๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender¹¹ เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตว่าต้องประกอบด้วย การมีสุขภาพจิตดี มีจิตใจที่เป็นสุข หรือมีความสุขทุกใจความวุ่นวายใจน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุ สำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าตัวเอง การปล่อยให้กลุ่มร่วมแบ่งปันประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจริงจะทำให้ผู้สูงอายุเชื่อถือ และนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน แต่ผู้ดำเนินการกลุ่มต้องสามารถที่จะควบคุมกลุ่มให้ดำเนินการไปในทางสร้างสรรค์

2. ระหว่างที่ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การให้รางวัลหรือการชื่นชม เป็นผลทางบวกต่อผู้สูงอายุ ส่งผลให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปด้วยความราบรื่น

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุที่ประเมินแล้วเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า, เสี่ยงต่อการหกล้ม และเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพประจำการแผนกคลินิกพิเศษ เบาหวาน ความดัน โรงพยาบาลนครพนม ที่ให้ความร่วมมือในการคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ เหนืออื่นใดผู้ที่เป็นกำลังใจและผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จนี้คือคุณพ่อ แม่ รวมทั้งพี่น้องๆ และเพื่อนๆ ที่ให้กำลังใจในการทำวิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณความดีทั้งหลายจากการวิจัยครั้งนี้แก่ผู้มีพระคุณที่ได้มีส่วนช่วยเหลือให้

งานวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา พระสุทา. (2551). การศึกษาเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบ่อ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
2. จันทนา รณฤทธิวิชัย. (2548). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
4. นิตยา ภาสุนันท์. (2548). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. นิธิพัฒน์ เมฆขจร (2552). การผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้สูงอายุออนไลน์ เข้าถึงได้ จาก http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_12.html
6. บรรลุ ศิริพานิช. (2549). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ : สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี.
7. รังสรรค์ ภิรมย์. (2552). การวัดระดับความสุขของประชากรในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
8. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, สถาบัน. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหวิชาชีพ. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 - 2554. อ้างถึงในมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พงษ์พานิชย์เจริญผล จำกัด. 2555.
10. สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน (2555). แนวโน้มประชากรโลก. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

11. อัมพร เบญจพลพิทักษ์ กาญจนา วณิชธรรมณีย์ พรรณี ภาณุวัฒน์สุข. คู่มือ “ความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ”. กรุงเทพมหานคร: ปิยะอนต์ พับลิชชิ่ง จำกัด. 2555
12. Dupuy, H.J. (1977). Quoted in McDowell. 1996. A measuring health: A guide to rating scales and questionnaires. New York: CBS College Pup.
13. Pender, NJ. (1996). Health Promotion in Nursing Practice. 2 nd ed. Apption and Lange, norwalk, connectial. Los Angelis California.
14. Orem, D.E. (1991). Nursing Concept of Practice (4th ed.). St Louis: Mosky Year Book.



การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม

The development of clinical practice guidelines to assessed pregnant woman with hypertension at labor room, Nakhonphanom hospital

อิงอร โยธา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม

Ingorn Yotha

Registered Nurse, Professional Level

Labor Room Department, Nakhonphanom Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ห้องคลอดโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมผู้ดูแลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดและหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่ห้องคลอด จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและข้อมูลทั่วไปของทีมผู้ดูแล แบบสอบถามความเป็นไปได้ต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และแบบประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นจากผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ระหว่างวันที่ 23 มีนาคม 2559 – 31 พฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ห้องคลอดโรงพยาบาลนครพนม ประกอบไปด้วย 7 แนวทางการประเมิน ได้แก่ 1.แนวทางการประเมินภาวะความดันโลหิต 2.แนวทางการประเมินโปรตีนในปัสสาวะ 3.แนวทางการประเมินระบบประสาท 4.แนวทางการประเมินการทำงานของไต 5.แนวทางการประเมินภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับยาแม่กนีเซียมซัลเฟต 6.แนวทางการประเมินอาการบวม และ 7.แนวทางการประเมินเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์

ทีมผู้ดูแลทั้งหมดมีความเห็นด้วยในแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 100 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ทีมผู้ดูแลทั้งหมดมีความเห็นด้วยในแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทุกข้อเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 100

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ห้องคลอดโรงพยาบาลนครพนม สามารถใช้เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้จริง และเพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น จึงควรมีการประเมินด้านคุณภาพในการดูแล เช่น ไม่มีภาวะช้ำในหญิงตั้งครรภ์มารดาและทารกไม่เสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 8-36 ซึ่งพบร้อยละ 40 ในครรภ์แรก และร้อยละ 2-4 ในครรภ์หลัง สำหรับประเทศไทยพบภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดพรีอีคลัมป์เซีย ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.1 พรีอีคลัมป์เซีย ระดับรุนแรง ร้อยละ 1.2 และอีคลัมป์เซีย ร้อยละ 0.031 ภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาคือเกิดภาวะน้ำท่วมปอด การทำงานของไตล้มเหลว มีภาวะน้ำคร่ำน้อย และรกลอกตัวก่อนกำหนด และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 16 ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตทั้งหมด ส่วนผลกระทบต่อทารก จะทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทารก^๑

ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยขณะตั้งครรภ์ โดยพบความดันโลหิต systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิต diastolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทตั้งแต่สองครั้งขึ้นไปคงที่อย่างน้อย 6 ชั่วโมง และมีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 300 มิลลิกรัมในปัสสาวะที่เก็บตลอด 24 ชั่วโมง ยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แน่นอน แต่มีปัจจัยเสี่ยงจากพันธุกรรมที่มีประวัติ Preeclampsia ภาวะอ้วน การตั้งครรภ์แฝด มีประวัติ Preeclampsia ในครรภ์ก่อน สตรีอายุมาก โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยจะมีอาการทางระบบประสาท เช่น ตาพร่ามัว มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ปวดศีรษะอย่างรุนแรง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือปวดท้องด้านบนขวา ความดันโลหิตสูง ชักเกร็งทั้งตัว และหมดสติ^๓ การรักษามีเพียงวิธีเดียวคือ การยุติการตั้งครรภ์ในรายที่ใกล้หรือครบกำหนด และปากมดลูกพร้อมที่จะชักนำการคลอด หากไม่มีข้อบ่งชี้อื่นพิจารณาผ่าคลอด แต่รายที่ยังไม่ครบกำหนด การพิจารณายุติการตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและอายุครรภ์ ผลกระทบที่ตามมาจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และเด็ก โดยมีผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบโลหิตวิทยา ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ไต ตับ สมอง และตา^๑

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดมีเป้าหมายเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน^๕ โดยการประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยง การวินิจฉัยทันที่ และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนที่จะเกิดการชักที่นำไปสู่การเสียชีวิต รวมทั้งการประเมินทารกในครรภ์ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการประเมินเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการช่วยเหลือทันที่ เน้นการประเมินความดันโลหิต โปรตีนในปัสสาวะ ระบบประสาท การทำงานของไต อาการข้างเคียงจากการใช้ยาป้องกันชัก และอาการบวม รวมทั้งการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์^๖

กลุ่มงานห้องคลอดโรงพยาบาลนครพนม ให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งในภาวะปกติและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไปรวมทั้งดูแลทารกแรกเกิด พบสถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในการคลอด ในปี 2556-2558 จำนวน 3457,3405 และ 2978 ราย ตามลำดับ พบมีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์จำนวน 174, 210 และ 181 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.03, 6.17 และ 6.07 ตามลำดับ พบภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 7, 4 และ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.02, 1.90 และ 1.65 ตามลำดับ และพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงเสียชีวิต จำนวน 1 ราย ในปี 2557 จากการศึกษาร่องและการวิเคราะห์ถึงสาเหตุการเกิดภาวะชัก การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ อาจเกิดจากหน่วยงานยังไม่มีแนวทางในการประเมินที่เป็นลายลักษณ์อักษร จึงทำให้การปฏิบัติไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การประเมินความเสี่ยงที่ล่าช้า เจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักรู้ในการประเมินทั้งมาตรฐานของสิ่งที่ต้องประเมิน ระยะเวลาในการประเมินและความถี่ในการประเมิน ส่งผลให้การประเมินไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการมีแนวทาง รูปแบบการประเมินที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรจะช่วยให้พยาบาลที่ดูแลมีแนวทางการทำงานที่เป็นมาตรฐาน พยาบาลมีความมั่นใจ ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัยทั้งแก่มารดาและทารก จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมผู้ดูแลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดและหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่ห้องคลอด จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและข้อมูลทั่วไปของทีมผู้ดูแลแบบสอบถามความเป็นไปได้ต่อการใช้นโยบายทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และแบบประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นจากผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดระหว่างวันที่ 23 มีนาคม 2559 – 31 พฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทีมผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างทีมผู้ดูแลทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุสูงสุด 53 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี อายุเฉลี่ย 39 ปี มีระดับการศึกษาเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 93.7 อยู่ในระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม สูงสุดจำนวน 32 ปี ต่ำสุด จำนวน 2 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม เฉลี่ย 17 ปี

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง

จำนวน 32 คน โดยเป็นชนิด mild pre-eclampsia จำนวน 20 คน และชนิด severe pre-eclampsia จำนวน 12 คน ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2559 – พฤษภาคม 2559 กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 40 ปี อายุเฉลี่ย 27.5 ปี ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 รองลงมาคือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 รองลงมาคือ ค้าขาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.7 ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 84.37

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาในงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม อย่างต่อเนื่อง ตลอด 24 ชั่วโมง ประกอบไปด้วย 7 แนวทางการประเมิน ได้แก่ แนวทางประเมินภาวะความดันโลหิต แนวทางการประเมินโปรตีนในปัสสาวะ แนวทางการประเมินระบบประสาท แนวทางการประเมินการทำงานของไต แนวทางการประเมินภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) แนวทางการประเมินอาการบวม และแนวทางการประเมินเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์

กลุ่มตัวอย่างทีมผู้ดูแลโดยภาพรวมทั้งหมดมีความเห็นด้วยในแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 100 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างทีมผู้ดูแลทั้งหมดมีความเห็นด้วยในแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทุกข้อเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของความเป็นไปได้ต่อการใช้นโยบายทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ความเป็นไปได้ต่อการใช้นโยบายทางคลินิก ในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	ร้อยละ	ร้อยละ
1. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	100	0
2. ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	100	0
3. ท่านตั้งใจมุ่งมั่นที่จะใช้นโยบายทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทุกครั้งเมื่อมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ในความดูแลของท่าน	100	0
4. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สามารถปฏิบัติได้ง่าย โดยไม่มีความยุ่งยาก	100	0
5. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในแต่ละหัวข้อมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ช่วยให้คุณสามารถประเมินได้ทุกขั้นตอน	100	0
6. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ช่วยให้ท่านสามารถค้นหาและจำแนกความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง	100	0
7. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ช่วยให้ท่านสามารถประเมินอาการนำก่อนเกิดภาวะชักได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที	100	0
8. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ช่วยให้ท่านปฏิบัติตามมาตรฐานและครบถ้วนถูกต้อง	100	0
9. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ช่วยให้ท่านสามารถบันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลได้อย่างครบถ้วนเป็นระบบ	100	0
10. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และทารกได้	100	0

นอกจากนี้ทีมผู้ดูแลที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ยังมีข้อคิดเห็นในการเสนอแนะเพิ่มเติมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นแนวทางการประเมินที่เหมาะสม ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย
2. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงครอบคลุมกิจกรรมการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่จำเป็น
3. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางการทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
4. ควรมีการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดเกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆ

การอภิปรายและสรุปผลการศึกษา

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย 7 แนวทางการประเมิน ได้แก่ แนวทางประเมินภาวะความดันโลหิต แนวทางการประเมินโปรตีนในปัสสาวะ แนวทางการประเมินระบบประสาท แนวทางการประเมินการทำงานของไต แนวทางการประเมินภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) แนวทางการประเมินอาการบวม และแนวทางการประเมินเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ โดยกำหนดความถี่ในการประเมินเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และเป็นการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตามมาตรฐานการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ของชำนาญ แทนประเสริฐกุล กล่าวว่าการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงจะต้องมีการประเมินเพื่อค้นหา และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น โดยสังเกตและติดตามจากอาการ อาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี อ่วมแดง ศึกษาพัฒนาแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

แทรกซ้อน ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 6 แนวทางการประเมิน 30 กิจกรรมการประเมิน ดังนี้ 1. การประเมินภาวะความดันโลหิต 2. การประเมินอาการบวม 3. การประเมินระบบประสาท 4. การประเมินโปรตีนในปัสสาวะ 5. การประเมินการทำงานของไต และ 6. การประเมินเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพของทารกในครรภ์⁸

ความเป็นไปได้ต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทีมผู้ดูแลทั้งหมดมีความเห็นด้วยในแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 100 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างทีมผู้ดูแลมีความเห็นด้วยในแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทุกข้อเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม สำเร็จเนื่องจากพยาบาลผู้ปฏิบัติในหน่วยงานได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกันระดมสมองหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันพัฒนาแนวทางการประเมินฯ และสร้างข้อตกลงร่วมกันในการนำสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการประเมินผลหลังการนำร่องใช้นโยบายการประเมินฯ เพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน นอกจากนั้นผู้ศึกษาได้มีการประชุมผู้ร่วมงานเพื่อพิจารณาทบทวนแนวทางที่ปฏิบัติอยู่ ร่วมกันทำประชาพิจารณ์แนวทาง และกำหนดข้อตกลงในการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางที่เกิดจากความเห็นร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานจึงทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลพบว่าร้อยละ 100 เห็นว่าตนเองได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการประเมินฯ นอกจากนี้ พยาบาลยังมีความพึงพอใจและมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแนวทางการประเมินฯ เนื่องจาก

มีความคิดเห็นว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสม เป็นประโยชน์ใช้ได้
ง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถช่วยให้พยาบาลประเมินคัดกรองหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งแต่เดิมในหน่วยงาน
ไม่มีแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อมีแนวทางที่
ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร จึงทำให้การประเมินมี
ความครอบคลุมเป็นลำดับขั้นตอน มีข้อมูลในการส่งต่อการ
ดูแลได้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลมี
ความมั่นใจในการทำงาน จึงเห็นด้วยกับการใช้แนวทางการ
ประเมินฯ ดังแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ที่กล่าวว่า การ
มีส่วนร่วมของผู้บริหารผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ
ที่เกี่ยวข้องในการค้นหาปัญหาการทำงาน เพื่อนำมาพัฒนา
ระบบการทำงานหรือวิธีการทำงาน โดยมุ่งเป้าหมายการ
ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังผู้มารับบริการ จะ
ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ทำให้
บุคลากรมีเป้าหมายร่วมกันในการทำงาน และเต็มใจในการ
ปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นร่วมกัน⁹ และสอดคล้องกับ
แนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ อคิน รพีพัฒน์ ที่กล่าวว่า
การมีส่วนร่วมของคนในองค์กรในการวิเคราะห์สถานการณ์
ปัญหาที่เกิดขึ้น และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์
ในแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกัน จะทำให้คนในองค์กรเกิดการ
เรียนรู้ และตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไข
ปัญหาที่เป็นข้อตกลงร่วมกัน นอกจากนี้ในกระบวนการ
พัฒนาผู้ศึกษาายังได้นำเสนอแนวทางที่พัฒนาขึ้นให้ผู้บริหาร
หน่วยงาน เป็นผู้ประกาศใช้ ซึ่งทำให้การปฏิบัติตามแนวทาง
ที่ร่วมกันพัฒนา ถือเป็นปฏิบัติเชิงนโยบาย ที่ช่วย
สนับสนุนให้พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางได้ในทิศทาง
เดียวกันอีกด้วย ยิ่งไปกว่านั้นในหน่วยงานยังได้มีการจัดอบรม
สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในการประเมิน เช่น
การพัฒนาทักษะการประเมินอาการบวม และประเมินระบบ
ประสาท จึงทำให้พยาบาลมีทักษะและความมั่นใจในการ
ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินฯ¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษา
ของ จารุณี อ่วมแดง ศึกษาพัฒนาแนวทางการประเมินความ
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า
พยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 สามารถปฏิบัติตามแนวทางการ
ประเมินได้ครบทุกกิจกรรมการประเมิน ผลการศึกษา

ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวทางการประเมิน
พบว่า พยาบาลทุกคนเห็นด้วยว่าแนวทางการประเมิน
เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ และมีความพึงพอใจต่อการใช้
แนวทางการประเมิน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภิสรา
วรโคตร ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่
มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของงานอนามัยแม่
และเด็ก อำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร โดยใช้กระบวนการ
พัฒนาที่มีส่วนร่วมของทีมพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก
ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่มาจาก
ข้อตกลงร่วมกันของทีมพัฒนา ทำให้พยาบาลรู้สึกเป็นเจ้าของ
ผลงาน และพยาบาลสามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้ ตั้งแต่
ร้อยละ 77.7 ถึงร้อยละ 100.11 และสอดคล้องกับการศึกษา
ของ ภณติรา ชาลีรักษ์ ที่ศึกษาการพัฒนาคู่มือการปฏิบัติ
ตัวและแนวทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าใน
ระยะเจ็บครรภ์คลอด โดยพยาบาลแผนกฝากครรภ์และ
ห้องคลอดร่วมกันพัฒนาคู่มือการปฏิบัติตัวและแนวทาง
การพยาบาล เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าในระยะเจ็บครรภ์
คลอด ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนา ผลการศึกษา
พบว่าพยาบาลร้อยละ 100 สามารถปฏิบัติตามแนวทางการ
ดูแลในระยะฝากครรภ์และร้อยละ 80 สามารถปฏิบัติตาม
แนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าในระยะเจ็บครรภ์
คลอด 12 ดังนั้นการมีแนวทางการประเมินที่เป็นลายลักษณ์
อักษร ทำให้ผู้ปฏิบัติมีเครื่องมือการทำงานที่ช่วยให้พยาบาล
สามารถปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และยังได้มีการ
พัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถ
ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมั่นใจจึงส่งผลให้พยาบาลที่ปฏิบัติ
ตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกใน
การประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ห้อง
คลอด โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ในหญิงตั้ง
ครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ห้องคลอด
จำนวน 32 คน พบว่า ทีมผู้ดูแลทั้งหมดมีความเห็นด้วยใน
แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ
ความดันโลหิตสูง และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ทีมผู้ดูแล
ทั้งหมดมีความเห็นด้วยในแนวปฏิบัติทางคลินิก

ในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทุกข้อ เช่นกัน จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม สามารถใช้เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จึงควรมีการฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์และควรมีฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมในการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการเฝ้าระวังอาการของภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงควรมีแนวทางในการเฝ้าระวัง รวมทั้งจัดตั้งคลินิกครรภ์เสี่ยงเพื่อให้บริการการฝากครรภ์ได้เฉพาะเจาะจง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา

2. พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลและความรู้แก่ทั้งหญิงตั้งครรภ์และญาติในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์อย่างถูกต้อง ครอบคลุม รวมทั้งการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข

3. ควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เสนอต่อผู้บริหารเพื่อพิจารณาสนับสนุนให้มีการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำอย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการศึกษาทบทวนความรู้เชิงประจักษ์ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเพื่อนำสู่การปรับปรุงการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตลอดจนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมทันสมัยกับเหตุการณ์และบริบทของหน่วยงาน อันจะช่วยให้อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐาน

5. ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลและการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร

6. ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลเมื่อมีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จากเครือข่ายระบบ

ปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลนครพนมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร. สมหมาย คชนาม อาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำปรึกษาที่มีประโยชน์ ให้ความรู้ ความเข้าใจ ชี้แนะแนวทาง สอนความเป็นนักวิชาการ และนักวิจัยซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งและขอระลึกในพระคุณของอาจารย์ไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม บุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้ความร่วมมือ ให้ความสะดวกในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญยิ่งขอขอบคุณที่เสียสละเวลาในการทำงานเพิ่มขึ้นระหว่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายนี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ดวงสิทธิ์ วัฒนภานรา, และชาญชัย วันทนาศิริ. (2553). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy Hypertension). ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, ฐิติมาสุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรวิ (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์ฉุกเฉิน (EMERGENCY OBSTETRICS). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
2. Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Loveno, K.J., Bloom, S.L., Hault, J.C., Rouse, D.J., & Spong, C.Y. (2010). Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill.

