



วารสารโรงพยาบาลนครพนม

NAKHONPHANOM HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2557

Volume 1 No. 1 January – April 2014

วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป			
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม			
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.สมคิด สุริยเลิศ			
	พญ.เพ็ญรักษ์ ร่วมเจริญ	รศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า		
	ภก.ผศ.ดร.แสวง วัชรธนกิจ	ภก.ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์		
	รศ.สมจิตร แคนศรีแก้ว	รศ.ดร.มารีสา ไกรฤกษ์		
	ดร.อัญชลี เจตะภัย	อ.นพ.สุภกานต์ เดชะพงศธร		
	อ.นพ.ณัฐพล สันตระกูล	นายบารเมษฐ์ ภิราล้า		
	นางศิริลักษณ์ ใจช่วง			
บรรณาธิการ	นพ.พงศ์ธร วงศ์สุวรรณ			
รองบรรณาธิการ	พญ.สุรธินีย์ คุณกุลวัฒนา			
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางรามย์ สุตสุวรรณ			
กองบรรณาธิการ	พญ.นันทยา ก้องเกียรติกมล	นพ.ทศพล นุดะรังค์		
	พญ.นทวรรณ หุ่นพยนต์	ทพ.พัชรินทร์ เรืองมงคลเลิศ		
	ภก.วิชิต เหล่าวัฒนาถาวร	นางสาวสุดใจ ศรีสงค์		
	นางสาวอรรจจิมา ศรีชนม์			
คณะทำงาน	นายเวชสิทธิ์ เหมะธูลิน	นางสาววรรณภรณ์ ยืนนาน		
	นางสาวเดือนฉาย จำปนา	นางวิไล ฤทธิธาดา		
	นางสาวศิลปะกร อาจวิชัย	นางพรสวรรค์ สาหาล้า		
กำหนดออก	ราย 4 เดือน เดือนมกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม			
ส่งต้นฉบับที่	นางรามย์ สุตสุวรรณ			
	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครพนม 270 ด.อภิบาลบัญชา			
	ต.โนเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000 โทรศัพท์ 0-4251-1422 ต่อ 1016			
	โทรสาร 0-4252-1349 E-mail Training1016@hotmail.com			
พิมพ์ที่	บริษัท นครหลังเลนส์ จำกัด เลขที่ 327/9 ด.เฟื่องนคร ต.โนเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000			

สารจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

โรงพยาบาลนครพนม เป็นโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 345 เตียง กำลังขยายบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยทั้งชาวไทย และ ชาวต่างชาติ เนื่องจากตั้งอยู่ในพื้นที่อยู่ติดชายแดนไทย และสปป.ลาวมีสะพานมิตรภาพแห่งที่ 3 เชื่อมต่อทำให้สะดวกสบายในการเดินทางไปมาหาสู่กัน ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่ทำให้ การบริหารโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป ทั้งการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการ วารสารฉบับนี้ถือเป็นวารสารประวัติศาสตร์ฉบับแรก เป็นความตั้งใจของ ผู้บริหาร และ ทีมงานให้เกิดผลงานที่มีคุณค่า ซึ่ง คาดว่ามีประโยชน์กับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกคน ประกอบกับ อยากให้เกิดความต่อเนื่องของกระแสความตื่นตัว ในการเรียนรู้ภายในองค์กรโดยมุ่งเน้นการใช้กลไกการให้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถสร้างสรรค์ผลงานวิชาการ เผยแพร่ให้บุคลากรได้ใช้ประโยชน์ร่วมกัน อย่างกว้างขวางยั่งยืน

