



# วารสารโรงพยาบาลนครพนม

## NAKHONPHANOM HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2557

Volume 1 No. 2 May – August 2014

วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป			
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม			
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.สมคิด สุริยเลิศ			
	พญ.เพ็ญรักษ์ ร่วมเจริญ	รศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า		
	ภก.ศศ.ดร.แสวง วัชรธนาภิก	ภญ.ศศ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์		
	รศ.ดร.สมจิตร์ แดนมศรีแก้ว	รศ.ดร.มาริสา ไกรฤกษ์		
	ดร.อัญชลี เจตะภัย	อ.นพ.ศุภกานต์ เดชะพงศธร		
	อ.นพ.ณัฐพล สันตระกูล	นายबारเมษฐ์ ภิราล้า		
	นางศิริลักษณ์ ใจช่วง			
บรรณาธิการ	นพ.พงศ์ธร วงศ์สุวรรณ			
รองบรรณาธิการ	พญ.สุรธินีย์ คุณกุลวัฒนา			
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางรามย์ สุธรรณ			
กองบรรณาธิการ	พญ.นัทยา ก้องเกียรติกมล	นพ.ทศพล นุดะรังค์		
	พญ.นทวรรณ หุ่นพยนต์	นพ.ณรงค์ศักดิ์ ราชภักดี		
	ทพ.พัชรินทร์ เรืองมงคลเลิศ	ภก.วิชิต เหล่าวัฒนาदार		
	นางสาวสุดใจ ศรีสงค์	นางสาวอรรรจจิมา ศรีชนม์		
	นายพิชัย ทองธราดล			
คณะทำงาน	นายเวชสิทธิ์ เหมะธูลิน	นางสาววรรณภรณ์ ยืนนาน		
	นางสาวเดือนฉาย จำปานา	นางวิไล ฤทธิธาดา		
	นางสาวศิลปะกร อาจวิชัย	นางพรสวรรค์ สาหล้า		
กำหนดออก	ราย 4 เดือน เดือนมกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม			
ส่งต้นฉบับที่	นางรามย์ สุธรรณ			
	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครพนม 270 ด.อภิบาลปัญญา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000 โทรศัพท์0-4251-1422 ต่อ 1016			
	โทรสาร 0-4252-1349 E-mail Training1016@hotmail.com			
พิมพ์ที่	บริษัท นครหลังเลนส์ จำกัด เลขที่ 327/9 ด.เพ็ญนคร ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000			

# บรรณาธิการแถลง

**สวัสดิ์ศิริ** หลังจากวารสารโรงพยาบาลนครพนม ฉบับที่ 1 ปีที่ 1 ตีพิมพ์และถูกแจกจ่ายไปตามโรงพยาบาลจังหวัดทั่วประเทศ โรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทั่วทั้งจังหวัดนครพนม หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลนครพนม รวมทั้งหน่วยงานนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข มีกระแสตอบรับที่ดียิ่ง ทำให้วารสารโรงพยาบาลนครพนมฉบับนี้มี บุคคลทั้งภายในโรงพยาบาลนครพนม และจังหวัดใกล้เคียงขอร่วมลงพิมพ์เป็นจำนวนมากหลายบทความ ทำวารสารฉบับนี้มีความหลากหลายในด้านเนื้อหา และข้อคิดเห็นต่างๆจากบุคคลภายนอกมากมาย

ทำให้วารสารโรงพยาบาลนครพนมฉบับนี้มีความน่าสนใจ น่าติดตามอ่านทุกบทความ

นายแพทย์พงศ์ธร วงศ์สุวรรณค์

บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลโรงพยาบาลนครพนม

# สารบัญ

## Original Article

การศึกษาเปรียบเทียบวิธีระงับความรู้สึกเทคนิค Inhalation Anesthesia ด้วย Sevoflurane และ Total Intravenous Anesthesia ด้วย Propofol ต่อภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดก่อนเข้ามในโรงพยาบาลนครพนม	1
<b>ปัทมารรณ พงศ์พิศ</b>	
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก โรงพยาบาลนครพนม	8
<b>เพ็ญจรี แสนสุริวงค์</b>	
การพัฒนาบุคลากรบรรยากาศองค์กรและสมรรถนะหลักของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม	18
<b>เบญจรัตน์ พ่อชมภู</b>	
ผลของการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมกับการรักษาวัณโรคแบบมีพีเคเอ็ม	26
<b>อภิชาติ สุวรรณโส</b>	
ผลลัพธ์ของคลินิกโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร	34
<b>วาสนา ลิ้มประเสริฐ</b>	
การเปรียบเทียบการบริจาคเลือดของโรงพยาบาลหนองคาย ในปี พ.ศ.2556	43
<b>อภิสามารถ คล่องชัยน</b>	
ผลการวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลนครพนม	49
<b>วิจิต เหล่าวัฒนถาวร และคณะ</b>	
เปรียบเทียบประสิทธิผลของยา Domperidone และยาประสะน้ำมันในการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมมารดาแรกคลอด	55
<b>สุจิตรา ขาแซน</b>	
ประสิทธิผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยกระดูกหัก ดึงอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	65
โรงพยาบาลนครพนม	
<b>จันทร์จิรัฐธ์ เสือทอง</b>	

---

## Topic review

Necrotizing Fasciitis	72
<b>นทวรรณ หุ่นพยนต์</b>	

---

## นานาสาระ

อุบัติเหตุจากรถกับผู้ป่วยโรคชัก	76
<b>สมศักดิ์ เทียมเก่า, สนิ่นาฏ พรานบุญ</b>	
สาธารณสุขสามัคคี ทำคุณความดีเพื่อประเทศไทย	84
<b>อรรจจิมา ศรีชนม์</b>	

## Original article

การศึกษาเปรียบเทียบวิธีระงับความรู้สึกเทคนิค Inhalation Anesthesia  
ด้วย Sevoflurane และ Total Intravenous Anesthesia ด้วย  
Propofol ต่อภาวะคลื่นไส้อาเจียน หลังการผ่าตัดก้อนเต้านม  
ในโรงพยาบาลนครพนม

Comparison the effect of inhalation anesthesia with sevoflurane  
to total intravenous anesthesia with Propofol on postoperative  
nausea and vomiting after breast mass surgery in  
Nakhonphanom hospital.

ปัทมวรรณ พงศ์พิศ พบ.,ว. วิสัญญี\*

Pongpit Pattamawan M.D \*

\*Division of anesthesiology, Nakhonphanom hospital

### Abstract

Postoperative nausea and vomiting (PONV) is one of the most frequent complications after general anesthesia in the patient who underwent breast mass surgery. The optimal strategy to prevent PONV remains unclear. This study is double-blinded randomized controlled trial to compare PONV of two anesthesia techniques; inhalation anesthesia with sevoflurane and total intravenous anesthesia with propofol after breast mass surgery in Nakhonphanom hospital.

Method: Eighty four patients ASA physical status I – II who undergoing elective breast mass surgery were randomly allocated to receive either inhalation anesthesia with sevoflurane (IA group) and total intravenous anesthesia with propofol (TIVA group).

Result: Patients in TIVA group had lower incidence of PONV compared to those in IA group (26.2% vs 38.1%). The cost of anesthesia was significantly lower in TIVA group than IA group (2,666 ฿ vs 2,072 ฿). Sevoflurane was fixed cost at 450 baht per hour.

Conclusion: Total intravenous anesthesia with propofol reduced the incidence of PONV compared to inhalation anesthesia with sevoflurane.

*Keywords: postoperative nausea and vomiting, PONV, total intravenous anesthesia, propofol, sevoflurane*

ภาวะคลื่นไส้อาเจียน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัดและให้ระงับความรู้สึก ทั้งระยะในห้องพักฟื้นและในห้องผู้ป่วย อุบัติการณ์โดยเฉลี่ยพบประมาณร้อยละ 20 - 30<sup>1</sup> และอาจพบสูงถึงร้อยละ 70 ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง<sup>2</sup> ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการผ่าตัดและระงับความรู้สึก<sup>3</sup> มีการวิจัยเพื่อศึกษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ เพศหญิง ไม่สูบบุหรี่ มีประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด หรือประวัติโรค motion sickness และมีการใช้ยาาระงับปวดกลุ่ม opioid หลังการผ่าตัด<sup>4-7</sup> ปัจจุบันการระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค Total Intravenous Anesthesia (TIVA) พบว่านอกจากช่วยลดปัญหาการตกค้างของยาดมสลบชนิดไอระเหยในห้องผ่าตัดแล้ว ยังช่วยลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดอีกด้วย<sup>8-11</sup> กลุ่มงานวิสัญญีวิทยาโรงพยาบาลนครพนมซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้การบริการระงับความรู้สึกโดยเฉลี่ยปีละ 6,891 ราย เป็นการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) เฉลี่ยปีละ 4,958 ราย ผลการทบทวนภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปพบว่าการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งในสามอันดับแรก ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สบาย ทำให้ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการทางวิสัญญีวิทยาน้อยลงและพบบ่อย ร้อยละ 18.4, 12.6, 9.8, 4.2 ภายหลังการผ่าตัดเต้านม การผ่าตัดทางนรีเวช การผ่าตัดบริเวณช่องท้องและการผ่าตัดหูดอกจุกตามลำดับ ทางกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษา เพื่อวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการระงับความรู้สึกโดยใช้เทคนิค inhalation anesthesia และเทคนิค total intravenous anesthesia (TIVA) ต่ออัตราการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดก่อนในเต้านม

## วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาแบบ double - blinded randomized controlled trial ในผู้ป่วยจำนวน 84 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดก่อนในเต้านมในโรงพยาบาลนครพนมและได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไป ASA status I - II ภายหลังการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการศึกษาแล้ว ผู้ป่วยให้การยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ผู้ป่วยที่มีประวัติ motion sickness หรือเคยมีประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีประวัติหรือคาดว่าจะมีปัญหาในการใส่ท่อช่วยหายใจยาก มีภาวะอ้วนดัชนีมวลกายมากกว่า 30 หรือเสี่ยงต่อการสำลักน้ำย่อยหรือเศษอาหารเข้าปอด ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคตับ โรคไตและผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการระงับความรู้สึกโดยนำสลบด้วย propofol 1 - 2 มก./กก. ระหว่างการระงับความรู้สึกใช้ fentanyl เป็นยาาระงับปวดจากนั้นจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่มหยิบของที่ใส่รหัสการศึกษาไว้คือ

1. กลุ่ม IA ซึ่งจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้วิธีการระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค inhalation with mask ventilation โดยใช้ Sevoflurane, nitrous oxide และ oxygen
2. กลุ่ม TIVA ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้วิธีการระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค total intravenous anesthesia โดยใช้ propofol

ทั้งนี้การปรับระดับความเข้มข้นของยาดมสลบ ไอระเหย sevoflurane (กลุ่ม IA ) ปริมาณ propofol (กลุ่ม TIVA) และปริมาณ fentanyl เป็นไปตามดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายระหว่างการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการเฝ้าระวังโดยการวัดความดันโลหิต คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซีพจร pulse oximetry หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายได้รับยา ondansetron 4 มก. ทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด และได้รับการดูแลในห้องพักฟื้นตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยในห้องพักฟื้นในการคิดค่าใช้จ่าย ปริมาณยาดมสลบ ไอระเหย sevoflurane ทางโรงพยาบาลนครพนมคิดเหมาจ่าย 450 บาท/ชั่วโมง และปริมาณ propofol ที่ใช้ คิดราคาเป็น 110 บาท/12 มล. วิสัญญีพยาบาลที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ

กับการระงับความรู้สึกเป็นผู้ประเมินภาวะคลื่นไส้อาเจียน หลังการผ่าตัด ทั้งในห้องผ่าตัดและภายใน 24 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด โดยแบ่งระดับภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดออกเป็น ดังนี้

ภาวะคลื่นไส้ N (no) = ไม่คลื่นไส้  
Y (yes) = มีคลื่นไส้  
ภาวะอาเจียน N (no) = ไม่อาเจียน  
M (mild) = มีอาเจียน 1-2 ครั้ง

โดยไม่ต้องใช้ยารักษา

S (severe) = มีการอาเจียน  $\geq 3$  ครั้ง หรือต้องใช้ยารักษา และถือว่าหากผู้ป่วยมีภาวะคลื่นไส้ และมีการอาเจียน  $\geq 3$  หรือต้องใช้ยาในการรักษา มีความสำคัญทางคลินิกการวิเคราะห์ทางสถิติ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน หลังการผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (ร้อยละ 60) และอุบัติการณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ total intravenous anesthesia (ร้อยละ 30) โดยมีอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ( $\beta = 0.2$ ) และยอมรับค่า  $\alpha = 0.05$  คิดเป็นผู้ป่วย 42 คนต่อกลุ่มข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ น้ำหนักดัชนีมวล

กาย (BMI) ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด ระยะเวลาของการระงับความรู้สึก ปริมาณ fentanyl ที่ใช้ระดับของความพึงพอใจ หลังการระงับความรู้สึกโดยใช้ ระดับคะแนน 0 - 10 รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการระงับความรู้สึกทั้งหมด แสดงเป็นค่าเฉลี่ย และทดสอบความแตกต่าง ของข้อมูลด้วย Wilcoxon-Mann-Whitney test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายตัวไม่ปกติ หรือใช้ student t test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายตัวเป็นปกติใช้ Fisher's exact test หรือ Chi-square test เพื่อทดสอบความแตกต่างของอัตราการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ เมื่อ  $P < 0.05$

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาทั้งหมด 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 42 คน ในแต่ละกลุ่มมีอายุ ดัชนีมวลกายระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการระงับความรู้สึก ปริมาณ fentanyl ที่ใช้และความพึงพอใจในการบริการวิสัญญีโดยเฉลี่ยไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า กลุ่ม IA มีค่าบริการโดยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่ม TIVA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P=0.037$  ดังตารางที่ 1 (Table 1)

**Table 1** Demographic and operative data

	IA (N = 42)	TIVA (N = 42)	P value
Age (yrs)	37.43	39.45	0.903
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21.37	21.13	0.747
Anesthetic time (min)	51.67	54.64	0.388
Operative time (min)	44.10	46.36	0.466
Satisfaction (0 - 10)	7.86 $\pm$ 0.814	8.00 $\pm$ 0.826	0.780
Fentanyl (microgram)	67.26	71.43	0.491
Cost (baht)	2,699.76	2,067.62	0.037*

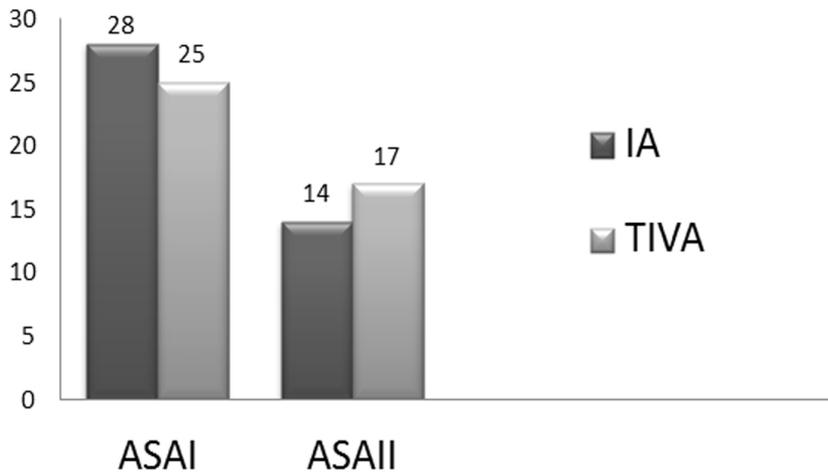
ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด พบว่ากลุ่ม TIVA เกิดน้อยกว่าทั้งในห้องพักฟื้นและภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 (Table 2)

**Table 2** Incidence of PONV at recovery room and ward

	IA (N = 42)	TIVA (N = 42)	P value
PONV - Recovery room	3 (7.14%)	0	0.241
- Ward	14 (33.66%)	11 (26.19%)	0.634
Total*	16 (38.10%)	11 (26.19%)	0.350

\* มีผู้ป่วย 1 รายเกิด PONV ทั้งภายในห้องพักฟื้น และหอผู้ป่วย

จำนวนผู้ป่วยแยกตาม ASA status และชนิดของการระงับความรู้สึก ดังภาพที่ 1



## การวิจารณ์

ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพบได้บ่อยและมีความสำคัญทางคลินิก อุบัติการณ์โดยเฉลี่ยพบประมาณร้อยละ 20 - 30<sup>1</sup> และอาจพบสูงถึงร้อยละ 70 ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง<sup>2</sup> การศึกษานี้พบอุบัติการณ์ร้อยละ 38.1 ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค inhalation anesthesia ด้วยยาดมสลบไอะระเหย sevoflurane และร้อยละ 26.2 ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบTIVA ด้วย propofol และ fentanyl ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด โดย Apfel score แล้วพบว่า มี 3 ปัจจัยเสี่ยงเท่ากันคือ เพศหญิง ไม่ได้สูบบุหรี่ และหลังผ่าตัดใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioid โดยไม่ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่เคยเกิด PONV หรือมีประวัติ motion sickness ร่วมด้วย กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 3 ปัจจัยมีรายงานพบอุบัติการณ์ภาวะ PONV ได้ประมาณร้อยละ 60 และหากมีการใช้ยาเพื่อป้องกันภาวะ PONV อาจลดได้ประมาณร้อยละ 30 ผลการศึกษานี้พบอัตราการเกิดภาวะ PONV ในกลุ่ม TIVA ด้วย propofol และ fentanyl คือร้อยละ 26.2 ต่ำกว่ากลุ่มที่ระงับความรู้สึกด้วย sevoflurane และ nitrous oxide ที่พบร้อยละ 38.1 ถึงแม้ว่า ในกลุ่ม TIVA จะมีปริมาณการใช้ fentanyl สูงกว่ากลุ่ม sevoflurane ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Visser K และคณะ<sup>12</sup> ที่พบว่า propofol-TIVA ช่วยลดภาวะ PONV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด การระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค TIVA นอกจากช่วยลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดแล้วพบว่ายังช่วยลดระดับของ proinflammatory cytokines (TNF-alpha IL - 6)<sup>13</sup> ซึ่งจะช่วยลดการตอบสนองต่อการอักเสบได้ดีกว่า เมื่อเทียบกับการระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค inhalation หากเปรียบเทียบชนิดของ opioid ที่ใช้ในเทคนิคTIVA แล้ว พบว่าการใช้ remifentanyl - propofol จะมีอุบัติการณ์ของ PONV ต่ำกว่าการใช้ fentanyl -propofol<sup>7-9, 14</sup> สำหรับการศึกษาี้ เลือกใช้ fentanyl เพราะ เป็น opioid กลุ่ม short acting ตัวเดียวที่มีใช้ในโรงพยาบาลนครพนม เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายโดยรวมจากการระงับความรู้สึกพบว่ากลุ่ม TIVA มีค่าใช้จ่ายในการบริการระงับความรู้สึกต่ำกว่ากลุ่ม sevoflurane ซึ่งแตกต่าง

จากการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Visser K และคณะ<sup>11</sup> รวมทั้ง Ozkose Z และคณะ<sup>15</sup> ที่สรุปว่าค่าใช้จ่ายของ TIVA สูงกว่า inhalation ปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่าง อาจเป็นเพราะราคาของ propofol ซึ่งถูกลงเนื่องจาก มีการแข่งขันทางการตลาดค่อนข้างสูงในปัจจุบัน จึงส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในกลุ่ม TIVA ซึ่งใช้ propofol เป็นหลัก มีค่าบริการการระงับความรู้สึกต่ำกว่าการศึกษาอื่นๆ ซึ่งทำในช่วงแรกๆ ด้วยการพิจารณาเลือกใช้ยาเพื่อป้องกันภาวะPONV พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการใช้ dexamethasone, droperidol และ ondansetron<sup>16,17</sup> และยังมีการศึกษาของ Wang TF และคณะ<sup>18</sup> พบว่าการให้ยา haloperidol 1 มก. ทางหลอดเลือดดำ มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากการให้ ondansetron 4 มก. ทางหลอดเลือดดำ จากการศึกษาี้พบว่ากรลดลงของภาวะ PONV ในห้องพักฟื้นอาจเกิดจากการใช้ propofol เป็นยานาสลบ และได้รับการป้องกันโดยการใช้ยาondansetron 4 มก. ทางหลอดเลือดดำก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความเสี่ยงเท่ากัน ข้อจำกัดของการศึกษานี้ประการแรกคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดเพียง 3 ปัจจัย คือ เพศหญิงเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และหลังการผ่าตัดใช้ยาแก้ปวด opioid สำหรับการระงับปวด ซึ่งไม่ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมากคือมีภาวะ motion sickness และผู้ที่มีประวัติมีภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดร่วมด้วยเนื่องจาก ต้องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้เท่ากันในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ข้อจำกัดประการที่สองคือ การคิดค่าใช้จ่ายอัตราค่าบริการในกลุ่ม SEVO เป็นลักษณะเหมารวมไม่ได้พิจารณา ร้อยละของความเข้มข้นของยาดมสลบชนิดไอระเหยที่ใช้จริงๆ รวมทั้งปริมาณของ nitrous oxide ที่ใช้ร่วมด้วย ภาวะ PONV เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัดและระงับความรู้สึก การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด PONV เป็นสิ่งสำคัญซึ่งการใช้ Apfel score เป็นวิธีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PONV ที่ง่ายและทำได้เร็ว ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยมีหลายปัจจัยเสี่ยงควรใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อป้องกันและลดภาวะ PONV

## สรุป

การระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค TIVA โดยใช้ propofol และ fentanyl มีแนวโน้มช่วยลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด เมื่อเทียบกับเทคนิค inhalation anesthesia โดยใช้ sevoflurane และ fentanyl ในการผ่าตัดก่อนเด็นม

## บรรณานุกรม

- Cohen MM, Duncan PG, De Boer DP, Tweed WA. The postoperative interview : assessing risk factors for nausea and vomiting. *Anesth Analg.* 1994; 78(1): 7-16.
- Apfel CC, Laasa E, Koivusanta M, Greim CA, Rocwer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusion from cross-validations between two centers. *Anesthesiology.* 1999; 91(3): 693-70.
- Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM. Patients satisfaction after anesthesia and surgery : results of prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anesth.* 2000; 84(1): 6-11.
- Habib AS, Gan TJ. Evidence-based management of postoperative nausea and vomiting: a review. *Can J Anesth.* 2004; 51(4): 326-41.
- Gan TJ. Risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg.* 2006; 102(6): 1884-98.
- Apfel CC ,Kranke P, Piper S, Rusch D ,Kerger H, Steinfath M, et al. Nausea and vomiting in the Postoperative phase. Expert and evidence-based recommendations for prophylaxis and therapy. *Anaesthesist.* 2007; 56(11): 1170-80.
- Apfel CC, Rocwer N. Postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesist.* 2004; 53(4): 377-89.
- Rafferty S, Sherry E. Total intravenous anesthesia with propofol and alfentanil protects against postoperative nausea and vomiting. *Can J Anesth.* 1992; 39(1): 37-40.
- Juckenhofel S, Fcisel C, Schmitt HJ, Biedler A. TIVA with propofol-remifentanil or balanced anesthesia with sevoflurane-fentanyl in laparoscopic operations, hemodynamics, awakening and adverse effects. *Anaesthesist.* 1999; 48(11): 807-12.
- Dershwitz M, Michalowski P, Chang Y, Rosow CE, Conly LA. Postoperative nausea and vomiting after total intravenous anesthesia with propofol and remifentanil or alfentanil : How important is the opioids ?. *J Clin Anesth.* 2002; 14 : 275-8.
- Paech MJ, Lee BH, Evans SF. The effect of anaesthetic technique on postoperative nausea and vomiting after day-case gynecological laparoscopy. *Anaesth Intensive Care.* 2002; 30(2): 153-9.
- Visser K, Hassink EA, Bonsel GJ, Moen J, Kalkman CJ. Randomized controlled trial of total intravenous anesthesia with propofol versus inhalation anesthesia with isoflurane- nitrous oxide: postoperative nausea and vomiting and economic analysis. *Anesthesiology.* 2001; 95(3):616-26.
- Ke JJ, Zhan J, fens XB, Wu Y, Rao Y, Wang YL. A comparison of the effect of total intravenous anesthesia with propofol and remifentanil and inhalation anaesthesia with isoflurane on the release of pro-and anti-inflammatory cytokines in patients undergoing open cholecystectomy. *Anaesth Intensive care.* 2008; 36(1): 74-8.

14. Rama-Maceiras P, Ferreisa TA, Molins N, Sanduende Y, Bautista AP, Rey T. Less postoperative nausea and vomiting after propofol+remifentanil versus propofol+fentanyl anaesthesia during plastic surgery. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2005; 49(3): 305-11.
15. Ozkose Z, Ercan B, Unal Y, Yasdim S, Kaymaz M, Dogulu F, et al. Inhalation versus total intravenous anesthesia for lumbar disc herniation ;comparison of hemodynamic effect, recovery characteristics, and cost. *J Neurosurg Anesthesiol.* 2001; 13(4): 296-302.
16. White H, Black RJ, Jones M, Mar Fan GC. Randomized comparison of two anti-emetic-strategics in high-risk patients undergoing daycase gynecological surgery. *Br J Anaesth.* 2007;98(3): 616-26.
17. Gupta A. Evidence- based medicine in day surgery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2007; 20(6): 520-5.
18. Wang TF, Liu YH, Chu CC, Shich JP, Tzeng JI, Wang JJ. Low-dose haloperidol prevents post operative nausea and vomiting after ambulatory laparoscopic surgery. *Acta Anaesthesiol Scand.*2008; 52(2): 280-4.

# การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก โรงพยาบาลนครพนม

เพ็ญจรี แสนสุริวงศ์ พยม.\*\*

Penjuree seansuriwong, Master of Science in Nursing

ทีมนำทางคลินิก กุมารเวชกรรม \*\*\*

PCT of Pediatric Nakhonphanom hospital

## บทคัดย่อ

เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กของโรงพยาบาลนครพนม หลังการพัฒนาระเบียบปฏิบัติในแต่ละหน่วยงานและแต่ละสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็กต่อไป ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ สหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2555 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2555 จำนวน 20 คน โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติร้อยละ ผลการศึกษาพบว่าแต่ละสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีการปฏิบัติงานดังนี้

1. แพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยแรกรับร้อยละ 60 เป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ที่ 1 – 3 ปี ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมากที่สุด ศึกษาการปฏิบัติตาม CPG ไข้เลือดออก พบว่า ช่วยในการตรวจจับ (detect) ผู้ป่วยได้ทันการถึงร้อยละ 93

2. เมื่อพิจารณาการให้สารน้ำที่ผู้ป่วยโดยแพทย์ที่ประเมินแรกรับ เทียบกับแนวทางปฏิบัติแล้วพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับสารน้ำเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 78 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจจากห้องฉุกเฉิน พบผู้ป่วยที่มีความไม่เหมาะสมของการให้สารน้ำเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจจากแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ โดยไม่ได้รับคำปรึกษาจากกุมารแพทย์คิดเป็นร้อยละ 22 ของผู้ป่วย

3. การประเมินการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับที่ห้องฉุกเฉิน พบว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉินยังคงมีปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่องการให้สารน้ำ ผู้ป่วยร้อยละ 28 ได้รับสารน้ำน้อยกว่าที่ควรจะเป็น (IV less) หรือได้รับสารน้ำเกินจากแผนการรักษาของแพทย์ (IV load) และพบปัญหาในการบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วย มีการบันทึกไม่เหมาะสมกับระยะของโรคคิดเป็นร้อยละ 28 และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 7 ยังคงมีอาการไม่คงที่ขณะย้ายเข้ามายังหอผู้ป่วย

4. พยาบาล OPD นอกเวลาราชการ ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในการคัดกรองและพบปัญหาในการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงไม่ถูกต้องทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100

5. พยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีการปฏิบัติตาม CPG และ CNPG โรคไข้เลือดออกในผู้ป่วยที่มีอาการช็อก เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ทุก 15 – 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 95 ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และการรายงานเพื่อควบคุมการระบาดของโรคผู้ป่วยไข้เลือดออกภายใน 24 ชม. พบว่ามีการรายงานล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 2 เนื่องจากความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการรับรายงาน

6. เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ ส่วนใหญ่มีการตรวจและรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างรวดเร็ว แต่ยังมีผู้ป่วยร้อยละ 11 ที่ผลการตรวจ CBC ใช้เวลานานถึง 3 ชม. 45 นาที ในการรายงานค่าวิกฤติตามแนวทางที่กำหนดไว้ยังพบว่าไม่มีการรายงานในผู้ป่วยร้อยละ 5

7. เกสซ์กร มีการเตรียมเวชภัณฑ์ สารน้ำทุกประเภท ผงเกลือแร่ ครบ ร้อยละ 100

คำสำคัญ : ไข้เลือดออก แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก สหสาขาวิชาชีพ

## Abstract

This study was an action research. The purpose of this study was assessed the clinical practice of health care providers for caring children who were Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in Nakhon Phanom hospital. This assessing was compared with the clinical practice guideline (CPG) for caring DHF in Children that developed from multidisciplinary teamwork in hospital. The results of this study will guide the method to improve the CPG for caring children of DHF in the future. The samples were multidisciplinary teamwork in hospital who care to be DHF and admitted in Pediatric ward since June - August 2012. Collecting data used evaluating form of CPG for caring DHF in Children. This study applied percentage for analysis data.

The results of this study

1. CPG for caring DHF in children could improve early detection 93%. Most of DHF in children treated at Emergency unit. 60% of physicians who early examination and treatment were physician intern.
2. Children who were DHF received appropriate intravascular fluid (IV) 78% in early period at Emergency unit. 22% of patient received inappropriate IV because treatment ordered from other specialist physicians that losses of consulting pediatrician.
3. Nurses at Emergency unit had a problem about the management of IV for DHF in children 28% that consist of unenough IV, or IV load. In addition, the recording of vital signs was not congruence with the stage of disease 28%. Besides, 7% of patient had an unstable of sign and symptoms when patient refer from Emergency unit to Pediatric ward.
4. Nurses at extending OPD were screen which not followed the CPG for DHF in children. In addition, the recording of progression in signs and symptoms were incorrect 100%.
5. Nurses at Pediatric ward were followed completely of the CPG and CNPG for DHF in children 95% in the period of shock. However, the notifying for Office of Disease Prevention and control in 24 hrs was delayed 2% because misunderstanding of the communication.
6. Most of medical laboratory technician were reported the results of the laboratory on time. It was only 11% that reported CBC slowly around 3 hrs and 45 minutes. Furthermore, the critical value of CBC was not reported 5%.
7. Pharmacists were completely prepared medical supplies, many kinds of IV, and ORS 100%.