3. ฐิติพร อิงคदारวงศ์. (2546). การพยาบาลภาวะเสี่ยงสูง และวิกฤตในระยะคลอด. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
4. Corbett, R.B. (2006). Pregnancy at risk: Gestation Conditions. In Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Alden, K.R., Cashion, K. & Robin, W.C. (Eds.). Maternity nursing. St. Louis: Mosby Elsevier.
5. เทียมศร ทองสวัสดิ์. (2548). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. Green, C.J. (2012). Maternal Newborn nursing care plans. 2nd ed. U.S.A: Jones & Bartlett Learning, LLC.
7. ชำนาญ แทนประเสริฐกุล. (2554). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ในคมสันดี สุวรรณฤกษ์และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า (บรรณาธิการ). [ม.ป.ป.]. ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี สมุทรสาคร.
8. จารุณี อ่วมแดง. (2556) การพัฒนาแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. (2544). เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
10. อคิน รพีพัฒน์. (2547). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข.
11. ศุภิสรา วรโครต. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
12. กัญทิรา ซาลีรักษ์. (2554). การพัฒนาคู่มือและแนวทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าในระยะเจ็บครรภ์คลอด. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

การศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในประชาชน จังหวัดนครพนม

แสงอุษา ทศคร*, มารตี วิทยาดารงชัย*, พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์**

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดนครพนม การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในประชาชน จังหวัดนครพนมที่คุณสมบัติตามที่ได้กำหนด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 500 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .78 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2557

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์ทีละปัจจัย (univariate analysis) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม OR = 101.165, 95% CI of OR = 45.410-225.373, $p = 0.000$, ปัจจัยทางโรคความดันโลหิตสูง OR = 2.198, 95% CI of OR = 1.084-4.457, $p = 0.026$ และปัจจัยทางโรคนี้่วไต OR = 4.267, 95% CI of OR = 1.927-9.480, $p = 0.000$ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก (multiple logistic regression analysis) จากการศึกษาพบว่า พันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 101.165, 95% CI of OR = 45.410-225.373, $p = 0.000$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในประชาชนจังหวัดนครพนม ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรระมัดระวังในปัจจัยดังกล่าว โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิต รวมถึงการป้องกันการเกิดนี้่วไตเพื่อชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัย, โรคไตเรื้อรัง

The Study of Risk Factors toward the Occurrence of Chronic Kidney Disease Among the People Living in NakhonPhanom Province

Sangusa tussakorn*, Maradee wittayadumrongchai*, Pisit seereethammapituk**

* Public Health Technical, Officer, Senior Professional level

** Registered Nurse, Professional level

ABSTRACT

This descriptive research aimed to explore the factors related to the occurrence of chronic kidney disease in Nakhon Phanom. The sampling group consisted of the people with designated qualifications who attended the study voluntarily. Data collected were composed of 2 parts: a questionnaire on general information and another questionnaire on the risk factors based on the occurrence of chronic kidney disease. The reliability of the questionnaires was done through Formula-KR-20 at .78. Data were collected during August-September, 2013.

According to the analysis on the risk factors of chronic kidney disease, it was found that the risk factors that affected the occurrence of chronic kidney disease included: Factor on genetics OR-101: 165. 95% CI of OR -45.4100225.343, P=0.000; hypertension OR-2. 198, CI of OR 1.927-9.480, p=0.000 related at the 0.05 level of significance. In case of the multiple logistic regression analysis, it was determined that genetics was the risk factor affecting chronic kidney disease among the samples at the 0.05 level of significance. (OR-191.165, 95%CI of OR 45.410-225.373, p=0.000)

This study indicated that the factors affected chronic kidney disease among the people living in Nakhonphanom. Thus, the medical and public health personnel should pay attention to these factors with an emphasis on the change of behaviors among those at risk on genetics, the control of level on blood pressure including the protection of the occurrence of kidney stone in order to slow down chronic kidney disease.

Keywords : Factor, Chronic Kidney Disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย อุบัติการณ์พบสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลก¹ อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-7.6 ต่อปี สถิติการสำรวจโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ.2547 พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย 62.5 รายต่อประชากร 1 ล้านรายต่อปี และความชุกเท่ากับ 175.2 รายต่อประชากร 1 ล้านรายต่อปี แต่อัตรากำลังน่าจะจะเป็นเพียงร้อยละ 25 ของผู้ที่ควรได้รับบริการ ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าอุบัติการณ์จริงน่าจะเพิ่มเป็น 300 รายต่อประชากร 1 ล้านรายต่อปี² ทำให้ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น³ โดยประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาปีละ 300,000 บาท และมีการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังมากถึง 2,000 รายต่อปี⁴ ผู้ป่วยบางรายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังไปตลอดชีวิต จากสภาพปัญหาข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาโรคไตติดต่อเรื้อรังที่ควรให้ความสำคัญ

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของไต ทำให้เกิดการคั่งของของเสีย และสูญเสียสมดุลของเกลือแร่ น้ำ กรดและด่าง รวมทั้งความผิดปกติจากการขาดฮอร์โมนที่สร้างโดยไต การเสื่อมของไตจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่ถ้ามีปัจจัยส่งเสริมจะทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ได้เร็วขึ้น⁵ เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หน้าที่การงาน ครอบครัว และเศรษฐกิจ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะยูรีเมีย ความดันโลหิตสูง ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซีด ความไม่สมดุลของเกลือแร่ ภาวะสารน้ำเกิน ภาวะเลือดเป็นกรด ปัญหาของระบบประสาท ผลกระทบต่อผิวหนัง และปัญหาทางด้านจิตสังคม โดยผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การปลูกถ่ายไตทดแทน (RT)⁶ จังหวัดนครพนม เป็นจังหวัดชายแดน ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง ตามแนวเขาวงกตแม่น้ำโขง 12 อำเภอ 97 ตำบล 1,123 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 704,730 คน อาชีพส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรม กรรมกร และค้าขาย มีประเพณีตามฮีต 12 คอง 14 พบโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพลำดับที่

3 รองจากปัญหาโรคมาลาเรียเรื้อรัง/มาลาเรียพาราไซตี และปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยที่มาใช้บริการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งสิ้น ในปี พ.ศ. 2554-2556 จำนวน 1,550 ราย, 4,438 ราย และ 8,504 ราย ตามลำดับ ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 304 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.62, การรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องจำนวน 146 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.71, การรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด จำนวน 155 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.82 ส่วนการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.03

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่าสาเหตุและปัจจัยมาเสี่ยงด้านโรค/การเจ็บป่วย คือ น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 37.10 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.00 และโรคเบาหวานร้อยละ 7.70 ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม คือ การรับประทานอาหารรสเค็มจัด คิดเป็นร้อยละ 62.60 รองลงมาคือ การรับประทานอาหารโปรตีนสูงร้อยละ 54.10 และรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 52.10 ตามลำดับ NSAIDs⁷ ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ⁸ การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 30 กรัมต่อวัน⁹ การสูบบุหรี่¹⁰ นีว¹¹ สอดคล้องกับการศึกษานำร่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดนครพนม โดยการใช้คำถามปลายเปิด จำนวน 10 ราย พบว่า ปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังมาจาก โรคเบาหวานจำนวน 7 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 คน โรคนี้วจำนวน 4 คน และสาเหตุจากพันธุกรรม จำนวน 5 คน เป็นต้น ผู้ป่วยโดยส่วนมากไม่ทราบว่ามีปัจจัยเสี่ยงใดบ้างที่จะทำให้เกิดโรคได้ และไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่อย่างไร จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มีการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังตามที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาที่สามารถอธิบายถึงปัจจัย ปัจจัยทำนาย และสาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ แต่การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาสรุปในภาพรวมของประเทศ และของโลก รวมถึงการศึกษาส่วนใหญ่เป็นลักษณะการศึกษาหาความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนาย เป็นการศึกษาในเชิงพฤติกรรมทั่วไปเท่านั้น

ซึ่งไม่สามารถนำมาอธิบายที่เฉพาะเจาะจง หรือสรุปในภาพรวมในแง่บริบทของประชาชนจังหวัดนครพนมในเชิงระบาดวิทยาได้

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเชื่อว่าการที่ประชาชนมีความเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของตนที่จะส่งผลก่อให้เกิดโรคไตเรื้อรังอย่างถ่องแท้ จะช่วยให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และเหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคไตเรื้อรัง หรือชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตให้ช้าลง คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของประชาชนในจังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาแบบ Population-based Survey Study เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ของประชาชนในจังหวัดนครพนม โดยศึกษาในประชาชน จำนวน 11 อำเภอ จังหวัดนครพนม ที่มีคุณสมบัติและลักษณะตามที่กำหนดไว้ มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษา จำนวน 500 ราย ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม Case โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2557 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร KR-20 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง 2 แบบ คือ วิเคราะห์ทีละปัจจัย (univariate analysis) และวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงพร้อมกัน (multiple logistic regression analysis) ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติโดย Odds ratio และหาความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% Confidence Interval โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อค่า $P < 0.05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 88 เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 69.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.4 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,500-4,000 บาท ร้อยละ 40.2 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 93.8

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดนครพนม

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 500 คน เป็นโรคไตเรื้อรัง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 14 ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง จำนวน 430 คน คิดเป็นร้อยละ 86 จากการวิเคราะห์ทางสถิติแบบทีละปัจจัย (univariate analysis) นำเสนอเป็นรายด้านดังนี้ (ดังแสดงในตารางที่ 1)

1. ด้านปัจจัยเสี่ยงทางประชากร

1.1 ปัจจัยทางเพศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 1.532, 95% CI of OR = 0.633-3.708, $p = 0.341$)

1.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 101.165, 95% CI of OR = 45.410-225.373, $p = 0.000$)

1.3 ปัจจัยทางน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 2.167, 95% CI of OR = 0.255-18.439, $p = 0.470$)

2. ปัจจัยเสี่ยงทางด้านภาวะสุขภาพ

2.1 ปัจจัยทางโรคเบาหวาน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 1.026, 95% CI of OR = 0.442-2.385, $p = 0.952$)

2.2 ปัจจัยทางโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 2.198, 95% CI of OR = 1.084-4.457, $p = 0.026$)

2.3 ปัจจัยทางโรคภูมิแพ้ตนเอง (SLE) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 0.874, 95% CI of OR = 0.194-3.931, p = 0.860)

2.4 ปัจจัยทางโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 2.362, 95% CI of OR = 0.611-9.127, p = 0.200)

2.5 ปัจจัยทางโรคนิ้วไต พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 4.267, 95% CI of OR = 1.927-9.480, p = 0.000)

2.6 ปัจจัยทางโรคเกาต์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 0.918, 95% CI of OR = 0.265-3.174, p = 0.892)

2.7 ปัจจัยทางการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 1.256, 95% CI of OR = 0.562-2.814, p = 0.575)

2.8 ปัจจัยทางต่อมลูกหมากโต ปัสสาวะ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 2.063, 95% CI of OR = 0.212-20.115, p = 0.524)

2.9 ปัจจัยทางภาวะอ้วน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 1.337, 95%

CI of OR = 0.806-2.219, p = 0.260)

3. ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ

3.1 ปัจจัยการใช้ยาแก้ปวด (NSAID) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 0.906, 95% CI of OR = 0.483-1.699, p = 0.758)

3.2 ปัจจัยทางการสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 0.532, 95% CI of OR = 0.185-1.529, p = 0.234)

3.3 ปัจจัยทางการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 0.685, 95% CI of OR = 0.300-1.567, p = 0.368)

3.4 ปัจจัยทางการใช้ยาต้ม ยาหม้อ ยาชุด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 0.979, 95% CI of OR = 0.501-1.913, p = 0.951)

3.5 ปัจจัยทางการรับประทานอาหารเค็ม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 1.114, 95% CI of OR = 0.660-1.882, p = 0.685)

3.6 ปัจจัยทางยาสมุนไพร พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR = 1.174, 95% CI of OR = 0.675-2.043, p = 0.770)

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของประชาชน จังหวัดนครพนม โดยการวิเคราะห์ที่ละปัจจัย

ปัจจัย	เป็นโรคไตเรื้อรัง (70) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (430) จำนวน (ร้อยละ)	OR	95% CI of OR	P-value
ปัจจัยทางด้านประชากร					
1. เพศ					
ชาย	6(1.2)	54(10.8)	1.532	0.633-3.708	0.341
หญิง	64(12.8)	376(75.2)			
2. พันธุกรรม					
มี	61(12.2)	27(5.4)	101.165	45.410-225.373	0.000*
ไม่มี	9(1.8)	9(1.8)			

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของประชาชน จังหวัดนครพนม โดยการวิเคราะห์ที่ละปัจจัย

ปัจจัย	เป็นโรคไตเรื้อรัง (70) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (430) จำนวน (ร้อยละ)	OR	95% CI of OR	P-value
3. Low Birth Weight (n = 84 คน)					
มี	13(15.5)	60(71.4)	2.167	0.255-18.439	0.470
ไม่มี	1(1.2)	10(11.9)			
ปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพ					
4. โรคเบาหวาน					
มี	7(1.4)	47(9.4)	1.026	0.442-2.385	0.952
ไม่มี	63(12.6)	388(77.6)			
5. โรคความดันโลหิตสูง					
มี	12(2.4)	37(7.4)	2.198	1.084-4.457	0.026*
ไม่มี	58(11.6)	393(78.6)			
6. โรคภูมิแพ้ตนเอง (SLE)					
มี	2(0.4)	14(2.8)	0.874	0.194-3.931	0.860
ไม่มี	68(13.6)	416(83.2)			
7. โรคหัวใจและหลอดเลือด					
มี	3(0.6)	8(1.6)	2.362	0.611-9.127	0.200
ไม่มี	67(13.4)	422(84.4)			
8. โรคนิ่วไต					
มี	11(2.2)	18(3.6)	4.267	1.927-9.480	0.000*
ไม่มี	59(11.8)	412(82.4)			
9. โรคเกาต์					
มี	3(0.6)	20(4)	0.918	0.265-3.174	0.892
ไม่มี	67(13.4)	410(82)			
10. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ					
มี	8(1.6)	40(8)	1.256	0.562-2.814	0.575
ไม่มี	62(12.4)	390(78)			

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของประชาชน จังหวัดนครพนม โดยการวิเคราะห์ที่ละปัจจัย

ปัจจัย	เป็นโรคไตเรื้อรัง (70) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (430) จำนวน (ร้อยละ)	OR	95% CI of OR	P-value
11. ต่อมลูกหมากโต					
มี	1(0.2)	3(0.6)	2.063	0.212-20.115	0.524
ไม่มี	69(13.8)	427(85.4)			
12. ภาวะอ้วน					
มี	34(6.8)	178(35.6)	1.337	0.806-2.219	0.260
ไม่มี	36(7.2)	252(50.4)			
13. การใช้ยาแก้ปวด (NSAID)					
มี	14(2.8)	93(18.6)	0.906	0.483-1.699	0.758
ไม่มี	56(11.2)	337(67.4)			
14. สูบบุหรี่					
มี	4(0.8)	44(8.8)	0.532	0.185-1.529	0.234
ไม่มี	66(13.2)	386(77.2)			
15. ดื่มแอลกอฮอล์					
มี	7(1.4)	60(12)	0.685	0.300-1.567	0.368
ไม่มี	63(12.6)	370(74)			
16. ยาต้ม ยาหม้อ ยาชุด					
มี	12(2.4)	75(15)	0.979	0.501-1.913	0.951
ไม่มี	58(11.6)	355(71)			
17. อาหารเค็ม					
มี	26(5.2)	149(29.8)	1.114	0.660-1.882	0.685
ไม่มี	44(8.8)	281(56.2)			
18. ยาสมุนไพร					
มี	21(4.2)	114(22.8)	1.174	0.675-2.043	0.770
ไม่มี	49(9.8)	315(63)			

* p<0.05

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบหลายกลุ่ม (multiple logistic regression analysis) พบว่า พันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของประชาชน จังหวัดนครพนมโดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก

ปัจจัย	OR	95% CI of OR	P-value
ปัจจัยทางด้านประชากร			
1. เพศ	171.478	0.633-3.708	0.344
2. พันธุกรรม	144.943	56.542-380.778	0.000*
3. Low Birth Weight (n = 84 คน)	345.087	0.255-18.439	0.413
ปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพ			
4. โรคเบาหวาน	143.533	0.337-7.739	0.548
5. โรคความดันโลหิตสูง	145.235	0.687-10.610	0.155
6. โรคภูมิแพ้ตนเอง (SLE)	143.283	0.153-13.876	0.744
7. โรคหัวใจและหลอดเลือด	143.351	0.066-5.835	0.675
8. โรคนิ้วไต	145.116	0.651-12.149	0.166
9. โรคเกาต์	143.517	0.075-4.121	0.566
10. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	143.189	0.255-4.494	0.925
11. ต่อมลูกหมากโต	143.455	0.100-54.985	0.595
12. ภาวะอ้วน	143.181	0.452-2.264	0.978
13. การใช้ยาแก้ปวด (NSAID)	144.122	0.585-4.887	0.333
14. สูบบุหรี่	145.515	0.055-1.492	0.137
15. ดื่มแอลกอฮอล์	145.230	0.115-1.430	0.160
16. ยาต้ม ยาหม้อ ยาชุด	144.541	0.128-1.695	0.247
17. อาหารเค็ม	143.313	0.471-2.995	0.716
18. ยาสมุนไพร	145.664	0.814-6.286	0.118

*P<0.05

การอภิปรายผลและสรุปผลการศึกษา

การศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไตเรื้อรังในประชาชน จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัย รายละเอียดสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของประชาชน จังหวัดนครพนม โดยการวิเคราะห์ที่ละปัจจัยพบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยทางโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 101.165, 95% CI of OR = 45.410-225.373, $p = 0.000$ (OR = 2.198, 95% CI of OR = 1.084-4.457, $p = 0.026$; OR = 4.267, 95% CI of OR = 1.927-9.480, $p = 0.000$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชากรมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคไตเรื้อรังค่อนข้างสูงจากปัจจัยด้านพันธุกรรม หรือปัจจัยอื่นๆ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรังตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจโต สอดคล้องกับการศึกษาของ Chittinanana et al. ที่มีการศึกษาในพนักงานนักบินสายการบินไทย จำนวน 15,612 คน โดยอาศัยอาการ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 9.1 มีสาเหตุจากโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โคเลสเตอรอลในเลือดสูง พบโปรตีนในปัสสาวะ ร้อยละ 8.2 , 45.8 , 28.2 และ 1.8 ตามลำดับ¹² ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ที่มีประวัติทางพันธุกรรมป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการมี progression ของโรคไตเพิ่มขึ้น ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นตัวเร่งสำคัญที่ทำให้การทำงานของไตเสื่อมลงไปเรื่อยๆ กล่าวคือ ความดันโลหิตสูงจะเพิ่มแรงดันเข้าไปในกลุ่มหลอดเลือดฝอยในเนื้อไตซึ่งทำหน้าที่สำคัญในการกรองให้เกิดน้ำปัสสาวะ ทำให้เยื่อในกลุ่มหลอดเลือดฝอยได้รับอันตรายอีกทั้งแรงดันเลือดที่สูงจะส่งเสริมให้มีการรั่วของโปรตีนออกมาในปัสสาวะมากขึ้น ซึ่งมีผลเสียให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบในเนื้อไต และเกิดเป็นเนื้อเยื่อพังผืดในที่สุดการทำงานของไตจึงเสื่อมลงเรื่อยๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fox et al. ที่ศึกษาระดับความดันโลหิตสูง มีส่วนทำให้เกิด CKD จากการศึกษาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง 2,585 ราย และติดตามใน 18.5 ปี ที่อัตรา 1.57 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่

มีระดับความดันโลหิตปกติมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0510 นอกจากนี้ยังพบว่า นิ้วจะทำให้เกิดผลกระทบคือ ความเสียหายของเนื้อไต การอุดตัน การติดเชื้อจนก่อให้เกิดไตทำงานผิดปกติเรื้อรัง การมีนิ้วจะมีผลทำให้ไตทำงานลดลงจนเป็นเหตุให้เกิดไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ความรุนแรงขึ้นอยู่กับ ขนาด ชนิด และสถานที่อยู่ของนิ้ว¹¹

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของประชาชน จังหวัดนครพนม โดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก พบว่า พันธุกรรมเป็นเพียงปัจจัยเสี่ยงเดียวที่มีผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 101.165, 95% CI of OR = 45.410-225.373, $p = 0.000$) ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่า การเสื่อมของไตจะถูกกำหนดโดยรหัสทางพันธุกรรม ดังนั้นผู้ที่มีประวัติทางพันธุกรรมป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการมี progression ของโรคไตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรังตามมา¹³

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในประชาชนจังหวัดนครพนม คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยทางโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรระมัดระวังในปัจจัยดังกล่าว โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิต รวมถึงการป้องกันการเกิดหัวใจโตเพื่อชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพในการวางแผนการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังที่ตรง ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพแก่ประชาชนในเขตจังหวัดนครพนมต่อไป
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยการเกิดโรคในกลุ่มโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เสียสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่ง ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม และคำปรึกษาที่มีประโยชน์ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ณ ที่นี้ด้วย ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม ที่สนับสนุนในระหว่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ท้ายนี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. อำนาจ ชัยประเสริฐ. (2551). การศึกษาความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 14(2), 16-19.
2. ประนาท เขียววานิช. (2551). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะ Microalbuminuria ในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 14(2), 53-57.
3. Richard, C.L. (2006). Self-care management in adult undergoing hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 33(4), 387-392.
4. คัทลียา อุดติ, & ณัฐนิช จันทจิระโกวิท. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(3), 171-177.
5. Curtin, R. B., Sitter, D.C.B., Scatell, D., & Chewing, B.A. (2004). Self-management, Knowledge, and Functioning and Well-Being of Patient on Hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 31(4), 378-396.
6. สุธิตรา ลี้อำนวยลาภ, & ชวนพิศ ทำนอง. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. Kopple, J. D. & Massry, S. G. (2005). National Management of Renal Disease. (2nd ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
8. Wichowski, H.C. & Sylvia, M. (1997). The relationship of self-perception of illness and compliance with health care regimens. Journal of Advanced Nursing, 25, 548-553.
9. Willium, E. M. (2005). Dietary therapy in CKD patient—the current status. American Journal of Nephrology, 25(1), 7-8.
10. Franz, M. J. (2000). Medical nutrition therapy for diabetes mellitus and hypoglycemia of nondiabetic organ. In Mahan, L. K. & Escott-Stump, S. (Eds.). Krause's food, nutrition, & diet therapy. 10th ed. United States of America: W.B.Saunders.
11. Swearingen, P. & Keen, J. H. (2001). Manual of Critical Nursing: Nursing Internations and Collaborative Management. St Louis: Mosby.
12. Costantini, L. (2006). Compliance, adherence and self-care management : Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients. The CANNT Journal, 16(4), 22-26.
13. ชลธิป พงศ์สกุล. (2546). โรคไตเรื้อรังและการใช้ยา. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน, 2(3), 105-115.

ผลของการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

ทัศนภรณ์ บำรุงโชค

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ชนิดแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน หลังการทดลอง (One group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนครพนม อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 – พฤษภาคม 2559 จำนวน 34 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วย 18 คน ผู้ดูแล 18 คน วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window สถิติที่ใช้ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบที (Paired simples t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่า ระดับคะแนนความรู้ก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.50$) และมีระดับคะแนนหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 18.44$) เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของผู้ดูแล พบว่า มีระดับคะแนนก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 14.50 และหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 18.44 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เปรียบเทียบทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่า มีระดับความสามารถก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 1.92 และหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 2.32 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ภาพรวมผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75$ S.D. = 0.19)

4. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการเยี่ยมครั้งที่ 1 เท่ากับ 5.22, ครั้งที่ 2 เท่ากับ 8.11, ครั้งที่ 3 เท่ากับ 10.67 และครั้งที่ 4 เท่ากับ 13.28 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อน และหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละครั้งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า, การหกล้ม และเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยประเมินความต้องการการดูแลที่จำเพาะ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดี มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้สูงขึ้น ลดภาวะพึ่งพิง ลดภาระของครอบครัว และลดการพึ่งพิงทางการสาธารณสุขด้วยเช่นกัน

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ โรคหลอดเลือดสมอง

Results of Home Visit by Multidisciplinary team on the Rehabilitation of Stroke Patients in Nakhon Phanom Municipality Area, Nakhon Phanom

Thassanaporn Bamrungchoke

Registered Nurse, Professional Level Nakhon Phanom Hospital

Abstract

This one group pretest-posttest experimental research aimed to study results of home visit by multidisciplinary team on the rehabilitation of stroke patients. The sample was 18 caregivers and 18 stroke patients admitted and discharged from Nakhon Phanom Hospital living in Nakhon Phanom Municipality area during February 2016-May 2016. Percentage, mean, standard deviation and paired sample t-test were used to analyze the obtained data by using a statistical analysis software.

The results were as follows:

1. Considering the knowledge of the caregivers on stroke, before the visit of the multidisciplinary team, the average score of the group was at medium level ($\bar{X}=14.50$) whereas the score was improved ($\bar{X}=18.44$) or good level after the visit. The mean of pre-test score and post-test score was statistical different significantly.

2. Comparing the skill of the caregivers on the rehabilitation of stroke patients, it was found that the score of their skill before the visit was 1.92 whereas the score of skill after the visit was 2.32. The mean of pre-test score and post-test score was statistical different significantly.

3. Considering, the ability of the stroke patients on self-rehabilitation using physical therapy after the visit, it was found that the patients possessed the ability at medium level ($\bar{X}=1.75$, S.D. =0.19)

4. From the results of rehabilitation, the patients visiting by the multidisciplinary team continuously can help themselves with their daily routine better. Comparing the ability of the patients on their daily routine, the results were 5.22 for the 1st visit, 8.11 for the 2nd visit, 10.67 for the 3rd visit and 13.28 for the 4th visit. It was found that the ability scores of the patients on their self-help daily routine, comparing before and after the visits, the mean of pre-test score and post-test score was statistical different significantly.

The results indicated that preparation by assessing the patient's specific care needs before their discharge promoted the caregivers' readiness for patient caring. In addition, effective home visit by multidisciplinary team promoted patient's better rehabilitation, self-helping. It also reduced the patient's dependence on their family and public health care.

Keywords: home visit, rehabilitation, stroke

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะทวีความรุนแรง และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศ โรคไม่ติดต่อเหล่านี้ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคจากการเกิดอุบัติเหตุ และโรคจากการทำงาน ซึ่งปัจจุบันพบว่าอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคไม่ติดต่อดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้น จากที่สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงและรับวัฒนธรรมของชาวตะวันตกเข้ามามาก การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการกินอยู่ของคนไทยที่เปลี่ยนไปจากเดิมนั้น ทำให้โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง อาจเกิดจากการตีบ อุดตันหรือแตกของหลอดเลือดแดงในสมอง จะทำให้มีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกหนึ่งซีกใด หรือที่เรียกว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตนั้นจะทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างทันทีทันใด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวนั้น เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ตลอดจนกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต้องอาศัยความอดทนของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการฝึกฝนทักษะการเคลื่อนไหวต่าง ๆ จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรินทร์ ธนานุภาพไพศาล, 2552)

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้รายงานถึงสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองปี 2548 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในแต่ละปี 5.7 ล้านคน (WHO, 2010) และคาดการณ์ว่าในปี 2558 จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 6.5 ล้านคน ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ในผู้ที่มีอายุ 15-59 ปี สำหรับประเทศไทย สถิติกระทรวงสาธารณสุขปี 2552 พบคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13,353 คน เฉลี่ยวันละ 36 คน คิดเป็นอัตราตาย 24.7 ต่อแสนประชากร

(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในเพศหญิง และอันดับ 3 ในเพศชาย (คณะทำงานศึกษาภาวะโรค, 2552)

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพสมัยใหม่สามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่หายเป็นปกติ นอกจากนั้นจะมีความพิการหลงเหลือ ร้อยละ 40 มีความพิการหลงเหลืออยู่เล็กน้อย และอีกร้อยละ 40 มีความพิการมาก ต้องมีผู้ดูแลที่บ้าน ส่วนร้อยละ 10 ยังคงต้องรับการรักษาต่อในโรงพยาบาล เพราะต้องใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต ซึ่งความพิการที่พบได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก การเคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว พูดไม่ชัด กลืนอาหารลำบาก มีความบกพร่องทางความรู้สึกรู้จักคิด สภาวะจิตใจและอารมณ์ไม่ปกติ สูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัส การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เมื่อเจ็บป่วยนาน ๆ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคั่งค้างของปัสสาวะ กล้ามเนื้อเย็บสลับทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลนครพนม พบมีผู้เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพนม ในปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2558 จำนวน 577, 598 และ 452 คน ตามลำดับ พบอัตราตาย ร้อยละ 4.33, 4.35 และ 4.32 ตามลำดับ มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.95, 6.23 และ 4.32 วัน/คน ตามลำดับ สูญเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 21,341.36, 28,918.28 และ 25,790.75 บาท/คน ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นและมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้พิการ และทุพพลภาพทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางสาธารณสุขสูงขึ้นเช่นกัน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลชุมชนซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการออกเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร โภชนากร พยาบาลจิตเวช และพยาบาลดูแลต่อเนื่อง

ร่วมกันวางแผนการเยี่ยมบ้าน และได้กำหนดบทบาทหน้าที่ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาในการทำกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน และเน้นให้ผู้ดูแลที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการรักษาส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยยึดหลักการให้บริการอย่างครอบคลุม จนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการออกเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเป้าหมายคือ ผู้ป่วยสามารถเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ลดภาวะพึ่งพิง พัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตและฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามศักยภาพของแต่ละคน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. เพื่อศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ชนิดแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน หลังการทดลอง (One group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ และระดับ

ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 – 31 พฤษภาคม 2559 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยขอข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากงานเวชระเบียน โรงพยาบาลนครพนม เพื่อศึกษารายชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม

1.2 หลังจากได้รับข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากงานเวชระเบียนและตรวจสอบความเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากสาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม ศูนย์สุขภาพชุมชนท้ายเมืองและศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองนครพนม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัย

1.3 การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนในการวิจัย การใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และผู้วิจัยทำความเข้าใจในรายละเอียดก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ภายในสัปดาห์ที่ 1 และเยี่ยมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 5 และเยี่ยมครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 9 รวมเยี่ยม 4 ครั้ง

2.3 วิเคราะห์และประเมินผลการวิจัยภายหลังการเยี่ยมทุกครั้ง และเมื่อเสร็จสิ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประชากร คือ ผู้ดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนครพนม อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 – พฤษภาคม 2559

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนครพนม อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมืองนครพนม ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 – พฤษภาคม 2559 จำนวน 34 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วย 18 คน ผู้ดูแล 18 คน โดยผู้วิจัยตั้งสมมติฐานได้ว่าเป็นผลการทดลองขนาดที่เหมาะสม มีความสำคัญในระดับปฏิบัติการที่ยอมรับได้ โดยเป็นการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งสามารถนำไปใช้คำนวณหาจำนวนตัวอย่างในกรณีการทดสอบสมมติฐานทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ยจากการทดสอบ t กรณีกลุ่มตัวอย่างเดียว (Paired simple t-test) ประเมินผลก่อน และหลังกิจกรรม (Cohen,1969 อ้างใน ระพินทร์ โพธิ์ศรี,2549) และผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ซึ่งผู้วิจัยสามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุ 40 – 70 ปีขึ้นไป และไม่มี ความบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนครพนม
3. ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน
4. มีระดับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Brathel index ADL score) ระดับน้อยถึงปานกลาง ค่าคะแนน 0 – 11
5. ผู้ดูแล ต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวและอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน อายุ 18 ปีขึ้นไป และไม่มี ความบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน และสามารถอ่านและ

เขียนภาษาไทย

6. ยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ชุด มีดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดามารดา สามีภรรยา พี่ น้องบุตร หรือญาติที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล เป็นการประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วย การประเมินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด ได้แก่ การจัดทำ การออกกำลังกาย การเคลื่อนย้ายตัว การลุกขึ้นนั่ง การฝึกนั่ง การฝึกยืน และการฝึกเดิน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (3 คะแนน) ระดับปานกลาง (2 คะแนน) ระดับไม่ดี (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การแปลผลระดับทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่บ้านจากค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สาเหตุการเกิดโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยข้างที่อ่อนแรง และภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยการประเมินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด การจัดทำ การออกกำลังด้วย การเคลื่อนย้าย การลุกขึ้นนั่ง การฝึกนั่ง การฝึกลุกขึ้นยืน การฝึกยืน และการเดิน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยวัดจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดัชนีบาร์เธลเอ็ดิแอล (The Barthel Index of Activities of Daily living) ผู้วิจัยใช้ตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กรมการแพทย์, 2554) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ค่าคะแนนเป็น 0 - 1 คะแนน ได้แก่ ข้อ 3, 5 กลุ่มที่ 2 ให้ค่าคะแนนเป็น 0 - 2 คะแนน ได้แก่ ข้อ 4, 7, 8, 9, 10 กลุ่มที่ 3 ให้ค่าคะแนนเป็น 0 - 3 คะแนน ได้แก่ ข้อ 2, 6 โดยมีค่าต่ำสุดเป็น 0 คะแนนหมายถึงผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และคะแนนสูงสุด 1, 2 และ 3 หมายถึงผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การแปลผลในภาพรวมมีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 20 คะแนน

ชุดที่ 3 แผนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลนครพนม ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ ในแต่ละวิชาชีพจะปฏิบัติหน้าที่ตามสาขาวิชาชีพของตนเอง แผนการเยี่ยมบ้านได้กำหนดหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละสาขาวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติ และแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลนครพนม นั้นได้กำหนดการเยี่ยม 4 ครั้ง คือ เยี่ยมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ครั้ง และติดตามเยี่ยมที่บ้านอีก 3 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นคือ แบบสอบถามทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน และนักกายภาพบำบัด จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบและให้คำแนะนำ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ของเครื่องมือ โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนแผนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน และนักกายภาพบำบัด จำนวน 1 ท่าน และนำผลการประเมินมาปรับปรุงใช้ และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คน นำแบบสอบถามมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าดัชนีความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล มากกว่า .80 และค่าดัชนีความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมากกว่า .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 - 31 พฤษภาคม โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกที่กำหนดขึ้น และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้วิจัยเป็นคนสัมภาษณ์และบันทึกด้วยตัวเอง รวมทั้งได้ชี้แจงแบบสอบถาม และแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window สถิติที่ใช้ได้แก่ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบที (Paired samples t-test)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า อายุเฉลี่ย 62.44 ปี ($\bar{X} = 62.44$ S.D. = 7.88) เพศชาย และหญิง เท่ากัน คือร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 61.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 38.9 อาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจร้อยละ 44.4 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 2.22 เดือน ($\bar{X} = 2.22$ S.D. = 0.43) อัมพาตครึ่งซีกซ้ายร้อยละ 61.1 สาเหตุของจากเส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตันร้อยละ 100 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 94.4 ไม่พึงพาอุปกรณ์การแพทย์ ร้อยละ 72.2 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (n = 18)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	50.0
หญิง	9	50.0
อายุ (ปี)		
40 - 49 ปี	1	5.6
50 - 59 ปี	4	22.22
60 - 69 ปี	10	55.56
70 ปีขึ้นไป	3	16.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (n = 18)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7	38.9
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	2	11.1
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	2	11.1
ปวส. หรืออนุปริญญา	2	11.1
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	5	27.8
อาชีพ		
รับจ้าง	1	5.6
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	8	44.4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	6.7
ข้าราชการบำนาญ	2	4.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	22.2
สถานภาพสมรส		
โสด	1	5.6
คู่	11	61.1
หม้าย (คู่ชีวิตเสียชีวิต)	6	33.3
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน)		
2 เดือน	14	77.8
3 เดือน	4	22.2
$(\bar{X} = 2.22 \text{ S.D.} = 0.43)$		
ลักษณะผู้ป่วย		
อัมพาตครึ่งซีกซ้าย	11	61.1
อัมพาตครึ่งซีกขวา	7	38.9
สาเหตุของหลอดเลือดสมอง		
เส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	18	100
ภาวะแทรกซ้อน		
มี	1	5.6
ไม่มี	17	94.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (n = 18)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ใส่ท่อทางเดินหายใจ ใส่สายอาหาร คาสายสวนปัสสาวะ		
มี	5	27.8
ไม่มี	13	72.2
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
เพียงพอ	18	100.0

1.2 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า อายุเฉลี่ย 44.72 ปี ($\bar{X} = 44.72$ S.D. = 8.17) ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 94.4 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 83.3 จบการศึกษา ระดับปวส. หรืออนุปริญญาร้อยละ 61.1 อาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจร้อยละ 55.6 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 66.7 มีรายได้ครอบครัวเพียงพอร้อยละ 100 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 2.28 เดือน ($\bar{X} = 2.28$ S.D. = 0.46) ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันเฉลี่ย 11.78

ชม. ($\bar{X} = 11.78$ S.D. = 0.65) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 77.8 ในส่วนที่เคยมีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยสูงสุด คือ 5 ปีร้อยละ 11.1 และได้รับการ สอน/ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรงพยาบาล นครพนมเรื่อง ความรู้เรื่องโรค การรักษา การรับประทานยา และการทำกายภาพบำบัดร้อยละ 100 รองลงมาคือ การ ทำความสะอาดร่างกาย ปากฟัน ปัสสาวะ ร้อยละ 94.4 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (n = 18)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	5.6
หญิง	17	94.4
อายุ (ปี)		
< 40 ปี	3	16.67
40 - 49 ปี	10	55.56
50 - 59 ปี	4	22.22
60 ปีขึ้นไป	1	5.6
($\bar{X} = 44.72$ S.D. = 8.17)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	11.1
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	1	5.6
ปวส. หรืออนุปริญญา	11	61.1
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	22.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (n = 18)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	4	22.2
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	10	55.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	16.7
ข้าราชการบำนาญ	1	5.6
สถานภาพสมรส		
โสด	3	16.7
คู่	15	83.3
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
เพียงพอ	18	100.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี/ภรรยา	5	27.8
บุตร	12	66.7
พี่น้อง	1	5.6
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย		
2 เดือน	13	72.2
3 เดือน	5	27.8
(\bar{X} = 2.28 S.D. = 0.46)		
เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน ต่อชั่วโมง		
10 ชั่วโมง	2	11.1
12 ชั่วโมง	16	88.9
(\bar{X} = 11.78 S.D. = 0.65)		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	14	77.8
มี	4	22.2
ระยะเวลาที่ดูแล (ปี)		
2 (ปี)	1	5.6
4 (ปี)	1	5.6
5 (ปี)	2	11.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (n = 18)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การได้รับการสอน/ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรงพยาบาลนครพนมเรื่อง		
ความรู้เรื่องโรค การรักษา และการรับประทุษยา	18	100.0
การให้อาหารทางสายยาง	4	22.2
การทำกายภาพบำบัด	18	100.0
การทำแผล เช่น แผลกดทับ และแผลเจาะคอ	2	11.1
การทำความสะอาดร่างกาย ปากฟัน ปัสสาวะ	17	94.4
การดูดเสมหะ	1	5.6

2. ความรู้ในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

ผลการทดลองพบว่า ก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพความรู้ในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลสามารถตอบถูกต้องมากที่สุด เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสาเหตุที่พบบ่อย คือ เส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเส้นเลือดสมองแตก, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ร่างกายอ่อนแอ ต้องคอยดูแลจัดท่า และออกกำลังกายให้เหมาะสม, และผู้ดูแลควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100 ผู้ดูแลตอบถูกต้องน้อยที่สุด เรื่องเมื่อกลับบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพกำลังแขน ขา

ที่อ่อนแรงเป็นหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดเท่านั้น และโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเป็นแล้ว รักษาหายแล้วจะไม่เกิดซ้ำอีก ร้อยละ 44.4 ส่วนหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพความรู้ในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถตอบถูกต้องเพิ่มขึ้น และตอบถูกต้องเพิ่มมากที่สุด เมื่อกลับบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพกำลังแขน ขา ที่อ่อนแรงเป็นหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดเท่านั้น จากร้อยละ 44.4 เพิ่มเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่จะพบอาการอ่อนแรงครึ่งซีก หรืออัมพาตครึ่งซีก และครึ่งท่อนล่าง จากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 100 และผู้ดูแลตอบได้ถูกต้องเท่าเดิม คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถพึ่งพาตนเองได้ร้อยละ 72.2 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้ถูกต้อง (n = 18)

ลำดับ	คำถาม	ก่อน		หลัง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง	18	100	18	100
2.	โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสาเหตุที่พบบ่อย คือ เส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเส้นเลือดสมองแตก	18	100	18	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้ถูกต้อง (n = 18)

ลำดับ	คำถาม	ก่อน		หลัง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3.	ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง	9	50.0	16	88.9
4.	การสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ	15	83.3	18	100
5.	โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่จะพบอาการอ่อนแรงครึ่งซีก หรืออัมพาตครึ่งซีก และครึ่งท่อนล่าง	9	50.0	18	100
6.	อาการโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยคือ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว อาการอ่อนแรงหรือชาซีกใดซีกหนึ่ง	17	94.4	18	100
7.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแล้วไม่มีวิธีรักษาให้อาการดีขึ้นได้หรือหายขาดได้	10	55.6	17	94.4
8.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องรักษาด้วยวิธีใช้ยาหรือการผ่าตัดและจะต้องฟื้นฟูด้านการทำกายภาพบำบัดร่วมด้วย	15	83.3	18	100
9.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถพึ่งพาตนเองได้	13	72.2	13	72.2
10.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ	17	94.4	18	100
11.	เมื่อกลับบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพกำลังแขน ขา ที่อ่อนแรงเป็นหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดเท่านั้น	8	44.4	18	100
12.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ร่างกายอ่อนแอ ต้องคอยดูแลจัดทำและออกกำลังกายให้เหมาะสม	18	100	18	100
13.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านซ้ายมักเกิดปัญหาการกลืนลำบาก เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย	9	50.0	13	72.2
14.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกที่มีอาการอ่อนแรงของแขนขาควรให้นอนอยู่นิ่งๆไม่ควรเคลื่อนไหวร่างกาย	14	77.8	15	83.3
15.	การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุก 2 ชั่วโมง สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับ	15	83.3	18	100
16.	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อ่อนแรงและเคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ควรใช้วิธีดึงหรือลาก	6	33.33	13	72.2

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้ถูกต้อง (n = 18)

ลำดับ	คำถาม	ก่อน		หลัง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
17.	การออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวแขนและขาที่อ่อนแรง ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำสม่ำเสมอ เป็นการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ	15	83.3	18	100
18.	โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเป็นแล้ว รักษาหายแล้วจะไม่เกิดซ้ำอีก	8	44.4	13	72.2
19.	การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรทำวันละ 2 ครั้ง และทำท่าละ 10-20 ครั้ง/วัน	9	50.0	16	88.9
20.	ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	18	100	18	100

ระดับคะแนนความรู้ก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโดยรวมอยู่

ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.50$) และมีระดับคะแนนหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 18.44$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้ถูกต้อง (n = 18)

ก่อน		ระดับคะแนนความรู้	หลัง		ระดับคะแนนความรู้
ค่าเฉลี่ย	S.D.		ค่าเฉลี่ย	S.D.	
14.50	1.249	ระดับปานกลาง	18.44	1.247	ระดับดี

เมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของผู้ดูแล พบว่ามีระดับคะแนนก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

เท่ากับ 14.50 และหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 18.44 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ แบบทดสอบ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้ถูกต้อง (n = 18)

ระดับความรู้	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p
ก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	14.50	1.249	-12.021	.000
หลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	18.44	1.247		

3. ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่า ก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลมีทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมากที่สุด การออกกำลังกายส่วนของขาส่วนข้อนิ้วเท้า ($\bar{X} = 2.67$ S.D. = 0.49) รองลงมาคือ การพลิกตะแคงตัวไปด้านที่อ่อนแรง ($\bar{X} = 2.56$ S.D. = 0.51) ส่วนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ทำได้น้อยที่สุดคือ การฝึกเดิน ($\bar{X} = 1.33$ S.D. = 0.49) รองลงมาคือ การฝึกยืน ($\bar{X} = 1.39$ S.D. = 0.50) และหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลมีทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมากที่สุด การออกกำลังกายส่วนของแขนส่วนข้อมือ ($\bar{X} = 2.94$ S.D. = 0.36) รองลงมาคือ การออกกำลังกายส่วนของแขนข้อนิ้วมือ และส่วนขาข้อนิ้วเท้า ($\bar{X} = 2.89$ S.D. = 0.32) ส่วนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ทำได้น้อยที่สุดคือ การฝึกเดิน ($\bar{X} = 1.33$ S.D. = 0.49) รองลงมาคือ การฝึกยืน ($\bar{X} = 1.39$ S.D. = 0.50) ในภาพรวมทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.92$ S.D. = 0.53) หลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความสามารถที่สูงขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.32$ S.D. = 0.16) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำแนกตามกิจกรรมการทำกายภาพบำบัด (n=18)