ผมได้อ่านบทความของ สรพ. เรื่อง องค์กรที่น่าไว้วางใจ แล้วจุดประกาย แนวคิดให้ผม ผมอยากให้โรงพยาบาลนครพนมเป็น องค์กรที่น่าไว้วางใจ สำหรับผู้รับบริการ และมีตอนหนึ่งของบทความที่กล่าวไว้ว่า ความน่าไว้วางใจเป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับความคาดหวัง แต่ละภารกิจย่อมมีประเด็นสำคัญที่ผู้คนมีความคาดหวังที่แตกต่างกัน เมื่อไรก็ตามที่ผู้รับบริการหรือผู้รับผลงานได้รับในสิ่งที่ตรงกับความต้องการ ย่อมก่อให้เกิดความไว้วางใจตามมา สำหรับบริการสุขภาพแล้ว สิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังก็คือบริการที่น่าไว้วางใจว่าสามารถเข้าถึงได้ (access), ถูกต้องเหมาะสม(appropriate), ได้ผลดี(effective), ปลอดภัยและไม่มีของแถม(safety), คุ่มค่า (efficient), เท่าเทียม (equity), ดูแลด้วยหัวใจ (humanized), ใส่ใจทุกความต้องการ (responsive), ทันเหตุการณ์ (timeliness) และในบรรดาความคาดหวังเหล่านี้สิ่งที่จะเกิดความไม่น่าไว้วางใจที่สุดคือเรื่องของความไม่ปลอดภัย สุดท้ายนี้ผมขอให้บุคลากรทุกคนมีความสุขในชีวิตการทำงานประจำวันและมีความประณีตในงานด้วยดังนี้

1. มีความเข้าใจในเรื่องนั้นอย่างทะลุปรุโปร่ง รู้ถึงแก่นสารของเรื่องนั้น รู้ว่าผู้เกี่ยวข้องต้องการอะไรจากเรื่องนั้น ๆ
 2. มีความตั้งใจและทุ่มเทที่จะทำอย่างเต็มที่ด้วยเห็นคุณค่าของสิ่งนั้น
 3. มีการฝึกปฏิบัติเป็นประจำ ในทุกโอกาสที่เป็นไปได้
- ทั้งนี้ทั้งนั้นผู้ให้บริการตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ความปลอดภัยนั่นเอง

นพ.สมคิด สุริยเลิศ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับ ผมมีความยินดีอย่างยิ่งที่จัดทำวารสารโรงพยาบาลนครพนมนี้ขึ้นมา ซึ่งถือเป็นครั้งแรกของโรงพยาบาลนครพนม วัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมืออีกช่องทางหนึ่งที่นำไปใช้เผยแพร่วิชาการความรู้ด้านสาธารณสุข งานวิจัย และนวัตกรรมต่างๆ ไปสู่บุคคลภายนอกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองและประชาชนทั่วไป ที่สนใจ บทความที่ตีพิมพ์มีทั้งส่วนที่เป็นบทความเชิงลึกทางสาธารณสุขและบทความสำหรับประชาชนทั่วไป ทำให้วารสารฉบับนี้มีคุณค่าแก่บุคคลหลายๆกลุ่ม

ผมขอขอบคุณ พญ.เฟื่องรักษ์ ร่วมเจริญ หัวหน้าภาควิชาอายุรกรรมโรงพยาบาลนครพนม ที่เป็นบุคคลจุดประกายความคิดการทำวารสารฉบับนี้ รศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในรายละเอียดการจัดทำวารสารที่ทำให้วารสารนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นพ.สมคิด สุริยเลิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ที่สนับสนุนเชิงนโยบาย สุดท้ายผมขอขอบคุณทีมงานทุกคนที่ร่วมแรงร่วมใจกันสร้างให้มีวารสารโรงพยาบาลนครพนม ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 เกิดขึ้นได้

นายแพทย์พงศ์ธร วงศ์สวรรค์
บรรณาธิการ วารสารโรงพยาบาลนครพนม

สารบัญ

Original Article

- ความคาดหวังกับประสบการณ์จริงเกี่ยวกับระดับความปวดหลังผ่าตัด
และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ 5
สิริณญา สิมะลี
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไขข้ออักเสบ
โรงพยาบาลนครพนม 16
วนิดา แสงพุก
- ผลของการควบคุมอุณหภูมิ 3 วิธีในการกักลดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิ
สูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ 29
มารศรี ศิริสวัสดิ์
- การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาโรงพยาบาลนครพนม 41
วิชิต เหล่าวัฒนาวรร, ศิรณันต์ พลเยี่ยมหาญ, จันทร์ศิริ ทองทา, จิราวรรณ สันติเสรี
- การศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน
ของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม 48
ธีระพล เหมะธูลินทร์