---

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, Clinical practice guidelines to Dengue hemorrhagic fever in children, Multi-disciplinary teamwork

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไข้เลือดออก เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โรคนี้ได้แพร่กระจายไปในทุกพื้นที่และอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมาก ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกโดยเฉพาะในเด็กถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศและมีแนวโน้มที่ไข้เลือดออกจะระบาดหนักมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในแถบเอเชียซึ่งการระบาดตั้งแต่ต้นปี 2550 มีสถิติผู้ป่วยและเสียชีวิตมากขึ้นเรื่อยๆเนื่องจากสภาพอากาศของเอเชียเหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย โรคไข้เลือดออกมีผู้ป่วยที่ต้องเข้าโรงพยาบาลเฉลี่ยปีละ 50,000 – 100,000 ราย โรคนี้มีลักษณะแปลกที่ว่าหากมีการระบาดของโรคในปีนี้ โดยส่วนใหญ่ในปีต่อๆ ไปการระบาดอาจลดลงบ้าง หลังจากนั้นสถิติก็จะเพิ่มขึ้นไปอีก โดยเปรียบเทียบว่าหากสถิติผู้ป่วยต่อระดับปีถึง 100,000 ราย/ปี ในปีนี้ (2557) แสดงถึงสภาพอากาศร้อนเร็วกว่าทุกปีที่ผ่านมา สิ่งที่น่าห่วงคือ โรคไข้เลือดออกซึ่งมีสาเหตุจากยุงลายเป็นปัญหาของ “โลกร้อน” ที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่างตั้งแต่ความชื้น ฝนตกการเจริญเติบโตและพฤติกรรมของยุง

โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 345 เตียง ให้บริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดนครพนม และใกล้เคียงโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านคือสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว หอผู้ป่วยเด็ก 1 เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 1 เดือนจนถึงอายุ 14 ปีเต็ม ในด้านอายุรกรรม ไข้เลือดออกเป็นอีกโรคหนึ่งที่พบและมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะในช่วงพฤษภาคมถึงกรกฎาคม แต่ปัจจุบันตลอดระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง เราพบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 1 ทุกเดือน เดือนละประมาณ 8 - 10 ราย การระบาดของโรคไข้เลือดออกเดิมจะพบมากในฤดูฝน โดยมีรอบการระบาดทุก 2 ปี แต่เนื่องจากอุณหภูมิของโลกที่สูงขึ้นจากภาวะโลกร้อนทำให้อุณหภูมิของโรคนี้เกิดเร็วขึ้น สถิติหอผู้ป่วยเด็ก 1 ในปี พบว่าตั้งแต่ เดือนมีนาคม 2553 เป็นต้นมา มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเดือนละประมาณ 15 - 20 ราย และตลอดปี 2553 มีผู้ป่วยไข้เลือดออกทั้งสิ้น 242 ราย ในปี พ.ศ.2554 มีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกทั้งสิ้น 56 ราย และในปี พ.ศ.2555 มีจำนวนผู้ป่วย 32 ราย การติดเชื้อไข้เดงกี

หรือไข้เลือดออก มีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน ความรุนแรงก็จะแตกต่างกัน ขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนจากการรั่วซึมของ พลาสมา ประเด็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกคือการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับระยะของโรค ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคได้รับการรักษาอย่างปลอดภัย รวมทั้งการป้องกันภาวะน้ำเกิน แต่จากการปฏิบัติงานเรายังมีผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค มี Prolonged shock และภาวะน้ำเกินเกิดขึ้น รวมไปถึงความล่าช้าในการควบคุมการระบาดของโรค ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันกับหลายหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ หากความรู้ของทีมดูแลไม่เหมาะสม ศักยภาพของผู้ดูแลไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อผลการดูแลผู้ป่วย กลุ่มงาน PCT กุมารเวชกรรม มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก (Clinical practice guideline : CPG) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก (Clinical nursing practice guideline : CNPG) ที่ได้เผยแพร่ให้แต่ละหน่วยงานนำไปใช้ แต่ปัจจุบันนี้ เราพบว่าผลการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นไปตามแนวทางที่มีการทบทวนและตกลงกันไว้ อาจด้วยหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นความชัดเจนของแนวทางการดูแล ทั้งแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ เภสัชกร หรือสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกอาจเกิดปัญหา เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ทั้งนี้ยังรวมถึงแนวทางการรายงานการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคด้วย ดังนั้นในฐานะที่ผู้จัดทำเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็ก 1 ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก ซึ่งเชื่อว่าการดำเนินงานต่างๆเป็นไปตามขั้นตอนและแนวทางที่วางไว้เชื่อว่าจะส่งผลดีต่อการหายของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ อีกทั้งยังช่วยให้การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและส่งผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

## วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการใช้แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กของสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยภายหลังการพัฒนาระเบียบปฏิบัติในแต่ละหน่วยงานและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการพยาบาล ในการดูแล ฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยไข้เลือดออก

## ขอบเขตการศึกษา

การดูแลการรักษามารักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลนครพนมโดยดำเนินการศึกษาตั้งแต่แรกรับจากหน่วยงานผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือนระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2555

## คำจำกัดความ

1. ผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลนครพนม ที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาแล้วว่าเป็นโรคไข้เลือดออกซึ่งรวมทั้งไข้เลือดออกเดงกี (Dengue fever) ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) และไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อค (Dengue shock syndrome)
2. การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary teamwork) หมายถึงการดูแลทางด้านสุขภาพที่แต่ละวิชาชีพอาจทำได้ไม่ครอบคลุมต้องใช้ความสามารถของวิชาชีพอื่น ๆ เสริมในการดูแลผู้ป่วยด้วย เพื่อให้มีการดูแลแบบผสมผสาน (comprehensive care) และองค์รวม (holistic care)
3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก หมายถึง บทบาทการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในแต่ละสหสาขาวิชาชีพตาม CPG และ CNPG ไข้เลือดออก

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก ในทุกบทบาทของสหสาขาวิชาชีพ มาวางแผนจัดการหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กที่เหมาะสมและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกในหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กของโรงพยาบาลนครพนม ในสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2555

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือในการเก็บข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการศึกษา

### 1.1 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ HN AN ห้องตรวจการวินิจฉัย ที่อยู่อาศัย

1.1.2 แบบประเมินการปฏิบัติงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก

### 1.2 เครื่องมือในการดำเนินงาน

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก ตาม CPG ที่มีอยู่ โดยมีความมุ่งหวังเพื่อปรับปรุงบทบาทและแผนการดำเนินงานให้ชัดเจนขึ้นในแต่ละสหสาขาวิชาชีพ

## การหาคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านดังนี้

กุมารแพทย์	จำนวน 1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็ก	จำนวน 1 ท่าน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	จำนวน 2 ท่าน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูง(APN)	จำนวน 1 ท่าน

## ขั้นตอนการประเมิน

1. ประเมินวิธีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กในแต่ละหน่วยงาน และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยมีการประเมินย้อนกลับ
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติร้อยละ

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก ส่วนใหญ่ตรวจรักษาที่ ER ถึงร้อยละ 55 การวินิจฉัยโรคเป็นไข้เลือดออก (DHF) มากที่สุดถึงร้อยละ 65 เป็นไข้เลือดออกเดงกีร้อยละ 35 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองมากถึงร้อยละ 80 ในการตรวจรักษาเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ถึงร้อยละ 60 ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1-3 ปี ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย การวินิจฉัย ที่อยู่อาศัย แพทย์ผู้ตรวจรักษา ประสบการณ์ของแพทย์ผู้ตรวจรักษา

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1.ห้องตรวจ		
- ER	11	55
- OPD กุมารเวชกรรม	6	30
- OPD นอกเวลาราชการ	3	15
2. การวินิจฉัยโรค		
- DF	7	35
- DHF	13	65
3. ที่อยู่อาศัย		
- เขตอำเภอเมือง	2	10
- นอกเขตอำเภอเมือง	16	80
- ต่างชาติ	2	10
4. แพทย์ตรวจรักษา		
- แพทย์ใช้ทุนปี 1	12	60
- แพทย์ใช้ทุนปี 2	0	0
- แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นนอกจากกุมารแพทย์	2	10
- กุมารแพทย์	6	30
5. ประสบการณ์การทำงาน		
- 1 - 3 ปี	12	60
- 3 - 5 ปี	0	0
- 5 - 10 ปี	0	0
- > 10 ปี	8	40

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจรักษาจากตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินมากที่สุด และแพทย์ที่ทำการตรวจเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับสารน้ำเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 78 และเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ได้มีการรายงานกุมารแพทย์รับทราบคิดเป็นร้อยละ 86 ส่วนกุมารแพทย์ที่ทำการตรวจรักษามีการปฏิบัติถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติครบ ร้อยละ 100 พยาบาลห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน ยังคงมีปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่องการให้สารน้ำ ผู้ป่วยร้อยละ 28 ได้รับสารน้ำน้อยกว่าที่ควรจะเป็น (IV less) หรือได้รับสารน้ำเกินจากแผนการรักษาของแพทย์ (IV load) และพบปัญหาในการบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วย มีการบันทึกไม่เหมาะสมกับระยะของโรคคิดเป็นร้อยละ 28 และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 7 ยังคงมีอาการไม่คงที่ขณะย้ายเข้ามายังหอผู้ป่วยพยาบาลห้องตรวจกุมารเวชกรรมและห้องตรวจนอกเวลา ในการตรวจจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้ทันการณ์พบว่าร้อยละ 33.33 ปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก

ผู้ปฏิบัติ	กิจกรรม/การปฏิบัติ	ปฏิบัติถูกต้อง (ร้อยละ)	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
1. แพทย์ ER/แพทย์ OPD นอกเวลา (n=14)	สารน้ำที่ให้ผู้ป่วยเหมาะสมกับระยะและการดำเนินโรค	11 (78)	3 (22)
	รายงานกุมารแพทย์เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่และรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน	12 (86)	2 (14)
	สามารถตรวจจับ (detect) ผู้ป่วยได้ทันการณ์และการให้การรักษอย่างทันท่วงทีจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะช็อค	13 (93)	1 (7)
2. แพทย์ OPD กุมารเวชกรรม (n=6)	แผนการรักษาสารน้ำที่ให้ผู้ป่วยเหมาะสมกับระยะและการดำเนินโรค	6 (100)	0 (0)
3. พยาบาลER (n=11)	ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ อย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ	7 (71.42)	4 (28.57)
	บันทึกสัญญาณชีพ ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ และบันทึกในแบบบันทึกผู้ป่วยไข้เลือดออก	7 (71.42)	4 (28.57)
	เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค และมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง จนคงที่ ก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วย	10 (92.87)	1 (7.14)
	ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบ	11 (100)	-
4. พยาบาลOPD กุมารเวชกรรม/ นอกเวลาราชการ (n=9)	การตรวจจับ(detect) อาการที่เปลี่ยนแปลงไปของ ผู้ป่วยได้ทันการณ์ และ รายงานอาการเปลี่ยนแปลง การบันทึกสัญญาณชีพในแบบบันทึกไข้เลือดออก	6 (66.67)	3 (33.33)
	ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบ	6 (66.67)	3 (33.33)

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก (ต่อ)

ผู้ปฏิบัติ	กิจกรรม/การปฏิบัติ	ปฏิบัติถูกต้อง (ร้อยละ)	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
5. พยาบาลประจำหอผู้ป่วย (n=20)	ปฏิบัติตาม CPG,CNPG ไข้เลือดออก ในผู้ป่วยที่มี ภาวะช็อค เผื่อระวังสัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 15 – 30 นาทีหรือทุก 1 – 2 ชั่วโมง ตามสภาพผู้ป่วย จนคงที่	19 (95)	1 (5)
	บันทึก เน้นสัญญาณชีพ ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ และบันทึกในแบบบันทึก ผู้ป่วยไข้เลือดออก	20 (100)	-
	การตรวจจับ (detect) อาการที่เปลี่ยนแปลงไปของ ผู้ป่วยได้ทันการณ์ และ รายงานอาการ	19 (95)	1 (5)
	เปลี่ยนแปลง รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้แพทย์ทราบ	19 (95)	1 (5)
6. เจ้าหน้าที่เทคนิค การแพทย์	ให้การตรวจและรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้อย่างรวดเร็วโดยผู้ป่วยไข้เลือดออกที่ส่งตรวจ : CBC ขอผลด่วนผลการตรวจที่จะสามารถรายงานได้ ไม่ควรเกิน 30 นาที และ ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่ส่ง ตรวจ CBC สามารถรายงานผลได้ไม่เกิน 2 ชั่วโมง	18 (89)	2 (11)
	ความถูกต้องในการรายงานผลให้มีความถูกต้อง มากกว่า 95%	19 (94.76)	1 (5.26)
	การรายงานค่าวิกฤติ	19 (94.76)	1 (5.26)
7. เภสัชกร	เวชภัณฑ์ สารน้ำทุกประเภท สำหรับพร้อมใช้ในการ ดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก เช่นสารน้ำประเภท Colloid ,ยา , เกลือแร่	20 (100)	-
8. เวชกรรมสังคม	รายงานผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดภายใน 24 ชม.	18 (89)	2 (11)

## อภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กใช้เลือดออกที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลนครพนม ส่วนใหญ่ตรวจรักษาที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินมากที่สุดถึงร้อยละ 52 เป็นผู้ป่วยนอกเขตอำเภอเมืองคิดเป็นร้อยละ 84 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน และแพทย์ที่ตรวจรักษา ER ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นแพทย์ใช้ทุนเป็นหลัก ดังเช่นในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นแพทย์ใช้ทุนปี 1 ถึงร้อยละ 60 และประสบการณ์ในการทำงานยังอยู่ในช่วง 1 ปีแรก มากที่สุด และแพทย์ใช้ทุนเหล่านี้ได้มีการศึกษาแผนการรักษากับกุมารแพทย์ ส่วนการตรวจรักษาที่ OPD กุมารเวชกรรม จะเป็นกุมารแพทย์ตรวจรักษาเอง

2. การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใช้เลือดออกของสหสาขาวิชาชีพ

2.1 แพทย์ใช้ทุนปี 1 ส่วนใหญ่สั่งสารน้ำให้ผู้ป่วยเหมาะสมกับระยะและการดำเนินโรคมามากถึงร้อยละ 78 สารน้ำที่ให้ไม่เหมาะสมนั้น พบว่ารายแรกเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนมีภาวะน้ำเกินแต่สารน้ำที่ให้อยู่มีแผนการรักษาโดยไม่ได้ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินแล้ว และอีก 1 รายพบการให้สารน้ำไม่เหมาะสมมีการรายงานกุมารแพทย์เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ทุกราย ในการประเมินผู้ป่วยได้ทันการณ์และการให้การรักษอย่างทันท่วงที พบว่าสามารถจะประเมินภาวะช็อคของผู้ป่วยได้และให้การช่วยเหลือทัน มีเพียง 1 รายคิดเป็นร้อยละ 7 ที่มีการซื้อคต่อเนื่องมาจากจนถึงหอผู้ป่วยเด็ก 1

2.2 แพทย์ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนการรักษา สารน้ำที่ให้ผู้ป่วยเหมาะสมกับระยะและการดำเนินโรค

2.3 พยาบาลปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินมีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาเป็นส่วนใหญ่ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 28 ที่ได้สารน้ำไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ทั้งนี้ต่ำกว่าที่ควรได้และมาก เกินที่แพทย์สั่งการบันทึกสัญญาณชีพในผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ พบว่าการบันทึกที่ยังไม่เหมาะสม มีการบันทึกห่างมากเกิน 30 นาที หรือ 1 ชม. ทั้งยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 7 ที่มีอาการไม่คงที่แล้วย้ายเข้ามายังหอผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยแล้วที่มีภาวะช็อคเมื่อแรกรับที่หอผู้ป่วย ด้วยการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ยังเป็นปัญหาโดยเฉพาะการวัดความดันโลหิตที่ห้องฉุกเฉินใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ซึ่งค่าที่ได้จะไม่แน่นอนเท่ากับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (manual)

จึงได้มีการสะท้อนกลับไปให้หน่วยงานนั้นรับทราบปัญหาในการประเมินผู้ป่วยเด็ก ซึ่งได้มีการนำเข้าสู่ที่ประชุมของงาน PCT กุมารเวชกรรมแล้วเพื่อชี้แจงรับทราบร่วมกัน ในการประสานผู้ป่วยก่อนเข้าหอผู้ป่วยมีการประสานทุกราย

2.4 พยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม สังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยได้ทันการณ์และรายงานอาการเปลี่ยนแปลง การบันทึกสัญญาณชีพในแบบบันทึกใช้เลือดออกส่วนพยาบาลนอกเวลาราชการ ไม่มีการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการที่เปลี่ยนแปลงและไม่มี การลงบันทึกในแบบบันทึกผู้ป่วยใช้เลือดออก ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลที่ห้องตรวจนอกเวลาราชการจะมีการหมุนเวียนมาเรื่อยๆและส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยใช้เลือดออกและไม่มีการใช้แบบบันทึกใช้เลือดออก

2.5 พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 95 ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใช้เลือด และยังพบผู้ป่วย 1 รายคิดเป็นร้อยละ 5 ที่ไม่ได้รับการดูแลตามแนวทางการปฏิบัติที่วางไว้ ในเรื่องสัญญาณชีพ ผู้ป่วยยังมีอาการไม่คงที่ในการบันทึกสัญญาณชีพบันทึกห่างเกินไป คือ 2 ชม.ในรายที่ควรเฝ้าระวังทุก 1 ชม. ในการตรวจจับอาการเปลี่ยนแปลงรวมถึงการรายงานแพทย์ปฏิบัติได้ครบถ้วน ทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100

2.6 เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 89 ได้มีการตรวจและรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างรวดเร็ว แต่ยังมีผู้ป่วยอีก 2 รายหรือร้อยละ 11 ที่ผลการตรวจ CBC ใช้เวลามากถึง 3 ชม. 45 นาที ในการรายงานค่าวิกฤติ มีเพียง 1 ราย หรือร้อยละ 5 ที่ไม่มีการรายงาน

2.7 เภสัชกร มีการเตรียมเวชภัณฑ์ สารน้ำทุกประเภท ผงเกลือแร่ ได้มีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องในเรื่องของยา เวชภัณฑ์ ความพร้อมใช้ในการดูแลผู้ป่วยใช้เลือดออก เช่นสารน้ำประเภท Colloid ,ยา, เกลือแร่ ครบ ร้อยละ 100

2.8 เวชกรรมสังคม หน่วยรับรายงานโรครายงานผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วย 2 รายได้รับรายงานช้ากว่า 24 ชม.ด้วยเหตุผลการสื่อสารระหว่างหน่วยงานและเวชกรรมสังคมคลาดเคลื่อน ในการรายงานโรคที่ตรงวันหยุดราชการ

ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ขั้นตอนการประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง การดูแลผู้ป่วย ไข้เลือดออกในเด็ก ได้มีการวิเคราะห์ปัญหา หาดจุดอ่อน จุดที่พบอุปสรรคในการปฏิบัติร่วมกัน โดยชี้แจงในที่ประชุม ในการประชุมทีมนำทางคลินิก (PCT กุมารเวชกรรม) หรือ ในบางจุดที่พบความเสี่ยงชัดเจน มีการสะท้อนกลับไปยังหน่วยงานนั้นทันที เช่น ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ได้แจ้งให้หน่วยงานนั้นรับทราบทันทีที่มีการคลาดเคลื่อนของการบันทึกและดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะ

ควรแนะนำชี้แจงให้ชัดเจนว่าแต่ละสหสาขาวิชาชีพ มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างไร และสะท้อนกลับในจุดที่ไม่เข้าใจ และทีมนำทางคลินิก (PCT) กุมารเวชกรรม ควรทบทวนความรู้แก่บุคลากรโดยการจัดประชุมวิชาการเรื่องไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี ในส่วนแพทย์ใช้ทุน ที่พบว่ามีการผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาในแต่ละปี จำเป็นต้องได้รับความรู้ และรับทราบ แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก (CPG) ให้เข้าใจ เน้นการใช้ระบบปรึกษา (consult) กับกุมารแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ และเข้าร่วมรับฟังปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกไม่เป็นไปตามแนวทางที่วางไว้

ในส่วนของพยาบาลทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกต้องเข้าใจในบทบาทการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรค มีการเฝ้าระวังที่เหมาะสม รับรู้สัญญาณอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และรายงานให้แพทย์ที่ทำการรักษารับทราบอย่างทันท่วงที ดังนั้นพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกคน ควรได้มีโอกาสเข้าร่วมรับฟังวิชาการ ไข้เลือดออก และเข้าร่วมรับฟังปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกครั้ง ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเน้นการปฏิบัติทางการพยาบาล ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เน้นการนำ best practice มาร่วมในดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

### บรรณานุกรม

1. จามรี อีตรกุลพิศาลและคณะ.(บรรณาธิการ).(2551). กุมารเวชศาสตร์วิกฤต : แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา
2. จำเรียง พรหมมา.(2554).การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. เจษฎา โทณสิน.ปัจจัยเสี่ยงการเกิดไข้เลือดออกช็อก ในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. ยโสธรเวชสาร. 2551;มกราคม – เมษายน10(1):247-256
4. บุญใจ ศรีสถิตยน์รานุกูร.(2550).ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ: ยูแอนไออินเตอร์มีเดีย
5. บุญชัย ธนบัตรชัย.(2550).การประเมินความรู้และการปฏิบัติการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอโนนไทยนครราชสีมา.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข2 (1ม.ค-มี.ค)
6. พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา.(บรรณาธิการ).(2544).การพยาบาลเด็กเล่ม 2.นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์
7. สุภางค์ จันทวานิช. (2554). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8. ศิริพิชญ์ กัลยาณุกและสุจิตรา นิมนานิตย์.(บรรณาธิการ).(2551).แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก.ฉบับแก้ไขปรับปรุงครั้งที่2.นนทบุรี: ภัทรวงสาธารณสุข
9. กิติมา กิจประเสริฐ.การศึกษาการเกิดการกระจายและปัจจัยการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดระยอง ปี พ.ศ. 2545-2547.เข้าถึงจาก <http://www.npo.moph.go.th/research/s2547.pdf> สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม 2555
10. กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง.(2554).การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาเซอั้งจังหวัดชุมพร.วารสารพฤติกรรมศาสตร์Vol 17, No 1 (2011)เข้าถึงจาก<http://ejournals.swu.ac.th/index.php/jbst/article/view/1484> สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม 2555

11. การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนที่ปลอดการระบาดกับชุมชนที่มีการระบาดซ้ำจากจังหวัดหนองบัวลำภูปี 2547.วารสารควบคุมโรคปีที่ 32 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2549
12. เฟินวิธี ผู้ไข้เลือดออก สยบยุ่งลาย งานท้าทายของนักวิจัย. เข้าถึงจาก<http://www.healthcorners.com/2007/news> สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม 2555
13. สธ.ทำ “แผนที่ไข้เลือดออก” .ไทยโพสต์.เข้าถึงจาก <http://www.a4sthai.com/mcontents/marticle.php> สืบค้นเมื่อ เมษายน 2555
14. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง.(2555).สถานการณ์โรคไข้เลือดออก.เข้าถึงจาก<http://www.thaivbd.org/content>. สืบค้นเมื่อ กรกฎาคม 2555
15. Abeyasinghe.m.r.n et al.(2009).Guidelines on Clinical Management of Dengue fever/ Dengue Hemorrhagic Fever.Dengue hemorrhagic fever.(2009).Medline Plus Medical Encyclopedia.mht update 2009.
16. Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner. Melbourne: Deakin University Press.
17. WHO media centre.(2009).CPG Dengue and dengue hemorrhagic fever.Geneva:WHO

## การพัฒนาบุคลากร บรรยากาศองค์กร และสมรรถนะหลักของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

เบญจรัตน์ พ่อมงกุ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการพัฒนาบุคลากร บรรยากาศองค์กรและสมรรถนะหลักของบุคลากร 2) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่เป็นจริงและสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของบุคลากร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ข้าราชการที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จำนวน 319 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการศึกษา พบว่า 1) การพัฒนาบุคลากร ส่วนใหญ่เคยได้รับความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชาและ เคยมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการดำเนินงาน ร้อยละ 88.40 เคยได้รับการสอนงานจากผู้บังคับบัญชาร้อยละ 84.01 เคยได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 73.93 เคยได้รับการมอบหมายงานที่มีความสำคัญ ร้อยละ 59.25 ไม่เคยย้ายสับเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบ ร้อยละ 81.5 2) บรรยากาศขององค์กรภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.56$ ) พิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในหน่วยงาน ระดับมาก ( $\bar{X} = 3.98$ ) รองลงมาคือด้านนโยบายการพัฒนาบุคลากร ระดับมาก ( $\bar{X} = 3.96$ ) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือภาวะผู้นำและรูปแบบการบริหารงาน ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.13$ ) 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่เป็นจริง ภาพรวม ระดับมาก ( $\bar{X} = 3.96$ ) พิจารณาเป็นรายสมรรถนะพบว่า สมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือจริยธรรม ( $\bar{X} = 4.19$ ) ต่ำสุดคือการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ( $\bar{X} = 3.74$ ) สมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ ภาพรวม ระดับมาก ( $\bar{X} = 3.87$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายสมรรถนะพบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดคือจริยธรรม ( $X = 3.99$ ) ต่ำสุดคือการมุ่งผลสัมฤทธิ์และการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ( $\bar{X} = 3.77$ ) 4) การเปรียบเทียบสมรรถนะหลักที่เป็นจริงและสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่เป็นจริงในภาพรวม ( $\bar{X} = 3.96$ ) สูงกว่าสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ในภาพรวม ( $\bar{X} = 3.87$ ) เมื่อพิจารณารายสมรรถนะพบว่าส่วนใหญ่สมรรถนะหลักที่เป็นจริงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ ยกเว้นการมุ่งผลสัมฤทธิ์ สมรรถนะหลักที่เป็นจริงมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 3.74$ ) ต่ำกว่าสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ ( $\bar{X} = 3.77$ )

คำสำคัญ : การพัฒนาบุคลากร บรรยากาศองค์กร สมรรถนะหลัก

## บทนำ

การพัฒนาบุคลากรขององค์กรนั้นถือว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการสนับสนุนประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน เนื่องจากในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ด้านสภาพแวดล้อมในการดำเนินงาน ได้แก่ สภาพทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การแข่งขัน ความเจริญของเทคโนโลยี ความคาดหวังของประชาชนที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และความก้าวหน้าของวิทยาการจัดการ เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์กรทั้งสิ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้องค์กรจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินงานของตนอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่องค์กรกำลังเผชิญอยู่ สิ่งที่มาคือ สมรรถนะการทำงาน (Competency) ของบุคลากรแต่ละตำแหน่งอาจเปลี่ยนแปลงไป องค์กรจึงต้องให้ความสนใจต่อการพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากร เพื่อรักษาไว้ซึ่งผลการดำเนินงานที่องค์กรพึงประสงค์การพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรอีกด้วย

การพัฒนาบุคลากรควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของการนำสมรรถนะการทำงานมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อตอบสนองเป้าหมายการดำเนินงานขององค์กร และเพื่อความก้าวหน้าของแต่ละบุคคล<sup>1</sup> และในปัจจุบันก็มีองค์กรหลายๆ องค์กรที่ได้นำสมรรถนะเข้ามาใช้ในการพัฒนาบุคลากรซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจ<sup>2</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ตระหนักและให้ความสำคัญกับกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยมีนโยบายนำหลักการสมรรถนะ (Competency) เข้ามาจัดการกับความสามารถของบุคลากร<sup>3</sup> เพื่อนำมาเป็นกรอบและแนวทางในการพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสมตามลักษณะงานและมีพฤติกรรมการทำงานตามที่องค์กรคาดหวัง (Expected Work Behaviors) อันจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (Best Performance) สัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมาย และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนาบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและตรงกับความต้องการขององค์กรอย่างแท้จริง การศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้ผู้บริหารและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องได้ทราบ

และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิผลขององค์กรต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาบุคลากร บรรยายภาพองค์กร และสมรรถนะหลักของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่เป็นจริงและสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจแบบตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research)

### ขอบเขตของการศึกษา ประกอบด้วย

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาบุคลากร บรรยายภาพองค์กร และสมรรถนะหลักของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. การพัฒนาบุคลากร ประกอบด้วย 1) การฝึกอบรม 2) การย้ายสับเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบ 3) การสอนงานจากผู้บังคับบัญชา 4) การให้ความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชา 5) การมอบหมายงานที่มีความสำคัญ 6) การมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการดำเนินงาน
2. บรรยายภาพองค์กร ประกอบด้วย 1) ด้านนโยบายการพัฒนาบุคลากร 2) ภาวะผู้นำและรูปแบบการบริหารงาน 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในหน่วยงาน
3. สมรรถนะหลัก<sup>4</sup> ประกอบด้วย 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) การบริการที่ดี 3) การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) จริยธรรม 5) ความร่วมแรงร่วมใจ

**ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**  
ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ข้าราชการที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จำนวนทั้งสิ้น 1,224 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรของยามานะ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรเท่ากับ 302 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) ด้วยการส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและส่งกลับคืนให้ผู้ศึกษา จำนวนแบบสอบถามที่ส่งให้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 350 ฉบับ ผู้ศึกษาได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 319 ฉบับ (ร้อยละ 91.14)

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ปฏิบัติงาน และสถานที่ปฏิบัติงาน มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 การพัฒนาบุคลากร ได้แก่ การฝึกอบรม การย้ายสับเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบ การสอนงานจากผู้บังคับบัญชา การให้ความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชา การมอบหมายงานที่มีความสำคัญ และการมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการดำเนินงาน มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list)

ส่วนที่ 3 บรรยากาศองค์กร ได้แก่ ด้านนโยบาย การพัฒนาบุคลากร ภาวะผู้นำและรูปแบบการบริหารงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในหน่วยงาน มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 4 สมรรถนะหลัก ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ จริยธรรม ความร่วมแรงร่วมใจ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความตรงในเนื้อหา (Content validity) ความชัดเจนของการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ หา ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีของ Cronbach 's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.71

## การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2557 ด้วยการส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและส่งกลับคืนให้ผู้ศึกษา ผู้ศึกษาได้มีคำชี้แจงในแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การแปรผลข้อมูลบรรยากาศองค์กร ความหมายของค่าเฉลี่ย กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

$\bar{X} = 1.00 - 2.33$  บรรยากาศองค์กร อยู่ในระดับน้อย

$\bar{X} = 2.34 - 3.66$  บรรยากาศองค์กร อยู่ในระดับปานกลาง

$\bar{X} = 3.67 - 5.00$  บรรยากาศองค์กร อยู่ในระดับมาก

การแปรผลข้อมูลสมรรถนะหลัก ความหมายของค่าเฉลี่ย กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

$\bar{X} = 1.00 - 1.80$  สมรรถนะหลัก อยู่ในระดับน้อยที่สุด

$\bar{X} = 1.81 - 2.60$  สมรรถนะหลัก อยู่ในระดับน้อย

$\bar{X} = 2.61 - 3.40$  สมรรถนะหลัก อยู่ในระดับปานกลาง

$\bar{X} = 3.41 - 4.00$  สมรรถนะหลัก อยู่ในระดับมาก

$\bar{X} = 4.01 - 5.00$  สมรรถนะหลัก อยู่ในระดับมากที่สุด

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

**1. ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.4 เพศชายร้อยละ 22.6 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 37.6 รองลงมาคืออายุ 20-29 ปี ร้อยละ 28.2 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 85.6 รองลงมาคืออนุปริญญา ร้อยละ 8.5 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 37.0 รองลงมาคือนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 29.5 ประสบการณ์ปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 32.6 รองลงมาคือ 1-5 ปี ร้อยละ 22.9 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 54.2 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 45.8 ดังตารางที่ 1