ลำดับ	กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย	ก่อน		ระดับ ความสามารถ	หลัง		ระดับ ความสาม
		(\bar{X})	S.D.		(\bar{X})	S.D.	
1.	การจัดท่า						
	- ท่านอนหงาย	2.39	0.70	ดี	2.72	0.46	ดี
	- ท่านอนตะแคง	2.33	0.49	ปานกลาง	2.56	0.51	ดี
	- ท่านั่ง	1.94	0.54	ปานกลาง	2.17	0.38	ปานกลาง
2.	การออกกำลังกายส่วนของแขน						
	- ข้อไหล่	1.61	0.78	ไม่ดี	2.17	0.38	ปานกลาง
	- สะบัก	1.50	0.51	ไม่ดี	2.00	0.00	ปานกลาง
	- ข้อศอก	1.89	0.58	ปานกลาง	2.50	0.51	ดี
	- ข้อมือ	2.06	0.24	ปานกลาง	2.94	0.36	ดี
	- ข้อนิ้วมือ	2.44	0.62	ดี	2.89	0.32	ดี

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำแนกตามกิจกรรมการทํากายภาพบำบัด (n=18)

ลำดับ	กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย	ก่อน		ระดับ		หลัง		ระดับ	
		(\bar{X})	S.D.	ความสามารถ	(\bar{X})	S.D.	ความสามารถ		
3.	การออกกำลังกายส่วนของขา ได้แก่								
	- สะโพก	1.72	0.58	ปานกลาง	2.06	0.24	ปานกลาง		
	- ข้อเข่า	2.28	0.58	ปานกลาง	2.61	0.50	ดี		
	- ข้อเท้า	2.33	0.59	ปานกลาง	2.72	0.46	ดี		
	- ข้อนิ้วเท้า	2.67	0.49	ดี	2.89	0.32	ดี		
4.	การเคลื่อนย้ายตัว								
	- การเคลื่อนย้ายตัวไปทางซ้าย-ขวา	1.89	0.58	ปานกลาง	2.17	0.38	ปานกลาง		
	- การพลิกตะแคงตัวไปด้านที่อ่อนแรง	2.56	0.51	ดี	2.83	0.38	ดี		
	- การพลิกตะแคงตัวไปด้านดี(ปกติ)	1.61	0.50	ไม่ดี	2.00	0.00	ปานกลาง		
	- การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น, เก้าอี้	1.89	0.32	ปานกลาง	2.06	0.24	ปานกลาง		
5.	การฝึกลุกขึ้นนั่ง	1.89	0.47	ปานกลาง	2.17	0.38	ปานกลาง		
6.	การฝึกนั่ง	2.00	0.59	ปานกลาง	2.17	0.38	ปานกลาง		
7.	การฝึกยืน	1.39	0.50	ไม่ดี	1.39	0.50	ไม่ดี		
8.	การฝึกเดิน	1.33	0.49	ไม่ดี	1.33	0.49	ไม่ดี		
9.	การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2.39	0.50	ดี	2.39	0.50	ดี		
	ภาพรวม	1.92	0.53	ปานกลาง	2.32	0.16	ปานกลาง		

เมื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถเฉลี่ยทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่า มีระดับความสามารถก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 1.92 และหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 2.32 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (n=18)

ระดับความสามารถ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
	(\bar{X})	(S.D.)		
ก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	1.92	0.53	-16.175	.000
หลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	2.32	0.16		

4. ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ภาพรวมผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75$ S.D. = 0.19) และสามารถทำได้อันดับ 1 ในกิจกรรมการกระดกข้อมือ ($\bar{X} = 2.89$ S.D. = 0.32) รองลงมาคือ

การพลิกตะแคงตัวไปด้านที่อ่อนแรง ($\bar{X} = 2.83$ S.D. = 0.38) และการกำมือ เขยียดนิ้วมือ ($\bar{X} = 2.78$ S.D. = 0.43) ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยทำได้น้อยที่สุด คือ การฝึกยืน และการฝึกเดิน ($\bar{X} = 1.44$ S.D. = 0.51) รองลงมาคือ การลุกขึ้นยืน ($\bar{X} = 1.50$ S.D. = 0.51) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำแนกตามกิจกรรมการทำกายภาพบำบัด (n = 18)

กิจกรรมการทำกายภาพบำบัด	\bar{X}	S.D.	ระดับความสามารถ
1. การออกกำลังกายส่วนของแขนโดยผู้ป่วยใช้แขนข้างที่มีแรงช่วย ประกอบด้วย			
- การยกแขนขึ้นลง	2.56	0.51	ดี
- การกางแขนหุบแขน	2.39	0.50	ดี
- การงอเหยียดศอก	2.39	0.50	ดี
- การกระดกข้อมือ	2.89	0.32	ดี
- กำมือ เขยียดนิ้วมือ	2.78	0.43	ดี
2. การออกกำลังกายส่วนของขา โดยผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่มีแรงช่วย ประกอบด้วย			
- การงอเหยียดสะโพก	2.00	0.00	ปานกลาง
- การกางขาหุบขา	2.17	0.38	ปานกลาง
- การยกกันขึ้นลง	2.11	0.32	ปานกลาง
3. การเคลื่อนย้ายตัว			
- การเคลื่อนย้ายตัวไปทางซ้าย-ขวา	2.06	0.24	ปานกลาง
- การพลิกตะแคงตัวไปด้านที่อ่อนแรง	2.83	0.38	ดี
- การพลิกตะแคงตัวไปด้านดี (ปกติ)	2.00	0.34	ปานกลาง
- การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น เก้าอี้	1.94	0.42	ปานกลาง
4. การฝึกลุกขึ้นนั่ง	2.11	0.32	ปานกลาง
5. การฝึกนั่ง	2.11	0.32	ปานกลาง
6. การลุกขึ้นยืน	1.50	0.51	ไม่ดี
7. การฝึกยืน	1.44	0.51	ไม่ดี
8. การฝึกเดิน	1.44	0.51	ไม่ดี
ภาพรวม	1.75	0.19	ปานกลาง

5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเย็บบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาพรวมสามารถสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก ($\bar{X} = 13.28$ S.D. = 3.01)

ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก (ADL) 12 - 20 คะแนน ร้อยละ 83.3 ($\bar{X} = 17.74$ S.D. = 1.98) ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (ADL) 5 - 11 คะแนน ร้อยละ 16.7 ($\bar{X} = 9.68.74$ S.D. = 2.72) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการเย็บบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในครั้งที่ 4 จำแนกตามกิจวัตรประจำวัน (n = 18)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ปานกลาง (5 - 11 คะแนน)	3	16.7	9.68	2.72	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
มาก (12 - 20 คะแนน)	15	83.3	17.74	1.98	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก
โดยรวม	18	100	13.28	3.01	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก

การเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อน และหลังการเย็บบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีการเย็บทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ภายใต้อาบน้ำที่ 1 เย็บครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 5 และเย็บครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 9

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการเย็บครั้งที่ 1 เท่ากับ 5.22 และหลังการเย็บบ้านครั้งที่ 2 เท่ากับ 8.11 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อน และหลังการเย็บบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเย็บบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 (n = 18)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p
ครั้งที่ 1	5.22	2.798	-4.823	.000
ครั้งที่ 2	8.11	3.479		

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการเยี่ยมครั้งที่ 1 เท่ากับ 5.22 และหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 เท่ากับ 10.67 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 (n = 18)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p
ครั้งที่ 1	5.22	2.798	-8.094	.000
ครั้งที่ 3	10.67	3.029		

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการเยี่ยมครั้งที่ 1 เท่ากับ 5.22 และหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 เท่ากับ 13.28 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 4 (n = 18)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p
ครั้งที่ 1	5.22	2.798	-12.221	.000
ครั้งที่ 4	13.28	3.006		

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการเยี่ยมครั้งที่ 2 เท่ากับ 8.11 และหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 เท่ากับ 10.67 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 (n = 18)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p
ครั้งที่ 2	8.11	3.479	-5.047	.000
ครั้งที่ 3	10.67	3.029		

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 4 (n = 18)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p
ครั้งที่ 2	8.11	3.479	-8.374	.000
ครั้งที่ 4	13.28	3.006		

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครั้งที่ 3 กับครั้งที่ 4 (n = 18)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p
ครั้งที่ 3	10.67	3.029	-10.684	.000
ครั้งที่ 4	13.28	3.006		

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมืองนครพนมพบว่า

1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า อายุเฉลี่ย 62.44 ปี ($\bar{X} = 62.44$ S.D. = 7.88) เพศชาย และหญิง เท่ากัน คือร้อยละ 50 สถานภาพสมรสร้อยละ 61.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 38.9 อาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจร้อยละ 44.4 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 2.22 เดือน ($\bar{X} = 2.22$ S.D. = 0.43) อัมพาตครึ่งซีกซ้ายร้อยละ 61.1 สาเหตุของจากเส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตันร้อยละ 100 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 94.4 ไม่พึงพาอุปกรณ์การแพทย์ร้อยละ 72.2 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเพียงพอร้อยละ 100 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนเมือง จึงมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ และอาชีพส่วนใหญ่คือประกอบธุรกิจส่วนตัว

คุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า อายุเฉลี่ย 44.72 ปี ($\bar{X} = 44.72$ S.D. = 8.17) ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 94.4 สถานภาพสมรสร้อยละ 83.3 จบการศึกษาระดับปวส. หรืออนุปริญญาร้อยละ 61.1 อาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจร้อยละ 55.6 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 66.7 มีรายได้ครอบครัวเพียงพอร้อยละ 100 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยป่วยเฉลี่ย 2.28 เดือน ($\bar{X} = 2.28$ S.D. = 0.46) ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันเฉลี่ย 11.78 ชม. ($\bar{X} = 11.78$ S.D. = 0.65) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 77.8 และได้รับการสอน ฟีกทักษะการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรงพยาบาลนครพนม เรื่องความรู้เรื่องโรค การรักษา การรับประทานยา และการทำกายภาพบำบัดร้อยละ 100 จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง และเป็นบุตรของผู้ป่วย มีรายได้ที่เพียงพอ จากการค้าขาย หรือทำธุรกิจส่วนตัว เนื่องจากเป็นชุมชนเมือง และส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ฉะนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งการเตรียมผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงเป็นส่วนสำคัญในการช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้อย่างดี

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลพบว่า ระดับคะแนนความรู้ก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.50$) และมีระดับคะแนนหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 18.44$) เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของผู้ดูแล พบว่า มีระดับคะแนนก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 14.50 และหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 18.44 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแลนั้น หากเป็นการให้เพียงครั้งเดียวแล้วประเมินผลทันที ความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลอาจไม่ครบถ้วน หากมีการติดตามเยี่ยม และให้ความรู้ตามสาขาวิชาชีพที่ชำนาญ และมีประสบการณ์โดยตรง จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจที่ครอบคลุม และในเชิงลึกมากขึ้น สามารถนำความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่อย่างถูกต้อง เป็นการช่วยขยายข้อความรู้สู่ชุมชนอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวณพิศ สติพิพันธุ์⁽⁴⁾ ศึกษารูปแบบการจัดการพยาบาลในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจำหน่าย กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล เมื่อเปรียบเทียบทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่า มีระดับความสามารถก่อนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 1.92 และหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 2.32 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วนั้น การติดตามเยี่ยมเป็นระยะ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติ และเสริมในส่วนที่ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือกลัว ไม่กล้าที่จะเข้าช่วยเหลือเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยเพิ่มทักษะ ความชำนาญ และความกล้า

ในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา สมนึก⁽²⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบค่อนข้างต่ำ ($r=-.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์เกี่ยวกับความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ จากญาติพี่น้องและบุตรหลาน สนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการช่วยแก้ปัญหาหรือข้อสงสัยจากบุคลากรทางการแพทย์ สนับสนุนทางด้านสิ่งของและการบริการเกี่ยวกับคนช่วยดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อตนเองเจ็บป่วยจากญาติพี่น้อง ต้องการการการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าเกี่ยวกับการยอมรับว่าเป็นผู้มีความสำคัญคนหนึ่งในครอบครัว ต้องการการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์

4. ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ภาพรวมผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75$ S.D. = 0.19) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะจำเป็นต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลเองจะต้องไม่ท้อถอยหรือละความพยายามในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพกายภาพบำบัด การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการฝึกทำกายภาพบำบัดในกระบวนการของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่ได้รับการประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจึงเป็นส่วนสำคัญในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณภา ศรีโสภณ⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีสภาวะทางจิตใจและสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบทางสถิติ Wilcoxon Signed-Rank test ($p=0.027$ และ 0.042 ตามลำดับ) และพบว่าผู้ป่วยมีความเร็วในการเดินเพิ่ม

ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังสิ้นสุดโปรแกรมการรักษาไปแล้ว 4 สัปดาห์ ($p = 0.017$)

5. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการเยี่ยมครั้งที่ 1 เท่ากับ 5.22, ครั้งที่ 2 เท่ากับ 8.11, ครั้งที่ 3 เท่ากับ 10.67 และครั้งที่ 4 เท่ากับ 13.28 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อน และหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละครั้งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละครั้งมีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการการช่วยเหลือต่างๆของผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงสามารถให้ความดูแลได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารี เทพดารา และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ถึงร้อยละ 63.3 ซึ่งเป็นผลจากการทำการฟื้นฟูต่อเนื่อง และเป็นความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องช่วยเหลือตนเองให้ได้เร็วที่สุดเพื่อลดภาระของครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดรูปแบบบริการที่ประกอบไปด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง และมีความซับซ้อนในการให้บริการ เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกได้ง่าย
2. การดูแลผู้ป่วยในชุมชน ควรเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่เนิ่นๆ น่าจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขเช่นกัน

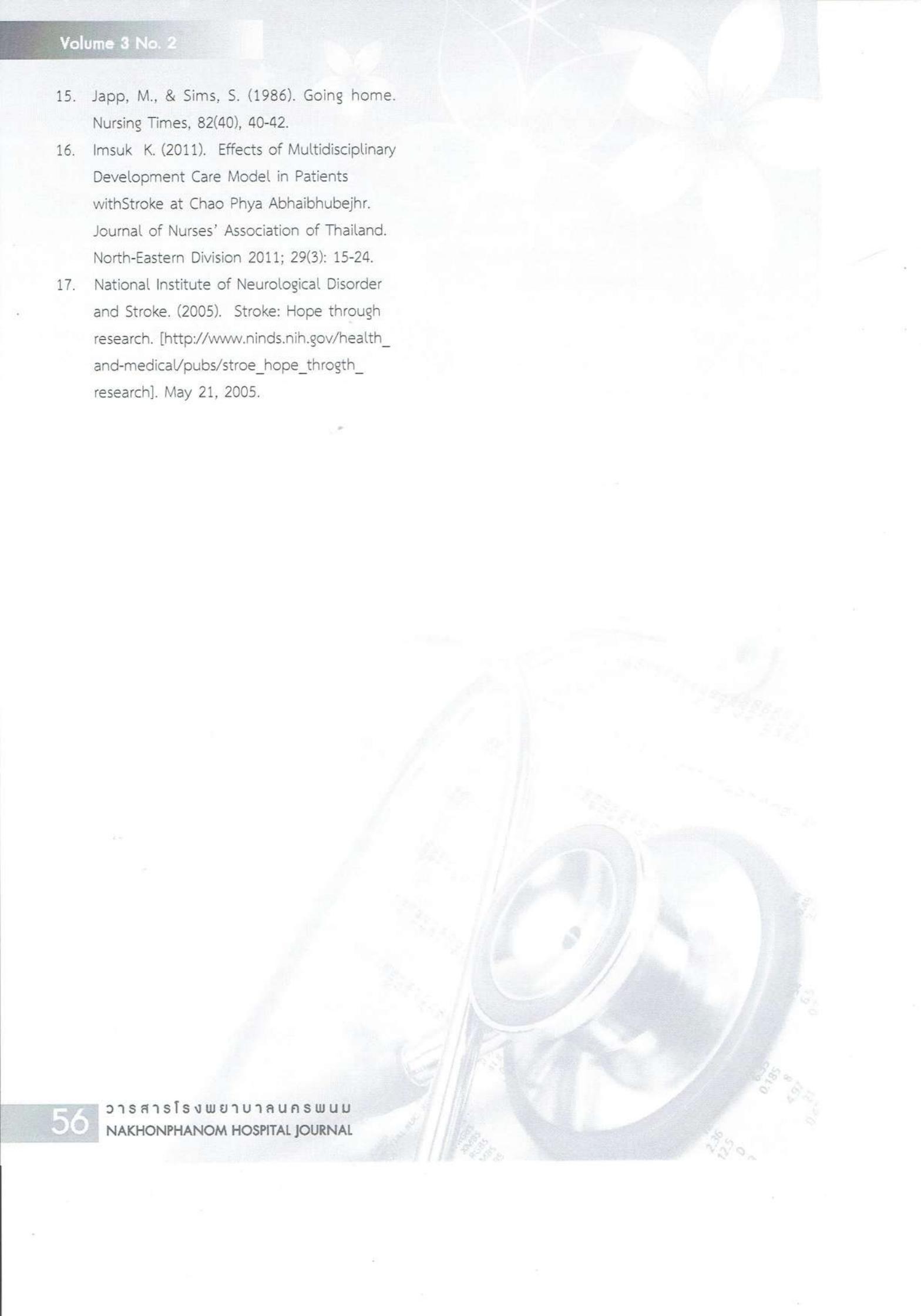
กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ป่วย ผู้ดูแลทุกท่าน คณะเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนครพนม และทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจในการศึกษาข้อมูลตลอดมา ผลอันจะเป็นประโยชน์ ความดีงามทั้งปวงขอมอบแต่ คุณพ่อ คุณแม่ที่เคารพยิ่ง และหากมีข้อผิดพลาดประการใดผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ด้วยความขอบคุณยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้ว ปางริย์. (บรรณาธิการ). (2547). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: แอล.ที. เพรส.
2. จินตนา สมนึก. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
3. จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2539). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. ขวนพิศ สลิตพันธ์. (2555). รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
5. ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย. (2548). ผลการเตรียมครอบครัวต่อการปฏิบัติการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
6. นิจศรี ชาญนรงค์. (2551). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม. สกลนคร: เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาล
7. บรรณทวารธน์ หิรัญเคราะห์. (2549). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
8. เพ็ญศรี สิริวรารมย์. (2550). สภาพการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. ระพินทร์ โพธิ์ศรี. 2549. สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า70-72.
10. วราภรณ์ ประทุมรัตน์. (2548). รูปแบบการบริหารที่มสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาระบบบริการโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง: ศึกษากรณีโรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนาคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. วรณณา ศรีโสภภาพ. (2550). กายภาพบำบัดที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชากายภาพบำบัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
12. สุภาพร ขจรฤทธิ์. (2547). ลักษณะการกลับมาอยู่รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
13. สุวารี เทพดารา และคณะ. (2544). รายงานการวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องโดยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ. นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
14. Flick, C.L. (1999). Stroke rehabilitation. 4. Stroke outcome and psychosocial consequencs. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 80, 21-26.

15. Japp, M., & Sims, S. (1986). Going home. *Nursing Times*, 82(40), 40-42.
16. Imsuk K. (2011). Effects of Multidisciplinary Development Care Model in Patients with Stroke at Chao Phya Abhaibhubejhr. *Journal of Nurses' Association of Thailand. North-Eastern Division* 2011; 29(3): 15-24.
17. National Institute of Neurological Disorder and Stroke. (2005). Stroke: Hope through research. [http://www.ninds.nih.gov/health_and-medical/pubs/stroe_hope_throght_research]. May 21, 2005.



ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม

นางรุจิรา ดิษฐวงศ์
นางสาวเดือนเพ็ญ ทองป่อง
พยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยหนักเด็ก

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดและศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักเด็ก จำนวน 10 คน และทารกอายุแรกเกิดถึง อายุ 28 วัน ที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ในระหว่างวันที่ 9 มีนาคม 2559 ถึง วันที่ 25 พฤษภาคม 2559 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 28 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามและแบบตรวจสอบ แบ่งเป็น 5 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิด ส่วนที่ 2 แบบประเมินความปลอดภัยของทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการตรวจสอบการปฏิบัติตามสภาพความเป็นจริง (Observation List) ส่วนที่ 4 แบบบันทึกปฏิบัติการท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด บังคับ/ สาเหตุ ส่วนที่ 5 แบบบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงาน (Nurse's note) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม การสังเกต ตรวจสอบวิธีปฏิบัติ และตอบแบบสอบถาม เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 9 มีนาคม 2559 ถึง วันที่ 25 พฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแสดงจำนวน ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน คือ pair t-test

ผลการวิจัยพบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดได้ เนื่องจากมีกระบวนการปฏิบัติที่ชัดเจนพยาบาลผู้ปฏิบัติสื่อสารเข้าใจตรงกันและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ได้แก่ ในขณะที่ทำกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ควรใช้พยาบาล 2 คน และควรใช้นวัตกรรมอุปกรณ์พยุงชุดวงจรเครื่องช่วยหายใจควบคู่กับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด นอกจากนี้ควรมีการพัฒนานวัตกรรมการใช้หมอนรองคอในทารกที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ

คำสำคัญ : ทารกแรกเกิด, แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 14 ปี มีจำนวน 6 เตียง ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการส่วนใหญ่มีปัญหาระบบหายใจ จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ปี พ.ศ. 2556, 2557, 2558 มีจำนวนผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ จำนวน 98, 106 และ 136 ราย และพบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดเท่ากับ 1.49, 3.77 และ 23.38 ครั้ง ต่อ 1000 วันใส่ท่อหลอดลมคอตามลำดับ (จากการบันทึกสถิติในหน่วยงาน) และจากเวชระเบียนรายงานความเสียหายในหอผู้ป่วยหนักเด็ก พบว่า ร้อยละ 46 ของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในหอผู้ป่วยหนักเด็ก เป็นผู้ป่วยทารกแรกเกิด (อายุแรกเกิด ถึง 28 วัน) และในกลุ่มนี้ร้อยละ 72 เป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่มีปัญหาที่ปอด ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอบ่อยที่สุด ในปีงบประมาณ 2558 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2558 มีผู้ป่วยท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ทั้งหมด 17 ราย เป็นทารก 13 ราย บางรายมีท่อหลอดลมคอหลุดซ้ำ พบว่าสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยดิ้นมาก สายหน้าไปมา ร้อยละ 30 ผู้ป่วยดึงท่อหลอดลมคอ ร้อยละ 30 ผู้ป่วยมีเสมหะและมีน้ำลายมากทำให้ พลาสเตอร์เปียกหลุดง่าย ร้อยละ 16.7 การจัดท่านอนไม่เหมาะสม ร้อยละ 6.6 เกิดจากการตั้งรั้งของสายเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 6.6 และอื่นๆ ในระหว่างให้การพยาบาล คือ ดูดเสมหะและขณะพ่นยา ร้อยละ 10 และพบว่าหลังท่อหลอดลมคอหลุดทารกมีตัวเขียว หายใจลำบากมากขึ้น จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำหลังท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ร้อยละ 26.6 จากการการสนทนากลุ่มย่อย การสอบถามปัญหาและการสังเกตจากการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงาน พบว่า ในด้านบุคลากรการเฝ้าระวังของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันออกไป และการจัดอัตรากำลังไม่เพียงพอในบางเวร ทำให้การดูแลผู้ป่วย เป็น 1 : 3 ไม่ใช่ 1 : 2 ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตรุนแรง ที่ต้องทำหัตถการอยู่บ่อยๆ ทำให้พยาบาลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอื่นได้เต็มที่ ด้านตัวผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยตื่นตื่นเนื่องจากไม่สุขสบายมือปิด และมือทารกไม่ได้รับการผูกยึด ทำให้มือดึง

ท่อหลอดลมคอ ด้านอุปกรณ์ พบว่า 1) การใช้อุปกรณ์ที่ช่วยพยุงชุดวงจรเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสมเนื่องจากไม่มีอุปกรณ์ Tubing holder ทำให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนลึกหรือเลื่อนหลุดและหักพับงอได้ง่าย รวมทั้งการจัดตำแหน่งของท่อหลอดลมคอและชุดวงจรเครื่องช่วยหายใจได้ลำบาก 2) ทารกที่พลาสเตอร์เปียกและไม่ได้รับการเปลี่ยน และบางครั้งยังพบการติดพลาสเตอร์ใหม่ทับพลาสเตอร์เดิมที่หลุดลอก ทำให้ประสิทธิภาพของการยึดท่อหลอดลมคอลลดลง ติดยึดไม่แน่น 3) ในผู้ป่วยทารกนอนร้องกวนและร้องกรองศีรษะไม่พอใช้ การจัดท่าจึงไม่เหมาะสม ส่วนด้านเทคนิคการดูแล พบว่า ยังมีการตัดท่อหลอดลมคอสั้นเกินไป เช่น สั้นกว่า 3 เซนติเมตร ทำให้ท่อหลอดลมคอเกิดการดึงรั้ง

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างาน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาโดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000)⁽¹⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด สำหรับให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่ใส่ท่อหลอดลมคอให้มีรูปแบบการดูแลเป็นมาตรฐานเดียวกันอย่างชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร และผู้ปฏิบัติสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลและลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล มีความคุ้มค่าคุ้มทุน เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้และผู้รับบริการ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของทารกและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ได้มาตรฐานสอดคล้องกับนโยบายและเข็มมุ่งของโรงพยาบาลนครพนม ซึ่งเป็นหลักประกันคุณภาพการบริการให้ผู้ใช้บริการได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพัฒนาพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดของผู้ป่วยแรกเกิดถึง 28 วัน ที่ใส่ท่อหลอดลมคอในห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างวันที่ 9 มีนาคม 2559 ถึง วันที่ 25 พฤษภาคม 2559

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดไปใช้ และเพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดอุบัติเหตุการท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดไปใช้โดยใช้กรอบแนวคิดของ Soukup (2000 อ้างถึงในพงศาคติกลุสกุศลชัย, 2549)⁽²⁾ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานการพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 10 คนและผู้ป่วยทารกแรกเกิดทุกรายตั้งแต่อายุแรกเกิดถึงอายุ 28 วัน ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม ที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจงใน ระหว่างวันที่ 9 มีนาคม 2559 ถึงวันที่ 25 พฤษภาคม 2559 จำนวนทั้งหมด 28 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินความปลอดภัยของทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอ (Check list of endotracheal tube care) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด การใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดของพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด

ผลการวิจัยพบว่า

1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดในห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม ประกอบด้วย 1) แผนผังแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 2) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดซึ่งแนวปฏิบัติประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 องค์ประกอบที่สำคัญคือ 2.1) การเริ่มต้นที่ดีได้แก่การเลือกขนาดและความลึกของท่อหลอดลมคอการติดพลาสติกยึดท่อหลอดลมคอให้มั่นคงด้วยวิธี "Two fix" การใช้แวตกรรมอุปกรณ์พยางสายชุดวงจรเครื่องช่วยหายใจการจัดท่านอนทารกในที่นอนรังนกผ้าและหมอนรองศีรษะ (Nest) 2.2) การเฝ้าระวังที่ดีได้แก่การประเมินและติดตามทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอการช่วยเหลือทารกเมื่อท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดการจัดการอาการรบกวนการดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอการเตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อหลอดลมคอให้พร้อมใช้ในรถฉุกเฉิน 2.3) การสื่อสารที่ดีได้แก่ป้ายหน้าตู้อบและเครื่องทำความอบอุ่นทารกป้ายบอกขนาดและความลึกของท่อหลอดลมคอสายดูดเสมหะและความยาวของท่อหลอดลมคอที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัวทารกแบบประเมินความปลอดภัยของทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอการบันทึกการพยาบาลตามแบบฟอร์มโรงพยาบาลนครพนม

1.2 ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดในห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนมผู้ศึกษาขอเสนอเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทารกแรกเกิดในห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ส่วนที่ 3 ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดในห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้เพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการเกิดอุบัติเหตุการท้อหลอดลมคอเลื่อนหลุดก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน
ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดไปใช้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดไปใช้ในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม วิเคราะห์ข้อมูลโดยแสดง
จำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของทารกแรกเกิดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	64.3
หญิง	20	35.7
อายุ		
1 วัน	16	92.9
2 วัน	1	3.6
9 วัน	1	3.6
$\bar{X} = 1.32$ S.D.= 1.51		
อายุในครรภ์มารดาของทารก		
<28 สัปดาห์	1	3.6
>28-36 สัปดาห์	16	57.1
>37-42 สัปดาห์	11	39.3
$\bar{X} = 33.71$ S.D.= 4.61		
น้ำหนักทารก		
800-1,499 กรัม	9	32.1
1,500-2,499 กรัม	7	25.0
2,500-3,500 กรัม	12	42.9
$\bar{X} = 2,174$ S.D.= 753.23		
การวินิจฉัยโรค		
Preterm c RDS	10	35.7
Pneumothorax	1	3.6
Birth Asphyxia	6	21.4
MAS	6	21.4
Pneumonia	2	7.1
Neonatal sepsis	3	10.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของทารกแรกเกิดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ขนาดของท่อหลอดลมคอ		
No. 2.5	6	21.4
No. 3.0	8	28.6
No. 3.5	14	50

จากตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทารกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.3 ส่วนใหญ่ทารกมีอายุ 1 วัน ร้อยละ 92.9 ส่วนอายุในครรภ์มารดาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง $\geq 28-36$ สัปดาห์ ร้อยละ 57.1 รองลงมาอายุในครรภ์มารดาของทารก $\geq 37-42$ สัปดาห์ ร้อยละ 39.3 น้ำหนักตัวทารกส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,500-3,500 กรัม ร้อยละ 42.9 รองลงมาอยู่ระหว่าง 800-1,490 กรัม ร้อยละ 32.1 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก (Preterm with respiratory distress syndrome) ร้อยละ 35.7 รองลงมาคือ ทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (Birth Asphyxia)

และทารกที่มีภาวะสำลักน้ำคร่ำ (Meconium Aspiration Syndrome) ร้อยละ 21.4 ขนาดของท่อหลอดลมคอส่วนใหญ่เบอร์ 3.5 ร้อยละ 50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม จำแนกตาม อายุ การศึกษา ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน และการอบรมเฉพาะทาง โดยแสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	n = 10	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ		
31- 40 ปี	9	90
≥ 41 ปี	1	10
2. การศึกษา		
ปริญญาตรี	10	100

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	n = 10	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน > 9 ปี	10	100
4. ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลักสูตร 4 เดือน		
- ผ่านเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก	4	40
- ผ่านเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ	2	20
- ไม่ผ่านการอบรม	4	40

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 90 พยาบาลทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน มากกว่า 9 ปี ร้อยละ 100 ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเด็กหลักสูตร 4 เดือนร้อยละ 50 และการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหา ระบบทางเดินหายใจ หลักสูตร 4 เดือน ร้อยละ 20 และ ไม่ผ่านการอบรม 4 คนร้อยละ 40

ส่วนที่ 3 ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้นได้นำไปใช้โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนมโดยแสดงการปฏิบัติเป็นจำนวนและร้อยละดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	ภายหลังนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ n = 10			
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1. ส่งเวรข้อมูลเกี่ยวกับทารกใช้เครื่องช่วยหายใจ Setting/ ปัญหา	260	100	0	0
2. การประเมินภาวะเสียง รับเวร/ทุก 2-3 ชั่วโมง				
- ตรวจสอบขนาด ETT ความลึก/พลาสติกเตอร์	260	100	0	0
- ฟัง BS (Stethoscope)	260	100	0	0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	ภายหลังนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ n = 10			
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
- Test ปลดท่อเครื่องช่วยหายใจทั้ง BS โดยบีบ ambu bag ต่อออกซิเจนเปิด 5 LPM	238	91.54	22	8.46
- ตรวจสอบ Setting เครื่องช่วยหายใจ	260	100	0	0
- สภาพทารก ลักษณะหายใจ SpO2	260	100	0	0
3. ตรวจสอบอุปกรณ์ช่วยยึดตรึง สาย/ท่อหลอดลมคอป้องกันท่อหลุด				
- นวัตกรรม Tubing holder พยุงชุดวงจรเครื่องช่วยหายใจ	244	93.85	16	6.15
- พลาสเตอร์ติดยึดท่อหลอดลมคอ	260	100	0	0
4. การจัดทำนอนทารก				
- นอนในที่นอนรังนก	256	98.46	4	1.54
- ศีรษะรองหมอนรูปตัว U	2471	92.69	19	7.31
- ศีรษะลำคอทำตรงในท่า นอนหงายนอนตะแคงซ้าย นอนตะแคงขวา	260	100	0	0
- การเคลื่อนย้าย X-ray ใช้พยาบาล 1-2 คน	16	6.15	244	93.85
5. จัดสิ่งแวดล้อม				
- อุณหภูมิห้อง	260	100	0	0
- แสง ผ้าคลุมตัว	186	68.89	84	31.11
- เสียง ระมัดระวังปิด/เปิดตู้/ลดเสียง Alarm	260	100	0	0
6. การลงบันทึกของพยาบาล	258	99.23	2	0.77

จากตารางที่ 3 ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดมาใช้ พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลให้การดูแลทารกตามแนวปฏิบัติ ทุกเรื่องร้อยละ 100 ยกเว้นในเรื่องการทดสอบปลดท่อเครื่อง ช่วยหายใจฟังเสียงลมเข้าปอดโดยปีบ ambu bag ต่อออกซิเจนเปิด 5 ลิตรตอนที่ปฏิบัติ 238 ครั้ง ร้อยละ 91.54 ไม่ปฏิบัติ 22 ครั้ง ร้อยละ 8.46 ซึ่งผู้ดูแลไม่ปฏิบัติ ในผู้ป่วยที่มีภาวะแรงดันในปอดสูง(PPHN) เนื่องจากอาจเป็น อันตรายและอาจทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงได้จึงงดกิจกรรมนี้ ในช่วงที่มีภาวะเสียงสูงแต่หลังจากที่ทารกอาการคงที่แล้วจึง ปฏิบัติกิจกรรมนี้ตามปกติส่วนกิจกรรมการใช้ที่นอนรังนก ปฏิบัติ 256 ครั้งร้อยละ 98.46 ไม่ปฏิบัติ 4 ครั้งร้อยละ 1.54 และหมอนรองศีรษะรูปตัว U ไม่ปฏิบัติ 19 ครั้งร้อยละ 7.31 เนื่องจากหมอนรองคอมีขนาดไม่เหมาะสมกับขนาดศีรษะ ทารก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป X-ray โดยใช้พยาบาล 1-2 คน มาได้ปฏิบัติร้อยละ 93.85 เนื่องจากการ X-ray ได้มีการปรับมาใช้วิธี portable แทนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปที่ แผนก X-ray นอกจากนั้นเนื่องจาก ในทารกได้รับการส่อง

ไฟแบบดับเบิลเพื่อประสิทธิภาพในการส่องไฟจึงต้องนำรังนก ออก แต่ผู้ปฏิบัติต้องเฝ้าระวังท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดเพิ่ม มากขึ้น เนื่องจากทารกจะสามารถสายศีรษะและเคลื่อนไหว ร่างกายได้อิสระมากขึ้นส่วนทารกที่ได้รับการส่องไฟตัวเดียว ก็ใช้ที่นอนรังนกและหมอนรองศีรษะตามปกติ และการควบคุมแสงโดยใช้ผ้าคลุมต้อบไม่ปฏิบัติ 84 ครั้งร้อยละ 31.11 เนื่องจากมีการส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลือง และ ผู้ปฏิบัติได้ดูแลไม่ให้ผ้าปิดตาหลุดขณะทารกได้รับการส่อง ไฟ

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนว ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดใน ทารกแรกเกิดไปใช้ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับ ตามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในแต่ละด้านหา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความพึงพอใจ ก่อน และหลังใช้แนวทางปฏิบัติ ทดสอบความแตกต่างโดยใช้ pair t-test ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด

หัวข้อที่ประเมิน	ก่อนใช้		หลังใช้		p
	\bar{X}	s.d.	\bar{X}	s.d.	
1. แนวปฏิบัติมีความง่ายและสะดวกในการนำไปปฏิบัติ	3.6	0.516	4.4	0.516	0.003
2. แนวปฏิบัติมีขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจนและสามารถปฏิบัติตามได้	3.7	0.483	4.5	0.527	0.003
3. แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน	3.6	0.516	4.4	0.516	0.003
4. การนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วย ได้ครอบคลุมปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ท่อหลอดลมคอ เลื่อนหลุด	3.6	0.516	4.4	0.516	0.000
5. แนวปฏิบัติมีประโยชน์ในการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อน หลุดในทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเด็ก	4.1	0.316	4.6	0.516	0.015

ตารางที่ 4 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนใช้และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดในด้าน แนวปฏิบัติมีความง่ายและสะดวกในการนำไปปฏิบัติแนวปฏิบัติ มีขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจนและสามารถปฏิบัติตามได้แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน การนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดก่อนใช้อยู่ระหว่าง 3.6-3.7 หลังใช้อยู่ระหว่าง 4.4-4.5 และเมื่อเปรียบเทียบความต่างพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ในด้านแนวปฏิบัติมีประโยชน์ในการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเด็ก คะแนน

ความพึงพอใจก่อนใช้เท่ากับ 4.1 หลังใช้เท่ากับ 4.6 และเมื่อเปรียบเทียบความต่างพบว่าแตกต่างกัน

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบอัตราการเกิดอุบัติเหตุการฉีกท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดไปใช้

การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอหลุดต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดก่อนและหลังนำแนวปฏิบัติไปใช้

ตัวแปร	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้
อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ ต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ	31.47	13.51

จากตารางที่ 5 อุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดไปใช้ พบว่า อุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดลดลงจาก 31.47 ต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ เป็น 13.51 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ

สรุปอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด ได้แนวปฏิบัติมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แผนผังแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 2) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด

2. ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

2.1 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจและความคิดเห็นทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวภา จันทร์มา⁽⁵⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนา

และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก

2.2 ผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ต่ออัตราการเกิดอุบัติเหตุการฉีกท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดพบว่า ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อัตราการเกิดอุบัติเหตุการฉีกท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดลดลงจากเดิม 31.47 ต่อ 1000 วันใส่ท่อหลอดลมคอเหลือ 13.51 ต่อ 1000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของปิยะนันท์ ไพไทย⁽⁴⁾ ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอหลุดในทารก และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ได้แก่ การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก(เยาวเรศ เอื้ออารีเลิศ⁽⁵⁾, อังคนา จันทร์มา⁽⁶⁾) อธิบายได้ว่า การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง ตลอดจนมีนวัตกรรมอุปกรณ์ที่ยึดจับชุดสายเครื่องช่วยหายใจ สามารถป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอในทารกได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยพบว่า ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุที่ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดได้ เนื่องจากมีกระบวนการปฏิบัติที่ชัดเจนพยาบาลผู้ปฏิบัติสื่อสารเข้าใจตรงกันและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล แต่ทั้งนี้ยังพบอุบัติเหตุที่ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในขณะที่เปลี่ยนพลาสติก ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ในขณะที่ทำกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การเปลี่ยนพลาสติก การดูดเสมหะควรใช้พยาบาล 2 คนและขณะเปลี่ยนให้ห่อตัวทารกและเพิ่มความระมัดระวังในทารกที่ตื่นตื่นมากๆ
2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญและสนับสนุนอุปกรณ์ ที่ใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด
3. ด้านการบริหาร ควรมีการให้ความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้และสาธิตการใช้นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ เพื่อให้พยาบาลเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยทารกแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม และควรนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องพร้อมให้คำแนะนำเพื่อประสิทธิภาพในการใช้
4. ควรมีการพัฒนานวัตกรรมการใช้หมอนรองคอในทารกที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ

เอกสารอ้างอิง

1. Soukup, S.M. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinics of North America 2000; 35(2), 301-309.
2. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พรี-วัน; 2549.
3. เยาวภา จันทร์มา. การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็กห่อผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคม

พยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2552; 27(4):22-29.