Topic review

- หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักที่มีแผลเปิด (Open Fracture) เบื้องต้น 58
ธนาวัฒน์ อุปพงษ์, ทศพล นุดะรงค์

Case study

- Pancreatic pseudocyst drainage 62
นทวรรณ หุ่นพยนต์
- การดูแลแผลไฟไหม้ระยะฟื้นฟู 68
อรรจจิมา ศรีชนม์

Quiz

- เด็กชายอายุ 4 ปี มาด้วยตุ่มที่ฝ่ามือและปาก เป็นมา 3 วัน 77
นัทยา ก้องเกียรติภมร

นานาสาระ

- ปีใหม่กับ Stroke Fast Track 81
รศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า
- กินอย่างไรเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง 83
มลิวลย์ วงศ์พิชัย

Original Article

ความคาดหวังกับประสบการณ์จริงเกี่ยวกับระดับความปวดหลังผ่าตัด และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่

สิริยุญา สิมะลี พยม.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังกับประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับระดับความปวดและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในระยะ 48 ชั่วโมงแรก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ในตึกศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกระดับความปวดของผู้ป่วยตามความคาดหวังและตามประสบการณ์จริง ส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดตามผู้ป่วยคาดหวังกับตามประสบการณ์จริงที่ได้รับ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ.2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ที่ได้แก่ การทดสอบค่าทีและวิลคอกซันผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่มีคะแนนความปวดหลังผ่าตัดตามความคาดหวังแตกต่างจากตามประสบการณ์จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดตามความคาดหวังน้อยกว่าตามประสบการณ์จริง สำหรับคะแนนกิจกรรมการพยาบาลโดยรวมที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความปวดตามผู้ป่วยคาดหวังไม่แตกต่างจากตามประสบการณ์จริงเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดตามผู้ป่วยคาดหวังแตกต่างจากตามประสบการณ์จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 5 ข้อ โดยการใช้มือประคองแผลขณะเคลื่อนไหวร่างกายหรือไอและการลุกเดินภายหลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนตามความคาดหวังน้อยกว่าตามประสบการณ์จริง ส่วนการดูแลให้ได้รับการพักผ่อน การดูแลความสะอาดสบาย และการแนะนำให้ทำกิจกรรมที่ชอบทำเพื่อความเพลิดเพลินมีค่าเฉลี่ยคะแนนตามความคาดหวังสูงกว่าตามประสบการณ์จริง

คำสำคัญ: ความคาดหวังประสบการณ์จริง ความเจ็บปวด การผ่าตัดใหญ่

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลนครพนม

Patient's Expectations with Actual Experiences on Pain Level and Nursing Activities to Relief Pain Among Patients After Major Surgery

Patient's Expectations with Actual Experiences on Pain Level and Nursing Activities to Relief Pain Among Patients After Major Surgery

Sirinya Simalee M.N.S.*

Abstract

The main purpose of this descriptive study was to comparison of patient's expectations with actual experiences on pain level and nursing activities to relief pain among patients after major surgery in the first 48 hours. The patients who met the inclusion criteria were purposely sampled study. The sample consisted of 20 female patients who underwent major surgery at female surgical ward, Nakhonphanom Hospital. The research instruments consisted of: 1. patient's record form and patient's pain level, 2. Interview form about nursing activities to relief postoperative pain. The reliability was obtained by means of Cronbach's coefficient alpha. Data wear collected during April to September, 2013 and analyzed by using: percentage, mean, standard deviation, paired t-test and Wilcoxon test.

The results of the study reveals that statistically significant difference between the patient's expectations with actual experiences on pain level at the level of .05. The patient's expectations on pain level were less than the actual experiences. There was no significant difference of the patient's expectations with actual experiences on nursing activities to relief postoperative pain. Nevertheless, there were differences in means of 5 items that statistically significant at the level of .05.