**2. การพัฒนาบุคลากร** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมร้อยละ 73.93 ไม่เคยย้ายสับเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบ ร้อยละ 81.5 เคยได้รับการสอนงานจากผู้บังคับบัญชา ร้อยละ 84.01 เคยได้รับความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชา ร้อยละ 88.40 เคยได้รับการมอบหมายงานที่มีความสำคัญ ร้อยละ 59.25 เคยมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการดำเนินงาน ร้อยละ 88.4 ดังตารางที่ 2

**3. บรรยากาศขององค์กร** โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.56$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.98$ ) รองลงมาคือด้านนโยบายการพัฒนาบุคลากร อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.96$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ภาวะผู้นำและรูปแบบการบริหารงานอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.13$ ) ดังตารางที่ 3

## 4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลัก

### 4.1 สมรรถนะหลักที่เป็นจริง

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่เป็นจริง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.96$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายสมรรถนะ พบว่า สมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ จริยธรรม ( $\bar{X} = 4.19$ ) รองลงมาคือบริการที่ดี ( $\bar{X} = 4.09$ ) ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ ( $\bar{X} = 3.74$ ) ดังตารางที่ 4

### 4.2 สมรรถนะที่พึงประสงค์

กลุ่มตำแหน่งที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.87$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายสมรรถนะพบว่าสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ จริยธรรม ( $\bar{X} = 3.99$ ) รองลงมาคือบริการที่ดี ( $\bar{X} = 3.92$ ) ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การมุ่งผลสัมฤทธิ์และการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ( $\bar{X} = 3.77$ ) ดังตารางที่ 4

## 5. การเปรียบเทียบสมรรถนะหลักที่เป็นจริงและสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์

ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่เป็นจริงในภาพรวม ( $\bar{X} = 3.96$ ) สูงกว่าสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ในภาพรวม ( $\bar{X} = 3.87$ ) เมื่อพิจารณารายสมรรถนะพบว่าส่วนใหญ่สมรรถนะหลักที่เป็นจริงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ ยกเว้น การมุ่งผลสัมฤทธิ์ สมรรถนะหลักที่เป็นจริงมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 3.74$ ) ต่ำกว่าสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ ( $\bar{X} = 3.77$ ) ดังแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ปฏิบัติงาน และสถานที่ปฏิบัติงาน (n = 319)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	72	22.6
หญิง	247	77.4
<b>อายุ</b>		
20 - 29 ปี	90	28.2
30 - 39 ปี	120	37.6
40 - 49 ปี	67	21.0
50 ปีขึ้นไป	42	13.2
<b>ระดับการศึกษา</b>		
อนุปริญญา	27	8.5
ปริญญาตรี	273	85.6
ปริญญาโท	19	5.9
<b>ตำแหน่ง</b>		
พยาบาลวิชาชีพ	118	37.0
นักวิชาการสาธารณสุข	94	29.5
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	78	24.5
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	29	9.0
<b>ประสบการณ์การปฏิบัติงาน</b>		
1 - 5 ปี	73	22.9
6 - 10 ปี	104	32.6
11 - 15 ปี	33	10.3
16 - 20 ปี	41	12.9
21 - 25 ปี	21	6.6
26 ปีขึ้นไป	47	14.7
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>		
โรงพยาบาลชุมชน	146	45.8
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	173	54.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการพัฒนาบุคลากร ( n = 319)

ด้าน	เคย		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การฝึกอบรม	236	73.98	83	26.02
การย้ายสลับเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบ	59	18.50	260	81.50
การสอนงานจากผู้บังคับบัญชา	268	84.01	51	15.99
การให้ความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชา	282	88.40	37	11.60
การมอบหมายงานที่มีความสำคัญ	189	59.25	130	40.75
การมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการดำเนินงาน	282	88.40	37	11.60

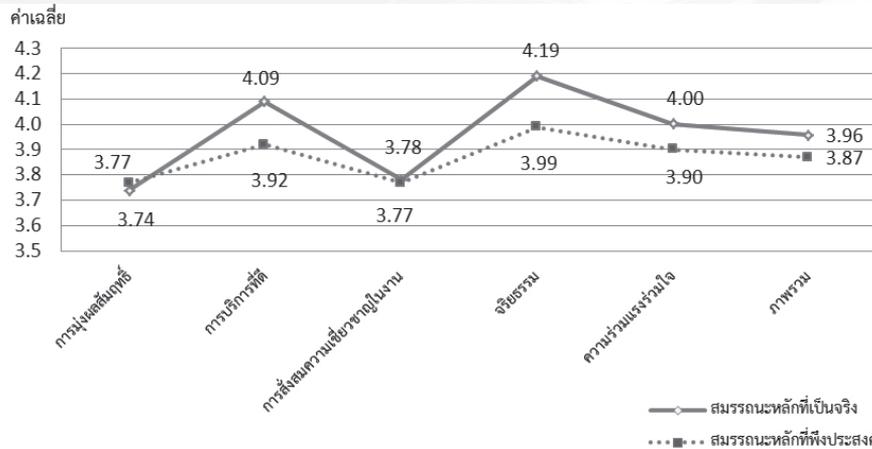
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ความคิดเห็นเกี่ยวกับบรรยากาศขององค์กร

	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความคิดเห็น
ด้านนโยบายการพัฒนาบุคลากร	3.96	0.54	มาก
ภาวะผู้นำและรูปแบบการบริหารงาน	3.13	0.55	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในหน่วยงาน	3.98	0.68	มาก
ภาพรวม	3.56	0.41	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่เป็นจริงและสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์

สมรรถนะหลัก	สมรรถนะหลักที่เป็นจริง			สมรรถนะหลักที่พึงประสงค์		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การมุ่งผลสัมฤทธิ์	3.74	0.52	มาก	3.77	0.73	มาก
บริการที่ดี	4.09	0.51	มาก	3.92	0.78	มาก
การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ	3.78	0.57	มาก	3.77	0.74	มาก
จริยธรรม	4.19	0.54	มาก	3.99	0.81	มาก
ความร่วมมือร่วมใจ	4.00	0.51	มาก	3.90	0.77	มาก
ภาพรวม	3.96	0.45	มาก	3.87	0.71	มาก

แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ระหว่างระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่เป็นจริงและสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์



### อภิปรายผล

การพัฒนาบุคลากร นอกจากจะทำได้โดยวิธีการฝึกอบรม แล้วอีกอาจทำได้โดยการศึกษาต่อ การสอนงาน การฝึกปฏิบัติงาน การโยกย้ายสับเปลี่ยน สิ่งเหล่านี้สามารถทำได้โดยอาศัยกระบวนการบริหารงานบุคคล ซึ่งผู้บริหารหน่วยงานควรตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพสูงสุดนั้น โดยนำแนวคิดเรื่องสมรรถนะ (Competency) มาใช้พัฒนาศักยภาพพหุมนุษย์ในองค์กร<sup>5</sup> เป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของผู้บริหารเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการพัฒนาบุคลากรขององค์กรนั้นถือว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการสนับสนุนประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจในงานจะส่งผลต่อความสำเร็จของงานและบรรลุเป้าหมายขององค์กร ดังนั้น การพัฒนาบุคลากรจึงจำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในด้านความรู้อันเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาองค์กร องค์กรที่มีความรู้และสามารถใช้ความรู้ นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงจะเป็นองค์กรที่ประสบความสำเร็จ ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาบุคลากรโดยการทำ ความเข้าใจและให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคล ถือได้ว่าเป็นการพัฒนา ศักยภาพขององค์กรอย่างยั่งยืน

บรรยากาศขององค์กร จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในหน่วยงานและนโยบายการพัฒนาบุคลากรอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจาก สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมขององค์กรเป็นสังคมชนบท ลักษณะสังคมยังมีความเอื้ออาทร ดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน รวมทั้งนโยบายของผู้บริหารระดับสูงสุดของหน่วยงานคือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ที่เน้นการพัฒนาบุคลากรและสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรที่มีผลงานเชิงประจักษ์ให้ได้รับการพิจารณาเงินเดือนเพิ่มพิเศษ

สมรรถนะหลักของบุคลากร การพัฒนาบุคลากรจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะหลัก<sup>6</sup> คือ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ บริการที่ดี จริยธรรม การส่งมอบความเชี่ยวชาญในงาน และความร่วมแรงร่วมใจ จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะหลักที่เป็นจริงและที่พึงประสงค์ภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อเปรียบเทียบแล้วจะพบว่าความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่เป็นจริงสูงกว่าสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ในภาพรวม ยกเว้นการมุ่งผลสัมฤทธิ์ สมรรถนะหลักที่เป็นจริงต่ำกว่าสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมุ่งผลสัมฤทธิ์ เป็นสมรรถนะที่สามารถกำหนดตัวชี้วัด ค่าเป้าหมายเป็นเชิงปริมาณที่สามารถวัดและประเมินค่าได้ ในขณะที่สมรรถนะอื่น เป็นการวัดเชิงนามธรรม ผู้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติควรให้ความสำคัญเพื่อพัฒนาสมรรถนะหลัก ทั้ง

5 ด้าน ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ผู้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติจะต้องร่วมกันกำหนดมาตรฐานหรือเป้าหมายในการทำงาน เพื่อให้เกิดผลที่ดีกับองค์กร และมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามภารกิจด้วยความตั้งใจ พร้อมหาแนวทางพัฒนางานให้มีความโดดเด่น เป็นที่ประจักษ์อย่างต่อเนื่อง ผู้บังคับบัญชาสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติมีการลองเสี่ยงทำการต่างๆ ด้วยตนเอง รวมถึงการได้รับข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์ และตรงไปตรงมา ด้านการบริการที่ดี ผู้บังคับบัญชาควรส่งเสริม พัฒนาระบบการติดต่อสื่อสาร ข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการบริการที่มีประสิทธิภาพ ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง ส่งเสริมให้บุคลากรเป็นผู้มีความยิ้มแย้มแจ่มใส มีสุขภาพจิตที่ดี พุดจาไพเราะ ทักทายด้วยมิตรไมตรี ยกย่องชมเชย และให้รางวัลกับผู้ปฏิบัติตนสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นค่านิยม และวัฒนธรรมองค์กร ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ผู้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติควรเป็นผู้มีความกระตือรือร้นในการศึกษาหาความรู้สนใจเทคโนโลยีในสาขาอาชีพ และงานที่เกี่ยวข้อง และกำหนดให้มีจัดการฝึกอบรมภายในและภายนอกหน่วยงาน เน้นการสร้างองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ฝึกอบรมสัมมนาภายในและภายนอกองค์กร การจัดนิทรรศการ เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านจริยธรรม ผู้บังคับบัญชาจะต้องยึดมั่นและปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง ยึดหลักธรรมาภิบาล และผู้ปฏิบัติควรปฏิบัติตนให้เป็นผู้มีสำนึก รักษาคำพูดและเชื่อถือได้ กล่าวที่จะรับผิดชอบ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส ยืนหยัดเพื่อความถูกต้อง มีจิตสำนึกในความเป็นข้าราชการ ยึดมั่นในหลักการ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และจรรยาบรรณข้าราชการ ไม่เบียดเบียนด้วยอคติหรือผลประโยชน์ นอกจากนี้ การประเมินสมรรถนะอาจจะใช้เป็นส่วนหนึ่งในการบริหารค่าตอบแทน ดังนั้น ข้าราชการทุกคนจึงควรทำความเข้าใจกับสมรรถนะประจำตำแหน่งของตนเองให้สอดคล้องกับสมรรถนะนั้นๆ ซึ่งจะนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานเฉพาะตัวบุคคลที่ดีขึ้นและผลสัมฤทธิ์ขององค์กร<sup>7</sup>

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกำหนดนโยบายการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ ศักยภาพของบุคลากร ให้สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้หลากหลายอย่าง มีคุณภาพ และเมื่อบุคลากรได้รับการพัฒนาแล้วควรจะมีการดำเนินการเพื่อใช้ประโยชน์จากความรู้ ประสบการณ์ของบุคลากรอย่างเต็มที่
2. ควรมีการพัฒนาภาวะผู้นำของผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานย่อย และปรับปรุงรูปแบบการบริหารงาน โดยอาศัยบุคลากรให้หน่วยงานเปิดโอกาสให้แสดงศักยภาพ พร้อมพึงยอมรับความคิดเห็นร่วมกันตัดสินใจและแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร

## บรรณานุกรม

1. คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, สำนักงาน. การพัฒนาสมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคล. กรุงเทพฯ: พี.เอ.เอสพี. ; 2548.
2. เรชา ชูสุวรรณ และผ่องศรี วาณิชยศุภวงศ์. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะบุคคลที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลานครินทร์ ฉบัง สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2552 ; 15 (5) : 845-856.
3. การปรับใช้สมรรถนะในการบริหารทรัพยากรมนุษย์. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องสมรรถนะของข้าราชการ เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2548. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน.
4. คู่มือสมรรถนะราชการพลเรือนไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงาน ก.พ. ; 2548.
5. แนวทางพัฒนาศักยภาพมนุษย์ด้วย Competency Based Learning. กรุงเทพฯ: ริวิวัฒนา อินเตอร์พรีนซ์. ; 2549.
6. สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ. การจัดการทรัพยากรมนุษย์ด้วย Competency-Based HRM. กรุงเทพฯ : สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. ; 2550.
7. รัชนิวรรณ วณิชยถนอม. สมรรถนะในระบบข้าราชการพลเรือนไทย (Competency). (อ้างเมื่อ 22 มกราคม 2557) จาก <http://www.training.prd.go.th>.

## ผลของการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมกับการรักษาวัณโรคแบบมีพีทีเลี้ยง

อภิชาติ สุวรรณโส, พ.บ.

โรงพยาบาลบ้านแพนง จังหวัดนครพนม

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการรักษาแบบมีพีทีเลี้ยงกับการรักษาแบบมีพีทีเลี้ยงอย่างเดียว ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2554 -30 กันยายน 2555 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลบ้านแพนง จำนวน 21 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ปฏิทินกำกับการกินยาวัณโรค แบบประเมินความพึงพอใจ แบบสรุประยะเวลาในการรอรับยาและแบบประเมินการรักษาวัณโรค สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\mu$ ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ ) ทดสอบสถิติด้วยการวิเคราะห์ t - test (Independent Sample) และ Fisher Exact test ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วยที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมกับการรักษาวัณโรคแบบมีพีทีเลี้ยง มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย สูงกว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแบบมีพีทีเลี้ยงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )
2. ผู้ป่วยที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมกับการรักษาวัณโรคแบบมีพีทีเลี้ยง มีระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยา ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแบบมีพีทีเลี้ยงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )
3. การใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมกับการรักษาวัณโรคแบบมีพีทีเลี้ยง มีอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จ สูงกว่าการใช้การรักษาแบบมีพีทีเลี้ยงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

## Effect of used drugs calendar work together with directly observed treatment short-course for Tuberculosis Treatment

Apichat Suwanso, M.D.

Banphaeng Hospital Nakhon Phanom Province

### Abstract

The purposes of this research were to compare results of tuberculosis treatment between used drugs calendar work together with directly observed treatment short-course and only directly observed treatment short-course. It was the action research, during October 1, 2011 - September 30, 2012. Samples were 21 of all treated tuberculosis patients in Banphaeng hospital. The instrument used in research were drugs calendar, satisfaction assessment, summary form of waiting to drug receive and tuberculosis treatment assessment. Data were statistically analyzed by determining percentages, means, standard deviations, test statistics by t - test (Independent Sample) and fisher exact test.

The results of study were as follows:

1. The patients used drugs calendar work together with directly observed treatment short-course had average of satisfaction score higher than the only directly observed treatment short-course statistically significant. ( $p < 0.05$ )
2. The patients used drugs calendar work together with directly observed treatment short-course had average of waiting period to drug receive lower than the only directly observed treatment short-course statistically significant. ( $p < 0.05$ )
3. Used drugs calendar work together with directly observed treatment short-course had success rate of tuberculosis treatment higher than the only directly observed treatment short-course statistically significant. ( $p < 0.05$ )

## บทนำ

สถานการณ์วัณโรคของโลกปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกรายงานว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรคแล้ว ความชุก (Prevalence) ของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 16-20 ล้านคน ประมาณ 8-10 ล้านคน เป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ (Highly infection) และในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ (Incidence) ประมาณ 8.4 ล้านคน โดยร้อยละ 95 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.9 ล้านคน (ร้อยละ 98 อยู่ในประเทศยากจน) ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงสุด 3 อันดับคือ อินเดีย จีน และอินโดนีเซีย ตามลำดับ<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 18 จาก 22 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคมากที่สุดในโลก ในแต่ละปีประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 130,000 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 94,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคปีละ 11,000 ราย ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ร้อยละ 11 ผู้ป่วยประมาณ 50,000 ราย หรือครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ โดยผู้ป่วยใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี 2550-2553 มีอัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 82.7, 83.0, 85.0 และ 85.8 ตามลำดับ<sup>2</sup>

สำหรับสถานการณ์วัณโรคของอำเภอบ้านแพน พบว่า อัตราป่วยวัณโรคปี 2551-2554 เท่ากับ 68.38, 62.37, 80.09 และ 79.99 ต่อแสนประชากรตามลำดับ<sup>3</sup> ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขของอำเภอบ้านแพน ถึงแม้ว่าจะมีการนำเอากลยุทธ์การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS : Directly Observed Treatment Short-Course) มาใช้ แต่ผลการรักษาในปี 2551-2554 มีอัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 73.91, 85.71, 81.48 และ 85.19 ตามลำดับ ซึ่งบางปียังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เกิดจากปัจจัยหลายประการ ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้ร่างกายผู้ป่วยอ่อนแอลง สภาพลักษณะเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การยอมรับของสังคม และยังเป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเศรษฐกิจตามมา อีกทั้งความยุ่งยากจากแผนการรักษาเนื่องจากการรักษาที่ต้องใช้ยาหลายชนิด แต่ละชนิดมีโอกาสเกิดการแพ้ยาได้ตลอดระยะเวลาในการรักษา การรอคอยในการรับยาที่นานเกิดความไม่พึงพอใจในการรับบริการ ปัญหาเหล่านี้ทำให้

ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งทำให้เชื้อที่รักษาไม่หายขาด มีโอกาสเป็นวัณโรคกลับซ้ำ และวัณโรคดื้อยาเมื่อเริ่มการรักษาใหม่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงร่วมกับการใช้ปฏิทินกำกับการกินยา เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

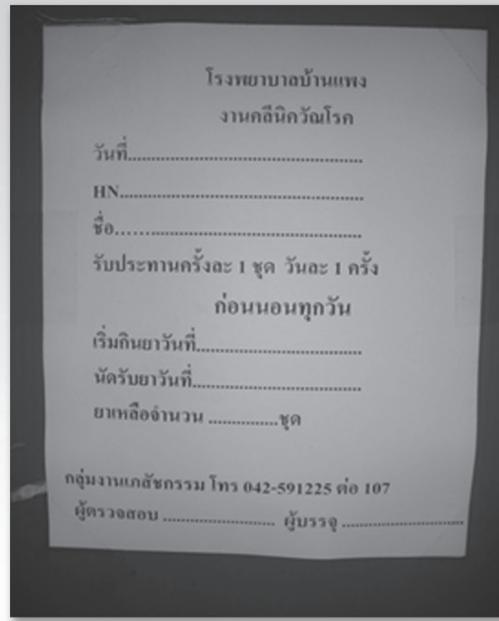
1. เพื่อพัฒนาการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคในการรักษาแบบมีพี่เลี้ยง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคในการรักษาแบบมีพี่เลี้ยง กับการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงอย่างเดียว

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี (1 ตุลาคม 2554 - 30 กันยายน 2555) มีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาปฏิทินกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคในการรักษาแบบมีพี่เลี้ยง โดยมีขั้นตอนในการเตรียมปฏิทินกำกับการกินยาวัณโรค ดังนี้

- 1.1 จัดการบรรจุยาวัณโรคแบบ Daily Pack ก่อนวันนัดประมาณ 1 สัปดาห์
- 1.2 นำสติ๊กเกอร์ วัน เดือน ปี มาติดใส่ซองยา
- 1.3 นำซองยาที่ได้มาติดใส่แผ่นฟิวเจอร์บอร์ดขนาด 2 X 2 ฟุต 1 แผ่น โดยเริ่มติดจากวันนัด จากด้านล่างสุดของแผ่นฟิวเจอร์บอร์ดเรื่อยมาจนถึงซองสุดท้ายซึ่งจะติดอยู่แถวบนสุดของปฏิทิน
- 1.4 พิมพ์สติ๊กเกอร์ลือตยา วันหมดอายุของยาแต่ละชนิด ติดไว้ด้านบนของปฏิทินพร้อมบอกวิธีหยิบจากซ้ายไปขวา
- 1.5 ด้านหลังปฏิทินติดข้อมูลผู้ป่วย วิธีกินยาพร้อมวันนัดรับยา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ปฏิทินกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค

ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้ปฏิทินกำกับการกินยากับผู้ป่วยวัณโรค 1 คน เป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อหาปัญหาและปรับปรุงปฏิทินให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 นำปฏิทินกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคในการรักษาแบบมีพี่เลี้ยง ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ให้บริการแบบ One Stop Service โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค นำปฏิทินกำกับการกินยาที่จัดทำสมบูรณ์แล้วมาจ่ายให้กับผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรคเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ และลดระยะเวลาการรอคอย

3.2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้คำแนะนำผู้ป่วยและพี่เลี้ยงให้ฝึกปฏิบัติการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาวัณโรค ตั้งแต่ตอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

3.3 ติดตามการกินยาของผู้ป่วยและการควบคุมกำกับของพี่เลี้ยงในการกินยาของผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการดำเนินงาน โดยการเปรียบเทียบผลระหว่างการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคในการรักษาแบบมีพี่เลี้ยง กับรูปแบบเดิมคือการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงอย่างเดียว ในด้าน

- 4.1 อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรค
- 4.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพี่เลี้ยงในการรับบริการ
- 4.3 ระยะเวลาในการรอรับยา

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลบ้านแพวง ในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 21 ราย ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ OPD Card, โปรแกรม HOSxP และปฏิทินกำกับการกินยาวัณโรคที่พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ

2.2 แบบสรุประยะเวลาในการรอรับยา

2.3 แบบประเมินการรักษาวัณโรค

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคและเภสัชกร จากผู้ป่วยและพี่เลี้ยงที่มารักษาที่โรงพยาบาล และจากการเยี่ยมบ้าน โดยการสังเกต บันทึก สอบถามและการสัมภาษณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์อัตราการรักษาสำเร็จ (Success Rate) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรค และระยะเวลารอคอยในการรับบริการ วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการดำเนินงาน การรักษาแบบมีที่เลี้ยงอย่างเดียว ระหว่าง ในปี 2554 กับการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการรักษาแบบมีที่เลี้ยง ในปี 2555 ดังนี้

2.1 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรค และระยะเวลารอคอยในการรับบริการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test

2.2 อัตราการรักษาสำเร็จ (Success Rate) วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher Exact test

### ผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการรักษา  
1.1 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการรักษา

จากตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการรักษา พบว่า จากการใช้การกินยาแบบมีที่เลี้ยงอย่างเดียว ในปีงบประมาณ 2554 มีระดับความพึงพอใจในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 62.96 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.93 โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ( $\mu$ ) เท่ากับ 3.07 ( $\sigma = 0.87$ ) ส่วนการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 มีระดับความพึงพอใจในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 71.43 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.57 โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ( $\mu$ ) เท่ากับ 4.05 ( $\sigma = 0.74$ )

1.2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการรักษา

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการรักษา

ตัวแปร	ปีงบประมาณ 2554		ปีงบประมาณ 2555	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรค</b>				
1. ระดับสูง	7	25.93	15	71.43
2. ระดับปานกลาง	17	62.96	6	28.57
3. ระดับต่ำ	3	11.11	0	0
<b>รวม</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

(ปีงบประมาณ 2554  $\mu = 3.07$  ,  $\sigma = 0.87$  ; ปีงบประมาณ 2555  $\mu = 4.05$  ,  $\sigma = 0.74$ )

## ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการรักษา

	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t
การใช้การกินยาแบบมีที่เลียอย่างเดียว	3.07	0.87	4.09*
การใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย	4.05	0.74	

\* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการรักษา ระหว่างการกินยาแบบมีที่เลียอย่างเดียวในปีงบประมาณ 2554 กับการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจจากการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจจากการกินยาแบบมีที่เลียอย่างเดียวในปีงบประมาณ 2554 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

### 2. ระยะเวลาในการรอรับยา

#### 2.1 ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยา

## ตารางที่ 3 ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วยวัณโรค

ตัวแปร	ปีงบประมาณ		ลดลงร้อยละ
	2554	2555	
ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยา (นาที)	25.07	11.29	54.99
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.54	1.74	

จากตารางที่ 3 ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า จากการใช้การกินยาแบบมีที่เลียอย่างเดียว ในปีงบประมาณ 2554 ผู้ป่วยวัณโรคมีระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยา ( $\mu$ ) เท่ากับ 25.07 นาที ( $\sigma = 1.54$ ) ส่วนการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 ผู้ป่วยวัณโรคมีระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยา ( $\mu$ ) เท่ากับ 11.29 นาที ( $\sigma = 1.74$ ) ระยะเวลาการรอรับยาลดลงร้อยละ 54.99

#### 2.2 การเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยา

## ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วยวัณโรค

	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t
การใช้การกินยาแบบมีที่เลียอย่างเดียว	25.07	1.54	29.08*
การใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย	11.29	1.74	

\* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างการกินยาแบบมีที่เล็ยงอย่างเดียวในปีงบประมาณ 2554 กับการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 ต่ำกว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วยวัณโรคที่กินยาแบบมีที่เล็ยงอย่างเดียวในปีงบประมาณ 2554 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

### 3. อัตราการรักษาสำเร็จ (Success Rate)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบอัตราการรักษาสำเร็จ (Success Rate)

ตัวแปร	ผลการรักษา					
	สำเร็จ		ไม่สำเร็จ		รวม	
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
การใช้การกินยาแบบมีที่เล็ยงอย่างเดียว	23	85	4	14	27	10
การใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย	21	10	0	0	21	10

$$\chi^2 = 3.39, df = 1, p < 0.05$$

จากตารางที่ 5 ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค พบว่า จากการใช้การกินยาแบบมีที่เล็ยงอย่างเดียวในปีงบประมาณ 2554 มีอัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 85.19 ส่วนการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 พบว่ามีอัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 100

ส่วนผลการเปรียบเทียบการรักษาสำเร็จ (Success Rate) ระหว่างการกินยาแบบมีที่เล็ยงอย่างเดียวในปีงบประมาณ 2554 กับการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 โดยใช้ Fisher Exact test พบว่า การใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วยในปีงบประมาณ 2555 มีการรักษาวัณโรคสำเร็จสูงกว่าการกินยาแบบมีที่เล็ยงอย่างเดียวในปีงบประมาณ 2554 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

### อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการรักษา ในปีงบประมาณ 2554 มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย ( $\mu$ ) = 3.07 ( $\sigma = 0.87$ ) ส่วนการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555

มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับสูง ค่าเฉลี่ย ( $\mu$ ) = 4.05 ( $\sigma = 0.74$ ) ซึ่งพบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น และผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจจากการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจจากการกินยาแบบมีที่เล็ยงอย่างเดียวในปีงบประมาณ 2554 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ทั้งนี้เนื่องจก เมื่อมีการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสะดวกและง่ายต่อการกินยา ส่วนที่เล็ยงก็ง่ายต่อการกำกับ เนื่องจากมีลักษณะคล้ายกับปฏิทินที่ใช้ทั่วไป อีกทั้งใช้ระยะเวลาในการรอรับยาลดลงมาก จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

2. ระยะเวลาในการรอรับยา ในปีงบประมาณ 2555 ผู้ป่วยวัณโรคมีระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยาลดลงจากปีงบประมาณ 2554 ร้อยละ 54.99 และระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 ต่ำกว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วยวัณโรคที่กินยาแบบมีที่เล็ยงอย่างเดียว ในปีงบประมาณ 2554 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เนื่องจากในใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ใน

ปีงบประมาณ 2555 ได้จัดระบบการรักษาวัณโรคแบบ One Stop Service เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ มีการจัดยาในปฏิทินล่วงหน้าก่อนวันที่ผู้ป่วยมารับยา ส่วนในวันที่มารับยาเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ นำยามาจ่ายให้ผู้ป่วยและแนะนำผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรค ทำให้ลดระยะเวลาในการรอรับยาของผู้ป่วยลงได้มาก

3. อัตราการรักษาสำเร็จ (Success Rate) จากการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 พบว่ามีอัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 100 และผลการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมด้วย ในปีงบประมาณ 2555 มีการรักษาวัณโรคสำเร็จสูงกว่าการกินยาแบบมีที่เลี้ยงอย่างเดียวในปีงบประมาณ 2554 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เนื่องจากการจัดระบบการรักษาแบบ One Stop Service ทำให้ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงเกิดความสะดวกรวดเร็วในการรับการรักษา ลดระยะเวลาในการรอรับยา และผลการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาทำให้ผู้ป่วยกินยาได้ง่าย และถูกต้อง ไม่มีปัญหาในการกินยาผิด และพี่เลี้ยงเกิดความง่ายและสะดวกในการกำกับการกินยา เพราะเป็นรูปแบบที่คุ้นเคย คล้ายกับการดูปฏิทิน สามารถมองเห็นได้เลยว่าผู้ป่วยกินยาหรือไม่ และกินยาถึงวันใดแล้ว จึงทำให้ผลการรักษาเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมกับการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยง ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้ป่วย ลดระยะเวลาในการรอรับยา และมีอัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้บริหารจึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

2. ผู้เกี่ยวข้องในการรักษาวัณโรคหรือคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชน สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยพื้นของตนเองได้ตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมกับการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น
2. ควรทำการวิจัยการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาร่วมกับการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยง ในตัวแปรอื่นๆ เช่น ต้นทุนการรักษา

### บรรณานุกรม

1. สำนักวัณโรค. คู่มืออบรม แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรคสำหรับคลินิกวัณโรค. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
2. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7. เอกสารประกอบการประชุมบูรณาการพัฒนาศูนย์ป้องกันควบคุมวัณโรค. วันที่ 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2555 ณ โรงแรมลายทอง จังหวัดอุบลราชธานี; 2555.
3. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอบ้านแพ้ว. สรุปผลการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอบ้านแพ้ว; 2556.