4. ปิยนันท์ ไพไทย. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอหลุดในทารก. รายงานการศึกษาระยะปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2551.
5. เยาวเรศ เอื้ออารีเลิศ. นวัตกรรมการพยาบาลอุปกรณ์ยึดสายป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด: ห่วงโซ่ช่วยชีวิต. ในจรรยาพร ศรีศศลักษณ์, วิรุฬ ลิ้มสวาทและสมพันธ์ ทักษิณียม (บรรณาธิการ). สังเคราะห์ปัญญาเพื่อพัฒนา R2R. 2553; หน้า 196-197. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์แอนด์พับลิชชิง.
6. อังคณา จันคามิ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด. การศึกษาระยะปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

ความชุกของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มประชากรจังหวัดนครพนม

จิตรลัดดา คำดี

งานภูมิคุ้มกัน กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิคลินิก โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาสำคัญ โรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและในประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศไทยโรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากกลุ่มโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ (สถิติของกระทรวงสาธารณสุขปี 2554) มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดโดยเฉลี่ยชั่วโมงละ 2-4⁽¹⁾ รายและพบว่ามีอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากภาวะนี้มีแนวโน้มการมีโรคประจำตัวเช่นเบาหวาน อายุ :ชาย>45 ปี และหญิง >55 ปี พันธุกรรม ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูงและสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดวิกฤติอันตรายถึงชีวิต เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้⁽²⁾ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ตัวอย่าง สถิติที่ใช้คือ สถิติพรรณนา การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) คือ มีการแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทุกตัว เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและเปิด จำนวน 11 ข้อ กลุ่มประชาชนที่เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจในโรงพยาบาลนครพนม ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2558 - 30 เมษายน 2558 ไปผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.3 อายุมากที่สุดมากกว่า 84 ปี และอายุน้อยสุดคือ น้อยกว่า 27 ปีอายุเฉลี่ยที่เข้ามารับการรักษาคือ 45 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา สูงถึงร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 35.2 เป็นส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุราร่วมด้วยร้อยละ 33 และ 53.4 โดยพบว่าประวัติการดื่มบ่อยๆและบางครั้งพบได้ร้อยละ 12.5 และ 31.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวร่วมด้วยร้อยละ 36.4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทางด้านโทรทัศน์ สูงสุดถึงร้อยละ 52.6 รองลงมาคือสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ (internet) ร้อยละ 6.8 ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ข้อมูลทั่วไปเรื่องเพศพบว่าร้อยละของเพศชายมีอุบัติการณ์เกิดมากกว่าเพศหญิงและแนวโน้มการมีโรคประจำตัวเช่นเบาหวาน พันธุกรรม ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูงและสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดวิกฤติอันตรายถึงชีวิตซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าการมีโรคประจำตัวและพฤติกรรมประจำตัวเช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยยังเป็นส่วนสำคัญที่เพิ่มโอกาสการเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและสิ่งต่างออกไปคืออายุเฉลี่ยของการเกิดโรคและการเข้ามารับการตรวจวินิจฉัยรักษาจากผลการวิจัยพบว่าในปัจจุบันมีอุบัติการณ์การเกิดโรคของกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี พบมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

บทนำ

สภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Acute Coronary Syndromes (ACS) เป็นภาวะของหลอดเลือดหัวใจที่มีความเสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (Atherosclerosis) แล้วเกิดการฉีกขาดหรือปริแตกที่ผนังด้านในของหลอดเลือดอย่างเฉียบพลัน (Plaque rupture, disruption) เกิด Raw surface ขึ้นที่ผนังด้านในของหลอดเลือด เกล็ดเลือดจะเกาะกลุ่ม (Platelet aggregation) อย่างรวดเร็วตรงบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาด หลังจากนั้นจะมีการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (Thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว หากลิ่มเลือดอุดตันบางส่วน (partial occlusion) ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนเกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) โดยยังไม่มีการกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าลิ่มเลือดอุดตันโดยสมบูรณ์ (Complete occlusion) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction, AMI) กลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือ กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (อังกฤษ: acute coronary syndrome, ACS) หมายถึงกลุ่มของอาการใดๆ ที่เป็นผลจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ อาการที่ทำให้นึกถึงโรคกลุ่ม ACS ที่พบบ่อยที่สุดคืออาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะอาการเจ็บแน่นหัวใจ ที่ร้าวไปยังแขนซ้ายหรือมุมกราม มีลักษณะปวดเหมือนถูกกดทับ และสัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้ เหงื่อแตก ส่วนใหญ่เกิดจากโรคสำคัญ 3 อย่าง ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือดชนิดมีกรายกของช่วง ST (STEMI) (30%), โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือดชนิดไม่มีกรายกของช่วง ST (NSTEMI) (25%) และอาการปวดเค้นไม่เสถียร (UA) (38%) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction, AMI) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของประชากรทั่วโลก โดยเฉลี่ยมากกว่า 7 ล้านคนต่อปีคิดเป็นร้อยละ 12.80 ของการเสียชีวิตทั้งหมด¹ เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้นแล้วสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ภายในเวลาอันรวดเร็วในประเทศไทยพบว่า ปี 2552 มีประชากรเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 17,775 คนต่อประชากรแสนคนหรือร้อยละ 28.4 และในปี พศ.2553 เพิ่มขึ้นเป็น 18,452 คนหรือร้อยละ 29.33 จาก

สถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มมากขึ้นและมีอัตราการตายที่สูงขึ้น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่ทำให้สมรรถภาพของหัวใจและร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาวิกฤตและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้นอกจากส่งผลทางด้านร่างกายแล้วเมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ จะมีความกลัวว่าอาจมีโอกาสเสียชีวิตได้อย่างกะทันหันและวิตกกังวลว่าการออกกำลังกายใดๆ จะทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก จึงคิดว่าต้องนั่งหรือนอนพักผ่อนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภารกิจต่างๆ หรือออกกำลังกายได้เช่นคนปกติ² ซึ่งการจำกัดการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวของร่างกายอยู่เป็นเวลานาน ยิ่งทำให้เกิดการเสื่อมของร่างกายและหัวใจเพิ่มมากขึ้น³ เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนย่อมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เกณฑ์การวินิจฉัยโรคการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะอาศัยประวัติของการเจ็บป่วย การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผลเลือดที่บ่งบอกว่ามีการเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ ที่สำคัญได้แก่ Troponin T องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเกณฑ์การวินิจฉัยไว้สามข้อดังนี้ จะต้องอย่างน้อยสองข้อ อาการเจ็บหน้าอกของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดการวินิจฉัยจะต้องอาศัยประวัติการเจ็บหน้าอกซึ่งเข้าได้กับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งจะมีอาการเจ็บตรงกลางหน้าอก หรือเอียงไปทางซ้าย อาการเจ็บจะเจ็บร้าวไปที่แขนซ้ายหรือที่คอ หรือขากรรไกรบางคนปวดร้าวไปที่หลัง โดยทั่วไปอาการปวดมักจะไม่เกิน 10 นาทีจะหายปวด อาการปวดจะเป็นมากเมื่อมีการออกกำลังกาย พักแล้วจะหายปวด หากกล้ามเนื้อตายจากเหตุขาดเลือดอาการปวดจะเป็นมากปวดนาน พักหรืออมยาจะไม่หายปวดและอาจจะมีอาการอื่นๆ ร่วมเช่นมือเท้าเย็น เป็นลม หรือหมดสติอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งสามารถปกติหรือผิดปกติก็ได้ ผู้ที่หลอดเลือดหัวใจตีบไม่มากพอที่จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในขณะที่พัก ซึ่งเมื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจก็จะไม่พบการเปลี่ยนแปลง เมื่อออกกำลังกายหัวใจต้องการเลือดไปเลี้ยงมากขึ้นแต่หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การเปลี่ยนแปลงไฟฟ้า

ขณะเนือยจะมีการเปลี่ยนแปลง หากกล้ามเนื้อหัวใจตายก็ จะพบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจการตรวจเลือด เพื่อวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเมื่อกกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดโดยที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่ตาย ผลเจาะเลือดจะปกติ หาก กล้ามเนื้อหัวใจตายจากเหตุขาดเลือดค่าสารเคมีจะสูง ค่าผล เลือดจะสามารถบอกว่าโรครุนแรงหรือไม่การประเมิน ความเสี่ยงจากการตรวจเลือด serological marker Cardiac troponin T เป็น cardiac marker ที่บ่งบอกภาวะ myocardial necrosis และมีประโยชน์ในการประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิด cardiac events และช่วยการ พยากรณ์โรคได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย UA ที่มี Troponin T สูงผิดปกติจะมีความเสี่ยงสูงต่อ การเสียชีวิต โดยพบว่า มีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างค่า Troponin T กับ ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เพื่อติดตามว่ากล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเป็นมากขึ้นหรือไม่ (infarction extension) เพราะ หากกล้ามเนื้อหัวใจไม่ขาดเลือดแล้วค่าที่ได้ควรจะลดลง แต่ หากค่ายังสูงแสดงว่ากล้ามเนื้อหัวใจยังคงขาดเลือดเพื่อ ติดตามว่าระหว่างผ่าตัดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือไม่ การใช้สารชีวเคมีบ่งชี้ภาวะทางหัวใจและหลอดเลือด High sensitivity Troponin T ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ใน การวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ดีขึ้นสารทดสอบ นี้ช่วยในการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้ที่มีอาการแน่น หน้าอกได้เร็ว และมีความไวมากขึ้นในการตรวจพบความเสี ยหายต่อหัวใจ ถึงแม้ว่าจะเกิดความเสียหายต่อหัวใจเพียง เล็กน้อยก็ตาม จากเหตุผลดังกล่าว ผู้รายงานซึ่งเป็นผู้ตรวจ เลือด serological marker มองเห็นประโยชน์ของผลการ ตรวจเลือดเพื่อช่วยวินิจฉัยโรคเบื้องต้นเพื่อคัดกรองและบ่งชี้ วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรคโดยใช้ผลการตรวจวินิจฉัย เป็นตัวช่วยประเมินอาการเบื้องต้นซึ่งมีความสำคัญมากใน กลุ่มผู้ป่วยที่มีและไม่มีอาการทางคลินิก เพราะจะช่วยลด ความวิตกกังวลในเรื่องโรค และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือกลุ่มประชาชนที่เข้ามารับการตรวจ วินิจฉัยรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจในโรงพยาบาลนครพนม ที่ มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ตัวอย่าง

สถิติที่ใช้คือ สถิติพรรณนา คือมีการแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร ทุกตัว เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น ข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลส่วนตัวประกอบด้วยคำถามปลายปิดและเปิดจำนวน 11 ข้อ

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study)การคัดเลือกประชากร และตัวอย่าง:รวบรวมรายชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ ผู้ป่วย ที่วินิจฉัยโดยแพทย์ ที่ได้รับเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน(ER) และผู้ป่วยที่ถูกส่งเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (IPD)ที่ได้รับการเจาะเก็บเลือดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด Lithium heparin ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการหาสาร Troponin Tโดยวิธีวิเคราะห์ Electrochemiluminescence Immunoassay (ECLIA)ซึ่งการรายงานผลหน่วยเป็น ng/ml ตาม ACC/AHA guideline ในการดูแลผู้ป่วย Unstable angina และ non ST elevation myocardial infraction

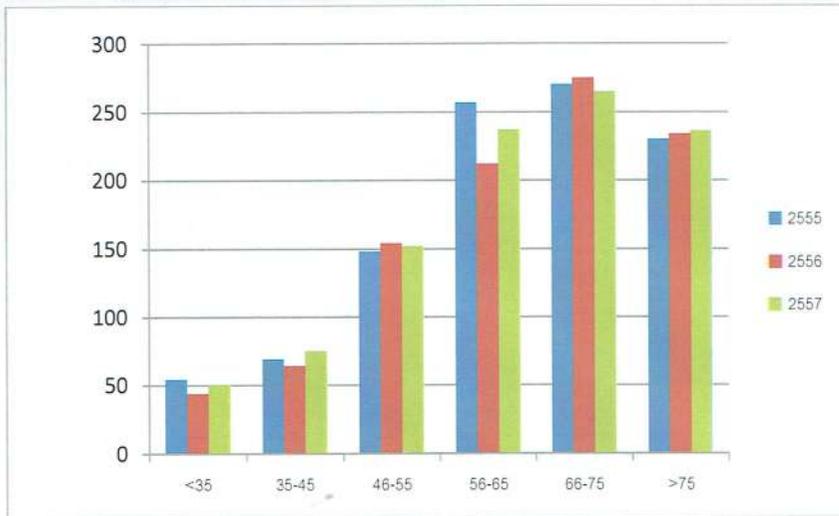
ผลการศึกษารายที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	52.3
หญิง	42	47.7
อายุ (ปี)		
< 40	36	40.9
40-49	30	34.1
50-59	9	10.2
>60	13	14.8
$\bar{X} = 45.66$ S.D. = 11.861		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	44	50
มัธยมศึกษา	22	25
อนุปริญญา	8	9.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	13.6
อื่นๆ	5	2.3
อาชีพ		
เกษตรกร	31	35.2
รับจ้าง	21	23.9
แม่บ้าน	14	15.9
ค้าขาย	9	10.2
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	9
อื่นๆ	2	2.3
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	29	33.0
ไม่สูบ	59	67.0
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	41	46.6
ไม่ดื่ม	47	53.4

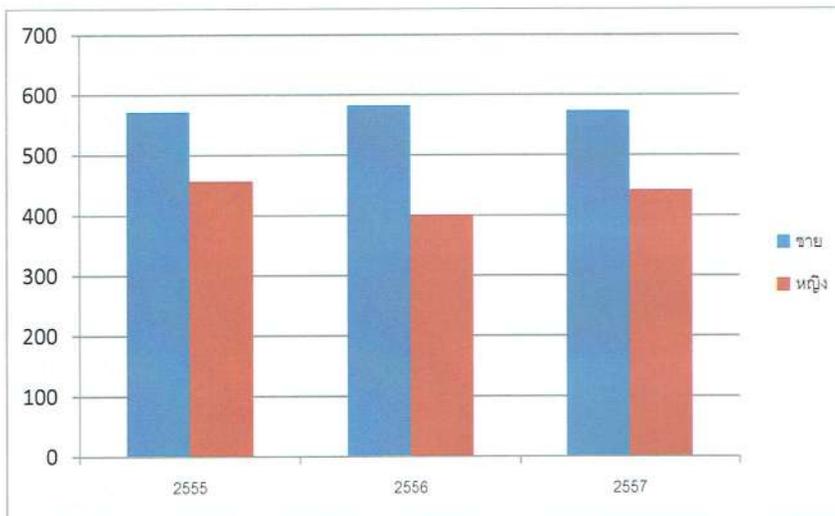
ผลการศึกษารายที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว		
มี	32	36.4
ไม่มี	56	63.6
- มีความดัน/เบาหวาน	9	10.2
- ภาวะขาดอาหาร	5	5.7
- โรคหัวใจ	4	4.5
- ภูมิแพ้	4	4.5
- หอบหืด	2	2.3
- โลหิตจาง	2	2.3
- โรคผิวหนัง	1	1.1
- ปวดศีรษะ	1	1.1
การได้รับข้อมูลข่าวสาร		
ได้รับ*	20	22.7
- โทรทัศน์	10	11.4
- อิเล็กทรอนิกส์	6	6.8
- บกต่อ	2	2.3
- วิทยุ	1	1.1
*ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ		

ภาพที่ 1 แสดงกลุ่มอายุต่างๆที่มีอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการตรวจจับค่าhs Troponin T



ภาพที่ 2 แสดงจำนวนประชากรชายและหญิงที่มีอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเข้ารับการวินิจฉัยรักษาโรคในปี 2555 2556 และปี 2557



วิจารณ์และสรุปผลการทดลอง

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มประชากรในพื้นที่จังหวัดนครพนม และเพื่ออธิบายคุณลักษณะประชากร และผลการตรวจในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มประชากรในพื้นที่ จ.นครพนม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลนครพนม โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 88 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลประวัติส่วนตัวซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2558 - 30 เมษายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.3 อายุมากสุดมากกว่า 84 ปี และอายุน้อยสุดคือ น้อยกว่า 40 ปี อายุเฉลี่ยที่เข้ามารับการรักษาคือ 45 ปีและพบว่าช่วงอายุ <40 ปี มีจำนวนที่เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 35.2 มีประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยร้อยละ 33 และ 53.4 โดยพบว่าประวัติการดื่มแอลกอฮอล์บ่อยๆและบางครั้งพบได้ร้อยละ 12.5 และ 31.8 ตามลำดับ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบอุบัติการณ์การเกิดโรคในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง และในปี 2557 พบผู้ป่วยรายใหม่อายุน้อยที่มีอาการเข้าข่ายโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอีกทั้งยังพบอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงในเพศชายและจากการศึกษาพบว่า เพศชายอายุน้อยที่สุดมีอายุ 19 ปีและเพศหญิงมีอายุ 29ปีที่ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคกลุ่มเสี่ยงมาก่อนและในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพบว่ามี ผู้ป่วยเพศชายอายุสูงสุด 106 ปี เพศหญิงอายุสูงสุด 93 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยการติดตามการรักษาโดยวัดระดับ hs Troponin Tอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นมีอาการแสดงจนถึงสิ้นสุดการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณพิชัย ทองธราดล นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลนครพนมที่ช่วยให้การดำเนินการศึกษาเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเกิดประโยชน์อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ZafariAM,Yang EM. Myocardial infraction. Retrieved. April,28.2011, form <http://emedicine.medscape.com/article155919-overview#a0156>
2. [www.pr focus.co.th/newfocus detail](http://www.prfocus.co.th/newfocusdetail)
3. นโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 10 ลำดับผู้ป่วยตายปี 2552 - 2553 ค้นเมื่อ 28 เมษายน 2555จาก[http://bps.moph.go/th/index.php?mod:bps&doc=50](http://bps.moph.go.th/index.php?mod:bps&doc=50)
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ:Principle of geriatric medicine. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2542
5. Defoe WD ,Huston P.Current trends in cardiac rehabilitation.Canod Med Assoc J 1997;156:527-32.
6. [WWW.SI.mahidol.ac.th/th/manual/project/Document/T/TroponinT%20\(TnT\)](http://WWW.SI.mahidol.ac.th/th/manual/project/Document/T/TroponinT%20(TnT))
7. ขวนพิศ ทำนอง.ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.
8. ทิพมาศ ชินวงศ์ และช่อลัดดา พันธุเสนาการศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาลเรื่องการรับรู้การเจ็บหน้าอก

9. ปราณีย์ ทุ้ไพเราะ;ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.วารสารพยาบาลศาสตร์.2538. (online) .www.thailis.or.th. 20 ธค. 2553 เก็บถาวร. 2551.digital_collection.lib.buu.ac.th/dcms/files/54910042/charpter2.pdf. เรียบเรียงโดย นพ.ชัยอนันต์ ชัยยามานนท์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
10. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. การสาธารณสุขไทย2548-2550 ,2551 (online) <http://www.hiso.or.th/hiso/HEALTHREPORT/report/2005-> https://thth.facebook.com/permalink.php?story_fbid=279454495512699&id=264011650390317&stream
11. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CADGuideline.pdf 3



การประเมินผลการรักษาและควบคุมฟันกรามน้ำนมผุด้วยวิธี SMART
 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาล อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม
 Evaluation of Caries Treatment and Control in Primary Molars
 by SMART Technique in Child Care Center and Kindergarten,
 Thatphanom District, Nakhonphanom Province

นฤพนธ์ อังอุบลชัย *, สิริกันยา สิงห์ศรี **

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ*, นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ**

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

บทคัดย่อ

SMART หรือ Simplified Modified Atraumatic Restorative Treatment คือเทคนิคการบูรณะฟันโดยกำจัดเนื้อฟันผุออกโดยสูญเสียเนื้อฟันน้อยที่สุด ใช้เครื่องมืออุปกรณ์น้อยชิ้น ไม่ใช้เครื่องกรอฟัน ทำการบูรณะโพรงฟันด้วยวัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ ซึ่งมีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบเพื่อยับยั้งการลุกลามของฟันผุและส่งเสริมการคืนกลับแร่ธาตุของเนื้อฟัน ใช้รักษาและป้องกันฟันผุในฟันน้ำนม การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรักษาและควบคุมฟันผุด้วยวิธี SMART กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลในเขตอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องรวม 6 แห่ง จำนวน 122 คน 227 ซี่ ประเมินความรู้สึกพึงพอใจ ความเจ็บปวด และความกลัวของเด็กภายหลังการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART สิ้นสุดในวันนั้นแล้ว หลังการบูรณะฟัน 3 เดือน ทันตแพทย์ตรวจประเมินการผุเพิ่มภายหลังการบูรณะฟัน การคงอยู่ของวัสดุ ตำแหน่งบริเวณรอยต่อระหว่างฟันกับวัสดุอุด การสึกของวัสดุ การเปลี่ยนสีของวัสดุ ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในระหว่างกันยายน 2558 ถึง ธันวาคม 2558 จากการศึกษาพบว่า ไม่มีรอยผุเพิ่มภายหลังการบูรณะ ร้อยละ 97.36 มีอัตราการคงอยู่ของวัสดุ ร้อยละ 96.92 ไม่มีตำแหน่งบริเวณรอยต่อของฟันกับวัสดุอุด ร้อยละ 96.03 ไม่มี การสึกของวัสดุ ร้อยละ 96.48 ไม่มีการเปลี่ยนสีของวัสดุอุด ร้อยละ 99.55 และเด็กมีความพึงพอใจ ร้อยละ 85.25 ไม่รู้ สึกกลัวขณะอุดฟัน ร้อยละ 80.33 ไม่รู้สึกเจ็บขณะอุดฟัน ร้อยละ 84.43 โดยสรุปจากผลการติดตามที่ 3 เดือนพบว่า ผลการประเมินทุกรายการเป็นที่น่าพอใจ สามารถนำวิธีการรักษาและควบคุมฟันน้ำนมผุด้วยวิธี SMART นี้ไปใช้ในพื้นที่เพิ่ม มากยิ่งขึ้น

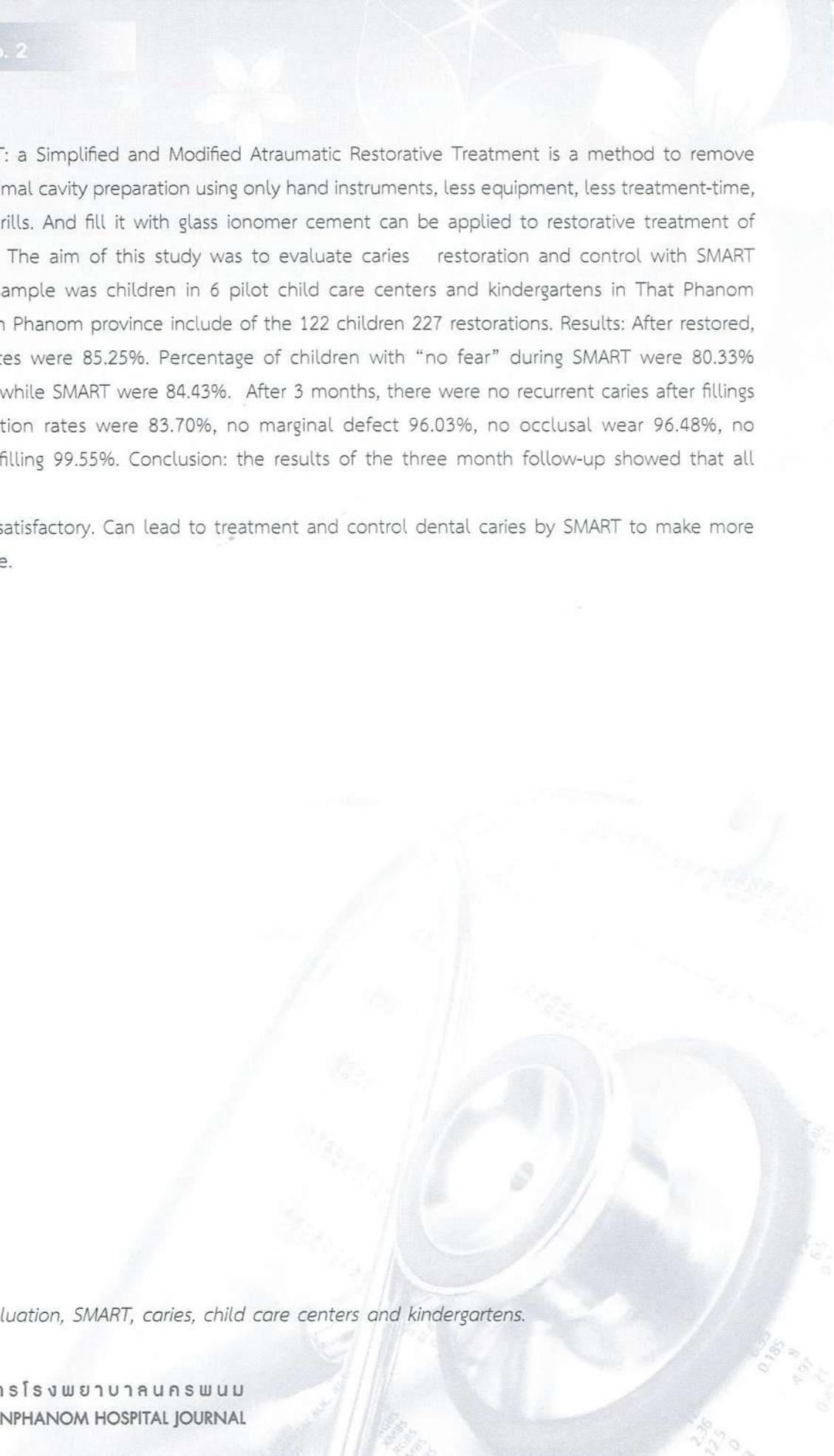
คำสำคัญ : ประเมินผล, บูรณะฟันด้วยวิธี SMART, ฟันผุ, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาล

ABSTRACT

SMART: a Simplified and Modified Atraumatic Restorative Treatment is a method to remove caries and minimal cavity preparation using only hand instruments, less equipment, less treatment-time, no powered drills. And fill it with glass ionomer cement can be applied to restorative treatment of primary teeth. The aim of this study was to evaluate caries restoration and control with SMART technic. The sample was children in 6 pilot child care centers and kindergartens in That Phanom district, Nakhon Phanom province include of the 122 children 227 restorations. Results: After restored, satisfaction rates were 85.25%. Percentage of children with "no fear" during SMART were 80.33% and "no pain" while SMART were 84.43%. After 3 months, there were no recurrent caries after fillings 97.36%, retention rates were 83.70%, no marginal defect 96.03%, no occlusal wear 96.48%, no discolored of filling 99.55%. Conclusion: the results of the three month follow-up showed that all criteria

were satisfactory. Can lead to treatment and control dental caries by SMART to make more widespread use.