Key words: Expectation, Actual Experience, Pain, major surgery

* Registered Nurse, Professional Level, Nakhonphanom Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาซึ่งศัลยแพทย์ใช้ในการรักษาอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เพื่อช่วยให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายสามารถทำหน้าที่และกลับคืนสภาพปกติให้มากที่สุด¹ วิธีการผ่าตัดแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ การผ่าตัดเล็ก (minor surgery) และการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) การผ่าตัดเล็กเป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการผ่าตัดน้อย ระยะเวลาในการทำผ่าตัดสั้นและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย ส่วนการผ่าตัดใหญ่เป็นการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงมากเนื่องจากการผ่าตัดชนิดนี้มีผลต่อระบบหลอดเลือดหัวใจและปอดทั้งในระหว่างและหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน มีการเสียเลือดมาก มีการกระทำที่อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่ออวัยวะของร่างกาย อวัยวะสำคัญอาจถูกตัดทิ้งและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้^{2,3,4}

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย มีการบวม ดึงรั้ง และหดรั้งตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บขณะผ่าตัด⁵ จากการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดมากที่สุดในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และระดับความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง⁶ นอกจากนี้ยังมีรายงานการวิจัยพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทรมานจากความปวด⁷ ส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ฤลงมปอดแฟบ ปอดอักเสบ เกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา ถ้าใส่ไม่เคลื่อนไหวเกิดท้องอืดติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เสียสมดุลน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย⁸ ทำให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนาน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น⁹ กลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้ช้าลง นอกจากนี้ยัง

ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ โดยผู้ป่วยที่ได้รับประสบการณ์ความปวดเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม มีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม

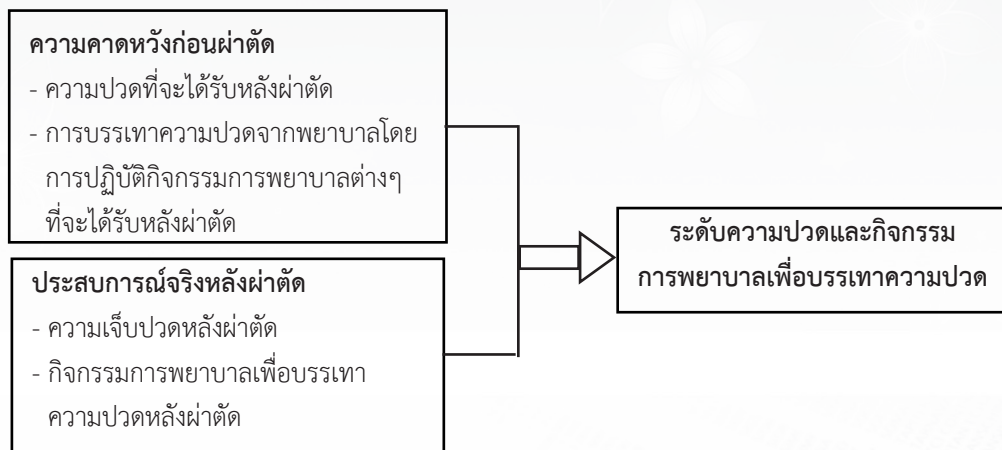
เนื่องจากความปวดหลังผ่าตัดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจึงต้องมีการดูแลเพื่อรักษาชีวิตหรือสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้คงที่ไว้พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ นอกจากนี้ยังเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะเข้าใจและให้การช่วยเหลือบรรเทาความปวดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบต่อการประเมินความเจ็บปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดไม่เพียงพอ เนื่องมาจากพยาบาลกระทำพฤติกรรม การประเมินความเจ็บปวดไม่ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีภาวะความปวด หากการประเมินปัญหาความปวดหลังผ่าตัดทำได้ไม่ถูกต้องหรือไม่ครอบคลุมจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดปริมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับหรือไม่ได้รับการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา¹⁰