## ผลลัพธ์ของคลินิกโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

นางสาววาสนา ลีประเสริฐ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลกุดบาก โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลกุดบาก ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2553 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2554 โดยเข้ารับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 12 เดือน และมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วน สามารถติดตามผลการรักษาได้ มีจำนวนทั้งสิ้น 65 ราย วิธีการเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกการรักษาในเวชระเบียนผู้ป่วย (OPD card) ข้อมูลประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการศึกษา แบบประเมินผลการรักษาโรคหืด การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2552 ถึง ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2555 โดยใช้โปรแกรม SPSS for Window สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ The Wilcoxon Rank Sum Test ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของค่าสมรรถภาพของปอดวันแรกก่อนเข้าคลินิก กับค่าเฉลี่ยของค่าสมรรถภาพของปอดในเดือนที่ 12 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < .01$ ) ค่าเฉลี่ยการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 12 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $P < .005$ ) ค่าเฉลี่ยการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ก่อนและหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 12 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $P < .005$ ) ผลการควบคุมโรค ระดับควบคุมโรคได้ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 16.92 เป็น ร้อยละ 32.31 หลังจากได้รับการรักษาในคลินิกโรคหืด

คำสำคัญ : คลินิกโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลกุดบาก

## Outcome of the Easy Asthma Clinic at Kutbak Hospital, Sakhon Nakhon

---

Wassana Limprasert,

Registered Nurse, Professional Level

### Abstract

In this retrospective, descriptive study, outcome of the Easy Asthma Clinic at Kutbak Hospital, Sakon Nakhon, Thailand was studied. Sixty-five patients who registered at the Easy Asthma clinic from February 1, 2010 to December 31, 2011, visited the clinic more than four times in twelve months and got complete medical records were included. Data was collected from patient notes and asthma assessment forms before and twelve months after initiation of the Easy Asthma Clinic. All the collected data was statistically analyzed using SPSS for Windows by performing frequencies, percentages, standard deviations paired t-tests and The Wilcoxon Rank Sum Test. The analysis demonstrated statistically significant differences between pre- and twelve months post- Easy Asthma clinic implementation in terms of the average peak flow rates ( $p < 0.01$ ), the numbers of ER visits ( $p < 0.005$ ) and the numbers of admissions ( $p < 0.005$ ). In addition, the level of control was increased from 16.92 % to 32.31% after twelve months of the Easy Asthma Clinic

---

*Keywords : Easy asthma clinic, Kutbak Hospital*

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและพบได้ตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ และยังเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยที่สำคัญโรคหนึ่ง จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 235 ล้านคนที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคหืด<sup>1</sup> ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก ลักษณะสำคัญของโรคหืด คือ การที่หลอดลมตีบเป็นๆ หายๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไอ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด จากการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยมากกว่าครึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เช่นคนปกติ<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยมีรายงานในปี 2545 ผู้ป่วยโรคหืดที่ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่า 1,000,000 ราย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยอาการหอบรุนแรง มากถึง 102,245 ราย และในปี 2546 พบว่าผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ 21 ยังต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบรุนแรงที่ห้องฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 14 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>3</sup>

ในปี พ.ศ.2536 สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย<sup>4</sup> ได้นำ The Global Initiative for Asthma (GINA) มาพัฒนาจัดทำแนวทางการวินิจฉัย การรักษาโรคหืดในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่) โดยมีหลักความสำคัญ ในแนวทางการรักษาโรคนี้คือ ต้องให้ความรู้กับผู้ป่วยให้เข้าใจ ในแนวทางการรักษา ต้องสอนวิธีใช้ยาสูดพ่น รู้จักหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ประเมินความรุนแรงของโรคโดยการตรวจวัดสมรรถภาพปอด จัดยารักษาตามความรุนแรงของโรค วางแผนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ให้ inhaled corticosteroid เพื่อลดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เป็นการควบคุมและป้องกันมิให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 วิชา บุญสวัสดิ์<sup>5,6</sup> ได้พัฒนาแนวทางการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่าย Easy Asthma Clinic (EAC) ในโรงพยาบาลชั้น โดยมีลักษณะสำคัญคือการจัดบริการอย่างเป็นระบบ มีการดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง การวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป การส่งจ่ายยาตามมาตรฐาน การให้ความรู้เรื่องโรคและสาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้น การป้องกัน การใช้ยาพ่นและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากผลการศึกษา ของอารีย์ ดวงดี<sup>7</sup>

ชาญชัย จันทรรวยชัยกุล<sup>8</sup> และ เกษม ภัทรฤทธิกุล<sup>9</sup> พบว่า ผลการรักษาโรคหืดดีขึ้น ลดอัตราการพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และสนับสนุนให้มีการนำมาใช้โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลชุมชน

จากสถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกุดบาก มีผู้โรคหืดมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 237 ครั้ง และ 328 ครั้ง ในปี 2552 และ 2553 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทางโรงพยาบาลกุดบากจึงได้นำแนวทาง EAC มาจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่าย ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่มีการศึกษาผลการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงต้องการทราบผลลัพธ์ของคลินิกโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลกุดบาก เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดการคลินิกโรคหืดต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลกุดบาก

## นิยามศัพท์

ระดับการควบคุมโรคหืด (Levels of Asthma control) หมายถึง การประเมินอาการของผู้ป่วย ตาม GINA guideline 2006 โดยดูจากความถี่ของการเกิดอาการช่วงกลางวัน อาการช่วงกลางคืน การใช้ยาขยายหลอดลมบรรเทาอาการ การกำเริบของโรคหืด รวมทั้งการวัดสมรรถภาพของปอด และการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรต่างๆ ได้ เช่นคนปกติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ควบคุมโรคได้ (controlled), ควบคุมโรคได้บางส่วน (partly controlled) และควบคุมโรคไม่ได้ (uncontrolled) ดังในรูปภาพที่ 1

## รูปภาพที่ 1 ระดับการควบคุมโรคหืด<sup>3</sup>

ลักษณะทางคลินิก	ควบคุมโรคได้ (ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้)	ควบคุมโรคได้บางส่วน (มีอย่างน้อย 1 ข้อ)	ควบคุมโรคไม่ได้
อาการช่วงกลางวัน	ไม่มี หรือน้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์)	มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์	มีอาการในหมวด ควบคุมโรคได้บางส่วน อย่างน้อย 3 ข้อ
มีข้อจำกัดของการออกกำลังกาย	ไม่มี	มี	
อาการช่วงกลางคืนจนรบกวนการนอนหลับ	ไม่มี	มี	
ต้องใช้ reliever/ rescue treatment	ไม่มี (หรือน้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์)	มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์	
สมรรถภาพของปอด (PEF/FEV1)	ปกติ (>80%)	< 80% predict	
การจับหืดเฉียบพลัน (exacerbation)	ไม่มี	อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	

### รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retro-spective descriptive study)

### วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่โรคหืดที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลกุดบาก ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2553 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2554 (ช่วงแรกที่จัดตั้งคลินิกโรคหืด) ที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 12 เดือน มีจำนวนทั้งสิ้น 65 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาคั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกการรักษาในเวชระเบียนผู้ป่วย(OPD card) ข้อมูลประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการศึกษา(appendix1) แบบประเมินผลการรักษาโรคหืด (appendix 2) โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2552 ถึง ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2555

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ The Wilcoxon Rank Sum Test

### ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=65)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
- ชาย	27	41.54
- หญิง	38	58.46
<b>อายุ (ปี)</b>		
- ต่ำกว่า 20	3	4.62
- 20 - 29	4	6.15
- 30 - 39	9	13.85
- 40 - 49	15	23.08
- 50 - 59	19	29.22
- 60 ปี ขึ้นไป	15	23.08
<b>อายุที่เริ่มมีอาการหอบ (ปี)</b>		
- ต่ำกว่า 20	7	10.77
- 20 - 29	13	20.00
- 30 - 39	15	23.08
- 40 - 49	12	18.46
- 50 - 59	11	16.92
- 60 ปี ขึ้นไป	7	10.77
<b>รับการรักษาที่โรงพยาบาลกุดบากมาแล้ว (ปี)</b>		
- น้อยกว่า 10		
- 11 - 20	11	16.92
- 20 ปี ขึ้นไป	50	76.93
	4	6.15
<b>ประวัติการสูบบุหรี่ (ราย)</b>		
- เคยสูบ	19	29.23
- ไม่เคยสูบ	46	70.77
<b>การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (ราย)</b>		
- สูบ	4	6.15
- ไม่สูบ	61	93.85

จากตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น 65 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 58.46) เพศชายจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 41.54) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 50-59 ปี จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 29.23) รองลงมาช่วงอายุ 41-49 ปี จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 23.08) อายุเฉลี่ยผู้ป่วย 48.40 ปี อายุน้อยที่สุด 8 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มเป็นโรคหืด 38.25 ปี โดยมากอยู่ระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 23.08) ระยะเวลาที่เป็นโรคหืดมาเฉลี่ย 10.03 ปี มีประวัติเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.23 (19 ราย) เฉลี่ยสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน ยังคงสูบบุหรี่จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 6.15) และผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาลกุดบาก เฉลี่ย 6.82 ปี

ส่วนที่ 2 ผลการรักษาตามแนวทางคลินิกโรคหืดอย่างง่าย

ตารางที่ 2 แสดงผลการรักษาตามอาการและอาการแสดง เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 12 (n=65)

อาการและอาการแสดง	ก่อนเข้าคลินิก		หลังเข้าคลินิก	
	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
<b>1. มีไอ หายใจไม่อิ่ม หายใจหอบช่วงกลางวัน</b>				
1.1 ไม่มีอาการ	30	46.2	44	67.7
1.2 มีอาการน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	14	21.5	11	16.9
1.3 มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/สัปดาห์	13	20	7	10.8
1.4 มีอาการทุกวัน	8	12.3	3	4.6
1.5 มีอาการเกือบตลอดเวลา	-	-	-	-
<b>2. มีไอ แนนหน้าอก หายใจหอบ ช่วงกลางคืน</b>				
2.1 ไม่มีอาการ	22	33.8	44	67.7
2.2 มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง/เดือน	12	18.5	7	10.8
2.3 มีอาการมากกว่า 2 ครั้ง/เดือน	11	16.9	7	10.8
2.4 มีอาการมากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	11	16.9	4	6.2
2.5 มีอาการเกือบทุกวัน	9	13.8	3	4.6
<b>3. การใช้ยาขยายหลอดลม</b>				
3.1 ไม่ใช่	20	30.8	38	58.5
3.2 ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	19	29.2	15	23.1
3.3 ใช้เกือบทุกวัน	20	30.8	11	16.9
3.4 ใช้ทุกวัน	5	7.7	1	1.5
3.5 ใช้มากกว่า 4 ครั้ง/วัน ติดต่อกัน 2 วันขึ้นไป	1	1.5	-	-
<b>4. มีอาการหอบมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน</b>	38	58.5	27	41.5
<b>5. มีอาการหอบนอนรักษาในโรงพยาบาล</b>	22	33.8	9	13.8
<b>6. ระดับค่าสมรรถภาพของปอด (ร้อยละค่า predicted PEFR)</b>				
6.1 ไม่ดี (ไม่เกินร้อยละ 59)	25	38.5	18	27.7
6.2 ปานกลาง (ร้อยละ 60-80)	19	29.2	20	30.8
6.3 ดี (ตั้งแต่ร้อยละ 81 ขึ้นไป)	21	32.3	27	41.5

จากตารางที่ 2 ผลการรักษาตามอาการและอาการแสดง เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 12 พบว่า อาการหายใจหอบช่วงกลางวัน ก่อนเข้าคลินิก ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ร้อยละ 46.2 มีอาการน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 21.5 และมีอาการทุกวัน ร้อยละ 12.3 หลังเข้าคลินิก ส่วนใหญ่ ไม่มีอาการ ร้อยละ 67 มีอาการน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 16.9 และมีอาการทุกวัน ร้อยละ 4.6 อาการไอ แน่นหน้าอก หายใจหอบช่วงกลางคืน พบว่าก่อนเข้าคลินิกส่วนใหญ่ ไม่มีอาการ ร้อยละ 33.8 มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 18.5 มีอาการเกือบทุกวัน ร้อยละ 13.8 หลังเข้าคลินิก ส่วนใหญ่ ไม่มีอาการ ร้อยละ 67.7 มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง/เดือนและมีอาการมากกว่า 2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 10.8 ส่วนมีอาการเกือบทุกวัน ร้อยละ 4.6 การใช้ยาขยายหลอดลม

พบว่า ก่อนเข้าคลินิก ไม่ใช่ และใช้เกือบทุกวัน ร้อยละ 30.8 ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 29.2 ใช้ทุกวัน ร้อยละ 7.7 ใช้มากกว่า 4 ครั้ง/วัน ติดต่อกัน 2 วันขึ้นไป ร้อยละ 1.5 หลังเข้าคลินิก ส่วนใหญ่ ไม่ใช่ ร้อยละ 58.5 ใช้ น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 23.1 และใช้ทุกวัน ร้อยละ 1.5 มีอาการหอบมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน พบว่าก่อนเข้าคลินิก 1 ปี ย้อนหลัง ร้อยละ 58.5 หลังเข้าคลินิก เดือนที่ 12 ร้อยละ 41.5 มีอาการหอบนอนพักรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ก่อนเข้าคลินิก ร้อยละ 33.8 หลังเข้าคลินิก ร้อยละ 13.8 ระดับค่าสมรรถภาพของปอด พบว่า ก่อนเข้าคลินิกส่วนใหญ่ ระดับไม่ดี ร้อยละ 38.5 ระดับดี และปานกลาง ร้อยละ 32.5 และ 29.2 ตามลำดับ หลังเข้าคลินิกส่วนใหญ่ ระดับดี ร้อยละ 41.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.8 และ ระดับไม่ดี ร้อยละ 27.7

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าสมรรถภาพของปอด (PEFR) ก่อนและหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 12 (n=65)

ค่าสมรรถภาพของปอด	$\bar{X}$	SD	t	p-value
วันแรกที่เข้าคลินิก	69.52	25.54	-2.942	.005
หลังเข้าคลินิก 12 เดือน	76.71	25.18		

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพของปอด (PEFR) ของผู้ป่วยโรคหืดก่อนและหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 12 พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าสมรรถภาพของปอดวันแรกก่อนเข้าคลินิก กับค่าเฉลี่ยของค่าสมรรถภาพของปอดในเดือนที่ 12 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $P<.01$ )

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และจำนวนครั้งการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ก่อนและหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 12

ค่าสมรรถภาพของปอด	ก่อนเข้าคลินิก		หลังเข้าคลินิก		n	Z	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน	4.05	3.98	1.58	2.15	38	3.227	.001
พักรักษาในโรงพยาบาล	1.95	1.09	0.73	1.45	22		

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน พบว่า การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินก่อนและหลังเข้าคลินิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P<.001$ ) ส่วนการเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังเข้าคลินิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P<.005$ ) เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 5 ผลการควบคุมโรคหืด เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าคลินิก (n=45)

ระดับการควบคุมโรคหืด	วันแรกที่เข้าคลินิก		เดือนที่ 12	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ควบคุมโรคไม่ได้ (uncontrolled)	30	46.16	11	16.92
ควบคุมโรคได้บางส่วน (partly controlled)	24	36.92	33	50.77
ควบคุมโรคได้ (controlled)	11	16.92	21	32.31

จากตารางที่ 5 ระดับผลการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วย พบว่า วันแรกที่เข้าคลินิกส่วนใหญ่อยู่ระดับควบคุมโรคไม่ได้ ร้อยละ 46.16 และควบคุมโรคได้บางส่วน ร้อยละ 36.92 ควบคุมโรคได้ น้อยที่สุดร้อยละ 16.92 ส่วนระดับผลการควบคุมโรคหลังเดือนที่ 12 ส่วนใหญ่อยู่ระดับ ควบคุมโรคได้บางส่วน ร้อยละ 50.77 ควบคุมโรคได้ ร้อยละ 32.31

### อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยทำงาน อายุเฉลี่ย 48.40 ปี อายุเฉลี่ยที่เป็นโรคหืด 38.25 ปี ผลการรักษาตามอาการและอาการแสดง พบว่าอาการหอบช่วงกลางวันและอาการหอบช่วงกลางคืน ส่วนใหญ่หลังเข้าคลินิก ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการมีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการทุกวันลดลง การใช้ยาขยายหลอดลมก็เช่นเดียวกัน ภายหลังจากคลินิกผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยามีจำนวนเพิ่มขึ้น และผู้ที่ใช้ยาทุกวันมีจำนวนลดลง เมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังเข้าคลินิกพบว่า หลังเข้าคลินิกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P < .001$ ) และ ( $P < .005$ ) ตามลำดับ สำหรับค่าเฉลี่ยค่าสมรรถภาพสมรรถภาพของปอดภายหลังเข้าคลินิกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P < .01$ ) เช่นเดียวกับผลการควบคุมโรค ภายหลังจากคลินิกระดับควบคุมโรคได้เพิ่มขึ้น ระดับควบคุมโรคไม่ได้ลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โสมมนัส โภยสวัสดิ์<sup>10</sup> วันหนิย์ มามูล<sup>11</sup> ประพุทธ ลีลาพลฤทธิ์<sup>12</sup> และสืบศิริ บัณฑิตภิรมย์<sup>13</sup> จากการที่จัดตั้งคลินิก

โรคหืด ทำให้มีการพัฒนาขั้นตอนบริการที่ชัดเจน มีการร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลมีการให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเอง การสังเกตและบันทึกอาการตนเองในสมุดประจำตัว เกสซอร์ให้ความรู้เรื่องยา เทคนิคการใช้ยาชนิดสูดดม แพทย์ผู้รักษาให้การรักษาตามแนวทาง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้นเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ผลการรักษาไม่ได้สอดคล้องตามผลการศึกษาอาจเนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลและสาเหตุอื่นของกลุ่มตัวอย่างเอง จึงควรมีการศึกษาสาเหตุต่อไป เพื่อจะได้วางแผนการดูแลให้เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ผลการควบคุมโรคที่ดีขึ้น

### สรุป

การจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่าย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้มีคุณภาพมากขึ้น ช่วยให้การรักษาได้มาตรฐาน มีการร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพในการจัดทำแนวทางการดูแลขั้นตอนการรับบริการ กำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ส่งผลให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทำงานง่ายขึ้น ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง การใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้น จากผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลง ค่าเฉลี่ยการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยมีค่าสมรรถภาพของปอดและระดับการควบคุมโรคดีขึ้นด้วย แต่ยังคงมีการพัฒนารูปแบบต่อไป เน้นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ผลการรักษายังไม่ดี เพิ่มการติดตามผู้ป่วยขาดนัด การติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน และการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล และในชุมชน เพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมโรคได้ ดำรงชีวิตได้อย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเรื่องถึงปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคหืด เพื่อนำผลที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

### บรรณานุกรม

- World Health Organization. 10 facts on asthma. [online]2011. [cited 2014 Mar 25]. Available from : <http://www.who.int/features/factfiles/asthma/en/>
- วัชรา บุญสวัสดิ์. SMART Implementation from Asthma Guidelines to Clinical practice .วารสาร วัฒนโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ 2552; 30(1): 25-31.
- อภิชาติ คณิตทรัพย์, มุกดา หวังวีรวงศ์, บรรณาธิการ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ.2555. กรุงเทพมหานคร : สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย; 2555.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย (สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547). กรุงเทพมหานคร: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย; 2547.
- วัชรา บุญสวัสดิ์. โครงการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดตามรูปแบบโปรแกรม Easy Asthma Clinic สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [ออนไลน์]25 ตุลาคม 2553. [อ้างเมื่อ 1 มีนาคม 2557] จาก [http://eac2.easyasthma.com/md-btemplate/mytemplate/template.php?component=view\\_article&read=1&qid=102&n\\_answer=9](http://eac2.easyasthma.com/md-btemplate/mytemplate/template.php?component=view_article&read=1&qid=102&n_answer=9)
- คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ.2551. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ.2551. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
- อารีย์ ดวงดี. ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 3(2): 45-50.
- ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล. ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2550; 22(4): 449-58.
- เกษม ภัทรฤทธิกุล. ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลหนองสองห้อง. ขอนแก่น เวชสาร 2550; 31(3): 261-8.
- โสมนัส โกยสวัสดิ์. ผลสัมฤทธิ์ของคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2555; 27(1): 33-42.
- วันนีย์ มามูล. ผลสัมฤทธิ์ของคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2553; 25(3): 377-86.
- ประพุทธ ลีลาพทุทธิ. ผลการรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดในโรงพยาบาลบางบัวทอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17(5เพิ่มเติม): SV1411-8.
- สืบศิริ บัณฑิตภิรมย์. ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลหนองแสง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2554; 19(1): 1-9.

## การเปรียบเทียบการบริจาคเลือดของโรงพยาบาลหนองคาย ในปี พ.ศ. 2556

อภิสามารถ คล่องขยัน

การบริจาคโลหิต คือการเก็บโลหิตจากผู้มีความประสงค์จะบริจาค เลือดนั้นนำไปใช้สำหรับการถ่ายเลือด และ/หรือการเยียวยาทางชีวเภสัชวิทยาโดยกระบวนการที่เรียกว่า การแยกส่วน (การแยกองค์ประกอบของเลือดครบ) การบริจาคอาจบริจาคเลือดครบ หรือเฉพาะองค์ประกอบหนึ่งของเลือดโดยตรง (apheresis) ก็ได้ ธนาการเลือดมักเป็นผู้ดำเนินการเก็บเลือดและกระบวนการต่อจากนั้น<sup>2,3,4</sup>

ผู้ประสงค์บริจาคโลหิตจะได้รับคำแนะนำและการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้เลือดไม่ปลอดภัย ขั้นตอนการคัดกรองมีการทดสอบโรคที่สามารถส่งต่อได้ทางการถ่ายเลือด เช่น ไวรัสเอชไอวี และ ไวรัสตับอักเสบบี เชื้อซิฟิลิส ผู้บริจาคต้องตอบคำถามเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์และรับการทดสอบทางกายภาพสั้นๆ เพื่อให้แน่ใจว่าการบริจาคโลหิตไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริจาค ความถี่ของการบริจาคโลหิตนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของเลือดที่บริจาค และกฎหมายของประเทศนั้นๆ ตัวอย่างเช่น ในสหรัฐอเมริกา ผู้บริจาคสามารถบริจาคเลือดครบได้ทุก 8 สัปดาห์ (56 วัน) และบริจาคเฉพาะเกล็ดเลือดได้ทุก 3 วัน<sup>3,4,5</sup>

### การบริจาค

เมื่อถึงหน่วยรับบริจาคโลหิต จะมีผู้เชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน นำใบกรอกเพื่อเขียนประวัติของผู้บริจาคและเซ็นชื่อยินยอม และยอมรับว่าข้อมูลทั้งหมดเป็นความจริง<sup>1,2,3</sup> เมื่อกรอกเรียบร้อยจะถึงขั้นตอนการวัดความดันโลหิต และตรวจหมู่โลหิต วัดความเข้มข้นโลหิต เพื่อให้ได้โลหิตที่มีคุณภาพและความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยที่จะรับโลหิตของผู้บริจาคและตัวผู้บริจาคเอง<sup>1</sup> หลังจากนั้นผู้บริจาคโลหิตจะถูกพามาอนบนเตียงบริจาคเพื่อเจาะเก็บโลหิตจากเส้นเลือดดำ ถ่ายสู่ถุงโลหิต เป็นจำนวน 350 - 450 มิลลิลิตร

ตามเกณฑ์ (15% ของปริมาณโลหิตในร่างกาย) เจ้าหน้าที่นำเข็มเจาะออกพร้อมจัดเก็บตัวอย่างเลือดสำหรับตรวจยืนยันความปลอดภัยก่อนนำไปให้คนไข้ ผู้บริจาคโลหิตควรนอนพักเพื่อปรับสภาพสักครู่ (5-10 นาที)<sup>2,3</sup> เมื่อลุกออกจากเตียง ควรรับประทานอาหารว่าง ที่ทางหน่วยบริการจัดเตรียมไว้และควรทานน้ำเปล่าชดเชยมากกว่าปกติ 2-3 เท่า ได้แก่ น้ำหวาน (น้ำแดง) ขนมและนมที่มีธาตุเหล็ก พร้อมทั้งรับยาบำรุงธาตุเหล็กกลับไปรับประทาน (30-50 เม็ด)<sup>2,3</sup>

### ขั้นตอนการบริจาคโลหิต

เพื่อความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้บริจาคโลหิตในการรอบริจาค ผู้บริจาคควรสำรวจตนเองว่า มีคุณสมบัติพร้อมสำหรับการบริจาคหรือไม่ ซึ่งผู้บริจาค ควรมีคุณสมบัติต่างๆ ดังนี้<sup>2,3</sup>

1. เป็นผู้มีอายุระหว่าง 17 - 60 ปี
2. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง น้ำหนักตั้งแต่ 45 กิโลกรัมขึ้นไป
3. ไม่มีประวัติการเป็นโรคมalaria ในระยะ 3 ปี
4. ไม่มีประวัติเป็นโรคตับอักเสบ หรือติดเชื้อตัวเหลือง ตาเหลือง
5. ผู้หญิง ไม่อยู่ในระหว่างมีประจำเดือน หรือมีครรภ์
6. ไม่ควรบริจาคหลังทำการผ่าตัด ในระยะ 6 เดือน (โดยเฉพาะถ้าต้องรับเลือดขณะผ่าตัด)
7. ผู้เคยรับโลหิตงดบริจาค 1 ปี
8. งดสูบบุหรี่ก่อนบริจาค 12 ชั่วโมง
9. ไม่ทานยาแก้ปวดก่อนบริจาค 1 สัปดาห์
10. ไม่ได้รับเลือดจากผู้อื่นมาระยะ 6 เดือน

11. ไม่ได้รับวัคซีนภายใน 14 วัน เซรุ่มภายใน 1 ปี (ขึ้นกับชนิดของวัคซีน)
12. ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่มีไข้คู่สมรส
13. นอนพักผ่อน (หลับสนิท) ไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง
14. ไม่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อความปลอดภัยจากการบริจาคโลหิต เช่น กามโรค โรคติดเชื้อต่าง ๆ ไอเรื้อรัง โอดมีโลหิต โลหิตออกง่ายผิดปกติ หูดยาก โรคเลือดชนิดต่าง ๆ โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ โรคลมชัก โรคผิวหนังเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน โรคธัยรอยด์ มะเร็ง หรือโรคอื่นๆ
15. ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ หรือ สำนองทางเพศ ได้แก่ ท่านหรือคู่สมรสของท่าน เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชาย ที่ขายบริการทางเพศ หรือ มีเพศสัมพันธ์แบบชายรักชาย
16. ไม่ทำการเจาะหู สัก ลบรอยสัก ผิงเข็มในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
17. ไม่มีประวัติติดยาเสพติด หรือเคยเป็นผู้ที่เสพยาเสพติดโดยใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นเลือด
18. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์
19. สตรีไม่อยู่ในระหว่างมีประจำเดือน ตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร และไม่มีกรคลอดบุตรหรือแท้งบุตรภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

### การปฏิบัติตัวหลังการบริจาค

- หลังจากการบริจาคโลหิตแล้ว ผู้บริจาคควรปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อประโยชน์ของผู้บริจาคเอง ดังนี้
- ดื่มน้ำมากกว่าปกติหลังบริจาคเป็นเวลา 2 วัน
  - งดออกกำลังกายที่ต้องเสียเหงื่อหลังการบริจาค หลีกเลี่ยงการทำสวน
  - ผู้บริจาคโลหิตที่ทำงานใช้แรง หรือใช้กำลังมาก หรือต้องทำงานกลางแจ้ง ควรหยุดพักหนึ่งวัน
  - รับประทานยาเข้าธาตุเหล็กที่ได้รับวันละ 1 เม็ด เพื่อป้องกันภาวะการขาดธาตุเหล็ก
  - หลีกเลี่ยงการใช้กำลังแขนข้างที่เจาะ เป็นเวลา 12 ชั่วโมง

### สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต ของโรงพยาบาลหนองคาย
2. เก็บข้อมูลจากปี พ.ศ.2554-2556 โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้มาบริจาคโลหิต และทำการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
3. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาจัดทำและเสนอโครงการวิจัย ดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงรายงานผลงาน และจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อชี้แนะแนวทางและตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน
4. การเผยแพร่เอกสารทางวิชาการที่ได้จัดทำข้อมูลทางวิชาการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

#### ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นการการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) วิจัยหาอุบัติการณ์ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิตภายในกลุ่มงานธนาคารเลือดโรงพยาบาลหนองคาย ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 10 ต่อการใช้ของผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ปัจจัยนำเข้ากระบวนการดำเนินการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เอกสารทางวิชาการชุดนี้ คงเป็นประโยชน์สำหรับกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก และผู้ที่สนใจ จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อชี้แนะแนวทางและตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน รวมทั้งการเผยแพร่เอกสารทางวิชาการที่ได้จัดทำขึ้นแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

## บทนำ

จากสถานการณ์การขาดแคลนโลหิต (ความไม่เพียงพอของโลหิตบริจาค) ทำให้ต้องจัดหาโลหิตอย่างฉุกเฉินบ่อยครั้งจากการรับบริจาคทั่วไป หรือ จากญาติคนไข้เพื่อทดแทน เกิดความเสี่ยงสูงต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรอโลหิตในการรักษา กลุ่มงานธนาคารเลือดโรงพยาบาลหนองคาย มีภารกิจหลักในการจัดหาโลหิตที่พอเพียงและปลอดภัยเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลของแพทย์ แม้ว่าความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ ด้านดีเอ็นเอและยีนจะพัฒนาไปมากจนสามารถสร้างโปรตีนชนิดต่างๆในร่างกายมนุษย์ได้ แต่ก็ยังไม่สามารถสร้างเม็ดโลหิตนอกร่างกายได้ จึงจำเป็นต้องอาศัยเม็ดโลหิตที่สร้างในร่างกายมนุษย์เท่านั้น

แม้ปริมาณการจัดหาโลหิตจะเพิ่มขึ้นทุกปี มีการออกหน่วยรับบริจาคเคลื่อนที่และการรับบริจาคโลหิตโดยตรง พบว่าการจัดหาโลหิตของส่วนกลางที่สภากาชาดไทยเป็นองค์กรที่มีศักยภาพการ จัดหาได้ปริมาณเกินกว่าเป้าหมายขั้นต่ำ ขณะที่การจัดหาโลหิตในต่างจังหวัดหลายแห่งได้ต่ำกว่าเป้าหมาย (3 % จำนวนประชากร)<sup>1,3</sup> จากข้อมูลการจัดหาเลือด ปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2556 ถ้าหากเป้าหมายการจัดหาโลหิตของกาชาดจังหวัดร่วมกับโรงพยาบาลหนองคายอยู่ที่ 3% ของจำนวนประชากรจะต้องจัดหาโลหิตให้ได้ 15,000 ถุง/ปี จึงพอเพียงกับปริมาณการใช้เฉลี่ย 12,020 ถุง/ปี จึงได้ทำการพัฒนาบริการการจัดหาโลหิตอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อให้ได้ผู้บริจาคโลหิตที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน และพัฒนาระบบการภายในกลุ่มงานธนาคารเลือดให้ได้คุณภาพมีประสิทธิภาพ ด้วยทีมงานที่เข้มแข็ง งบประมาณเพียงพอและอุปกรณ์เครื่องมือถูกหลักวิชาการทางเวชศาสตร์ธนาคารเลือด

## วิธีการศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มาบริจาคเลือด และทำการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยได้เก็บรวบรวม จากข้อมูลการจัดหาเลือดพบว่า ในปี พ.ศ.2554 มีผู้บริจาคเลือดภายในโรงพยาบาล จำนวน 2,407 ราย ปี พ.ศ. 2555 จำนวน 2,660 ราย และ ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 2,931 ราย ส่วนผู้บริจาคเลือดภายนอกโรงพยาบาล ปี พ.ศ.2554 มีจำนวน 11,570 ราย ปี พ.ศ. 2555 จำนวน 9,766 ราย และ ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 11,069 ราย ศึกษาเปรียบเทียบตัวแปรและทำการรวบรวมข้อมูลจากการบริจาคเลือด