Keywords: evaluation, SMART, caries, child care centers and kindergartens.



บทนำ

จากผลการสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กกลุ่มปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล อำเภอหาดพนม ปี 2556 พบว่าเด็กมีโรคฟันผุ ร้อยละ 54.63 มีฟันผุที่ได้รับการรักษาโดยการบูรณะฟัน ร้อยละ 2.12¹ ปี 2557 เด็กมีฟันผุสูงขึ้นเป็นร้อยละ 56.36 แต่ได้รับการรักษาโดยบูรณะฟันเพียง ร้อยละ 1.99² จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่าเด็กมีสถานะฟันผุเกินครึ่งหนึ่งแต่ได้รับการรักษาน้อยมาก เด็กที่เป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนมที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก จะทำให้โรคลุกลามอย่างรวดเร็ว ผู้สึกถึงโพรงประสาทฟันจะก่อให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อที่รากฟัน น้ำนมอาจส่งผลต่อพัฒนาการของฟันแท้ด้วย สุดท้ายต้องได้รับการถอนฟันไปก่อนกำหนด เกิดปัญหาการบดเคี้ยว ส่งผลต่อการเจริญของขากรรไกรและการขึ้นของฟันแท้และมีผลต่อน้ำหนักและการเจริญเติบโตของเด็ก บุคลิกภาพขาดความมั่นใจในตัวเอง และเด็กเล็กที่มีฟันน้ำนมผุมีความเสี่ยงสูงต่อการผุของฟันถาวรในอนาคต³ อีกปัญหาหนึ่งก็คือการทำฟันในเด็กเล็กเป็นเรื่องที่ยาก เด็กส่วนใหญ่มีความอดทนต่อการทำฟันน้อย และกลัวการทำฟันโดยเฉพาะในการมาทำฟันครั้งแรก ผู้ปกครองจึงมีความลำบากในการแนะนำเด็กให้มารับบริการ จึงพบว่ามีอัตราการพาไปรับบริการที่ต่ำมาก SMART หรือ Simplified Modified Atraumatic Restoration Treatment⁴ ซึ่งได้รับการประยุกต์มาจาก ART (Atraumatic Restorative Treatment) 5-9 เป็นเทคนิคการบูรณะฟันที่คิดค้นเพื่อใช้ในการบูรณะฟัน ในกรณีที่ไม่สามารถจัดบริการรักษาแบบปกติได้ และทันตบุคลากรไม่ต้องได้รับการฝึกฝนมากนัก เป็นการให้บริการทันตกรรมเชิงรุก สามารถดำเนินการในชุมชนได้ โดยที่ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่ทันสมัย ใช้เครื่องมือน้อยชิ้น เทคนิคนี้ได้มีการพัฒนาวัสดุทางทันตกรรมที่ชื่อว่า กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (Glass ionomer cement) ที่มีคุณสมบัติที่ดีมีการปลดปล่อยฟลูออไรด์ในปริมาณที่สูง ซึ่งฟลูออไรด์ที่ปลดปล่อยออกมามีคุณสมบัติในการต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย เพิ่มการคืนกลับของแร่ธาตุ มีความสำคัญต่อการควบคุมการเกิดฟันผุหรือป้องกันการเกิดฟันผุซ้ำอีกทั้งมีคุณสมบัติยึดติดกับเนื้อฟัน (chemical bond) ได้ดีเพื่อแก้ปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในเด็กที่มีฟันผุให้ได้รับการรักษามากยิ่งขึ้น ลดการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควรของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และลดการสะสมเชื้อแบคทีเรียที่ส่งผลให้ฟันกรามถาวรผุในช่วงวัยเรียน โดยคำนึงถึงคุณประโยชน์ของวิธีการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART ซึ่งขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาไม่นาน เด็กไม่มีการเจ็บหรือเสียฟัน เด็กไม่ต้องขาดเรียน ผู้ปกครองไม่ต้องเสียเวลาพาเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาล ในเดือนกันยายน 2558 กลุ่มงานทันตกรรม รพ.สมเด็จพระยุพราชหาดพนม จึงนำวิธีการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART นำร่องในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาลที่มีความพร้อมด้านงบประมาณ โดยองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณเป็นค่าวัสดุในการบูรณะฟัน รวมทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอุ่มเหมา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มเหมา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโสภณเมฆ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลหาดพนมหมู่ที่ 2 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลหาดพนมหมู่ที่ 5 และอนุบาลหาดพนม

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการรักษาและป้องกันฟันกรามน้ำนมผุ และประเมินความพึงพอใจ ความรู้สึกไม่เจ็บ ไม่กลัวของเด็กต่อการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART นำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาขยายระบบการจัดบริการรักษาและป้องกันโรคฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาลอื่นๆ ต่อไป

วิธีการดำเนินการศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กที่มีฟันผุที่เรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาล ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุ่มเหมา จำนวน 3 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหาดพนม จำนวน 3 แห่ง รวมทั้งหมด 6 แห่ง ในเขตอำเภอหาดพนม จังหวัดนครพนม จำนวนเด็กทั้งหมด 187 คน ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. เด็กที่มีฟันปริกรมาน้ำนมผุ ไม่เคยมีประวัติปวดหรือบวม ไม่มีฝีหนอง หรือตุ่มหนอง มีรอยผุเป็นโพรง (Frank open cavity) เล็กหรือใหญ่ ตื้นหรือลึกแต่ไม่ทะลุโพรงประสาทฟัน จำนวน 1 ด้านขึ้นไป

2. เด็กที่ศึกษาอยู่จนถึงวันที่ได้รับการประเมินหลังการบูรณะฟัน 3 เดือน

3. เด็กให้ความร่วมมือในการบูรณะฟัน

4. ผู้ปกครองยินยอมให้เด็กที่อยู่ในการปกครอง และมีการลงนามเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก มีจำนวน 130 คน ซึ่งใกล้เคียงกับขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จาก

$$\text{สูตร } n = \frac{Nz^2P(1-P)}{Ne^2+z^2P(1-P)}$$

ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (ค่า z มีค่าเท่ากับ 1.96) โดย N คือ จำนวนเด็กที่มีฟันผุที่เรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาลทั้ง 6 แห่ง มีค่าเท่ากับ 222 คน P คือ อัตราการเกิดฟันผุของฟันน้ำนมของเด็กที่เรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาล โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพช่องปากปี 2557 พบเด็กมีฟันผุร้อยละ 56.36 ดังนั้น P มีค่าเท่ากับ 0.56 e คือค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 (ค่า e มีค่าเท่ากับ 0.05) หลังได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรแล้วคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่ออาสาสมัครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล จะได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณทั้งหมด 138 คน

กลุ่มตัวอย่างได้รับวิธีการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART ซึ่งทำโดยทันตภิบาล 2 คนซึ่งผ่านการอบรมการบูรณะฟันแบบ SMART ด้วยการใช้เครื่องมือพื้นฐานที่ใช้มือ (Hand Instrument) ในการกำจัดรอยโรคฟันผุ ร่วมกับการใช้กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ โดยมีขั้นตอนวางก้อนสำลีไว้ข้างแก้ม เพื่อกันน้ำลาย ใช้ช้อนตักฟันผุ (spoon excavator) กำจัดเนื้อฟันที่ผุที่บริเวณรอยต่อระหว่างเคลือบฟันและเนื้อฟัน (DEJ) ด้วยวิธีการกำจัดรอยโรคฟันผุเพียงบางส่วนเท่านั้น ทำความสะอาดที่ฟันของรูฟันผุด้วยสำลีชุบน้ำและตามด้วยสำลีแห้ง ถ้างูฟันผุทั้งหมดด้วยสำลีชุบ dentine conditioner (Riva® Conditioner ,SDI, Australia) นาน

10 วินาที แล้วเช็ดด้วยสำลีชุบน้ำและสำลีแห้ง ผสมกลาสไอโอโนเมอร์แคปซูล (Riva® self-cured fast set capsule ,SDI, Australia) 10 วินาที แล้วใช้ปืนฉีด (applicator) ฉีดเข้าในรูฟันผุที่เตรียมไว้ให้เต็ม ใช้นิ้วที่ทาด้วยวาสลีนบางๆ กดลงบนกลาสไอโอโนเมอร์แล้วรูดออกด้านข้างใช้เครื่องมือชุดแต่ง (carver) ชุดแต่งกลาสไอโอโนเมอร์ส่วนเกินและแต่งรูปให้เรียบร้อย ให้กัดฟันหรือให้ชากรรไกรคู่สบกระທប់กันโดยใช้กระดาษสีสองหน้าและแต่งจุดสูงด้วยเครื่องมือชุดแต่ง ทาวาสลีนเคลือบกลาสไอโอโนเมอร์ที่อุดแต่งเพื่อกันไม่ให้กลาสไอโอโนเมอร์โดนน้ำหรือน้ำลาย โดยขั้นตอนต่างๆ ทำโดยไม่ใช้ยาชาเฉพาะที่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการบูรณะฟันเสร็จ เก็บข้อมูลในแบบประเมินความรู้สึกในเด็ก¹¹ มีข้อความ 3 ข้อ ได้แก่ ความพึงพอใจ ความรู้สึกกลัว และความรู้สึกเจ็บ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยทันตแพทย์สัมภาษณ์เด็กโดยตรง ภายหลังการบูรณะฟัน³ เดือน ทันตแพทย์เป็นผู้ตรวจประเมินผลการบูรณะฟัน โดยบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจฟัน ตามแบบบันทึกการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART ของ รศ.ทพ.ประทีป พันธุมวณิช¹² ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ -สกุล เพศ วัน เดือน ปีเกิด อายุ ชั้น น้ำหนัก ส่วนสูง ที่อยู่ สภาวะโรคฟันผุ และสภาวะในช่องปาก พฤติกรรมที่พบในวันสำรวจ ความต้องการบริการทันตกรรม การให้บริการอุดฟัน การประเมินผล และรหัสการประเมิน

นิยามศัพท์

การบูรณะฟันวิธี SMART หมายถึง วิธีการอุดฟัน โดยไร้ความเจ็บปวดแบบประยุกต์อย่างง่าย (Simplified Modified Atraumatic Restorative Treatment) เป็นการบูรณะฟันน้ำนมในเด็กเล็กที่ถูกทำลายจากการผุให้สามารถกลับมาใช้งานได้ โดยการใช้ช้อน (Spoon excavator) ตักเอาเนื้อฟันที่ผุออกบางส่วนโดยไม่ต้องใช้เครื่องกรอฟัน และทำความสะอาดโพรงฟัน จากนั้นจึงเติมวัสดุอุดฟันประเภทกลาสไอโอโนเมอร์ (GIC) ซึ่งสามารถปลดปล่อยฟลูออไรด์ได้ลงไปในโพรงฟันเพื่อยับยั้งการลุกลามของฟันผุและส่งเสริม

การคืนกลับแร่ธาตุของเนื้อฟัน ใช้รักษาและควบคุมโรคฟันผุ ในฟันน้ำนม โดยได้ประยุกต์มาจาก ART (Atraumatic Restorative Treatment) ซึ่งทำในฟันกรามแท้ของเด็ก ประถม โดยใช้ซ็อนตักเนื้อฟันที่นํ้ามออกให้หมด

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาล หมายถึง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาล ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้อมเหมา และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ราชพนม ที่เริ่มดำเนินโครงการนำร่องจำนวน 6 แห่ง

ฟันผุ หมายถึง ฟันกรามน้ำนมซี่ที่ 1 และซี่ที่ 2 ของด้านบนขวา บนซ้าย ล่างขวา ล่างซ้ายที่ผุถึงแค่ระดับเคลือบฟันถึงเนื้อฟัน ยังไม่ทะลุประสาทฟัน ไม่เคยปวด ไม่เคยบวม ไม่มีตุ่มหนอง ไม่มีพยาธิสภาพใด ๆ

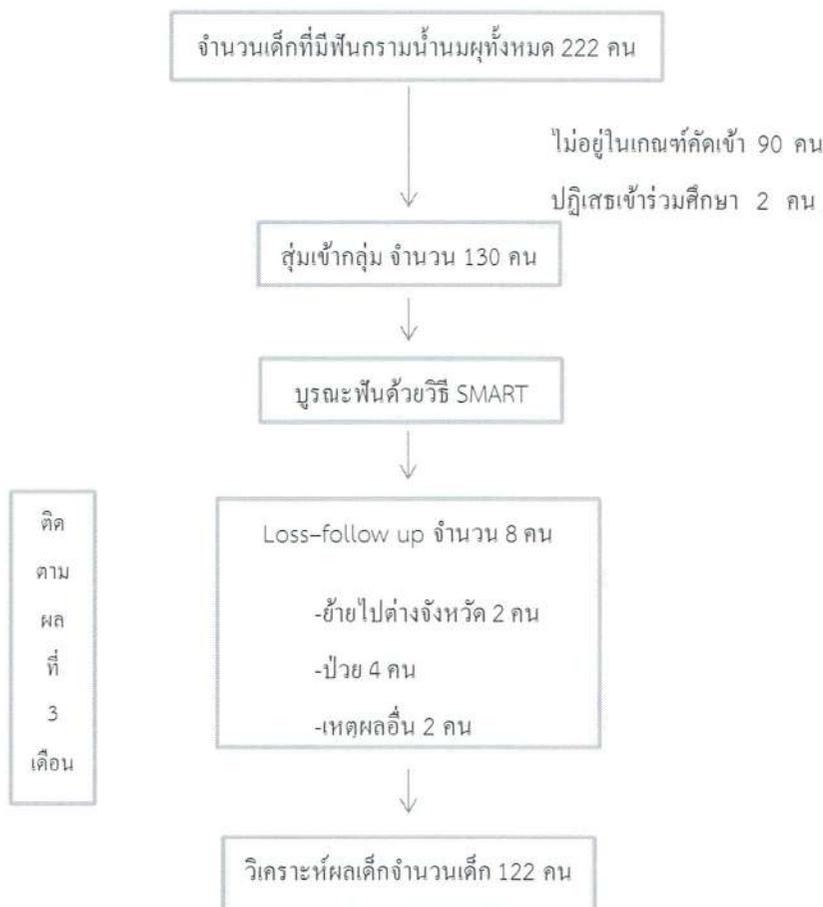
การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาทางด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย นครพนม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จำนวนเด็กที่เข้าร่วมวิจัยจำนวน 130 คน มีจำนวนเด็กที่ได้รับการประเมินการบูรณะฟันแบบ SMART Technique 122 คน 227 ซี่ เป็นชาย 68 คน (ร้อยละ 55.73) หญิง 54 คน (ร้อยละ 44.26) อายุเฉลี่ย 4.2 ปี (SD=1.0) มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถติดตามได้ที่ระยะเวลา 3 เดือนจำนวน 8 คน (ร้อยละ 6.15) ในช่วงที่ทำการตรวจเนื่องจากป่วย 4 คน และไม่มาเรียนด้วยเหตุผลอื่น 2 คน ออกจากการศึกษาเนื่องจากต้องย้ายติดตามผู้ปกครองไปอยู่ต่างจังหวัด 2 คน ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แผนผังการศึกษาที่ระยะเวลา 3 เดือน

2. สภาพรอยโรคฟันผุและสภาพวัสดุบูรณะฟัน

ไม่พบว่ามีเด็กที่มีอาการปวดฟันหรือมีตุ่มหนองเกิดขึ้นหลังการบูรณะฟัน ไม่มีรอยผุเพิ่มภายหลังการบูรณะ ร้อยละ 97.35 อัตราการคงอยู่ของวัสดุ เท่ากับร้อยละ 96.92 ไม่มีตำหนิบริเวณรอยต่อของฟันกับวัสดุ ร้อยละ 96.03 วัสดุอุดไม่มีการสึก ร้อยละ 96.47 วัสดุไม่เปลี่ยนสี ร้อยละ 99.55 ดังตารางที่ 1

3. ความรู้สึกของเด็กต่อการบูรณะฟัน

มีความพึงพอใจ (ชอบ) ต่อการบูรณะฟัน ร้อยละ 85.25 ไม่รู้สึกกลัวขณะบูรณะฟัน ร้อยละ 80.33 และไม่รู้สึกรู้สึกเจ็บขณะบูรณะฟัน ร้อยละ 84.43 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 สภาพรอยโรคฟันผุและวัสดุอุดฟันด้วยวิธี SMART

รายการประเมิน	จำนวนฟัน (ซี่)	ร้อยละ
1. การผุเพิ่มภายหลังการบูรณะ		
ไม่มีรอยผุเพิ่มใดใด (ดี)	221	97.36
มีลักษณะรอยโรคฟันผุในระยะเริ่ม แต่ไม่มีรูผุ (ยอมรับได้)	5	2.20
มีรูผุตามขอบวัสดุอุด (เสีย)	1	0.44
2. การคงอยู่ของวัสดุ		
วัสดุอุดอยู่เต็มรูปปกติ (ดี)	220	96.92
วัสดุหลุดหรือสลายเล็กน้อย (ยอมรับได้)	5	2.20
วัสดุแตก หลุด ออกไปเกือบหมดหรือหมด (เสีย)	2	0.88
3. ตำหนิบริเวณรอยต่อของฟันกับวัสดุ		
ขอบรอยต่อของวัสดุอุดปกติ (ดี)	218	96.03
ขอบวัสดุต่ำกว่าฟัน <0.5 มม. (ยอมรับได้)	7	3.08
ขอบวัสดุอุดต่ำกว่าฟัน > 0.5 มม.(เสีย)	2	0.88
4. การสึกของวัสดุ		
ไม่มีการสึกของวัสดุอุด (ดี)	219	96.48
วัสดุอุดสึกบางส่วนแต่ไม่เปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของฟัน (ยอมรับได้)	6	2.64
วัสดุอุดสึกมาก (เสีย)	2	0.88
5. วัสดุไม่เปลี่ยนสี		
ไม่มีการเปลี่ยนสีของวัสดุอุด (ดี)	226	99.55
วัสดุเปลี่ยนสีเล็กน้อย สีดำน (ยอมรับได้)	1	0.45
วัสดุอุดสีเหลือง สีเข้ม (เสีย)	0	0
จำนวนฟันทั้งหมดที่ได้รับการประเมินหลังการบูรณะ 3 เดือน	227	100

ตารางที่ 2 ความรู้สึกของเด็กที่ได้รับการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART

รายการประเมิน	จำนวนฟัน (ซี่)	ร้อยละ
ความพึงพอใจ		
พึงพอใจ	104	85.25
ไม่พึงพอใจ	18	14.75
ความรู้สึกกลัว		
กลัว	24	19.67
ไม่กลัว	98	80.33
ความรู้สึกเจ็บ		
เจ็บ	19	15.57
ไม่เจ็บ	103	84.43