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการขจัดออกไป แม้แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรกยังสามารถรับรู้ได้ว่าจะต้องเผชิญกับความปวดหลังผ่าตัดอย่างแน่นอน ผู้ป่วยจึงมีความคาดหวังเกี่ยวกับระดับความปวดหลังผ่าตัดที่จะได้รับ อีกทั้งยังคาดหวังว่าบุคคลที่จะช่วยบรรเทาความปวดและดูแลให้ได้รับความสุขสบายในระยะหลังผ่าตัดคือ แพทย์และพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากที่สุดแม้ว่าในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความคาดหวังว่าจะได้รับความปวดไม่รุนแรงก็ตาม ความคาดหวังของผู้ป่วยจึงเปรียบเสมือนความต้องการหรือความมุ่งหวังซึ่งมีแนวทางที่จะเกิดขึ้นได้นั่นเอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงความคาดหวังกับประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับ

ระดับความปวดและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังการผ่าตัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษายาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคาดหวังกับประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับระดับความปวดและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังการผ่าตัด
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวด หลังผ่าตัดตามผู้ป่วยคาดหวังกับประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้รับ
3. เพื่อเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดตามผู้ป่วยคาดหวังกับประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้รับ

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความปวดหลังผ่าตัดตามผู้ป่วยคาดหวังแตกต่างจากระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดตามประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้รับ
2. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดตามผู้ป่วยคาดหวังแตกต่างจากประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้รับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัดไตหรือท่อไต การผ่าตัดช่องท้อง และกาผ่าตัดเต้านมที่มารับการรักษาศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัดไตหรือท่อไต การผ่าตัดช่องท้อง และการผ่าตัดเต้านมที่มารับการรักษาศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 กรกฎาคม 2556 จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบบันทึกระดับความปวดของผู้ป่วยตามความคาดหวังและตามประสบการณ์จริง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.1 มาตรฐานระดับความปวดแบบตัวเลข
 - 2.2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดตามที่ผู้ป่วยคาดหวังกับตามประสบการณ์จริงที่ได้รับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวน 3 ท่าน ช่วยตรวจสอบและแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์และนำไปใช้จริง
2. ความเชื่อมั่นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในตึกศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 20 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผลมีดังนี้

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดตามความคาดหวัง มีค่าความเชื่อมั่น 0.88

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดตามความคาดหวัง มีค่าความเชื่อมั่น 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลแก่พยาบาลวิชาชีพภายในตึกศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยการอ่านจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสัมภาษณ์ตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับความคาดหวังของระดับความปวดแผลผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และสัมภาษณ์กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดที่กลุ่มตัวอย่างคาดหวังว่าจะได้รับ และหลังจากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะสัมภาษณ์ประสบการณ์จริงของกลุ่มตัวอย่างเมื่อครบ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอีกครั้ง

4. ผู้วิจัยลงรหัสข้อมูลบันทึกในแผ่นบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ โดยนำเสนอในรูปตารางแสดงจำนวนร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความปวดตามความคาดหวังและตามประสบการณ์จริงของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงแรก
3. คำนวณค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงแรก ตามความคาดหวังและตามประสบการณ์จริงของผู้ป่วย
4. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวด และคะแนนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดตามความคาดหวังกับตามประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้รับ จำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้การทดสอบค่าที (paired t-test) และ Wilcoxon test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 สถานภาพสมรสมีจำนวนร้อยละ 80 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 และมีรายได้อยู่ระหว่าง 1,001-2,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 45 ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 85 ไม่มีประสบการณ์ความเจ็บปวดจากการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 55 ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งเป็นนิวโนไต คิดเป็นร้อยละ 55 ครึ่งหนึ่งได้รับการผ่าตัดนิวโนไตออกผ่านเนื้อไต คิดเป็นร้อยละ 50 มีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดตั้งแต่ 40 นาทีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 60 ความยาวของแผลผ่าตัด 10-12 ซม. คิดเป็นร้อยละ 65 และส่วนใหญ่ได้รับยาระงับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความปวดหลังผ่าตัดตามผู้ป่วยคาดหวังกับตามประสบการณ์จริง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดตามความคาดหวังแตกต่างจากตามประสบการณ์จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดตามความคาดหวังน้อยกว่าตามประสบการณ์จริง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยอันดับและผลรวมค่าเฉลี่ยอันดับของคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยตามความคาดหวังกับตามประสบการณ์จริงในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