## ขั้นตอนการดำเนินการ

- รวบรวมข้อมูล
- เสนอโครงสร้าง
- ดำเนินการศึกษา
- วิเคราะห์ข้อมูล
- รายงานผลงาน

## ผลการศึกษา

ข้อมูลการจัดหาเลือด 3 ปี ย้อนหลัง (2554-2556) ของจังหวัดหนองคาย (จากตาราง 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลการจัดหาเลือด 3 ปี (ย้อนหลัง)

ปี	2554	2555	2556
ผู้บริจาคภายใน	2,407	2,660	2,931
ผู้บริจาคภายนอก	9163	7,106	8,138
รวม	11,570	9,766	11,069

การจัดการโลหิตเพื่อสำรองไว้ใช้สนับสนุนการรักษาของแพทย์ภายในจังหวัดหนองคายนั้นสามารถดำเนินการได้ 2 แนวทางใหญ่ๆ คือ

1. การจัดทีมออกหน่วยเชิงรุกร่วมกับเหล่ากาชาดจังหวัดหนองคาย
2. การจัดให้มีการรับบริจาคภายในที่งานธนาคารเลือด

การออกหน่วยรับบริจาคเชิงรุกจะจัดแผนออกหน่วยตามอำเภอต่างๆภายในจังหวัดหนองคายโดยสถานที่

หรืออำเภอที่ออกหน่วยจะพิจารณาตามขนาดของประชากรเป็นหลักมีแผนออกมารับบริจาคอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี ถ้าภายในอำเภอนั้นมีสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนจะแยกจัดให้มีการรับบริจาคเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มการเข้าถึง เช่น อำเภอโพนพิสัยเฉพาะที่จัดออกมารับบริจาคโลหิตที่หอประชุมที่ว่าการอำเภอจะเพิ่มการแยกจัดเฉพาะที่โรงเรียนชุมพลโพนพิสัย โรงเรียนปากสวายวิทยาคาร โรงเรียนกุดบงวิทยาคม โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 27 โรงเรียนเทคโนโลยีโพนพิสัย โรงเรียนเซมิวิทยาคม โรงเรียนร่มธรรมพิทยาสรรค์ เป็นต้น

ตารางที่ 2 การจัดหาโลหิตไม่พอเพียง

ปี	2553	2554	2555	2556
จำนวนโลหิตที่ cross match	18,798	20,494	18,995	17,499
จำนวนโลหิตที่ใช้ (ถุง)	10,280	11,827	12,797	13,157
จำนวนการใช้ที่เพิ่มขึ้น	1,347	1,547	970	360

ตารางที่ 3 ข้อมูลความถี่หมู่เลือดที่พบในผู้บริจาคโลหิตจังหวัดหนองคาย

ปี	2554				2555				2556			
	A	B	O	AB	A	B	O	AB	A	B	O	AB
ภายใน	391	533	648	140	611	828	1,003	218	673	913	1,105	240
ภายนอก	1,862	3,547	3,550	736	1,367	2,605	2,594	540	1,565	2,983	2,971	619

ผลการประเมินประสิทธิภาพ กระบวนการ การจัดหาโลหิต จากการทบทวนกระบวนการจัดหาโลหิตของงานธนาคารเลือดโรงพยาบาลหนองคาย ด้านองค์ความรู้การบริจาคโลหิต ได้พัฒนาปรับปรุงความรู้ทางวิชาการโดยอาศัยคู่มือการปฏิบัติการงานธนาคารเลือดของสภากาชาดไทยมาจัดทำสื่อแผ่นพับ โปสเตอร์ จุลสาร ทำการประชาสัมพันธ์เชิงรุก ตามสื่อทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ซึ่งภายในโรงพยาบาลอาศัยช่องทางของศูนย์สื่อสารสุศึกษา ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เสียงตามสาย แก่บุคลากรและญาติผู้ป่วยทั่วโรงพยาบาล

เพิ่มการกระจายสื่อแผ่นพับตามจุดต่างๆ จัดวางโปสเตอร์ตามบอร์ดประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อไว้นิลงตรงจุด

ผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประสานกับงานโสตทัศนูปกรณ์จัดทำป้ายเสริมประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้บริจาคโลหิตตามเส้นทางภายในโรงพยาบาลหนองคาย แนะนำเส้นทางสู่งานธนาคารเลือดเน้นให้สื่อสารเข้าใจง่ายสำหรับผู้สนใจต้องการมาบริจาคโลหิต

ด้านบุคลากรได้เน้นทบทวนพฤติกรรมบริการโดยจัดให้มีโครงการ ESB เพื่อให้มี service mind ในการบริการ คุณภาพมิตร และมีการอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้และทักษะการเจาะเก็บเลือดจากทีมวิทยากรจากสภากาชาดไทย บุคลากรที่มาบริการเน้นการแต่งกายที่สะอาดน่าเชื่อถือ

เพิ่มการจัดหาสถานที่จอดรถเฉพาะผู้บริจาดโลหิต  
ที่ต้องการมาบริจาคโลหิต

จัดทำบัญชีรายชื่อผู้บริจาดโลหิตที่มีสิทธิ์รับเข็มที่  
ระลึกตามสิทธิสมาชิกชาวไทย

เพิ่มบริการการแจ้งผลตรวจทางเลือดหลังบริจาค  
โลหิต พร้อมบริการรักษา ให้คำปรึกษาแนะนำโดยประสาน  
พบแพทย์ที่รับผิดชอบโดยเฉพาะให้มีวันพิเศษบริการ  
การบริการภายในได้ลดขั้นตอนด้านเอกสารโดยนำเทคโนโลยี  
สารสนเทศมาปรับใช้ในการลงทะเบียน ลงข้อมูลในสมิคร การ  
ตอบคำถาม การคัดกรองตนเองของผู้บริจาด นอกจากนี้ได้  
ทบทวนบัญชีรายชื่อผู้บริจาดภายในแยกตามหมู่เลือดพร้อม  
เปิดบริการตรวจหมู่เลือดเพื่อเพิ่มผู้บริจาดรายใหม่ (เน้นระดับ  
ผู้บริหารมาเป็นแบบอย่างนำเสนอทางสื่อต่างๆภายหลัง)

มีการทบทวนข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ เบอร์มือถือ  
พร้อมที่อยู่ในการใช้ติดต่อประสานกรณีที่เกิดกรบเวลา  
บริจาค 3 เดือนตามเกณฑ์การบริจาคโลหิตเพื่อกระตุ้นเตือน  
ความจำและให้ความสำคัญแก่ผู้บริจาดโลหิตได้สามารถทราบ  
ข้อมูลการบริจาค

มีการทบทวนกระบวนการสร้างแรงจูงใจแก่  
ผู้บริจาดโลหิต บริการตรวจสอบสุขภาพ ตรวจสอบเคมีในเลือด  
เช่น น้ำตาล การทำงานของตับ ไต ตรวจไขมันในเลือดและ  
อื่นๆ

มีการทบทวนสิทธิประโยชน์แก่ผู้บริจาดโลหิตใน  
การเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยหรือต้องเข้าพักรักษาใน  
โรงพยาบาล โดยทำบัตร VIP สำหรับผู้ที่มีอุปการคุณที่ให้การ  
สนับสนุนบริจาคทุนทรัพย์ ครอบคลุมการแพทย์รวมถึงสิ่งของ  
ต่างๆแก่กิจการธนาคารเลือด จัดหาของที่ระลึกมอบแก่  
ผู้บริจาดโลหิตในวาระต่างๆเช่นวันผู้บริจาดโลหิตโลกหรือ  
วาระครบรอบวันเกิด เป็นต้น

มีการขอรับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชน  
ร้านค้าที่มีชื่อเสียงของจังหวัด โดยเสนอปรับปรุงสถานที่  
ภูมิทัศน์ เช่น สนับสนุนเตียงรับบริจาคโลหิต เครื่องโทรทัศน์  
จอแบน ขนาด 46 นิ้ว เครื่องทำน้ำร้อน เย็น สำหรับผู้บริจาด  
โลหิต ปรับปรุงเคาน์เตอร์รับบริจาคเลือด ลงทะเบียน  
ชุดคอมพิวเตอร์พร้อมเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต โทรศัพท์สายตรง  
ชุดโซฟา เก้าอี้รับแขกสำหรับพักผ่อนหลังการบริจาคโลหิต  
รวมทั้งการปรับปรุงภูมิทัศน์ภายในห้องบริจาคเพื่อให้เกิด

บรรยากาศที่ผ่อนคลายไม่มีกลิ่นไอของโรงพยาบาล ส่วนการ  
บริการหลังบริจาคเน้นการบริการตนเองในการรับ  
เครื่องดื่มอาหารว่างแบบไม่จำกัดมีการเปลี่ยนขนม  
อาหารว่าง เครื่องดื่ม เป็นระยะไม่ให้อาหารเดิมลดความจำใจ

ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลผู้บริจาดภายในของงาน  
ธนาคารเลือด พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี 2554, 2555  
และ 2556 คิดเป็นร้อยละ 10.2, 10.5 และ 10.1 ตามลำดับ  
โดยมีผู้บริจาดรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และ  
เป็นกลุ่มที่มาบริจาคโดยไม่หวังผลตอบแทน มุ่งเน้นที่ต้องการ  
ทำบุญด้วยการบริจาคโลหิตเท่านั้น

### ผลสำเร็จของงาน

จากการรวบรวมปริมาณของผู้รับบริจาคโลหิต  
ระหว่างปี 2553-2555 เปรียบเทียบปริมาณเลือดที่รับบริจาค  
ได้ระหว่างการออกหน่วยเคลื่อนที่กับการรับบริจาคภายในโรง  
พยาบาล ดังนี้ ผู้รับบริจาคโลหิตภายใน ปี 2553 จำนวน  
2,024 ราย ปี 2554 จำนวน 2,407 ราย และในปี 2555  
จำนวน 2,660 ราย ส่วนผู้บริจาดโลหิตภายนอก ปี 2553 มี  
จำนวน 9,409 ราย ปี 2554 จำนวน 9,163 ราย และในปี  
2555 จำนวน 7,106 ราย (อัตราส่วนของผู้บริจาดภายในต่อ  
ผู้บริจาดภายนอกเฉลี่ยเป็น 1:4.6 , 1:3.8 และ 1:2.7  
ตามลำดับ) จะเห็นว่าการรับบริจาคโลหิตหลักยังคงเป็นการ  
ออกรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ ซึ่งจะมีปริมาณโลหิตสูงเกือบ  
4 เท่าของการรับบริจาคภายใน ถ้าวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายจำนวน  
ครั้งต่อหน่วยเคลื่อนที่ พบว่ามีค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดสูงกว่า  
การรับบริจาคภายในต่อครั้งประมาณ 100 เท่า ถ้าการออก  
หน่วยเคลื่อนที่มีผู้บริจาดโลหิตจำนวนน้อย ยิ่งทำให้ต้นทุน  
การบริจาคสูงมากขึ้นด้วย

ดังนั้นถ้าการออกหน่วยครั้งใดที่มีข้อมูลการบริจาค  
น้อยอาจแก้ไขโดยนำผู้รับบริจาคโลหิตเข้ามาเจาะที่  
โรงพยาบาล แทนการนำทีมออกไปให้บริการ หรือไปรวม  
กับสถานที่ใกล้เคียงแทน หรือเพิ่มกลยุทธ์ในการจัดหาเพื่อ  
เพิ่มยอดผู้บริจาดโลหิตภายในแทน โดยอาศัยกลยุทธ์และ  
กระบวนการต่างๆ ดังนี้

- ประชาสัมพันธ์ทุกสื่อทุกแขนงเชิงรุก
- ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต
- ปรับปรุงการบริการรับบริจาคโลหิต (พฤติกรรม  
บริการ) สนับสนุนอาหารว่างและเครื่องดื่ม

- การแจ้งเตือนเมื่อใกล้ครบกำหนด
- อำนวยความสะดวกในการจองรถผู้บริจาคโลหิต
- ปรับปรุงการเข้าถึงบริการ
- จัดหาสนับสนุนสิ่งจูงใจบางโอกาส
- สนับสนุนสิทธิพิเศษการบริการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาล
- การให้บริการตรวจสอบสุขภาพ

## การนำไปใช้ประโยชน์

การจัดการโลหิตหลักๆยังคงเป็นการออกรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ ซึ่งจะมีปริมาณโลหิตสูงเกือบ 4 เท่าของการรับบริจาคภายใน ซึ่งถ้าวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย จำนวนครั้งที่ออกหน่วยเคลื่อนที่ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิตภายใน โดยการทบทวนระบบใหม่ ลดภาระค่าใช้จ่ายกรณีออกหน่วยเคลื่อนที่แต่มีผู้บริจาคโลหิตจำนวนน้อย และการปรับปรุงพัฒนาระบบการให้บริการบริจาคโลหิต

ซึ่งหากผลการดำเนินการได้จำนวนผู้รับบริจาคโลหิตภายในเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายการบริจาคโลหิต และมีปริมาณเลือดสำรองเพิ่มขึ้น (ทั้งยังสามารถเตรียมส่วนประกอบโลหิตที่มีคุณภาพมากกว่า) ลดจำนวนการออกหน่วยภายนอกโดยเฉพาะที่มีผู้บริจาคโลหิตน้อย ประหยัดค่าใช้จ่ายให้องค์กร เพิ่มคุณภาพของโลหิตที่รับบริจาคภายใน ส่งเสริมภาพลักษณ์ให้กับองค์กร และเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ

## ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

การจัดการโลหิตด้วยการรับบริจาคโลหิตภายในสถานที่ภายหลังการทบทวนประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลสามารถเพิ่มยอดจำนวนผู้บริจาคโลหิตได้ร้อยละ 10.8 ซึ่งเป็นผู้บริจาคซ้ำภายใน 271 ราย (ร้อยละ 10.2) รายใหม่ร้อยละ 0.6 สำหรับผู้บริจาคโลหิตรายเก่าสามารถลดความเสี่ยงในการบริจาคโลหิตได้ ทั้งยังนำโลหิตไปเตรียมส่วนประกอบโลหิตได้อย่างปลอดภัยโดยยังไม่มีผลตรวจกรองที่เป็นปัญหาตรวจพบการติดเชื้อที่ติดต่อกจากการให้เลือด ณ ปัจจุบันเลย ซึ่งการเน้นรับบริจาคโลหิตภายในถ้าหากได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบริการสามารถจะเพิ่มยอดผู้บริจาคโลหิตตรงตามเป้าหมายได้ และสามารถลดเขยการออกหน่วยเคลื่อนที่ในแหล่งที่มีผู้บริจาคจำนวนน้อยได้ อันเป็นการประหยัดงบประมาณให้องค์กรได้ ซึ่งการออกหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่จะมีต้นทุนสูงกว่าการรับบริจาคโลหิตภายใน รวมทั้ง

ลดปัญหาด้านอัตรากำลังในการจัดทีมไปยังแหล่งที่มียอดผู้บริจาคจำนวนมากด้วย

## ข้อเสนอแนะ

งานบริการโลหิตโดยเฉพาะในส่วนของการรับบริจาคโลหิต เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับมวลชน เพื่อโน้มน้าวให้เกิดความประทับใจในการมาบริจาคโลหิตซ้ำ ไม่หวังสิ่งตอบแทน ดังนั้นผู้ให้บริการต้องมี SERVICE MIND มีพฤติกรรมบริการที่ดีเอื้อเพื่อแผ่แผยผู้บริจาคเป็นศูนย์กลางด้วยความเต็มใจในการให้บริการ

การบริการในขั้นตอนต่างๆของการรับบริจาคโลหิตต้องเป็นการบริการที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและสร้างความน่าเชื่อถือศรัทธาแก่ผู้มาใช้บริการโดยเฉพาะกลุ่มผู้บริจาคโลหิต

ความต่อเนื่อง อย่างเข้มแข็งของทีมบุคลากรงานธนาคารเลือด สามารถจะบรรลุเป้าหมายให้การบริการธนาคารเลือดประสบความสำเร็จได้ในอนาคต ที่ความท้าทายอัตราส่วนผู้บริจาคโลหิตภายในต่อผู้บริจาคโลหิตภายนอก เป็น 1:1 (หรือไม่เกิน 1:2)

## บรรณานุกรม

1. จุรี ไวนิชกุล, กฤตธร องค์กรดีมานท์ และวาสิณี จิวานันท์ วัฒน, บรรณาธิการ. คู่มือการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต. พิมพ์ครั้งที่ 2, ฉบับแก้ไขปรับปรุง. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสารจำกัด, 2547
2. สร้อยสองศักดิ์ พิภูลสด, วุฒิพันธ์ ศุภจตุรัสและจุรี ไวนิชกุล, บรรณาธิการ. คู่มือมาตรฐานการเจาะเก็บโลหิต. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสารจำกัด, 2546.
3. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย. มาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต Standards for blood banks and transfusion services/ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : พิมพ์ดีการพิมพ์, 2555.
4. American Association of Blood Banks Standard for Blood Banks and Transfusion Services. 18TH ed ethesda, MD:1997.
5. American Association of Blood Banks Standard for Blood Banks and Transfusion Services. 21TH ed Bethesda, MD:2002.

## ผลการวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม

วิจิต เหล่าวัฒนาถาวร ภ.บ.\*, จิรวรรณ สันติเสวี ภ.ม.\*, อาทิตยา นวลอินทร์ ภ.บ.\*, วราวุธ วงศ์โพหนอง ภ.บ.\*,  
กมลรัตน์ เอี่ยมสำราญ ป.พ.ส.\*\*, อรวรรณ แสนลิ่ง ป.พ.ส.\*\*

\* กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม

\*\* กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม

### บทคัดย่อ

ทางกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม มีความสนใจศึกษาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นอย่างมาก ตลอดจนการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและความรู้เกี่ยวกับโรค ก่อนและหลังเภสัชกรได้ให้ความรู้ด้านยาและโรคของผู้ป่วยไตเรื้อรัง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ตลอดจนวางแผนและหาวิธีป้องกันปัญหาอันเกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป จากผลการศึกษาที่มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 53 ราย โดยวัดความร่วมมือในการใช้ยา 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ  $71.90 \pm 24.56$ ,  $87.54 \pm 13.82$ ,  $94.71 \pm 5.95$  ตามลำดับ ซึ่งความร่วมมือเพิ่มขึ้นหลังการให้ความรู้ด้านโรคไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) และเมื่อวัดผลความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังให้ความรู้ พบว่าหลังจากที่เภสัชกรได้ให้ความรู้ทางด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ด้านยาโดยเภสัชกรสามารถเพิ่มความร่วมมือด้านการใช้ยาและความรู้ทางด้านยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่สำคัญที่สุดคือ อาจจะเป็นส่วนช่วยให้ระดับผลการรักษาและอาการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ทั้งนี้ก็ต้องมีความร่วมมือจากแพทย์และพยาบาลหน่วยไตเทียมที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง

คำสำคัญ : ไตเรื้อรัง, ความร่วมมือการใช้ยา

## บทนำ

อุบัติการณ์โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นอย่างมาก ต้องรักษาต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสูงมาก ซึ่งจำเป็นต้องรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 250,000 บาทต่อคนต่อปี หรือการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) โดยให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนอายุ 20 ปี จะมีอาการไตวายได้มากถึงร้อยละ 45-50 และผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 95 ของโรคเบาหวาน จะทำให้เป็นโรคไตวายได้ร้อยละ 6 โรคที่เป็นสาเหตุไตวายรองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากทั้ง 2 โรคนี้ จะมีผลทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็ง มีผลให้การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างถาวร

โรคไตวายเรื้อรังมีหลายระยะ ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาการจะไปถึงไตวายระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว โดยการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น นอกจากผู้ป่วยจะได้รับความสะดวกสบายแล้ว จำนวนยาที่ผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยังมีจำนวนมาก ทั้งยาฉีด ยากิน และยียังเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก<sup>2</sup>

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักได้รับยาหลายขนาน และต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน ทั้งนี้อาจทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมักจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาไม่เพียงพอ ซึ่งยาที่ใช้เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะน้ำตาลในร่างกายน ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น หากไม่รับประทานอย่างต่อเนื่องอาจมีโอกาสก่อให้เกิดอันตรายจากยาหรือภาวะโรครุนแรงมากกว่าเดิม<sup>3</sup>

โรงพยาบาลนครพนมมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้ารับบริการจำนวนมากและมีแผนกไตเทียมซึ่งให้บริการในการฟอกไตสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลในการติดตามผลการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตอย่างชัดเจน

ดังนั้น ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลนครพนม มีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตลอดจนการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และความรู้เกี่ยวกับโรค เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ตลอดจนวางแผนและหาวิธีป้องกันปัญหาอันเกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

## ขอบเขตการวิจัย

เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม โดยใช้แบบเก็บข้อมูลทั่วไปกับผู้ป่วยและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และได้ทำการทดสอบวัดความรู้ด้านยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังออกมาเป็นช่วงคะแนน ซึ่งเป็นการศึกษาในช่วงระยะเวลาสั้นๆเป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2555 – ตุลาคม 2556

## เครื่องมือที่ใช้

แบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลประกอบ 3 ส่วน (ซึ่งดัดแปลงมาจากงานวิจัยของวรรณิ มานะกิจศิริสุทธิ)<sup>4</sup>

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความร่วมมือโดยการนับเม็ดยาที่คงเหลือ ซึ่งจะวัดความร่วมมือของการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นร้อยละ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยและค่ามีความหมายดังนี้คือ

ร้อยละ 80-100 = ดีมาก

ร้อยละ 70 - 79 = ดี

ร้อยละ 60-69 = พอใช้

ร้อยละ < 50 = ควรปรับปรุง

ส่วนที่ 2 แบบกรอกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และจะมีแบบทดสอบความรู้การใช้ยาทั่วไปจำนวน 10 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบ √ ถูก X ผิด

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบเก็บข้อมูลความรู้เรื่องยาโรคไต จำนวน 18 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก

## กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ได้รับประโยชน์

โดยคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้

- ผู้ป่วยโรคไต ที่มารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนครพนม
- ผู้ป่วยที่สามารถฟังภาษาไทยรู้เรื่อง สม่ครใจให้ความร่วมมือที่จะสัมภาษณ์ในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

## การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง

อ้างอิงจากขนาดกานต์ บุญนุช และคณะ<sup>5</sup>

$$n = \left[ \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}) \sigma}{\Delta} \right]^2$$

$n$  = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

$\alpha$  = type I error ผู้วิจัยกำหนด ณ ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนั้นค่า  $Z_{\alpha/2}$  จากการเปิดตาราง two-tailed = 1.96, ถ้า  $Z_{\alpha}$  คือ One-tailed = 1.645

$\beta$  = type II error ผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อน 5 % หรือ  $\beta = 0.05$

(ดังนั้น Power =  $1 - \beta = 95\%$ )

ดังนั้น ค่า  $Z_{\beta}$  จากการเปิดตาราง = 1.645

[หมายเหตุ ถ้า  $\beta = 0.20$  (Power = 80 % ค่า  $Z_{\beta} = 0.84$ ), ถ้า  $\beta = 0.10$  (Power = 90% ค่า  $Z_{\beta} = 1.28$ )]

$\Delta$  (delta หรือ  $\sigma$ ) =  $\mu_2 - \mu_1$  (mean difference) หรือ  $x_1 - x_2$  = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ทั้ง ค่าเฉลี่ยจาก Pre test และค่าเฉลี่ยจาก Post test

$\sigma$  = standard deviation of mean difference

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาจาก Standard Deviation ตัวที่มากที่สุด จากการทบทวนงานวิจัย ที่ใช้ แต่ทั้งนี้จำนวนคะแนนความรู้ทางด้านยาและด้านโรคคะแนนข้อคำถามไม่เท่ากัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีการปรับเปลี่ยนงานวิจัยที่ศึกษานี้ให้ใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ได้อ้างอิงมา

คำนวณ จากสูตรดังกล่าว โดยใช้ค่าต่างๆดังนี้  
ค่าเฉลี่ย Pre test = 24.69 ค่าเฉลี่ย Post test = 27.59 จำนวน ขนาดตัวอย่างที่ต้องการโดยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.97 ได้  $n = 25$  คน

## สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตในงานวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ค่านำมาหาความถี่ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการให้ความรู้ชุดที่ 1 เรื่องประเมินความรู้ด้านการใช้ยาทั่วไป ซึ่งข้อมูลไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สถิติ wilcoxon signed rank test

3. ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาทั้ง 3 ครั้งและการวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนน 3 ครั้งให้ความรู้ชุดที่ 2 เรื่องการประเมินความรู้ด้านยาของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สถิติ Friedman Test

## สถานที่ทำวิจัย

หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ความร่วมมือในการใช้ยาและมีความรู้ด้านยาโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น

## ผลการศึกษา

จากการศึกษานี้ มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมจำนวน 53 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) จำนวน 22 ราย อายุเฉลี่ยคิดเป็น  $51.5 + 14.07$  ปี และการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) จำนวน 31 ราย อายุเฉลี่ยคิดเป็น  $56.04 \pm 14.96$  ปี

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่ม hemodialysis จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่ม CAPD จำนวน (ร้อยละ)	รวม
<b>เพศ</b>			
ชาย	12 (22.64)	12 (22.64)	53
หญิง	10 (18.88)	19 (35.84)	
<b>อายุเฉลี่ย (ปี) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน</b>	51.5+14.07	56.04+ 14.96	-
<b>ระดับการศึกษา</b>			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	24 (45.28)	13 (24.52)	
มัธยมศึกษา	4 (7.54)	8 (15.09)	-
ปริญญาตรีขึ้นไป	1 (1.88)	0 (0)	
ไม่ได้รับการศึกษา	3 (5.66)	0 (0)	
<b>การประกอบอาชีพ</b>			
เกษตรกร	21 (39.62)	4 (7.54)	
รับจ้าง	2 (3.77)	3 (5.66)	-
ข้าราชการ	0	1 (1.88)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9 (16.98)	13 (24.52)	
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>			
ไม่มีรายได้	22 (41.50)	4 (7.54)	-
มีรายได้	10 (18.86)	17 (32.07)	
<b>ประวัติการมีโรคร่วม (โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, โรคเบา หวาน, โรคไขมันในโลหิตสูง)</b>			
มีโรคร่วม 1 โรค	13 (24.52)	11 (20.75)	-
มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป	12 (22.64)	5 (9.43)	
ไม่มีโรคร่วม	7 (13.20)	5 (9.43)	
<b>การสูบบุหรี่</b>			
ไม่สูบ	2 (3.77)	1 (1.88)	-
สูบ	30 (56.66)	20 (37.73)	
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>			
ไม่เคย	1 (1.88)	2 (3.77)	-
เคย	31 (58.49)	19 (35.84)	

จากการประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยนับจำนวนเม็ดยา ตามสูตร

$$\text{ร้อยละการให้ความร่วมมือในการใช้ยา} = \frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่รับ} - \text{จำนวนเม็ดยากงเหลือ}}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ}}$$

โดยประเมินร้อยละของความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง 3 ครั้ง พบว่า ร้อยละความร่วมมือหลังจากการให้ความรู้ด้านยา คิดเป็น  $71.90 \pm 24.56$ ,  $87.54 \pm 13.82$ ,  $94.71 \pm 5.95$  ตามลำดับ พบว่าร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลประเมินร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ร้อยละความร่วมมือ	จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย 47 คน			significant  P < 0.01
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
	ร้อยละ $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ร้อยละ $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ร้อยละ $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
	$71.90 \pm 24.56$	$87.54 \pm 13.82$	$94.71 \pm 5.95$	

จากตารางที่ 3 วัดความร่วมมือโดยนับการนับเม็ดยาที่คงเหลือ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ พบว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับ ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 76.60 ระดับ ดี คิดเป็นร้อยละ 10.64 ระดับ พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 8.51 และควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 4.26

ตารางที่ 3 วัดความร่วมมือของการใช้ยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ

ระดับ/ร้อยละความร่วมมือ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ดีมาก/ (80-100)	36	76.60
ดี/ (70-79)	5	10.64
พอใช้/ (60-69)	4	8.51
ควรปรับปรุง/ (<50)	2	4.26

เมื่อวัดผลคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังให้ความรู้ด้านยาทั่วไป พบว่าคะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น  $8.36 \pm 1.16$  และ  $9.37 \pm 0.71$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) จากตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แบบสอบถามชุดที่ 1 ข้อมูลประเมินความรู้ด้านการใช้ยาทั่วไป (คะแนนเต็ม 10)

คะแนนก่อนให้ความรู้	คะแนนหลังให้ความรู้	significant
ร้อยละ $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ร้อยละ $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
$8.36 \pm 1.16$	$9.37 \pm 0.71$	P < 0.01

ส่วนการให้ความรู้ด้านยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง มีการวัดความรู้ 3 ครั้ง โดยคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3 ครั้ง  $15.52 \pm 1.88$ ,  $16.52 \pm 1.60$  และ  $17.71 \pm 0.63$  ตามลำดับ พบว่าคะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แบบทดสอบซูดที่ 2 ข้อมูลคะแนนการประเมินความรู้ด้านยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง (คะแนนเต็ม 18)

คะแนนทดสอบครั้งที่ 1 ร้อยละ $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	คะแนนทดสอบครั้งที่ 2 ร้อยละ $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	คะแนนทดสอบครั้งที่ 3 ร้อยละ $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	significant
$15.52 \pm 1.88$	$16.52 \pm 1.60$	$17.71 \pm 0.63$	$P < 0.01$

### สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่พบเภสัชกรนั้น มีความร่วมมือในการรับทราบยาอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 76.60 อย่างไรก็ตามได้พบว่า ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาที่พบบ่อยมากที่สุด ได้แก่ ไม่ทราบข้อบ่งใช้ รองลงมา คือ การลืมกินยา เช่น ยาที่ต้องกินพร้อมอาหาร ได้แก่ ยาที่จับกับฟอสเฟต และยาที่กินในมื้อเที่ยง เช่น ยาขับปัสสาวะ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมักลืมกินยา เนื่องจากลืมพกพายาระหว่างเดินทางไปทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุกร บุษปวิช<sup>6</sup> จากปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้ให้คำปรึกษา และความรู้ด้านการรับทราบยาที่ถูกต้อง โดยวัดคะแนนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) หรือการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) โดยวัดผลคะแนนความรู้ความเข้าใจด้านยาของผู้ป่วยโรคไต ก่อนและหลังจากที่เภสัชกรให้ความรู้ ผลที่ได้พบว่าคะแนนความรู้ที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด เรื่องเครื่องมือในการวัดความรู้ด้านยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งดัดแปลงมาจากงานวิจัยของวรรณิ มานะกิจศิริสุทธิ ทั้งนี้เพื่อแบบทดสอบเข้าใจง่ายขึ้นและให้สอดคล้องกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคไตเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลนครพนม นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่ได้ติดตามผลลัพธ์ในรูปแบบเชิงประจักษ์ คือ ค่า Electrolyte หรือน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย หลังจากการได้รับความรู้จากเภสัชกร รวมไปถึงการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต ซึ่งทางผู้วิจัยและคณะ มีแนวทางพัฒนางานด้านการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลต่อไป

### บรรณานุกรม

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรคไตวายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าตัว. สารสุขภาพ. 2552; 2(14).
2. Long JM, Kee CC, Graham MV, Saethang TB, Dames FD. Medication compliance and the older hemodialysis patient. ANNA J 1998;1:43-9.
3. ชลวิวัฒน์ ศรีสุนทร, พาริชา ซีร์ประชา, มุนาดา ลอดิง. ผลของการให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาและความรู้ด้านการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาและความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. รายงานการวิจัยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546.
4. วรรณิ มานะกิจศิริสุทธิ. วิทยานิพนธ์ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและผลการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. คณะเภสัชศาสตร์ ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2545.
5. ชนาภานต์ บุญนุช, ยุติ เกตสัมพันธ์, สุทธิพล อุดมพันธ์รัก. และคณะ. เอกสารชุมชนนักปฏิบัติ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช.
6. สุกร บุษปวิช, พงศ์ศักดิ์ ด่านเดชา. พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549; 24(4): 281-287.