อภิปรายผล

จากการติดตามประเมินรอยโรคฟันผุและสภาพวัสดุอุด ที่ 3 เดือน พบอัตราความสำเร็จของการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART มีค่าที่น่าพอใจคือ เกินร้อยละ 90 ทุกหัวข้อการประเมิน โดยอัตราการเกิดรอยโรคฟันผุซ้ำที่ค่อนข้างต่ำ แสดงว่าการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART สามารถนำมาแก้ไขปัญหารอยโรคฟันผุได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรวิทย์ สกุลไทย และคณะ¹⁰ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการควบคุมฟันผุ (Caries Control) วิธี Atraumatic Restoration Technique (ART) Technique ในฟันกรามน้ำนม เพื่อเป็นการแก้ปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอายุ 3-5 ปี ในเขตอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่าการบูรณะฟันแบบรอยผุด้านเดียว (Class I) หลังจากการบูรณะเป็นเวลา 3 เดือน อัตราความสำเร็จของการบูรณะฟันแบบ Class I คิดเป็นร้อยละ 92.70 และสอดคล้องกับการศึกษาของ E.C.M. Lo and C.J. Holmgren⁸ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการบูรณะฟันแบบ ART วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อใช้วิธีการบูรณะฟันเด็กก่อนวัยเรียนในภาคใต้ของจีนในสภาพแวดล้อมของโรงเรียนอนุบาล โดยใช้กลาสไอโอโนเมอร์ (GIC) ผลการศึกษาพบว่า อัตราการคงอยู่ของวัสดุที่อุดด้านบดเคี้ยว 1 ด้าน (Class I) เป็นร้อยละ 91 และการศึกษาของอารยา พงษ์หาญยุทธและคณะ¹³ ก็พบว่าภายหลังจากการบูรณะด้วยวัสดุ

กลาสไอโอโนเมอร์ เป็นเวลา 1 ปี อัตราความสำเร็จของการบูรณะฟันด้วยการตักเนื้อฟันผุออกบางส่วน เป็นร้อยละ 83 ซึ่งนับว่ามีค่าสูงเป็นที่ยอมรับได้ดีแม้ระยะเวลาหลังการบูรณะฟันจะผ่านไปนานถึง 1 ปี ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการบูรณะฟันแบบ SMART โดยตรงนั้นยังไม่สามารถเทียบเทียบผลการศึกษาได้เนื่องจากยังมีรายงานการศึกษาน้อย เนื่องจากการบูรณะฟันวิธีนี้เพิ่งจะมีผู้คิดค้นเมื่อปี 2556 โดย รศ.ทพ.ประทีป พันธุมวนิช ซึ่งประยุกต์มาจากการบูรณะฟันแบบ ART (Atraumatic Restorative Treatment) ได้นำมาเผยแพร่ทางวารสารหมอชาวบ้าน¹²และอบรมเชิงปฏิบัติการที่จังหวัดมุกดาหารเมื่อปี 2557 จากการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นผลการศึกษาที่ควรนำไปขยายผลในการแก้ปัญหาต่อไป

ผลการประเมินความพึงพอใจ ความกลัว และความรู้สึกเจ็บ ของเด็กเล็กต่อการบูรณะฟัน มีค่าเกินร้อยละ 80 ทุกหัวข้อการประเมิน หมายถึงเด็กส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART เป็นไปในทาง บวก แสดงว่าการบูรณะฟันแบบนี้สามารถลดความเจ็บ ความกลัวของเด็กต่อการบูรณะฟันได้ในระดับหนึ่ง เนื่องมาจากไม่มีการกรอฟันจึงไม่มีเสียงดังของเครื่องกรอฟัน และไม่มีการเจ็บหรือเสียวขณะกรอฟัน ไม่ต้องการฉีดยาชา เด็กจึงไม่เกิดความเจ็บปวดจากการถูกฉีดยาชา นอกจากนี้การบูรณะฟันด้วยวิธี SMART นี้กระทำในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล เด็กจะ

ให้ความร่วมมือได้ดีกว่าในโรงพยาบาล เพราะมีเพื่อน ครู ผู้ปกครอง และมีบรรยากาศที่คุ้นเคย เด็กไม่ค่อยวิตกกังวล ถึงแม้จะเป็นการทำฟันครั้งแรก จึงอาจกล่าวได้ว่าการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART เป็นการบูรณะฟันที่เป็นมิตรกับเด็ก (Patients' friendly) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ M. C. M. Schriks and W. E. Van Amerongen¹⁴ ได้ศึกษาในหัวข้อเรื่อง มุมมองการบูรณะฟันแบบไร้ความเจ็บปวดแก่กุมารเวชศาสตร์ในการรักษาด้วยเครื่องกรอฟันและไม่ใช้เครื่องกรอฟัน การศึกษานี้พบว่า เด็กที่ได้รับการบูรณะฟันแบบไม่ใช้เครื่องกรอฟัน มีประสบการณ์ความรู้สึกไม่สบายน้อยกว่าเด็กที่ได้รับการบูรณะฟันแบบใช้เครื่องกรอฟัน สอดคล้องกับการศึกษาของ E.C.M. Lo and C.J. Holmgren⁸ ที่ศึกษาพบว่า เด็ก 93% ไม่รู้สึกเจ็บปวดในระหว่างการรักษา และ 86% มีความเต็มใจที่จะได้รับการบูรณะฟันแบบ ART อีกครั้ง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mickenautsch S, Frencken JE, van't HM⁹ ที่ได้ศึกษาเรื่อง การบูรณะฟันแบบ ART กับความวิตกกังวลที่แผนกทันตกรรมผู้ป่วยนอกในแอฟริกาใต้ พบว่า ทั้งค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัว และค่าเฉลี่ยคะแนนความกังวลของเด็กกลุ่มที่อุดด้วยวิธีไม่กรอฟันต่ำกว่ากลุ่มเด็กที่กรอฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าคะแนนความวิตกกังวลทางทันตกรรมทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ที่ได้รับการบูรณะฟันด้วยวิธี ART ลดลงกว่าผู้ที่ได้รับการบูรณะฟันแบบกรอ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

เนื่องจากผลการประเมินประสิทธิผลเป็นที่น่าพอใจ ควรสนับสนุนให้นำวิธีการรักษาและควบคุมฟันน้ำนมด้วยวิธี SMART ไปใช้ในพื้นที่เพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยในด้านงบประมาณส่วนวัสดุที่ใช้ในการบูรณะ ให้ รพ.สต. เสนอโครงการของงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเทศบาลตำบลที่เป็นต้นสังกัดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล ส่วนอัตราค่าจ้างให้ขอสนับสนุนทีมทันตบุคลากรจาก รพ.สต. ใกล้เคียง หรือโรงพยาบาลชุมชนออกไปร่วมดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรติดตามประเมินผลในระยะยาวได้แก่ ระยะเวลา 6 หรือ 12 เดือน เพื่อดูสภาพวัสดุอุดฟัน ตลอดจนผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตและสุขภาพ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง สุขภาพช่องปาก สุขภาพร่างกายทั่วไป ของเด็กต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ทพญ.อารยา พงษ์หาญยุทธ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหาบทความให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณครูพี่เลี้ยงและครูอนุบาล ทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอ้อมเหมา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลอ้อมเหมา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโสกแก้ว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลธาตุพนมหมู่ที่ 2 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลธาตุพนมหมู่ที่ 5 และอนุบาลธาตุพนม เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมทุกท่าน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้ความช่วยเหลือทุกอย่างและอำนวยความสะดวกต่างๆ ทำให้ การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. รายงานประจำปี 2556. เอกสารอัดสำเนา. 2556.
2. กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. รายงานประจำปี 2556. เอกสารอัดสำเนา. 2557.
3. Peretz B, Ram D, Azo E, Efrat Y. Preschool caries as an indicator of future caries: a longitudinal study. *Pediatr Dent*. 2003; 25:114-8.
4. Ghloami hamed. Simplified and Modified Atraumatic Restorative Treatment (SMART) [cite 2016 Aug 2]. Available from: <http://www.slideshare.net/hamedgholami104/simplified-and-modified-atraumatic-restorative-treatment>.

5. Carvalho TS, Ribeiro TR, Bönecker M, Pinheiro EC, Colares V. The atraumatic restorative treatment approach: an “atraumatic” alternative. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14(12): 668 - 73.
6. Smales RJ, Yip H-K. The atraumatic restorative treatment (ART) approach for primary teeth: review of literature. *American Academy of pediatric Dentistry* 2000:294- 296.
7. Phantumvanit P, Songpaisan Y, Pilot T, Frencken JE. Atraumatic Restorative Treatment (ART): a Three-year Community Field Trial in Thailand—Survival of One-surface Restorations in the Permanent Dentition. *J Public Health Dent*. 1996; 56(3):135-40.
8. Lo ECM, Holmgren CJ. Provision of atraumatic restorative treatment (ART) restorations to Chinese pre-school children– a 30-month evaluation. *Int J Paediatr Dent*. 2001; 11: 3–10.
9. Mickenautsch S, Frencken JE, van’t HM. Atraumatic restorative treatment and dental anxiety in outpatients attending public oral health clinics in South Africa. *J Public Health Dent*. 2007 Summer;67(3):179-84.
10. วรวิทย์ สกุศลไทย และคณะ. การศึกษาประสิทธิภาพของการควบคุมฟันผุ (Caries Control) วิธี Atraumatic Restoration Technique (ART) Technique ในฟันกรามน้ำนม เพื่อเป็นการแก้ปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอายุ 3-5 ปีในเขตอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง.[ออนไลน์] 8 เมษายน 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2559] เข้าถึงได้จาก [http://www.phapayomhospital.com/CQI/ Re_%20ART.pdf](http://www.phapayomhospital.com/CQI/Re_%20ART.pdf)
11. Nishidha Tiwari, Shilpi Tiwari, Ruchi Thakur, Nikita Agrawal, N. D. Shashikiran, Shilpy Singla. Evaluation of treatment related fear using a newly developed fear scale for children: “Fear assessment picture scale” and its association with physiological response. *Contemp Clin Dent*. 2015 Jul-Sep; 6(3): 327–331.
12. ทพ.ประทีป พันธุมวนิช. “สุขภาพช่องปาก : การอุดฟันคุณภาพแบบสมาร์ตๆ ที่ไม่เจ็บปวด” หมอชาวบ้าน. 35,418(2557) : 52-53
13. Phonghanyudh A, Phantumvanit P, Songpaisan Y, Petersen PE. Clinical evaluation of three caries removal approaches in primary teeth: a randomised controlled trial. *Community Dent Health*. 2012 Jun; 29(2):173-8.
14. Schriks MC, Van Amerongen WE. Atraumatic perspectives of ART: psychological and physiological aspects of treatment with and without rotary instruments. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 ;31(1):15-20.

ตะแกรงขูดไส้ Radivac drain เคลื่อนที่

นางสาวสารินี สกฤษสุข
นางชุตีมา นันนิงค์
นายเรืองฤทธิ์ ผาสุก

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนครพนม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนครพนม
ช่างเหล็ก 2 โรงพยาบาลนครพนม

ที่มาของโครงการ

ปัจจุบัน โรงพยาบาลนครพนม มีผู้เข้ารับการรักษาจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่เข้ารับการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดไส้เหล็กตามกระดูก การผ่าตัดขา และการผ่าตัดเต้านม เป็นต้น ซึ่งการผ่าตัดในโรงพยาบาลนครพนม มีการผ่าตัดที่หลากหลายและมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาเพิ่มขึ้น และมีการรักษาที่แตกต่างกันไป และแต่ละสาขามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จำเป็นต้องใช้ท่อระบาย (Redivac Drain) หลังผ่าตัดเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินตามแผนการรักษาของแพทย์ และนอกจากนั้นการใช้ท่อระบาย (Redivac Drain) (เขมาสินี วรรณเสน,2552) เป็นการพยาบาลบรรเทาอาการปวดแผล ดูแลให้มีการระบายโดยไม่ให้มีการหักพับ งอ ของท่อระบาย ดูแลให้ระบบเป็นสุญญากาศอยู่เสมอการระบายที่ไม่สะดวกอาจทำให้เกิดเลือดคั่งค้างได้ และนอกจากนั้นผู้คิดนวัตกรรมยังเห็นปัญหาจากการใส่ท่อระบาย (Redivac Drain) เช่น สายเลื่อนหลุดขณะเคลื่อนย้าย และลิ่มเปิดท่อระบาย เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นสาเหตุทำให้เลือดไม่ไหลตามแผนการรักษาของแพทย์ และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ดังนั้น ผู้คิดนวัตกรรมจึงเห็นความสำคัญจากการใช้ท่อระบาย (Redivac Drain) หลังผ่าตัดและให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่จำเป็นจากการใช้ท่อระบาย (Redivac Drain) ผู้คิดนวัตกรรมจึงคิดนวัตกรรมตะแกรงใส่ขูด Radivac Drain เคลื่อนที่ ขึ้นมาเพื่อใช้ใส่ขูดระบายเลือด (Redivac Drain) หลังผ่าตัดและประเมินภาวะการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัดที่ออกจากตัวผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน รวมไปถึงเพื่อให้สะดวกจากการสังเกตอาการหลังผ่าตัดและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยจากการใส่ท่อระบาย (Redivac Drain) ผู้คิดนวัตกรรมหวังเป็นอย่างยิ่งว่านวัตกรรมนี้จะช่วยพัฒนาหน่วยงานนี้ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

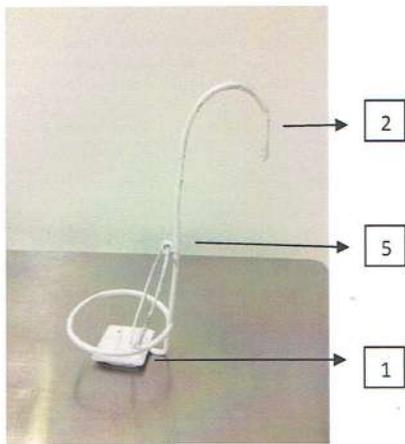
1. เพื่อให้สะดวกจากการสังเกตอาการหลังผ่าตัด
2. เพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากการใส่ท่อระบาย (Redivac Drain)
3. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใส่ท่อระบาย (Redivac Drain) หลังผ่าตัดได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

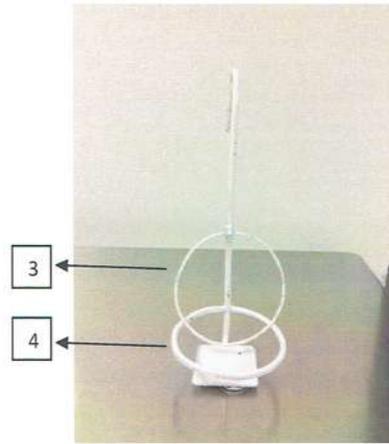
เตรียมอุปกรณ์

1. แผ่นเหล็กหนา 2 มิลลิเมตร ขนาด กว้าง 5 เซนติเมตร ยาว 5 เซนติเมตร
2. เหล็กเส้น 3 หุน ขนาด ยาว 45 เซนติเมตร
3. เส้นลวด 2 มิลลิเมตร ขนาด ยาว 30 เซนติเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 10 เซนติเมตร
4. เหล็กเส้น 3 หุน ขนาด ยาว 28 เซนติเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 9 เซนติเมตร
5. น็อตเบอร์ 12 จำนวน 1 ตัว

รายละเอียดตั้งรูปภาพ



รูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 2

วิธีการใช้งาน

1. นำเหล็กเส้น 3 หุน ขนาด ยาว 45 เซนติเมตร มาดัดส่วนปลายยาว 5 เซนติเมตรโค้ง 90 องศา ส่วนล่างดัดเป็นรูปตัว s โค้ง 8 เซนติเมตร

2. นำเส้นลวด 2 มิลลิเมตร ขนาด ยาว 30 เซนติเมตร มาดัดเป็นวงกลม เส้นผ่าศูนย์กลาง 10 เซนติเมตร ต่อเข้ากับ น็อตเบอร์ 12 จำนวน 1 ตัว เพื่อปรับระดับให้เหมาะสมกับ ขนาดขวดระบาย (Redivac Drain) และห่างจากเหล็กเส้น 3 หุน ขนาด ยาว 28 เซนติเมตร ที่ดัดเป็นวงกลม สูง 7.5 เซนติเมตร

3. นำเหล็กเส้น 3 หุน ขนาด ยาว 28 เซนติเมตร มาดัดเป็นวงกลม เส้นผ่าศูนย์กลาง 9 เซนติเมตร สูงห่างจาก ฐานล่าง 3 เซนติเมตร

4. นำแผ่นเหล็กหนา 2 มิลลิเมตร ขนาด กว้าง 5 เซนติเมตร ยาว 5 เซนติเมตร เป็นฐานรองขวดระบาย (Redivac Drain)



รูปภาพประกอบวิธีการใช้งาน

งบประมาณ ไม่มี

ปัญหาและอุปสรรค ไม่พบปัญหาและอุปสรรค

ตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการและผลลัพธ์

ตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย (Target)	ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้
1. สะดวกจากการสังเกตอาการหลังผ่าตัด	100 %	100 %
2. สะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากการใส่ท่อระบาย (Redivac Drain)	100 % (ในผู้ป่วยกรณีศึกษา)	100 % (ในผู้ป่วยกรณีศึกษา)
3. ปลอดภัยจากการใส่ท่อระบาย (Redivacrain) หลังผ่าตัดได้	100 % (ในผู้ป่วยกรณีศึกษา)	100 % (ในผู้ป่วยกรณีศึกษา)

รูปภาพเปรียบเทียบก่อนทำและหลังทำตะแกรงขูดใส่ Radivac drian เคลื่อนที่



ก่อนทำ



หลังทำ

เอกสารอ้างอิง

เขมาสินี วรรณเสน. ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ตำแหน่งประเภททั่วไป.โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์;2552.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนมจัดทำขึ้นเพื่อ วัตถุประสงค์ที่จะเป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ในด้านต่างๆ ไปสู่บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย หรือดูแลตนเอง ได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

ประเภทของบทความ

1. บทบรรณาธิการ (Editorial) เป็นบทความสั้นๆ ที่บรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรเขียนแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่างๆ
2. บทความทบทวนความรู้ (Topic review) คือบทความที่มีลักษณะการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ อย่างสมบูรณ์ในเรื่องนั้น ควรเป็นเรื่องที่พบบ่อย มีผลต่อการดูแลรักษาหรือเป็นเรื่องที่กำลังอยู่ในความสนใจในขณะนั้น เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น
3. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) คืองานวิจัยของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอื่นๆ จัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ในงานวิจัยนั้น
4. รายงานคนไข้ที่น่าสนใจ (Interesting case) คือรายงานผู้ป่วยที่มีความน่าสนใจในด้านต่างๆ ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยพบบ่อย หรือผู้ป่วยที่พบบ่อยแต่มีความน่าสนใจ เพื่อที่จะให้ผู้อ่านได้เห็นตัวอย่างและนำไปปรับปรุงการดูแลคนไข้ให้ดียิ่งขึ้น
5. นวัตกรรม คือผลงานหรือวิธีการที่คิดค้นขึ้นใหม่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ให้การดูแลคนไข้ รวดเร็ว และมีคุณภาพมากขึ้น
6. เกร็ดความรู้ คือความรู้ด้านต่างๆ อาจไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์โดยตรง แต่เป็นเรื่องที่น่าสนใจในขณะนั้น เพื่อที่จะทำให้ผู้อ่านได้รับรู้เหตุการณ์สำคัญๆ ในช่วงเวลานั้น
7. กิจกรรมการประชุมวิชาการ ทั้งที่จัดขึ้นโดยโรงพยาบาลนครพนม หรือจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก
8. บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ ที่กองบรรณาธิการเห็นว่าควรนำมาเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์แต่บุคคล

โดยรวม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม microsoft word คอลัมน์เดียว พิมพ์ชิดด้านซ้าย ในกระดาษขาว ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) เหลือขอบกระดาษแต่ละด้าน 1 นิ้ว พิมพ์หน้าเดียว ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 นิ้ว จำนวนไม่เกิน 10 หน้า
2. หน้าแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (บางกรณีอาจใช้รูปถ่ายร่วมด้วย) เบอร์โทรติดต่อ, E.mail
3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานและควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด เว้นแต่ไม่มีคำแปลภาษาไทย ให้ใช้ภาษาอังกฤษได้
4. รูปภาพและตาราง ให้พิมพ์แทรกในบทความ โดยเขียนหัวเรื่องกำกับไว้เสมอ
5. บรรณานุกรมใช้ตามระบบ Vancouver's International Committee of Medical Journal
6. ส่งต้นฉบับ 1 ชุด พร้อมเขียนข้อมูลลง CD 1 แผ่น ส่งไปยังงานศึกษาอบรม โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000 โทร. (042) 521349, (042) 511422 หรือ 511424 ต่อ 1016 โทรสาร (042) 521349 E-mail : training 1016 @hotmail.com

ตัวอย่างการเขียนบรรณานุกรม

1. วารสารทั่วไป

ชื่อผู้เขียนบทความ. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; ปีที่(ฉบับที่): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
 พูลสุข จันทรโคตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สมาคมพยาบาลฯ
 สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556; 31(3): 186-194.
 Leelarasamee A. AIDS control: who is missing. J Infect Dis Antimicrob Agents 1996
 Sep-Dec; 13Z3): 123-5

2. หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.
 ประเสริฐ ทองเจริญ. เอดส์: กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัย; 2531.
 Lane NE. AIDS allergy and rheumatology. Totowa(NJ): Humana Press; 1997.

3. จากอินเทอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง[ออนไลน์]ปีพิมพ์[cited วันเดือนปีที่อ้าง]. Available from: URL
 ครรชิต มาลัยวงศ์. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการจัดการมาตรฐานไอซีที. [ออนไลน์]10 มีนาคม 2546.
 [อ้างเมื่อ 6 กรกฎาคม 2550] จาก http://www.drkanchit.com/ictstandard/ict_content/introict.pdf.
 Gordon CH, Simmons P, Wynn G. Plagiarism: what it is, and how to avoid it
 [online] 2001 [cited 2001 Jul 24]. Available from: <http://www.zoology.ubc.ca/bpg/plagiarism.htm>

เงื่อนไขในการลงตีพิมพ์

1. เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ
3. บทความที่นำมาตีพิมพ์ลงใน “วารสารโรงพยาบาลนครพนม” ไว้แล้ว ถ้ามีความประสงค์จะนำไปตีพิมพ์ที่อื่นต้องผ่านความเห็นชอบของเจ้าของบทความ และกองบรรณาธิการก่อน