คะแนนความเจ็บปวด	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ตามความคาดหวัง	3.60	18.00	-2.598*
ตามประสบการณ์จริง	10.73	118.00	

* $p < .05$

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความปวดตามผู้ป่วยคาดหวังกับตามประสบการณ์จริง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความปวดตามผู้ป่วยคาดหวังแตกต่างจากตามประสบการณ์จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 5 ข้อ โดยกิจกรรมการพยาบาลข้อที่ 4 กับข้อที่ 5 มีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความปวดตามผู้ป่วยคาดหวังน้อยกว่าจากตามประสบการณ์จริง ส่วนกิจกรรมการพยาบาลข้อที่ 12,

13 และข้อที่ 16 มีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความปวดตามผู้ป่วยคาดหวังสูงกว่าจากตามประสบการณ์จริง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความปวดตามผู้ป่วยคาดหวังไม่แตกต่างจากตามประสบการณ์จริงโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดที่ได้รับตามประสบการณ์จริงมากกว่าตามความคาดหวัง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ของคะแนนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดรายข้อ จำแนกตามความคาดหวังกับตามประสบการณ์จริงของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล	ตามความคาดหวัง		ตามประสบการณ์จริง		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1.หลังผ่าตัดจะมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากในระยะแรก หลังจากนั้นความเจ็บปวดจะทุเลาลง	3.35	.812	3.65	.489	-1.674
2.เมื่อเริ่มรู้สึกเจ็บปวดสามารถแจ้งพยาบาล	3.75	.444	3.90	.307	-1.143
3.เมื่อรู้สึกเจ็บปวด สามารถขอयरาระงับปวดได้จากพยาบาล	3.75	.444	3.90	.307	-1.371
4.สามารถใช้มือประคองบริเวณแผลผ่าตัดขณะที่เคลื่อนไหวร่างกายหรือขณะไอ	3.25	.850	3.55	.825	-2.349*
5.ควรลุกเดินภายหลังจากผ่าตัด 1-2 วัน	3.55	.759	3.90	.307	-2.333*
6.พยาบาลให้ความสนใจ เอาใจใส่ในการช่วยลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	3.50	.512	3.65	.489	-1.143
7.พยาบาลทักทายและซักถามอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดของท่านเป็นระยะ	3.30	.571	3.35	.489	-.252
8.พยาบาลตั้งใจรับฟังเมื่อบอกว่าเจ็บปวด	3.35	.587	3.35	.489	.000
9.พยาบาลพูดปลอบโยน ให้กำลังใจ เมื่อบอกว่าเจ็บปวด	3.30	.732	3.05	.759	1.097
10.พยาบาลสัมผัสที่มือหรือแขนขณะที่พูดคุยซักถามอาการ	3.15	.933	2.90	.0788	1.000
11.พยาบาลให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในระยะแรกหลังผ่าตัด เช่น การเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การทำแผล	3.75	.550	3.85	.366	-.809
12.พยาบาลให้การดูแลเรื่องการพักผ่อน เช่น จัดหาผ้าห่ม ไม่รบกวนเวลานอนโดยไม่จำเป็น	3.70	.470	3.35	.670	2.101*
13.พยาบาลดูแลความสะดวกสบายแก่ท่าน เช่น จัดวางของใช้ไว้ใกล้มือ	3.65	.489	3.25	.716	2.373*
14.พยาบาลตรวจดูแผลของท่าน และทำแผลด้วยความนุ่มนวล	3.55	.825	3.80	.410	-1.422