## Original article

## เปรียบเทียบประสิทธิผลของยา Domperidone และยาประสะน้ำนม ในการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมมารดาแรกคลอด

สุจิรา ขวาแซ่น

นายแพทย์ชำนาญการสาขาสูตินรีเวช โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของยา Domperidone และยาประสะน้ำนม ในการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมของมารดาแรกคลอด ที่คลอดในโรงพยาบาลเสลภูมิ ตั้งแต่เดือนมีนาคม - เดือนกรกฎาคม 2557 จำนวน 90 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มที่ได้รับยา Domperidone 30 คน และกลุ่มที่ได้รับยาประสะน้ำนม 30 คน วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t test และ Fisher Exact test วิเคราะห์ระยะเวลาการไหลของน้ำนม และปริมาณน้ำนมที่ 48 ชั่วโมงหลังคลอดในแต่ละกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ANOVA

ผลการศึกษา พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ย จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ วิธีการคลอด ไม่มีภาวะการคลอดยาวนาน น้ำหนักตัวและ BMI มารดาหลังคลอด น้ำหนักทารก รวมทั้งคะแนนแลซ ส่วนผลค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหล พบว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้รับยา Domperidone และยาประสะน้ำนม เป็น 27.23, 22.03 และ 18.70 ชั่วโมง ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ได้รับยาประสะน้ำนมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับกลุ่มควบคุม ส่วนปริมาณน้ำนมที่ 48 ชั่วโมงหลังคลอด มีค่าเฉลี่ยเป็น 19.02, 11.93 และ 15.90 มิลลิลิตร ตามลำดับ โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ยา Domperidone, ยาประสะน้ำนม, ระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหล, ปริมาณน้ำนม

## THE COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF DOMPERIDONE AND YA-PRA-SA-NAM-NOM IN BREASTMILK PRODUCTION AUGMENTATION IN POSTPARTUM WOMEN

Surijira Khwasen

### Abstract

This quasi-experimental study purpose to comparison of the effectiveness of Domperidone and Ya-pra-sa-nam-nom in breastmilk production augmentation in postpartum women. This study enrolled 90 postpartum women who attend labored and delivered at Selaphum hospital from 1 March to 15 July, 2014. Devided into thirty women for placebo group, thirty women were in Domperidone group and thirty were in Ya-pra-sa-nam-nom group. Statistical analysis used Mean, Standard deviation, Independent T test, Fischer Extract test. Analyzed the results of lactation time and amout of breastmilk at 48 hours after delivered in each group by Mean, Standard deviation and ANOVA method.

In conclusion all three groups no different in age, career, education, incomes, number of pregnancy, route of delivery, no prolong labor period, body weight and BMI of postpartum women, fetal birth weight and Latch score. Mean of lactation onset in control group, Domperidone group and Ya-pra-sa-nam-nom group were 27.23, 22.03 and 18.70 hours respectively, Statistically significant between Ya-pra-sa-nam-nom group and control group. According to amout of breastmilk at 48 hours after delivered showed Mean were 19.02, 11.93 and 15.90 milliliter respectively. There were statistical significant different between control group and Domperidone group.

*Keywords : Domperidone, Ya-pra-sa-nam-nom, lactation onset, breastmilk amout.*

## บทนำ

ปัจจุบัน ได้มีการศึกษาและเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่า นมแม่ เป็นอาหารที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดของทารก นมแม่มีประโยชน์มากมาย ให้ผลดีทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ มีสารอาหารที่มีความจำเพาะต่อทารกมากกว่า 200 ชนิด ซึ่งไม่สามารถหาได้จากนมชนิดอื่นๆ เป็นแหล่งสารอาหารที่มีความจำเพาะและเหมาะสมสำหรับลูก ในนมแม่มีสารอาหารสำคัญหลายชนิด ซึ่งมีบทบาทมากในการพัฒนาสมองช่วยส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกัน ลดการติดเชื้อในลูก ทารกที่กินนมแม่มีโอกาสเจ็บป่วยน้อยกว่าทารกที่กินนมผสม และก่อให้เกิดสายสัมพันธ์แห่งรักที่แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น<sup>1-6</sup>

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ชัดเจน แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ยังต่ำมากอยู่ จากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2552 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนทั้งประเทศ มีเพียงร้อยละ 15.17 ขณะที่เป้าหมายตั้งไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบัน คือ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) ได้กำหนดเกณฑ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 50<sup>8</sup> ในส่วนของโรงพยาบาลเสลภูมิ ในปี พ.ศ.2556 ก็ยังมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพียงแค่ร้อยละ 46.949 จากสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดังกล่าว จึงมีเด็กจำนวนมากขาดโอกาสได้รับนมแม่ที่มีประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพระยะยาว

จากเหตุผลดังกล่าว จึงได้เกิดการศึกษากันอย่างกว้างขวาง ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ Gatti L. (2008 : 355-363)<sup>10</sup> ได้ทำการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดร้อยละ 35 หยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด ด้วยสาเหตุว่า รู้สึกว่าตนเองน้านน้อย ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงลูกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในไทย<sup>11-12</sup> จากปัญหาน้านมไหลช้า ไหลน้อย หรือไม่ไหล ดังกล่าว ก่อให้เกิดความกังวลอย่างมากต่อมารดาหลังคลอดและญาติ นำไปสู่การให้นมผสมเสริมแก่ทารก ทำให้การสร้างน้านมยังคงน้อยลง และเป็นเหตุให้การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาไม่ประสบผลสำเร็จในที่สุดด้วยเหตุนี้ จึงได้มี

การศึกษากันอย่างกว้างขวาง ถึงวิธีการต่างๆ ที่จะช่วยกระตุ้นให้น้านมมารดาแรกคลอดไหลได้เร็วขึ้นและมีปริมาณมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการนวด ประคบร้อนเต้านมด้วยวัสดุต่างๆ กัน<sup>13</sup> ไปจนถึงการใช้ยากระตุ้นน้านม<sup>14-15</sup> ซึ่งมีทั้งยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร

ปัจจุบัน ยา Domperidone ได้ถูกนำมาใช้กระตุ้นน้านมกันอย่างแพร่หลาย<sup>16-19</sup> ทั้งที่ความจริงเป็นยาแก้คลื่นไส้อาเจียน เป็นยาที่ทำจากสารเคมี มีผลข้างเคียงบางประการ แต่พบได้น้อย ในขณะที่ยาสมุนไพรไทยรวมทั้งยาประสะน้านม<sup>20-22</sup> ก็ได้มีการใช้กันมาเนิ่นนานและแพร่หลาย โดยที่ยังไม่เคยมีรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาและเปรียบเทียบผลของยาทั้งสองชนิด ในการกระตุ้นการไหลของน้านมมารดาแรกคลอดเพื่อนำมาใช้ประโยชน์กับมารดาหลังคลอดต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของยา Domperidone และยาประสะน้านม ต่อการกระตุ้นการหลั่งน้านม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาแต่ละชนิด

## นิยามคำศัพท์

- มารดาแรกคลอด หมายถึง มารดาที่อายุครรภ์ครบกำหนด (37-42 สัปดาห์) ที่คลอดทางช่องคลอด ไม่นับการผ่าตัดคลอด
- Domperidone หมายถึง ยาแผนปัจจุบันที่ใช้ในทางการแพทย์ เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน
- ยาประสะน้านม หมายถึง ยาแผนโบราณที่ปรุงขึ้นจากสมุนไพร โดยเลือกใช้ยี่ห้อพาราแมลีออน ซึ่งใช้กันมานานอย่างแพร่หลายและปลอดภัย และได้ขึ้นทะเบียนยาถูกต้อง เลขที่ทะเบียนยาแผนโบราณ G149/43 มีส่วนประกอบคือ ดอกบุนนาค กระจ่ำพักสลัดได ดีปลี อบเชย ชะลูด
- ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้านม หมายถึง ระยะเวลานับเป็นชั่วโมงเต็มจากแรกคลอด ไปจนถึงเวลาที่เริ่มมีน้านมไหลออกจากหัวนม จากการบีบด้วยมือ ได้ปริมาณ 1 มิลลิลิตร

- ปริมาณของน้ำนม หมายถึง ปริมาณของน้ำนม มารดาที่ได้จากการบีบด้วยมือ จากเต้าทั้งสองข้างจนเกลี้ยง เต้า หรือนาน 10-20 นาที โดยวัดเป็นมิลลิลิตร และวัดหลังจากทารกดูดไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

## วิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) ชนิด 3 กลุ่ม

## กลุ่มประชากร

มารดาแรกคลอด ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาล เสลภูมิ ในช่วงเวลา 1 มีนาคม 2557 - 15 กรกฎาคม 2557 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1. หัวนมและเต้านมปกติทั้ง 2 ข้าง
2. คลอดบุตรทางช่องคลอด
3. ตั้งครรภ์ครบกำหนด คืออายุครรภ์ 37 - 42 สัปดาห์เต็ม
4. ทารกแรกเกิดปกติ ดูดนมมารดาได้
5. ไม่มีน้ำนมไหลตั้งแต่แรกคลอด หรือก่อนคลอด
6. ไม่มีข้อห้ามในการใช้ยา Domperidone และ ยาประสะน้ำนม รวมทั้งไม่เคยแพ้ยาดังกล่าว

## กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง ใช้กลุ่มละ 30 คน ตามทฤษฎี ซิดจาคักกลาง (Bartz, 1999) 23 กลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 90 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มที่ได้รับยา Domperidone 30 ราย และกลุ่มที่ได้รับยาประสะน้ำนม จำนวน 30 ราย

ทำการศึกษาโดยเริ่มในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจนครบตามจำนวนเสียก่อน แล้วจึงเริ่มการศึกษาในกลุ่มทดลองทีละกลุ่ม เพื่อป้องกันไม่ให้นักวิจัยและกลุ่มทดลองพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และป้องกันความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัย โดยมารดาหลังคลอดทุกราย ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามวิธีมาตรฐานอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่ตอนฝากครรภ์และที่ห้องคลอด หญิงหลังคลอดทุกคน

ได้รับการส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยหลัก 3 ดุด คือ ดุดเร็ว ภายใน 30 นาทีหลังคลอด ดุดบ่อย ทุก 2-3 ชั่วโมง และดุดถูกวิธี ได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพียงพอ ได้รับการพักผ่อนเต็มที่ มีเจ้าหน้าที่คอยให้คำปรึกษาและช่วยดูแล ให้สามารถให้นมลูกได้อย่างถูกต้องตลอดเวลา นอกจากนี้ ยังส่งเสริมและให้กำลังใจ ติดตามประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สร้างความเชื่อมั่นต่อการมีน้ำนมเพียงพอเลี้ยงทารกได้

กลุ่มทดลองที่ได้รับยา Domperidone จะได้รับยาในขนาด 2 เม็ด ก่อนอาหาร 3 เวลา ตั้งแต่แรกคลอด กลุ่มที่ได้รับยาประสะน้ำนม ได้รับยาขนาด 5 เม็ด หลังอาหาร 2 เวลา คือเช้ากับเย็น โดยได้รับยาเป็นเวลา 5 วัน ในแต่ละกลุ่ม

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย จะได้รับการประเมินเป็นระยะ ทุก 2-3 ชั่วโมงตั้งแต่แรกคลอด ว่ามีน้ำนมไหลแล้วหรือยัง โดยเจ้าหน้าที่ห้องคลอด บันทึกเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลเป็น ชั่วโมงเต็ม เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังคลอด บีบน้ำนมมารดา จากทั้ง 2 เต้าจนเกลี้ยงเต้า หรือ 15-25 นาที โดยบีบหลังจากลูกดูดอย่างน้อย 1 ชั่วโมง บันทึกปริมาณที่ได้ เป็น มิลลิลิตร

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ยา Domperidone ขนาด 10 มิลลิกรัมต่อเม็ด และยาประสะน้ำนมตราพารา-แม่เลื่อน ซึ่งบรรจุของ ซองละ 25 เม็ด
2. เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการคลอด เวลาที่น้ำนมเริ่มไหล และปริมาณน้ำนมที่เก็บได้

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลการคลอดและบันทึกการไหลของน้ำนม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบดูความเหมาะสมและความชัดเจนของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป อายุเฉลี่ยของมารดาหลังคลอด ในกลุ่มควบคุม 23.8 ( $\pm 1.00$ ) ปี กลุ่มที่ได้รับยา Domperidone 26.6 ( $\pm 1.16$ ) ปี กลุ่มที่ได้รับยาประสะน้านม 25.9 ( $\pm 1.15$ ) ปี โดยมีค่า P-value = 0.170 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ทุกกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มที่ได้รับยา Domperidone (n=30)	กลุ่มที่ได้รับยา ประสะน้านม (n=30)	P-value
อายุ (ปี)	23.8( $\pm 1.00$ )	26.6( $\pm 1.16$ )	25.9( $\pm 1.15$ )	0.170
ศาสนาพุทธ	30(100%)	30(100%)	30(100%)	-
อาชีพ				0.808
- ค้าขาย	2(6.7%)	1(1.3%)	1(3.3%)	
- เกษตรกร	2(6.7%)	6(20%)	6(20%)	
- แม่บ้าน	12(40%)	11(36.7%)	15(50%)	
- รับจ้าง	9(30%)	7(23.3%)	6(20%)	
- ไม่ได้ทำงาน	4(13.3%)	4(13.3%)	2(6.7%)	
- อื่นๆ	1(3.3%)	1(3.3%)	0	
การศึกษา				0.962
- ประถมศึกษา	0	1(3.3%)	1(3.3%)	
- มัธยมต้น	4(13.3%)	6(20%)	6(20%)	
- มัธยมปลาย	13(43.3%)	10(33.3%)	9(30%)	
- ปวช./ปวส.	9(30%)	10(33.3%)	11(36.7%)	
- อนุปริญญา/เทียบเท่า	2(6.7%)	3(10%)	1(3.3%)	
- ปริญญาตรี/เทียบเท่า	1(3.3%)	1(3.3%)	1(3.3%)	
- ไม่ได้ศึกษา	1(3.3%)	0	1(3.3%)	
รายได้ครอบครัว/เดือน(บาท)	8816( $\pm 5687$ )	10317( $\pm 6114$ )	9333( $\pm 4801$ )	0.571

## 2. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในด้าน การตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกหรือครรภ์หลัง อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก มารดาทุกคนไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และคลอดด้วยวิธีคลอดทางช่องคลอด มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดระหว่างคลอดและหลังคลอด ไม่มีภาวะการคลอดยาวนาน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลาตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดจนกระทั่งคลอด, น้ำหนักมารดาหลังคลอดรวมถึง BMI มารดา, น้ำหนักทารกแรกคลอด, เพศทารก, ภาวะตัวเหลืองในทารกหลังคลอดรวมถึงคะแนนแลช ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มได้รับยา Domperidone (n=30)	กลุ่มได้รับยา ประสะน้ำมัน (n=30)	P-value
ครรภ์แรก(คน)	16(53.3%)	14(46.7%)	13(43.3%)	0.936
อายุครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก(สัปดาห์)	14.1(±6.9)	12.4(±4.9)	13.6(±4.4)	0.453
ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งคุณภาพ (คน)	16(53.3%)	16(53.3%)	17(56.7%)	0.956
เวลาตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดจนคลอด (นาที)	21.5(±14.2)	18.8(±9.04)	20.6(±13.2)	0.685
เพศทารกหญิง/ชาย(คน)	15/15	16/14	17/13	0.875
น้ำหนักทารกเฉลี่ย(กรัม)	<b>3008(±376)</b>	<b>2999(±333)</b>	<b>3073(±362)</b>	0.665
น้ำหนักมารดาหลังคลอด (กิโลกรัม)	59.1(±6.2)	62.1(±9.2)	59.8(±8.5)	0.321
BMI มารดาหลังคลอด	23.8(±2.5)	25.1(±4.1)	23.7(±3.4)	0.227
ภาวะตัวเหลืองในทารก(คน)	13(43.3%)	13(43.3%)	12(40%)	0.873
คะแนนแลชเมื่อน้ำนมเริ่มไหล	9.27(±0.83)	9.33(±0.88)	9.27(±0.78)	0.938
คะแนนแลช 48 ชั่วโมงหลังคลอด	9.90(±0.31)	9.93(±0.25)	9.87(±0.25)	0.698

3. ข้อมูลระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมครั้งแรกและปริมาณน้ำนมที่ 48 ชั่วโมงหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยากระตุ้นน้ำนมแตกต่างกัน มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมครั้งแรกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาประสะน้ำนม มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับยาใดเลยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนของระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมครั้งแรกในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับยา และกลุ่มที่ได้รับยาแตกต่างกัน

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย(ชั่วโมง)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	F	คู่ที่แตกต่างกัน
1. กลุ่มควบคุม	27.23	12.11	4.57*	1,3
2. กลุ่มได้รับยา Domperidone	22.03	11.21		
3. กลุ่มได้รับยาประสะน้ำนม	18.70	9.55		

\*P<0.05

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยากระตุ้นน้ำนมแตกต่างกัน มีปริมาณน้ำนมที่ 48 ชั่วโมงหลังคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยาอะไรเลย มีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา Domperidone อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนของปริมาณน้ำนมที่ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับยา และกลุ่มที่ได้รับยาแตกต่างกัน

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย(ชั่วโมง)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	F	คู่ที่แตกต่างกัน
1. กลุ่มควบคุม	19.01	13.52	3.54*	1,2
2. กลุ่มได้รับยา Domperidone	11.92	5.46		
3. กลุ่มได้รับยาประสะน้ำนม	15.90	10.47		

\*P<0.05

## สรุปและอภิปรายผล

ในการกระตุ้นน้ำนมให้หลังเร็วขึ้นด้วยยา Domperidone และยาประสะน้ำนม ยาทั้ง 2 ชนิด ทำให้น้ำนมไหลเร็วขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม โดยระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลของกลุ่มควบคุม กลุ่มยา Domperidone และยาประสะน้ำนม มีค่าเฉลี่ย 27.23, 22.03 และ 18.70 ชั่วโมงตามลำดับ แต่กลุ่มที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือกลุ่มที่ได้รับยาประสะน้ำมน้ำนมจะไหลเร็วกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone และยาประสะน้ำนม พบว่า ยาประสะน้ำนมทำให้น้ำนมไหลได้เร็วกว่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปริมาณน้ำนมที่ 48 ชั่วโมงหลังคลอดของกลุ่มควบคุม กลุ่มยา Domperidone และยาประสะน้ำนม มีค่าเฉลี่ย 19.02, 11.93 และ 15.90 มิลลิลิตร ตามลำดับ แต่ในกลุ่มยาประสะน้ำนมจำนวน 30 คนนี้ มี 5 คน ที่มีอาการเต้านมคัดตึงอย่างมาก จนบิบน้ำนมออกมาได้น้อยมาก ถ้าสามารถบิออกมาได้ทั้งหมด จะมีปริมาณน้ำนมเยอะมาก แต่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone ไม่มีใครที่มีอาการเต้านมคัดตึงเลย จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาใด มีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา Domperidone อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ได้รับยาประสะน้ำนม จะมีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มยา Domperidone แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

## อภิปรายผล

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การใช้ยาประสะน้ำนม ซึ่งเป็นยาแผนโบราณปรุงขึ้นจากสมุนไพร ให้ผลในการกระตุ้นน้ำนมให้ไหลได้เร็วกว่าการไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดูเหมือนจะกระตุ้นได้ดีกว่ายา Domperidone ซึ่งเป็นยาที่สังเคราะห์ขึ้นจากสารเคมี อีกทั้งยังพบรายงานผลข้างเคียงจากยาได้บ้างแม้จะพบได้น้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของฤชณา จอดนอก (2009 : 96)<sup>21</sup> ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยา Domperidone และน้ำสมุนไพรที่โรงพยาบาลปรุงเองเพื่อกระตุ้นน้ำนม พบว่า น้ำสมุนไพรกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมได้ดีกว่า สอดคล้องกับ ศกุนตลา อินถา (2009 : 246-247)<sup>22</sup>

ได้นำน้ำหัวปลีให้มารดาหลังคลอดที่น้ำนมมาช้าหรือไหลน้อยเกิน พบว่ากระตุ้นการไหลของน้ำนมได้ดีขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hernandez, Jr. (2002)<sup>24</sup> ซึ่งพบว่ายา Domperidone กระตุ้นการไหลของน้ำนมได้มากกว่าชาสมุนไพร ส่วนการศึกษาของ Atchara Srisuwaphan. (2012:243-250)<sup>12</sup> พบว่า การให้มารดาแรกคลอดดื่มน้ำขิง ไม่ได้กระตุ้นให้น้ำนมไหลเร็วกว่ากลุ่มควบคุมเลย

ในด้านการเพิ่มปริมาณน้ำนม ในการศึกษาครั้งนี้ กลับพบว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับยาอะไรเลย มีปริมาณน้ำนมที่ 48 ชั่วโมงมากที่สุด แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับยา Domperidone ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่เคยได้มีผู้รายงานไว้ เช่น สุชีวา ราชูโส (2009 : 168-172)<sup>25</sup> ได้ทำการศึกษามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาล บึงกาฬ พบว่ากลุ่มที่ได้รับยา Domperidone มีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปริมาณน้ำนมในกลุ่มที่ได้รับยาประสะน้ำนม มีปริมาณน้ำมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีมารดาที่มีอาการคัดตึงเต้านมอย่างมาก จนทำให้บิบน้ำนมได้น้อยมากอยู่ 5 คน ซึ่งทุกคนได้รับการประคบน้ำอุ่น นวด คลึง เพื่อช่วยบรรเทาอาการเต้านมคัด แต่ใช้เวลานานหลายชั่วโมง กว่าจะหายจากอาการคัดตึงมาก ปริมาณน้ำนมที่ได้ในภายหลัง จึงไม่ได้นำมาบวกเข้ากับปริมาณน้ำนมที่ 48 ชั่วโมง

เมื่อเปรียบเทียบผลของการกระตุ้นน้ำนมของยา Domperidone และยาประสะน้ำนม พบว่า ยาประสะน้ำนม ดูเหมือนจะให้ผลดีกว่าทั้งในด้านการกระตุ้นให้น้ำนมไหลเร็ว และในด้านการเพิ่มปริมาณ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และในการศึกษานี้ ไม่มีมารดาคนใดที่มีอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากยาใดเลย

## ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากในการศึกษานี้ มีมารดาที่มีอาการคัดตึงเต้านมอย่างมาก 5 คน ทำให้บิบน้ำนมได้ปริมาณน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ส่งผลให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนได้ ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมียาช่วยลดอาการคัดตึงเต้านมได้ดีกว่านี้ เช่น การใช้ถุงสมุนไพรหรือถุงแก้วเขียว หรือถุงแก้วแดงประคบเต้านม

2. การศึกษานี้ ต้องถูกจำกัดเวลาในการเก็บข้อมูล อยู่ที่ 48 ชั่วโมง เพราะมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะอยู่โรงพยาบาลนาน 48 ชั่วโมงหลังคลอด แต่หากทำการศึกษาไปให้นานกว่านี้ อาจจะได้ผลการศึกษาที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ดังเช่น การศึกษาของ Hernandez,Jr. (2002) ซึ่งใช้เวลาเก็บข้อมูลนาน 14 วัน พบว่ายา Domperidone ให้ผลดีในการเพิ่มปริมาณน้ำนมที่ 7 และ 14 วัน การศึกษานี้ใช้เวลาเพียง 2 วัน จึงอาจยังไม่แน่นอนพอที่ยาจะกระตุ้นน้ำนมได้ดี ดังนั้น หากมีการศึกษาครั้งต่อไป ควรเก็บข้อมูลให้นานกว่านี้

3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มที่มารดามีน้ำนมน้อย หลังจากกลับบ้านไปแล้ว หรืออยู่ในช่วง lactogenesis III เพื่อศึกษาว่า ยาแต่ละตัว ให้ประสิทธิผลแตกต่างจากช่วงแรกคลอดหรือไม่ อย่างไร

4. การใช้ยากระตุ้นน้ำนม เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยในการเพิ่มน้ำนม เป็นทางเลือกที่ช่วยให้มารดามีความมั่นใจ และลดความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารก การจะเลือกใช้ยาตัวใด ที่จะปลอดภัย และให้ผลดีที่สุด ควรจะมีการศึกษาให้หลากหลายกว่านี้ และกลุ่มประชากรมากกว่านี้ เนื่องจากปัจจุบัน ยาสมุนไพรที่ช่วยเพิ่มน้ำนมแม่ ได้เริ่มเป็นที่นิยมอย่างมาก และได้มีผลต่ออกมาจากหน่วยหลายรูปแบบ หลายยี่ห้อ แต่ยังมีผู้ทำการศึกษาวิจัยน้อยมาก รวมไปถึงรูปแบบการดูแลมารดาแรกคลอดโดยไม่ใช้ยา เช่น การประคบสมุนไพร หรืออัญชันชนิดต่างๆ ตลอดจนอาหารสมุนไพรที่ปรุงขึ้นเพื่อบำรุงน้ำนมโดยเฉพาะ

5. ในการกระตุ้นให้น้ำนมไหลเร็วและไหลมากเพียงพอกับความต้องการของทารก ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ไม่ได้อยู่ที่การใช้ยากระตุ้นเท่านั้น ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมและความมุ่งมั่นของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้ออกกอดทารกทันทีหลังคลอด การให้ทารกได้ดูดนมเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี มารดาไม่เครียด มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ได้รับสารอาหารพอเพียง เหล่านี้ ล้วนเป็นสิ่งสำคัญในการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม การที่น้ำนมมาเร็ว ทำให้มารดาได้มีความมั่นใจ ลดความเครียดในการเลี้ยงดูทารก ส่งผลให้เพิ่มความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ช่วยให้งานวิจัยนี้ลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณทีมงานห้องคลอด โรงพยาบาลเสลภูมิ และมารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมวิจัย ครั้งนี้ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

## บรรณานุกรม

1. ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร. (2550). มีอะไรในน้ำนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่ พิมพ์ดี
2. ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร. (2553). Why Breastfeeding: Past to Present. เอกสารประกอบการประชุม Breast is best. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี พ.ศ.2553.
3. ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.(2553). นมแม่ 50 คำถามยอดฮิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ที่ บริษัท สามเจริญพาณิชย์.
4. ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2551). เลี้ยงลูกด้วยนมแม่วันนี้กับโอกาสสุขภาพที่ดีกว่าในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ที่ กรุงเทพมหานคร.
5. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2547). เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 1: พิมพ์ที่ บริษัท แพลน พับลิชชิง จำกัด.
6. สำหรี จิตตินันท์. (2546). เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่กรุงเทพเวชสาร.
7. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย.(2555). เอกสารเผยแพร่ความรู้ เพื่อสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่5. 6(9) (กันยายน):2.
8. คู่มือรายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2556:19.
9. โรงพยาบาลเสลภูมิ. สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก. (2552-2556). เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่.
10. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. Journal of nursing scholarship 2008;40:4:355-63.

11. ชูติมาพร ไตรนภากุล. และคณะ (2010). ผลของการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดที่ถูกงด-ประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกประคบสมุนไพร. วารสารการพยาบาลและการศึกษา ; 3(3):75-91.
12. Atchara Srisuwaphan. (2012). Effect of Ginger Drink on the Starting of Lactation Period in Postpartum Women. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.27(3): 243-250.
13. วารุณี สังขวดี. (2554). ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อการใช้ถุงถั่วเพิ่มความร้อนที่เต้านม. การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 3:104.
14. ยური ยานาเซ. (2004) สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร (Obstetric and Gynaecological Bulletin); 12( 2):1-7.
15. สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ. (2550). การเรียกน้ำนมแม่กลับคืน. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ พิมพ์ดีสาร.
16. ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.. (ออนไลน์). : <http://www.breastfeedingthai.com/ปัญหาเรื่องนมแม่/ยาเพิ่มน้ำนม-Domperidone.html>
17. ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (motilium). (ออนไลน์). : <http://www.breastfeedingthai.com/ยาเพิ่มน้ำนม-domperidone-motilium.html>
18. American Academy of Pediatrics. (2001). Committee on Drugs.The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics .108(3):776-789.Gatti L. (2008).
19. Jack Newman. (2005). Handout #19a. Domperidone. (ออนไลน์). :<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZaOzKOckP7UJ:www.bfar.org/domperidone-newman-print.html+%&cd=3&hl=th&ct=clnk&gl=th>.
20. ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. ยาประสระน้ำนม. (ออนไลน์). : <http://www.breastfeedingthai.com/ยาประสระน้ำนม.html>
21. กฤษณา จอดนอก. (2552). เปรียบเทียบการใช้ยาสมุนไพรและยา Motilium กระตุ้นน้ำนมในมารดาหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม. เรียนรู้จากบทเรียนของผู้ร่วมเส้นทาง : รวมบทคัดย่อผลงาน R2R เล่มที่ 2 ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำ
22. สู่งานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด: 96.
22. ศกุนตลา อินถา. (2552). น้ำสมุนไพรเพิ่มสายใยรัก. เรียนรู้จากบทเรียนของผู้ร่วมเส้นทาง : รวมบทคัดย่อผลงาน R2R เล่มที่ 2 ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด: 246.
23. Bartz, Albert E. (1999). Basic Statistical Concept. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
24. Hernandes Jr. (2002). A Comparative Study on the Efficacy of the Different galactogogues among Mothers with Lactational Insuficiency. section on breastfeeding education program,University of Santo TomasHospital, Manila, Philippines.
25. สุชีวา ราชูโส. และคณะ (2009). ประสิทธิภาพของยา Domperidone ในการกระตุ้นการสร้างน้ำนมในมารดาหลังผ่าคลอด. พุทธชินราชเวชสาร. 26(2). (May-August):168-172.

## Original article

## ประสิทธิผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยกระดูกหัก ตีกอบุติเหตุและฉุกฉิน โรงพยาบาลนครพนม

จันทร์จิรัฐร์ เสือทอง พยม.\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้วิธีการประคบเย็นในผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกฉิน โรงพยาบาลนครพนม ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ช่วงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2557 - วันที่ 31 พฤษภาคม 2557 เครื่องมือที่ใช้วิจัยได้แก่ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือข้อมูลส่วนทั่วไป การประเมินความเจ็บปวดและแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) ได้แก่ t-test ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า

- 1) ผู้ป่วยกระดูกหักหลังประคบด้วยความเย็นมีความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- 2) ผู้ป่วยกระดูกหักมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมากจนถึงมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.27)

จากผลการศึกษานำมาจัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักในแผนกอุบัติเหตุและฉุกฉิน เพื่อการบริการที่มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุด

คำสำคัญ : การจัดการความปวด การประคบเย็น กระดูกหัก

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

## Effectiveness of Pain Management of Fracture Patients in Emergency Department At Nakhon Phanom Hospital

Junjirust Suathong ,MSN.\*

### Abstract

The purposes of this study to investigate the effectiveness of pain management of fracture patients by cold compression in Emergency Department at Nakhon Phanom hospital. The sample was 30 in fracture patients in Emergency Department at Nakhon Phanom hospital during 1 March 2014 -31 May 2014 by pain scale and effectiveness of nursing care evaluate form ,level of pain and patients' satisfactions evaluate.

The result of the study found

- 1) Fracture patients after used cold compression, the level of pain significantly decrease (  $p < .05$  ) and
- 2) Fracture patients were satisfactions with the overall at the high level to highest level (  $\bar{X} = 4.27$  ).

The study should be developed to clinical practice guideline of Fracture patients care. It also suggested that in pain management of Fracture patients should be offered for nurses.

*Keywords : Pain management ,cold compression , Fracture*

\*Registered Nurse ,Professional Level , Nakhon Phanom hospital

## ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ป่วยกระดูกหัก เป็นกลุ่มบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับความสะดวกสบายจากความเจ็บปวดโดยตรง ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นไม่ได้ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อน แต่เป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นจริงเสมอและหลีกเลี่ยงไม่ได้ “ความปวด” เป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกที่ไม่สบาย ซึ่งรู้ได้ด้วยตนเอง เกิดจาก สิ่งเร้าที่คุกคาม ความปวดเป็นอาการที่ช่วยเตือนให้รู้ว่ามีความผิดปกติของร่างกาย และเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยมากในทุกๆ ส่วนของร่างกายที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ และ มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน<sup>1</sup> ความปวดส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและถ้าเป็นมากจะมีผลกระทบต่อรีเฟลกซ์ต่างๆของร่างกาย อาจทำให้เกิดการขยายหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasodilation) เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม หรือช็อก จนกระทั่งเกิดภาวะการไหลเวียนล้มเหลว (cardiac collapse) และเสียชีวิตได้<sup>2</sup>

ความรู้สึกเจ็บปวดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา จำนวนพี่น้อง ลำดับที่เกิด การเลี้ยงดู ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร การได้รับการเตรียมความพร้อมประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต ดังนั้นการบรรเทาอาการเจ็บปวดในผู้ป่วยกระดูกหักนั้น พยาบาลต้องให้ความสำคัญและดำเนินการอย่างรวดเร็วและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล

ในปี 2556 ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม มีผู้ป่วยกระดูกหักที่เข้ารับการรักษา มีจำนวนมากถึง 658 คน<sup>3</sup> พบว่ามาด้วยอุบัติเหตุทางการจราจรมากถึง 90% ส่วนอีก 10% มาด้วยอุบัติเหตุอื่นๆเช่น หกล้ม ตกจากที่สูง ตกบันได เป็นต้น การจัดการกับความปวดที่แผนกฉุกเฉิน เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน หากละเลยบทบาทอิสระในการจัดการกับความปวดย่อมเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความปวด มีผลกระทบต่อระบบสำคัญของร่างกาย เช่น ระบบหายใจเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ระบบหัวใจเกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระบบทางเดินอาหารเกิดคลื่นไส้อาเจียน เกิดผลกระทบด้านจิตใจ เกิดความกลัว และ วิตกกังวล ซึมเศร้า ดังนั้นการประเมินความปวด

มีประโยชน์ทำให้พยาบาลได้รับรู้ถึงความปวด และ เป็นการสื่อสารให้พยาบาลได้เข้าใจความปวดของผู้ป่วย เกิดแนวทางการจัดการกับความปวดที่มีคุณภาพเป็นผลดีต่อผู้ป่วย<sup>4</sup> ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการได้รับการบริการ

ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญของการจัดการกับความเจ็บปวดในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกหัก จึงต้องการศึกษาถึงประสิทธิภาพการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยกระดูกหักที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้วิธีการประเมิน ประเมินความเจ็บปวดก่อนและหลังการประเมิน และประเมินจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและประกันคุณภาพการพยาบาลด้านการจัดการความเจ็บปวดต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยกระดูกหัก ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม

## ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกระดูกหัก ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม ในช่วงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2557 จนถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2557

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.ผู้ป่วยกระดูกหักที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนมทุกรายได้รับการจัดการความเจ็บปวดอย่างมีคุณภาพ
- 2.ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล
- 3.มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักและการประกันคุณภาพการพยาบาลด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยกระดูกหัก ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม

## กรอบแนวคิดในการศึกษา

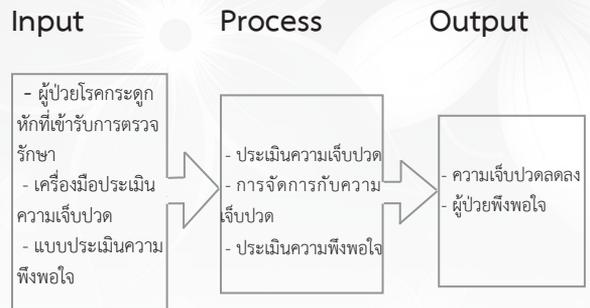
ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นหลังกระดูกหักเป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากการที่เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บและอาจมีความชอกช้ำจากการที่ถูกทีมแพทย์ในกรณีที่มีการหักของกระดูก ผู้ศึกษาจึงได้นำเอาการประเมินมาใช้ในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยกระดูกหักและในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยกระดูกหัก ใช้วิธีการประเมิน ประเมินความเจ็บปวดก่อนและหลังการประเมิน และประเมินจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวความคิดของทฤษฎีระบบโดยมีผู้ป่วยกระดูกหัก เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นปัจจัยนำเข้า โดยผ่านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด ประเมินความพึงพอใจ มีระดับความเจ็บปวดที่ลดลงและมีความพึงพอใจเป็นผลผลิตของระบบ ซึ่งความพึงพอใจเป็นความรู้สึกในทางบวกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการตามจุดมุ่งหมายที่ได้คาดหวังไว้และตนเองมีความสุขโดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาได้ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ( Input ) ศึกษาถึงประสิทธิผลของการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยกระดูกหัก ประกอบด้วย ผู้ป่วยกระดูกหัก เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินความพึงพอใจ

2. กระบวนการ ( Process ) เป็นการดำเนินการใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวดโดยวิธีการประเมิน และประเมินความพึงพอใจ

3. ผลลัพธ์หรือผลผลิต ( Output ) เป็นผลจากการจัดการกับความเจ็บปวดซึ่งก็คือความเจ็บปวดลดลง ส่งผลให้มีพึงพอใจมากขึ้น

## กรอบแนวคิดในการศึกษา



## วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง ประสิทธิภาพของการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยกระดูกหัก ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้การประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด และประเมินความพึงพอใจ

## กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ช่วงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2557 – วันที่ 31 พฤษภาคม 2557

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากนั้นจึงเริ่มเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกระดูกหัก ที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ช่วงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2557 – วันที่ 31 พฤษภาคม 2557

### แบบประเมิน ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สาเหตุ โดยเป็นลักษณะแบบกาเครื่องหมายลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเจ็บปวด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจ

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) ได้แก่ t-test

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลแก่พยาบาลวิชาชีพภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม
2. ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล
3. ผู้ศึกษาลงรหัสข้อมูลบันทึกในแผ่นบันทึกข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลทั้งหมดมาประมวลผล แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ และใช้สถิติวิเคราะห์ได้แก่ t-test

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยกระดูกหัก จำนวน 30 รายโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดและแบบประเมินความพึงพอใจกับกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2557 – วันที่ 31 พฤษภาคม 2557 นั้น

สรุปผลการศึกษา ได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกระดูกหักที่มีความเจ็บปวด จำแนกลักษณะของประชากร

	ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	ต่ำกว่า 25 ปี	12	40
	26-59 ปี	10	33.3
	60 ปีขึ้นไป	8	26.7
เพศ	ชาย	22	73.3
	หญิง	8	26.7
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	8	26.7
	รับจ้าง/เกษตรกร	11	36.7
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	13.3
	อื่นๆ เช่นแม่บ้าน พ่อบ้าน นักบวช	7	23.3
สาเหตุ	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเอง เช่น พลัดตก หกล้ม ฯลฯ	16	53.3
	อุบัติเหตุทางการจราจร	14	46.7

## ข้อมูลทั่วไป

อายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ต่ำกว่า 25 ปี จำนวน 12 ราย คิดเป็น ร้อยละ 40 และรองลงมา คือ อายุ 26-59 ปี จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนมากพบว่าเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเป็นเพศชายถึง 22 รายคิดเป็นร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรวม จำนวน 11 รายคิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาเป็นนักเรียน นักศึกษาจำนวน 8 รายคิดเป็นร้อยละ 26.7 ส่วนที่เป็นสาเหตุที่ทำให้กระดูกหักในช่วงที่ศึกษานั้นพบว่าเกิดจากการพลัดตก หกล้มมากถึง 16 รายคิดเป็นร้อยละ 53.3 ที่เหลือเป็นอุบัติเหตุทางการจราจรจำนวน 14 รายคิดเป็นร้อยละ 46.7

ตารางที่ 2. การเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดก่อนและหลังการประคบเย็น

ความเจ็บปวด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนประคบเย็น	7.43	.817	16.442	.000
หลังประคบเย็น	4.03	1.139		

จากตารางที่สอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดก่อนการประคบเย็น อยู่ในเกณฑ์ที่สูง คือ 7.43 แต่เมื่อได้ทำการประคบเย็นให้กับผู้ป่วยแล้ว พบว่าคะแนนของความเจ็บปวดลดลงแล้ว

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการประคบเย็น

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับความพึงพอใจ					ระดับความพึงพอใจ
	1	2	3	4	5	
1. พยาบาลอธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่			3 (10)	17 (56.7)	10 (33.3)	4.2
2. พยาบาลแนะนำเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์			3 (10)	18 (60)	9 (30)	4.2
3. พยาบาลอธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษา			1 (3.3)	16 (53.3)	13 (43.4)	4.2
4. พยาบาลแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์			2 (6.7)	20 (66.7)	8 (26.6)	4.2
5. พยาบาลมีการติดตามและสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง			3 (10)	15 (50)	12 (40)	4.3

พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับตั้งแต่มากจนถึงมากที่สุด(ค่าเฉลี่ย=4.27) อาจเป็นเพราะพยาบาลเข้าไปประเมิน ให้คำแนะนำรวมถึงการจัดการความปวดให้โดยการประคบเย็น อาจส่งผลถึงปัญหาทางด้านจิตใจได้รับการแก้ไข เกิดความผ่อนคลาย จึงทำให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุด

### ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. การนำไปใช้ประโยชน์ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล ต้องจัดการความเจ็บปวด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม
2. การนำไปใช้ประโยชน์ทางด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอนควรเน้นให้บริการอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และให้ตระหนักถึงการประเมินความเจ็บปวด โดยการใช้เครื่องมือช่วยในการประเมิน ซึ่งจะทำให้สามารถรู้ถึงความเจ็บปวดที่แท้จริงอยู่ในระดับใด สามารถให้บริการได้อย่างถูกต้องตรงความต้องการของผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

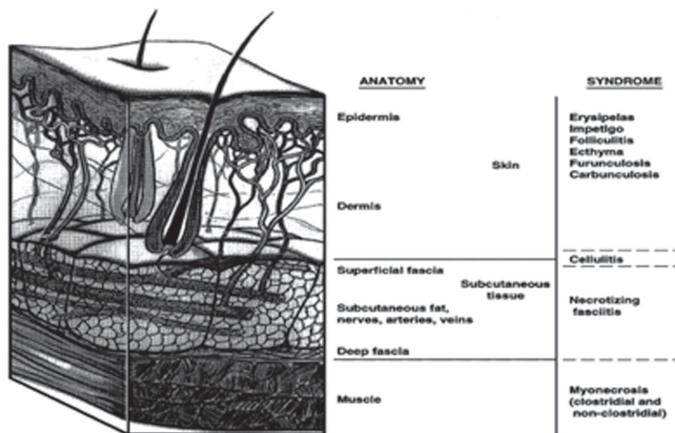
1. Tanabe, P.& Buschmann M.B. (2000). Emergency nurses knowledge of pain management principles. Journal of Emergency Nursing, 26(4), 299-305.
2. สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์. (2534). The Principle of pain : Diagnosis and Management. กรุงเทพฯ:ภาพพิมพ์.
3. โรงพยาบาลนครพนม (2556). สถิติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4. Newberry, L. (2003). Pain management ; Emergency nursing principle and practice. St.Louis: Mosby.
5. สุปราณี เสนาดิสัย.(2543).การพยาบาลพื้นฐาน:แนวคิดและการปฏิบัติ.พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ:บริษัทจุดทองจำกัด.

## Necrotizing Fasciitis

พญ. นทวรรณ หุ่นยนต์ พบ. วว. ศัลยศาสตร์  
ภาควิชาศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม

การติดเชื้อเนื้อเยื่อ เป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีความชุกมากในพื้นที่ที่ทำการเกษตร โดยเฉพาะในฤดูฝนซึ่งประชากรจะมีโอกาสสัมผัสกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อมากขึ้น เช่น การสัมผัสกับน้ำขังในพื้นที่การเกษตร เป็นต้น การติดเชื้อเนื้อเยื่อมีหลายประเภท บางชนิดก่อให้เกิดอาการที่รุนแรง คือ Necrotizing fasciitis (NF) หรือที่คนทั่วไปเรียกว่า “โรคหนังเน่า” เป็นภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรม หากได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ล่าช้า จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน และมีโอกาสสูญเสียอวัยวะหรือเสียชีวิตได้

โดยตามกายวิภาคแล้ว ผิวหนัง เป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย ประกอบด้วย 3 ชั้น ได้แก่ epidermis, basement membrane และ dermis ในชั้น dermis จะมีไขมัน (Fat), ต่อมเหงื่อ (Sweat gland), ต่อมขน (Hair follicle), เส้นประสาท (Nerve) และ หลอดเลือด (Blood supply) ได้ชั้นผิวหนังลงมา จะมีพังพืดที่คลุมกล้ามเนื้อ (Fascia) และชั้นกล้ามเนื้อ (Muscle) ตามลำดับ ซึ่งการติดเชื้อของแต่ละชั้น จะมีชื่อเรียกที่แตกต่างกัน ตลอดจนมีความรุนแรงและวิธีการรักษาที่แตกต่างกันไปด้วย<sup>(1)</sup>



ภาพที่ 1 : แสดงกายวิภาคของชั้นผิวหนัง และการติดเชื้อเนื้อเยื่อที่ระดับความลึกที่ต่างกัน จะมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปด้วย<sup>(1)</sup>

Necrotizing fasciitis คือ การติดเชื้อในระดับ skin and soft tissue เชื้อโรคจะลุกลามทำลายเนื้อเยื่อผิวหนังทุกส่วน ทั้ง ผิวหนัง ชั้นใต้ผิวหนัง พังผืด และกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจะมีไข้สูง ตรวจร่างกายบริเวณผิวหนังที่ติดเชื้อ อาจเกิดรอยพอง เป็น bleb, blister, hemorrhagic bleb บางรายอาจคลำได้เสียงกรอบแกรบ (Crepitation) ผู้ป่วยจะมีอาการของ sepsis ได้แก่ ไข้สูง ชีพจรเต้นเร็ว กระสับกระส่าย และความดันโลหิตต่ำ<sup>(3), (4), (5)</sup>

**ตารางสรุป** Clinical signs ที่บ่งบอกว่า อาจเป็น Necrotizing fasciitis<sup>(2), (3), (5)</sup>

Pain disproportion to physical examination
Bullae, Skin ecchymosis, Skin necrosis
Gas in tissue (Crepitation)
Edema extend beyond of the area of erythema
Cutaneous anesthesia
Systemic toxicity
Progression of infection despite antibiotic therapy

## Etiology

Necrotizing fasciitis นั้น มีพยาธิสภาพก่อกำเนิดเป็น 4 สาเหตุ<sup>(3)</sup> ดังนี้

1. Post-traumatic necrotizing fasciitis เป็นบาดแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุต่างๆ แล้วมีการปนเปื้อนของ Bacteria เช่น ดิน น้ำสกปรก มลสัตว์ เชื้อก่อโรค มักเป็นแบบ Polymicrobial infections

2. Post-operative necrotizing fasciitis เป็นการติดเชื้อที่เกิดหลังการผ่าตัด อันเนื่องมาจาก มีการปนเปื้อนของ อูจจาระ เศษอาหาร ในระหว่างผ่าตัด มักพบในการผ่าตัดไส้ติ่ง และการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้มีการป้องกันการปนเปื้อนที่ดีพอ ทำให้เกิดการติดเชื้อจนลุกลามเป็น Necrotizing fasciitis of abdominal wall เชื้อก่อโรคในกลุ่มนี้ มักเป็น polymicrobial infections เช่นกัน

3. Idiopathic or spontaneous necrotizing fasciitis เป็น NF ที่เกิดขึ้นเอง มักจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังบางอย่าง หรือเป็น immunocompromised host เช่น liver cirrhosis ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่มีประวัติกินยา steroid ซึ่งเชื้อโรคจะเดินทางมาที่ แขน หรือ ขา ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตที่สูง กลุ่มนี้มักเป็นเชื้อ Monomicrobial infections ได้แก่ Streptococcus pyogenus แต่อาจพบเชื้อ Halophilic marine vibrio ได้ในผู้ป่วยที่มีประวัติรับประทานอาหารทะเลที่ไม่ได้ปรุงให้สุก

4. Necrotizing fasciitis by complication of inadequate treatment of cutaneous infection เช่น เกิดในผู้ป่วยที่เป็น Diabetic ulcer หรือ Diabetic foot with ulcer อยู่ก่อนแล้วไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จนเกิดการติดเชื้อรุนแรงตามมา



ภาพที่ 2 : ผู้ป่วยชาย อายุ 55 ปี ไม่มีโรคประจำตัว 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ล้ม มีรอยฉ้ำที่ตาตุ่ม ภาพแสดงให้เห็น ผิวหนังที่มีสีคล้ำ จากการตรวจ



ภาพที่ 3 : หญิง อายุ 80ปี โรคประจำตัวเบาหวาน มีแผลเรื้อรังที่เท้ามานาน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีบวมแดงร้อนมากขึ้น



ภาพที่ 4 : แผลของผู้ป่วยชายรายเดียวกับภาพที่ 2 หลังการทำ extensive debridement พบว่าลักษณะของ ชั้นกล้ามเนื้อแดงดี ผู้ป่วยหายจากภาวะ sepsis และมีอาการที่คงที่



### Management of necrotizing fasciitis

การดูแลรักษาผู้ป่วย necrotizing fasciitis ประกอบด้วย 3 หลัก คือ การ resuscitation, empirical antibiotics และที่สำคัญคือ extensive debridement เนื่องจากผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการของ septicemia การให้สารน้ำที่เพียงพอ ร่วมกับการแก้ไขภาวะ electrolyte imbalance จึงเป็นการดูแลรักษาเบื้องต้นที่สำคัญ นอกจากนี้ ควรให้ยาฆ่าเชื้อที่ครอบคลุมเชื้อที่จะเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ แล้วรีบนำผู้ป่วยไปผ่าตัด<sup>(3)</sup>

การทำ extensive debridement นั้น การลงมีดควรกรีดไปให้ถึงชั้น subcutaneous tissue แล้วใช้นิ้วมือเข้ไปตามชั้นของ subcutaneous tissue ถ้าศัลยแพทย์พบว่านิ้วมือสามารถเข้ไปได้ให้นำเนื้อเยื่อส่วนนั้นออกด้วย เพราะหมายความว่า การติดเชื้อได้ลุกลามไปถึงบริเวณนั้นๆ ในส่วนของชั้นกล้ามเนื้อ หากกล้ามเนื้อไม่ได้มีสีซีด พบว่ายังมีเลือดออกจากกล้ามเนื้อ หรือใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าจี้ดูแล้วยังพบลักษณะ muscle contraction แสดงว่ากล้ามเนื้อยังไม่ตาย จึงยังไม่มีควมจำเป็นต้องตัดกล้ามเนื้อส่วนนั้นออก<sup>(3)</sup>

## ตารางแสดงยาฆ่าเชื้อที่ควรใช้ ในผู้ป่วย Necrotizing fasciitis<sup>(3), (4), (5), (6)</sup>

### Polymicrobial infection

ได้แก่ Post-operative NF  
Post-traumatic NF

- Ampicillin-sulbactam plus  
Clindamycin plus ciprofloxacin
- Imipenam/Cilastin
- Cefotaxime plus Metronidazole

### Monomicrobial infection

ได้แก่ Streptococcus pyogenes  
Clostridium perfringen  
Marine vibrio

- High dose Penicillin plus Clindamycin
- High dose Penicillin plus Clindamycin
- Third generation cephalosporin plus  
Ciprofloxacin

แม้ว่าผู้ป่วย necrotizing fasciitis จะมีโอกาสเสียชีวิตและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สูง แต่การดูแลแบบสหวิชาชีพ ทั้งในด้านการดูแลแผล การปิดผิวหนัง การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการทำกายภาพบำบัด ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการ และควบคุมโรคประจำตัวของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับดี จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต โดยที่ไม่สูญเสียอวัยวะ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างรวดเร็วอีกด้วย

### Reference

1. Addison K. May, et al. Treatment of complication skin and soft tissue infection. Surgical infection society guidelines. 2009; 10(5): 467-490.
2. Morgan MS. J Hosp infection. 2010; 75: 249-257.
3. ชาญเวช ศรัทธาพุทฺธ. Severe soft tissue infection. ศัลยศาสตร์ทั่วไป vol.9. กรุงเทพฯ; 2553.
4. Danabhand Phiboonbanakit. From basic to practice, Surgical infectin: Focus on skin and soft tissue infection; 2010.
5. Elliott D C, Kufera J A, Myers R A M. Necrotizing soft tissue infection: risk factor for mortality and strategies for management. Ann Surg. 1996; 224: 672-683.
6. Elko L, et al. Curr Infect Dis Rep. 2003; 5: 398-406.

## อุบัติเหตุจราจรกับผู้ป่วยโรคลมชัก

สมศักดิ์ เทียมเก่า<sup>1,3</sup> สินีนาฏ พรานบุญ<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>2</sup>หน่วยตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

<sup>3</sup>กลุ่มวิจัยโรคลมชักแบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ช่วงสายๆของวันพุธที่ 11 มิถุนายน 2557 ที่ผ่านมานั้น ผมเชื่อว่าทุกคนตกใจกับเหตุการณ์ที่ครูท่านหนึ่งขับรถยนต์ชนเด็กเสียชีวิต 4 คน ที่จังหวัดหนองบัวลำภู เพราะมีอาการชักขณะขับรถ จึงหมดสติและสูญเสียความสามารถการควบคุมรถ ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ช่างเศร้า และเป็นอุทาหรณ์สำหรับผู้ป่วยโรคลมชักและสังคมไทย ถึงเวลาแล้วหรือยังที่จะปรับเปลี่ยนแนวทางการทำใบอนุญาตขับขี่ ควรเพิ่มการประเมินปัญหาสุขภาพสำหรับการขอใบอนุญาตขับขี่ เช่น โรคลมชักหรือยัง เป็นที่มาของการเขียนบทความนี้ เพื่อให้ทุกคนเข้าใจเรื่อง “ชักไม่ขับ” โดยพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ผลการศึกษาในประเทศไทยเป็นหลัก

ปัจจุบัน การศึกษาเกี่ยวกับอุบัติเหตุที่เกิดจากการชักมีแนวโน้มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคลมชักมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตสูงกว่าคนปกติทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ และผู้ป่วยที่มีอาการชักแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว มีอาการหมดสติ ล้มลงทันที โดยไม่มีอาการเตือน อาการชักแบบเหม่อลอย ทำอะไรโดยไม่รู้ตัว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้<sup>1,2</sup> นอกจากนี้ ผลข้างเคียงจากยาชักชักทำให้ผู้ป่วยมีอาการมือสั่น เดินเซ เห็นภาพซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากขึ้น โดยอุบัติเหตุที่เกิดจากการชักที่พบบ่อยและส่งผลกระทบบักรุนแรงถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิต คือ การเกิดอุบัติเหตุทางจราจร ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยเป็นอันดับต้นๆของการเสียชีวิตในประเทศไทย

**อุบัติเหตุทางการจราจรเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยโรคลมชัก จริงหรือไม่?**

ผู้ป่วยโรคลมชักมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตสูงกว่าคนปกติทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ จากการศึกษาของ Lings พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรมากกว่าคนปกติทั่วไปถึง 7 เท่า<sup>3</sup> ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยโรคลมชักพบว่า การชักชนิด generalized tonic-clonic seizures (GTCs) เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยโรคลมชัก<sup>4-8</sup> นอกจากนี้ มีรายงานพบว่าการชักชนิด myoclonic seizures และ atonic seizures ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงด้วยเช่นกัน<sup>9,10</sup> ทั้งนี้ เนื่องจากการเกิดอาการชักดังกล่าวมักไม่มีอาการเตือน (aura) ผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้ บางครั้งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่รุนแรงถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุที่เกิดจากการชัก ในขณะที่ผู้ป่วยโรคลมชักกำลังขับขี่ยานยนต์ รถจักรยานยนต์ ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้ป่วยโรคลมชักเท่านั้นที่ได้รับอุบัติเหตุ แต่รวมถึงประชาชนทั่วไปที่อาจจะได้รับผลกระทบดังกล่าวจากการสัมผัสกับผู้ป่วยโรคลมชักผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักเกือบร้อยละ 75 ขับรถ ร้อยละ 30 เคยเกิดอาการชักขณะขับรถ ร้อยละ 60 ของการชักเกิดอุบัติเหตุ และร้อยละ 20 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคลมชักจะถูกห้ามขับรถอย่างน้อย 6 เดือน หลังจากไม่มีอาการชัก และที่ดีที่สุดคือ ต้องไม่มีอาการชักอย่างน้อย 2 ปี แต่เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทย ยังไม่มีกฎหมายบังคับห้ามมิให้ผู้ป่วยโรคลมชักขับรถ ต่างจากประเทศซีกโลกฝั่งตะวันตก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดา มีกฎหมายบังคับ ผู้ป่วยโรคลมชักต้องไม่มีอาการชัก (seizure-free) อย่างน้อย 3-12 เดือน จึงจะสามารถขับรถได้<sup>11</sup> ส่วนในประเทศไทย กฎหมายระบุว่า ผู้ป่วยโรคลมชักต้องไม่มีอาการชัก (seizure-free) อย่างน้อย 12 เดือน และดีที่สุดคือไม่มีอาการชักในเวลา 2 ปี<sup>12</sup> ดังนั้น จึงยังพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักในประเทศไทยเกิดอุบัติเหตุ

ทางรถยนต์เนื่องจากมีอาการชักขณะขับรถ จากการศึกษาของสมศักดิ์ เทียมเก่าและคณะ พบว่าผู้ป่วยมีอาการชักขณะขับรถถึงร้อยละ 57 โดยร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>13</sup> และการศึกษาของเจียมจิต แสงสุวรรณและคณะ ศึกษาการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ รถมอเตอร์ไซด์และคณะ ศึกษาการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ รถมอเตอร์ไซด์ร้อยละ 81.8 รถมอเตอร์ไซด์ร้อยละ 25.0 และ รถมอเตอร์ไซด์ร้อยละ 6.8 ร้อยละ 13.6 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospitalization) และร้อยละ 28.4 ได้รับบาดเจ็บรุนแรงปานกลาง<sup>14</sup> (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 Injury and vehicular crashes resulting from seizures (Saengsuwan et al)<sup>14</sup>

Variables	n	%
<b>Accidents from seizures (n=203)</b>		
Ever	88	43.3
Never	115	56.7
<b>Types of incidents (a patients could have more than one incident) (n=88)</b>		
Vehicle crash	44	50.0
Falling	52	59.1
<b>Types of vehicle (a patients could have more than one incident) (n=44)</b>		
Motorcycle	36	81.8
Car	11	25.0
Bicycle	3	6.8
<b>Injuries (patients listed their most worst case) (n=88)</b>		
Mild	51	58.0
Moderate (outpatient)	25	28.4
Severe (hospitalization)	12	13.6

จากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage :UC) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างปี 2547-2556 พบรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายละเอียดชนิดยานพาหนะของผู้ป่วยที่รับการรักษา

ชนิดยานพาหนะ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
มอเตอร์ไซด์	283/86,829	0.32
รถเก๋ง	15/87,097	0.02
รถปิคอัพ	11/87,101	0.01
รถบรรทุก	1/87,111	0.00001
รถบัสโดยสาร	2/87,110	0.00002

นอกจากนี้ การศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ป่วยโรคลมชักจำนวน 300 ราย พบว่ามีอาการชักจำนวน 8,525 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี ส่วนใหญ่มีอาการชักชนิด GTCs ร้อยละ 26<sup>15</sup> และการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional) โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในผู้ป่วยโรคลมชักจำนวน 316 คน พบว่าเกิดอุบัติเหตุขณะชักจำนวน 122 ราย (ร้อยละ 38.6) โดยเกิดอุบัติเหตุจากร้อยละ 28.9<sup>8</sup> การศึกษาสมศักดิ์ เทียมเก่าและคณะ ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วย 27 รายจาก 100 ราย เกิดอุบัติเหตุจากการชัก 222 ครั้ง โดยทั้ง 27 รายนั้นมีอาการชักทั้งหมด 4,459 ครั้งใน 1 ปี โดย 1,094 ครั้งที่ชักแล้วมีการล้มลง (ร้อยละ 24.5)<sup>16</sup> สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ได้แก่ประเทศเนเธอร์แลนด์ ศึกษาการเกิดอุบัติเหตุจากรายงานจำนวน 203 ครั้ง พบว่า 155 ครั้ง เกิดจากมีอาการชักขณะ

ขับรถ โดยร้อยละ 80 ขับรถยนต์<sup>17</sup> และในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า relative risk ของการเกิดอุบัติเหตุจากการชักมีค่าเท่ากับ 8.6/100,000 เมื่อเปรียบเทียบพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุมากกว่าผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ<sup>18</sup> ซึ่งอุบัติเหตุที่เกิดจากการชักและการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคลมชักมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค<sup>19</sup>

#### อุบัติเหตุจากรายงานในผู้ป่วยโรคลมชักรุนแรงเพียงใด?

โดยทั่วไปแล้วการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยโรคลมชักจะมีความรุนแรงน้อยกว่าคนทั่วไป เพราะส่วนใหญ่จะมีความระมัดระวังอยู่แล้ว และไม่ขับรถเร็ว จากการศึกษาค้นคว้าของผู้ป่วยสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างปี 2547-2556 พบรายละเอียดดังตารางที่ 3-5

ตารางที่ 3 รายละเอียดการบาดเจ็บทางสมอง

อันตรายต่อร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
Traumatic cerebral edema	2/87,110	0.00002
Diffuse brain injury	56/87,056	0.06
Focal brain injury	19/87,093	0.02
Epidural hematoma	15/87,097	0.02
Subdural hematoma	43/87,069	0.05
Subarachnoid hematoma	5/87,107	0.01
Traumatic pneumothorax	2/87,110	0.00002

ตารางที่ 4 รายละเอียดการบาดเจ็บกระดูกหักและข้อเลื่อนหลุด

กระดูกหัก ข้อต่อเคลื่อน จมน้ำ	จำนวน	ร้อยละ
Fracture shoulder/upper arm	94/87,018	0.11
Fracture forearm	42/87,070	0.05
Fracture femor	27/87,085	0.03
Fracture lower leg/ankle	11/87,101	0.01
Accidental downing	42/87,070	0.05

ตารางที่ 5 รายละเอียดการบาดเจ็บแบบล้มลงกับพื้น

Falls	จำนวน	ร้อยละ
Falls	3,265/83,847	3.75
Falls from step/stairs	138/86,974	0.16
Falls from ladder	10/87,102	0.01
Falls from scaffolding	18/87,094	0.02
Falls from building	62/87,050	0.07
Falls from tree	17/87,095	0.02
Falls : unspecified	402/86,710	0.46

### ใครมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากรถได้บ่อย?

1. ชนิดของการชัก การศึกษาพบว่า การชักชนิด GTCs เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยโรคลมชัก<sup>4-8</sup> นอกจากนี้มีรายงานพบว่า การชักชนิด myoclonic seizures และ atonic seizures ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงด้วยเช่นกัน<sup>9,10</sup> ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดอาการชักดังกล่าวมักไม่มีอาการเตือน และมักมีการล้มลงกับพื้นถ้าเกิดในขณะที่ทำกิจกรรมในทำนองหรือนั่งก็ตาม ดังนั้นผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากไม่มีสติในการควบคุมตนเองได้ บางครั้งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่รุนแรงถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุที่เกิดจากการชัก ในขณะที่ผู้ป่วยโรคลมชักกำลังขับชี่รถยนต์ รถจักรยานยนต์ หรืออยู่ใกล้แหล่งน้ำ เต้าไฟ กองไฟ ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้ป่วยโรคลมชักเท่านั้นที่ได้รับอุบัติเหตุ แต่รวมถึงประชาชนทั่วไปที่อาจจะได้รับผลกระทบดังกล่าวด้วย

2. ความถี่ของการชัก ผู้ป่วยที่มีการชักมากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน มีโอกาสสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุจากการชัก<sup>5,15,20,21</sup> เนื่องจากมีโอกาสร้อยละน้อยครั้งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการชักน้อยครั้ง

3. ผลข้างเคียงของยากันชัก ผลข้างเคียงจากยากันชักทำให้ผู้ป่วยมีอาการมึนงง เดินเซ เห็นภาพซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่างๆมากขึ้น การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับยากันชักมากกว่า 3 ชนิดขึ้นไปมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงดังกล่าวข้างต้นได้สูง จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการชักได้มากกว่าการทานยากันชัคน้อยชนิด และไม่เกิดผลแทรกซ้อน<sup>5,9</sup>

4. ระยะเวลาที่ไม่มีอาการชัก ถ้าไม่มีอาการชักติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน โอกาสการเกิดอุบัติเหตุลดลงได้ร้อยละ 85 และถ้าไม่ชักติดต่อกันนานมากกว่า 12 เดือน โอกาสเกิดอุบัติเหตุลดลงได้ถึงร้อยละ 93<sup>19</sup>

5. ผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 18-25 ปี มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางจราจรเป็น 3-4 เท่าของกลุ่มอายุอื่น เนื่องจากการขับชี่ยานพาหนะที่เร็ว การควบคุมการชี่กได้ผลไม่ค่อยดี เนื่องจากความสม่าเสมอในการทานยาชี่กไม่ดี และพบว่าผู้ป่วยโรคลมชี่กที่เกิดอุบัติเหตุไม่สวมหมวกนิรภัยถึงร้อยละ 41<sup>22</sup>

6. การชี่กครั้งแรก พบว่าร้อยละ 18 ของการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยโรคลมชี่ก เกิดในการชี่กครั้งแรก เนื่องจากไม่เคยทราบมาก่อนและขาดความระมัดระวังในการขับชี่ยานพาหนะ

7. ผู้ชายพบบ่อยกว่าผู้หญิง เนื่องจากการใช้ยานพาหนะบ่อยกว่าและมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าผู้หญิง

8. ประวัติอุบัติเหตุจากการชี่กก่อนหน้านี้ พบว่าร้อยละ 28 ของผู้ป่วยโรคลมชี่กเกิดอุบัติเหตุมากกว่า 1 ครั้ง

## ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้หรือไม่ อย่างไร?

1. ให้การรักษาโรคลมชี่กอย่างดี หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชี่ก นอกจากการรักษาด้วยยากันชี่กแล้ว แพทย์ผู้ดูแลและแนะนำผู้ป่วยโรคลมชี่กทุกรายให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ และนอกจากนี้ สมศักดิ์ เทียมเก่า และคณะ<sup>21</sup> ได้พัฒนาเครื่องมือในการช่วยทำนายโอกาสการเกิดอุบัติเหตุจากการชี่ก โดยศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้งในประเทศไทยและอังกฤษ ซึ่งผ่านการทดสอบพบว่ามีความไว (sensitivity) มากถึงร้อยละ 90.3 มีความเฉพาะ (specificity) ร้อยละ 46.7 และได้ทำการกำหนดสูตรเพื่อใช้ทำนายโอกาสในการเกิดภยันตรายที่เกิดจากรโรคลมชี่ก ไวในสื่อทางอินเทอร์เน็ต <http://sribykku.webs.com> รายละเอียด ดังภาพที่ 1

### Welcome!

Welcome to the home page of seizure related injury prediction. The information on this website was created by the epilepsy research group at Srinagarind hospital, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University (KKU), Thailand. You are welcome to visit our website at [Epilepsy\\_Research\\_Group\\_KKU](http://Epilepsy_Research_Group_KKU) to get more information about epilepsy.

Here, we invite epilepsy patients and clinicians to easily predict the risk of having seizure related injury in individuals. Please follow the instructions below.

### Instructions

Based on our research study, the formula below provides a simple way to calculate the chance of having a seizure related injury (SRI) in individuals who have epilepsy. Just fill out 5 questions below.

1. What is your age?
2. How many antiepileptic medications do you take?
3. What is your seizure type? If you have generalized tonic-clonic seizure, answer 1. Other types answer 0.
4. Do you have seizure attacks at least once a month? If yes, answer 1. If not, answer 0.
5. Do you have daytime seizure attacks? If yes, answer 1. If not, answer 0.

From these five answers, you will get the probability of the occurrence of an SRI. The highest probability is 1. If you multiply the calculated number by 100, it will give you the probability as a percentage.

### Formula

### SRI Probability

Age (years):

Number of AEDs:

GTCs:

Frequency:

Daytime seizure:

Probability of SRI:

ภาพที่ 1 : พัฒนาเครื่องมือในการช่วยทำนายโอกาสการเกิดอุบัติเหตุจากการชี่ก

เมื่อมาศึกษาซ้ำในโรงพยาบาลชุมชน ประเทศไทย พบว่าค่า sensitivity และ specificity ได้ 93.44% และ 43.30% ตามลำดับ<sup>23</sup> จะเห็นได้ว่าสูตรดังกล่าวนั้นมีความน่าเชื่อถือและมีความไวเพียงพอที่จะสามารถนำมาใช้พยากรณ์โอกาสการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลทุติยภูมิ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักเป็นส่วนใหญ่ของประเทศไทย จึงทำให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักสามารถนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากสูตรการทำนายโอกาสการเกิดอุบัติเหตุจากการชักนั้นได้เผยแพร่ใน website ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวและคนอื่นๆ ที่สนใจสามารถเข้าถึงและสามารถใช้สูตรการทำนายนั้นได้ง่าย จึงเป็นสิ่งที่ประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก

2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคลมชักและผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากการชัก เพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการชักขณะขับรถแล้วเกิดอุบัติเหตุ (traffic accidents) กล่าวคือ ควรหยุดขับรถอย่างน้อย 3 ปี ถ้ามีอาการชักเฉพาะกลางคืน แต่ถ้ามีอาการชักช่วงกลางวันร่วมด้วย ควรควบคุมอาการชักได้อย่างน้อย 1 ปีหลังจากการชักครั้งสุดท้าย<sup>24</sup> แต่ถ้าจำเป็นต้องขับรถจริงๆ เช่น จำเป็นต้องขับรถไปทำงาน เพราะไม่มีรถโดยสาร อาจพิจารณาเป็นกรณีได้ แต่ควรขับรถเป็นระยะทางใกล้ๆ และควรควบคุมอาการชักได้อย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือน ควรขับรถในช่องจราจรซ้ายสุด ใช้ความเร็วต่ำ ระยะทางสั้นที่สุดเท่าที่จำเป็น ไม่ควรขับทางไกล และเมื่อมีอาการเตือนให้รีบหยุดรถทันที ถึงแม้ว่าใกล้จะถึงจุดหมายปลายทางก็ตาม ที่สำคัญคือ ในวันที่มีลมทานยากันชักไม่ควรขับรถในช่วงดังกล่าว นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่เกิดอุบัติเหตุไม่สวมหมวกนิรภัยถึงร้อยละ 41<sup>22</sup> ดังนั้น ควรณรงค์ให้ผู้ป่วยสวมหมวกนิรภัย เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงการเกิดอุบัติเหตุจากการชัก

3. หลีกเลี่ยงยากันชักที่มีอาการข้างเคียงมาก เช่น มือสั่น ซึม เดีนเซ เห็นภาพซ้อน เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าว ควรแจ้งให้แพทย์ หรือเภสัชกรทราบเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาที่เหมาะสม

4. ระหว่างที่มีการปรับเปลี่ยนขนาดของยา ผู้ป่วยไม่ควรขับรถ

5. ควรทานยาสม่ำเสมอ ถ้าวันใดลืมทานยา ควรงดขับรถวันนั้น

6. ผู้ป่วยที่มีอาการเตือนนำมาก่อนการชัก ควรหยุดรถทันทีที่มีอาการเตือนเกิดขึ้น ไม่ควรรีบขับรถเพื่อให้ถึงจุดหมายปลายทางเพราะจะเกิดอุบัติเหตุก่อนถึงได้

7. ไม่ควรขับรถในที่ที่มีการจราจรติดขัดมากๆ และควรขับในช่องจราจรที่สามารถหยุดรถได้ทันทีหรือในช่วงเวลาที่รถไม่มาก

8. กรณีผู้ป่วยหญิงที่มีอาการชักในช่วงมีรอบประจำเดือนเป็นประจำ ไม่ควรขับรถในช่วงดังกล่าว

9. ควรให้ข้อมูลที่แท้จริงกับแพทย์ผู้รักษา เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้อื่นและตนเอง

10. แพทย์ต้องทำการประเมินผลการรักษาอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพราะบางครั้งการสอบถามอาการเพียงสั้นๆ ว่ามีอาการชักหรือไม่ อาจไม่ได้ทราบผลการรักษาที่ถูกต้อง เพราะผู้ป่วยบางรายอาจไม่เข้าใจว่าอาการชักคืออะไรบ้าง เข้าใจเพียงแค่ออาการชักแบบ GTCs เท่านั้น ดังนั้นต้องมีการสอบถามอาการชักในทุกรูปแบบที่เกิดขึ้นได้ และควรใช้สมุดคู่มือบันทึกอาการชักให้สม่ำเสมอ เพื่อความแม่นยำในการประเมินผลการรักษา

## สรุป

ผู้ป่วยโรคลมชักมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรที่เกิดจากการชัก ส่งผลให้เกิดความพิการหรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ดังนั้น จึงควรมีมาตรการในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการชัก โดยเน้นการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด หากไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ ไม่ควรขับรถ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาออกใบอนุญาตขับขี่รถ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบขนส่งมวลชนก็เป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีช่องทางการเดินทางที่สะดวก ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## บรรณานุกรม

1. Beghi E, Cornaggia C, for the RESt-1 Group. Morbidity and accidents in patients with epilepsy: results of a European cohort study. *Epilepsia* 2002;43:1076-83.
2. Wirrell EC. Epilepsy-related injuries. *Epilepsia* 2006;47:79-86.
3. Lings S. Increased driving accident frequency in Danish patients with epilepsy. *Neurology* 2001;57:435-9.
4. Tiamkao S, Shorvon SD. Seizure-related injury in an adult tertiary epilepsy clinic. *Hong Kong Med J* 2006; 12:260-3.
5. Lawn ND, Bamlet WR, Radhakrishnan K, O'Brien PC, So EL. Injuries due to seizures in persons with epilepsy: a population-based study. *Neurology* 2004; 63:1565-70.
6. Tiamkao S, Sawanyawisuth K, Towanabut S, Visudhipun P. Seizure attacks while driving: Quality of life in persons with epilepsy. *Can J Neurol Sci* 2009; 36: 475-9.
7. Asadi-Pooya AA, Nikseresht A, Yaghoobi E, Nei M. Physical injuries in patients with epilepsy and their associated risk factors. *Seizure* 2012;21:165-8.
8. สุภัญญา ทองดี, สมศักดิ์ เทียมเก่า. การบาดเจ็บที่สัมพันธ์กับการชักในโรงพยาบาลชุมชน. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555.
9. Bellon M, Walker C, Peterson C. Seizure-related injuries and hospitalization: Self-report data from the 2010 Australian Epilepsy Longitudinal survey. *Epilepsy & Behavior* 2013;26:7-10.
10. Friedman DE, Chiang S, Tobias RS. Do recurrent seizure-related head injuries affects seizures in people with epilepsy?. *Epilepsy & Behavior* 2012;23:159-61.
11. Nguyen R, Tellez Zenteno JF. Injuries in epilepsy: a review of its prevalence, risk factors, type of injuries and prevention *Neurology International* 2009;1:72-8.
12. Beghi E, Sander JW. Epilepsy and driving. *BMJ* 2005;331:60-1.
13. Tiamkao S, Sawanyawisuth K, Towanabut S, et al. Seizure attacks while driving: quality of life in persons with epilepsy. *Can J Neurol Sci* 2009;36:475-9.
14. Saengsuwan J, Laohasirivong W, Boonyaleepan S, et al. Seizure-related vehicular crashes and falls with injuries for people with epilepsy in northeastern Thailand. *Epilepsy Behav* 2014 ;32:49-54.
15. Tiamkao S, Amornsing O, Pongchaiyakul C, Asawavichienjinda T, Yaudnopakao P, Jitpimolmard S, et al. Seizure-related injuries in Northeast Thailand. *J Med Assoc Thai* 2006; 89:608-13.
16. Tiamkao S, Shorvon SD. Seizure-related injury in an adult tertiary epilepsy clinic. *Hong Kong Med J* 2006; 12:260-3.
17. van der Lugt PJ. Traffic accidents caused by epilepsy. *Epilepsia* 1975;16:747-51.
18. Sheth SG, Krauss G, Krumholz A, Li G. Mortality in epilepsy: driving fatalities vs other causes of death in patients with epilepsy. *Neurology* 2004;63:1002-7.
19. Nei M, Bagla R. Seizure-related injury and death. *Current Neurology AND Neuroscience Reports* 2007;7:335-41.
20. Buck D, Baker GA, Jacobey A, Smith DF, Chadwick DW. Patients' experiences of injury as a result of epilepsy. *Epilepsia* 1997; 38: 439-44.

21. Tiamkao S, Sawanyawisuth K, Asawavichienjinda T, et al. Predictive risk factors of seizure-related injury in persons with epilepsy. *Journal of the Neurological Sciences* 2009;285:59-61.
22. Deekollu D, Besag FMC, Aylett SE. Seizure-related injuries in a group of young people with epilepsy wearing protective helmets: Incidence, types and circumstance. *Seizure* 2005;14:347-53.
23. Tiamkao S, Kaewkiow N, Pranbul S, Sawanyawisuth K, on behalf of Integrated Epilepsy Research group. Validation of a seizure-related injury model. *Journal of the Neurological Sciences* 2014;15:113-5.
24. Tiamkao S. Seizure-related injuries. *Srinagarind Med J* 2001;111-4.

## “สาธารณสุข สุข สามัคคี ทำคุณความดีเพื่อประเทศไทย”

พว.อรรถจิมา ศรีชนม์ ตึกศัลยกรรมหญิง  
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม

“การทำงานให้สำเร็จขึ้นอยู่กับความสามารถสองอย่างเป็นสิ่งสำคัญ คือสามารถใช้วิชาความรู้อย่างหนึ่งสามารถในการประสานสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างหนึ่ง ทั้งสองประการนี้ต้องดำเนินคู่กันและจำเป็นต้องกระทำด้วยความสุจริตกาย สุจริตใจ ด้วยความคิดความเห็นที่เป็นอิสระ ปราศจากอคติ และด้วยความถูกต้อง ตามเหตุตามผลด้วย จึงจะช่วยให้งานบรรลุจุดหมาย และประโยชน์ที่พึงประสงค์โดยครบถ้วน”

**พระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว** ข้อความนี้คือสูตรสำเร็จหรือสูตรพิเศษที่บุคคลและองค์กรนำไปใช้ในการทำงาน โดยเฉพาะงานสาธารณสุข งานที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์สุขของคนส่วนใหญ่ งานสาธารณสุขคืองานที่เกี่ยวข้องกับอนามัยประชาชนและการดูแลอภิบาลเพื่อให้ร่างกายและจิตใจมีสุขภาพและอนามัยที่ดี ซึ่งเป็นงานสาธารณสุขจึงต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญของบุคคล การประสานสัมพันธ์ความร่วมมือร่วมใจและความสามัคคีของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายที่ความสำเร็จของงาน เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน

ที่โรงพยาบาลนครพนม ดิฉันปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการในแผนกศัลยกรรมมีเรื่องจริงจากประสบการณ์การทำงานร่วมกันของทีมงานศัลยกรรม เพื่อเป็นการเผยแพร่ถึงการทำงานที่ทุกฝ่ายในโรงพยาบาลนครพนมด้วยความร่วมมือร่วมใจกัน เพื่อช่วยเหลือกันทั้งด้านการดูแลรักษา การพยาบาล ตลอดจนการประสานความเกี่ยวข้องกับทุกฝ่ายให้กับหลายๆท่านได้ทราบเพียง หนึ่งในตัวอย่างดังนี้

ในวันที่ 6 เมษายน 2557 ตึกศัลยกรรมหญิงได้รับผู้ป่วยหญิงอายุ 23 ปี เป็นผู้ป่วยจากประเทศลาว ถูกส่งตัวมาเพื่อรับการรักษาจากการประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกับรถยนต์ ผู้ป่วยมีอาการสาหัสมากแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินวินิจฉัยเบื้องต้นเรื่องการบาดเจ็บหลายระบบพร้อมให้ข้อมูล

กับญาติว่าโอกาสที่จะเยียวยาให้ดีขึ้นมีเปอร์เซ็นต์น้อยมาก ทำให้บิดา มารดาของผู้ป่วยหมดสิ้นความหวังว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิต เพราะผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบดังกล่าวแพทย์หญิงนทวรรณ หุ่นพยนต์ STAFF ศัลยกรรมทำการผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อแก้ไข ปัญหาบาดเจ็บในช่องท้อง (Blunt Trauma) ร่วมกับนายแพทย์ทศพล นุตตะรังค์ STAFF ศัลยกรรมกระดูก ร่วมทำการผ่าตัดคราวเดียวกันทำ External Fixation เนื่องจากมีการแตกหักของกระดูกอุ้งเชิงกรานอย่างรุนแรง การทำผ่าตัด 2 ระบบในเวลาเดียวกันส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลหลังผ่าตัดที่แผนกหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอย่างใกล้ชิดเป็นกรณีพิเศษ หลังผ่าตัดวันที่ 2 พบความผิดปกติทางด้านระบบทางเดินปัสสาวะจากการฉีกขาดของอวัยวะเพศ แพทย์เจ้าของไข้ได้ปรึกษาแผนกทางเดินปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนเพื่อแก้ไขทำการเย็บซ่อมแซมและใส่สายระบายปัสสาวะออกทางหน้าท้อง การดูแลผู้ป่วยรายนี้ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความสามารถ คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทั่วไป (General Surgery) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูก (Orthopaedic) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ (Urology) ตลอดจนทีมพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในรูปสหสาขาวิชาชีพ โดยการให้การดูแล รักษาพยาบาลด้วยความระมัดระวังใส่ใจ ดูแลอย่างใกล้ชิดยึดหลัก “ Patient Safety and Patient Center ” เพื่อให้ผู้ป่วย

ปลอดภัย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การพยาบาลด้วยหัวใจ  
ความเป็นมนุษย์โดยมิได้คำนึงถึงจำนวนเงินมหาศาลสำหรับ  
ครอบครัวที่ยากลำบากรายนี้

วันเวลาผ่านไปผู้ป่วยมีอาการทุเลาดีขึ้นเป็นลำดับ  
แพทย์จึงให้ย้ายผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มารับ  
การดูแลต่อเนื่องจากแผนกศัลยกรรมหญิง การดูแลแบบสห  
สาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ได้ถูกกำหนดไว้  
ตั้งแต่เริ่มต้น แม้ว่าผู้ป่วยรายนี้จะเป็นผู้ป่วยจากประเทศลาว  
แต่การดูแลของทีมงานก็ให้ความสำคัญ มุ่งหวังในการดูแล  
รักษาให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างด้าน  
เชื้อชาติ การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติได้รับจากทีม  
งานด้วยความเมตตา เอื้ออาทร คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ช่วยเหลือ  
ในทุกๆ ด้านจนถึงระยะปลอดภัย แพทย์ให้ข้อมูลการรักษา  
และวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ได้รับการดูแลที่บ้านแบบ  
Continuing of Care ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและ  
นัดมารับการรักษาอีกครั้งใน 6 สัปดาห์ การเข้ารับการรักษา  
ครั้งที่ 2 ของผู้ป่วยรายนี้มา Admitted ใหม่ในวันที่ 13  
พฤษภาคม 2557 อยู่ในการดูแลของแพทย์หญิงนทวรรณ  
หุ่นยนต์ เป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ โดยดูแลร่วมกับ  
นายแพทย์ศพล นุตตะวงศ์ แพทย์ศัลยกรรมกระดูก และ  
นายแพทย์ไพรัตน์ กิตติศรีวรพันธ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบ  
ทางเดินปัสสาวะปัญหาด้านการขับถ่ายในปัสสาวะออกทาง  
หน้าท้องผ่านสาย Cystostomy Tube เป็นปัญหาหลัก  
ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลรอบสาย Cystostomy  
Tube แผลอักเสบลุกลาม ในเรื่อง wound care ดิฉันได้ใช้  
ความรู้จาก ET Nurse ดูแลรักษา ถึงแม้ดิฉันจะมี  
ประสบการณ์เกี่ยวกับการทำแผลมากมายเพียงใด ดิฉันก็ต้อง  
อาศัยการทำงานเป็นทีมที่มีความสามัคคี มีความมุ่งมั่นยอม  
มีความสำคัญกว่าการทำเพียงลำพัง ดิฉันได้ใช้ความรู้  
ความสามารถในการดูแลแผลแบบ Advance wound  
dressing พร้อมทั้งงานจนอาการดีขึ้นเป็นลำดับและดูแล  
บาดแผลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวข้องทุกสาขา ทั้งแพทย์  
พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร โภชนาการ นักจิตวิทยา  
และ นักสังคมสงเคราะห์ร่วมกับชุมชน ที่คอยดูแลในเรื่อง  
คำรักษาพยาบาลเพราะผู้ป่วยรายนี้เป็นครอบครัวที่ยากไร้  
ทุกคนในครอบครัวไม่มีอาชีพและรายได้อะไรตั้งแต่ผู้ป่วยมา  
รับการรักษาที่โรงพยาบาลของเรา ทีมงานศัลยกรรมได้นำ

เรื่องทั้งหมด เรียนให้ท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครพนม  
นายแพทย์สมคิดสุริยเลิศ ได้รับการทราบตลอด การดูแล  
ผู้ป่วยรายนี้มีการวางแผนในการรักษาในเรื่องความซับซ้อน  
ของปัญหาทางเดินปัสสาวะ ถึงแม้การรักษาอาจจะไม่สิ้นสุด

*“อันความกรุณาปราณี จะมีใครบังคับก็หาไม่ หลั่ง  
มาเองเหมือนฝนอันชื่นใจ จากฟากฟ้าสุราลัยสู่แดนดิน”  
พระราชนิพนธ์ ร.6 จากเรื่อง เวนิชาวนิช*

ในที่สุดครอบครัวผู้ป่วยได้รับความเมตตาจาก  
พระอาจารย์บุญอุ้ม อาภสสุโร เจ้าอาวาสวัดป่าโนนแพง  
อ.บ้านแพง จ.นครพนม ได้ประสานงานร่วมกับนายแพทย์  
ณรงค์เดช บุตรวร แพทย์ประจำโรงพยาบาลบ้านแพง  
ทำหนังสือส่งต่อผู้ป่วยให้มารักษาที่โรงพยาบาลนครพนมโดย  
ท่านพระอาจารย์บุญอุ้มเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายแทนผู้ป่วย  
ซึ่งตัวพระอาจารย์เองท่านเป็นผู้มีอุปการคุณ ต่อโรงพยาบาล  
นครพนม ของเราเสมอมาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายซื้อเครื่องมือ  
แพทย์และอื่นๆ อันทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีกำลังใจใน  
การต่อสู้กับความเจ็บป่วยอย่างดียิ่ง นอกเหนือจากความปิติ  
ยินดีดังกล่าว ครอบครัวผู้ป่วยและทางโรงพยาบาลนครพนม  
ยังรู้สึกปลาบปลื้มปิติยินดีเพิ่มขึ้นอีกเป็นเท่าทวี เมื่อได้ทราบ  
ว่ามีผู้หลักผู้ใหญ่คอยห่วงใย และติดตามการรักษาผู้ป่วย  
รายนี้มาตลอด โดยทางโรงพยาบาลได้รับหนังสือจาก พลเอก  
หญิง ท่านผู้หญิงอภิรติ อิงเจริญ ข้าหลวงในพระบาทสมเด็จพระ  
พระเจ้าอยู่หัวรัชกาลปัจจุบัน ท่านได้รับทราบความยาก  
ลำบากความยากไร้ของผู้ป่วยรายนี้จากพระอาจารย์บุญอุ้ม  
อาภสสุโร จึงได้พระเมตตาให้อยู่ในความอุปถัมภ์ของ  
ท่านพลเอกหญิง ท่านผู้หญิงอภิรติ อิงเจริญ เมื่อผู้ป่วยมี  
อาการดีขึ้นเป็นลำดับ ท่านได้มอบหมายให้ผู้แทนของท่านคือ  
คุณสุภัตรา อิงเจริญ มาเยี่ยมผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล เมื่อ  
วันที่ 18 มิถุนายน 2557 พร้อมพระราชทานหนังสือจำนวน  
2 ก่อใหญ่ พร้อมซี ดี ที ที่เกี่ยวกับพระราชกรณียกิจของ  
ในหลวง เพื่อเป็นสมบัติของโรงพยาบาล ท่านผู้หญิงแจ้งว่า  
หน่วยงานที่จะได้รับพระราชทานสิ่งของมีค่าเช่นนี้ต้องได้รับ  
การพิจารณาคัดเลือกแล้วว่าเป็นหน่วยงานที่ได้ทำ  
คุณประโยชน์ต่อสังคมและแผ่นดิน นอกจากนี้ พลเอกหญิง  
ท่านผู้หญิงอภิรติ อิงเจริญ ยังได้ประทานหนังสือ ขอบคุณ

คณะแพทย์ พยาบาล ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องให้มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนสืบไป นับเป็นสิริมงคลอย่างสูงยิ่งของโรงพยาบาลนครพนมของเรา

พระเมตตาของท่านพลเอกหญิง ท่านผู้หญิงอภิรดี ยิ่งเจริญ ที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวรายนี้ ยิ่งความปลื้มปิติยินดีและซาบซึ้งในพระกรุณาของท่านเป็นที่ยิ่ง คณะแพทย์ พยาบาล ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง ก็ปลื้มปิติยินดีร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน นับว่าพระเมตตาของท่านนำมาซึ่งเกียรติภูมิอันยิ่งใหญ่ของโรงพยาบาลนครพนม

การดูแลผู้ป่วยทุกรายมีอาจทำได้เพียงลำพังคนเดียวแต่ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจ ของทีมงานในรูปแบบสหวิชาชีพ ที่ต้องใช้ความรู้ตลอดจนการประสานสัมพันธ์กับทุกฝ่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ทั้งจากครอบครัว ชุมชน วัด อย่างเช่น การดูแลผู้ป่วยจากสปป.ลาว

ข้างต้น จนพันชิตอันตรายมาได้ในระดับที่น่าพึงพอใจนี้ สิ่งหนึ่งที่ดิฉันมีความภาคภูมิใจที่น่าจะเป็นสิ่งที่ดี ในการเป็นผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยและได้มีส่วนร่วมรักษาผู้ป่วยและได้มีส่วนร่วมสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีงาม ระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน ให้เจริญงอกงามแน่นแฟ้นยิ่งขึ้น ผู้ป่วยและญาติจะช่วยขยายความบอกต่อๆ กันไปถึงการดูแล การเอาใจใส่จากทางโรงพยาบาลนครพนมของเรา โดยเน้นการสาธารณสุขสามัคคี ทำคุณความดีเพื่อประเทศไทย สมดังพระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระราชทานในการประชุมใหญ่สามัคคีสมาคม วันที่ 26 กรกฎาคม 2543 ความว่า

*“ความสามัคคี เป็นคุณสมบัติประจำตัวของคนไทย ที่ได้อบรม สืบทอดกันมา แต่บรรพบุรุษโดยไม่ขาดสาย ทั้งนี้เพราะคนไทยทราบตระหนักรู้ว่าหมู่คณะที่มีความสามัคคีแน่นแฟ้น สมบูรณ์ ย่อมมีกำลังที่กล้าหาญ ทั้งในการคิด และการปฏิบัติ ”*

# คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนมจัดทำขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ที่จะเป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ในด้านต่างๆ 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 ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยพบป่วย หรือผู้ป่วยที่พบไม่บ่อยแต่มีความน่าสนใจ เพื่อที่จะให้ผู้อ่านได้เห็นตัวอย่างและนำไปปรับปรุงการดูแลคนไข้ให้ดียิ่งขึ้น
5. นวัตกรรม คือผลงานหรือวิธีการที่คิดค้นขึ้นใหม่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ให้การดูแลคนไข้ รวดเร็ว และมีคุณภาพมากขึ้น
6. เกร็ดความรู้ คือความรู้ด้านต่างๆ อาจไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์โดยตรง แต่เป็นเรื่องที่น่าสนใจในขณะนั้น เพื่อที่จะทำให้อ่านได้รับรู้เหตุการณ์สำคัญๆ ในช่วงเวลานั้น
7. กิจกรรมการประชุมวิชาการ ทั้งที่จัดขึ้นโดยโรงพยาบาลนครพนม หรือจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก
8. บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ ที่กองบรรณาธิการเห็นว่าควรนำมาเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์แต่บุคคลโดยรวม

## การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม microsoft word คอลัมน์เดียว ในกระดาษขาวขนาด 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 ให้พิมพ์แยกต่างหาก หน้าละ 1 รายการ โดยเขียนหัวเรื่องกำกับไว้เสมอ
5. เอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบ 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

## ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

### 1. วารสารทั่วไป

ชื่อผู้เขียนบทความ. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; ปีที่(ฉบับที่): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.  
พุลสุข 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](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