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ของคะแนนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดรายข้อ จำแนกตามความคาดหวังกับตามประสบการณ์จริงของผู้ป่วย (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	ตามความคาดหวัง		ตามประสบการณ์จริง		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
15.พยาบาลจัดท่านอนที่เหมาะสม ศีรษะสูงเล็กน้อย หรือจัดเปลี่ยนท่าอย่างถูกต้อง	3.50	.688	3.65	.489	-.900
16.พยาบาลแนะนำให้ทำกิจกรรมที่ชอบทำ เพื่อความเพลิดเพลิน	3.55	.510	3.00	.725	3.240**
17.พยาบาลแนะนำและกระตุ้นให้ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การหายใจอย่างถูกวิธี	3.30	.732	3.25	.716	.326
18.พยาบาลให้ยาระงับปวดทันทีเมื่อบอกว่าปวดแผลผ่าตัดมาก	3.50	.606	3.80	.410	-2.042
19.พยาบาลสอบถามความรู้สึกถึงผลของการลดความเจ็บปวดหลังจากให้คำแนะนำ หรือหลังการให้ยาระงับปวด	3.40	.598	3.45	.510	-.326
20.พยาบาลแนะนำญาติถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างถูกวิธีเพื่อลดความเจ็บปวด	3.40	.502	3.35	.587	.295

* $p < .05$

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ของคะแนนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยรวม จำแนกตามความคาดหวังกับตามประสบการณ์จริงของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล	$\bar{X}$	S.D.	t
ตามความคาดหวัง	69.55	7.236	-.248
ตามประสบการณ์จริง	69.95	5.623	

อภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ ส่วนใหญ่มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 35 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 มากกว่าครึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 และเป็นโรคนี้มาได้อายุ 50 ได้รับการผ่าตัดนี้วออกผ่านเนื้อไต ร้อยละ 45 ส่วนใหญ่ได้รับยาระงับความปวดหลังผ่าตัด 1 ครั้ง ร้อยละ 40 ซึ่งผลการศึกษาคำนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พจน์ ศรีบุญลือ และคณะ¹¹ พบว่า กลุ่มประชากรวัยแรงงานที่เป็นชาวชนบท ประกอบอาชีพเกษตรกรและมีรายได้ต่ำจะเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากปัญหาโรคนี้ส่วนใหญ่เป็นนิวไนด์ ถือได้ว่าพบได้บ่อยในประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹² ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอานิวไนด์ออกผ่านเนื้อไต หลังผ่าตัดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง แพทย์จะสั่งยาระงับปวดชนิดฉีดให้เป็นครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการยาระงับปวด สอดคล้องกับผลการศึกษาคำนี้ ซึ่งพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับตามประสบการณ์จริงสูงกว่าตามความคาดหวัง

2. ระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัดตามความคาดหวังแตกต่างจากตามประสบการณ์จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดตามความคาดหวังน้อยกว่าตามประสบการณ์จริงสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุลี สำราญญาตี¹³ ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความปวดหลังผ่าตัด อธิบายได้ว่าการผ่าตัดใหญ่เป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน แผลที่เกิดจากการผ่าตัดส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ ย่อมทำให้เนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นจากการที่เนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ ทำให้มีการกระตุ้นปลายประสาทรับความปวดโดยตรงให้ส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ผู้ป่วยจึงรับรู้ความปวดแผลหลังผ่าตัด¹⁴ อีกทั้งยังต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย มีการรบกวนการทำงานของ

กระเพาะและลำไส้ ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ท้องอืด แน่นท้อง จนเกิดอาการปวดแผลมากขึ้น¹⁵ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับความรู้สึกปวดส่งผลให้ผู้ที่มีความคาดหวังความเจ็บปวดในอนาคตได้ถูกต้อง เพราะเป็นการเพิ่มการรับรู้ในระดับสมองโดยมีจุดมุ่งหมายไปลดความไม่แน่ใจ และความวิตกกังวล¹³

3. คะแนนกิจกรรมการพยาบาลโดยรวมที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความปวดตามผู้ป่วยคาดหวังไม่แตกต่างจากตามประสบการณ์จริงแต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความปวดตามผู้ป่วยคาดหวังแตกต่างจากตามประสบการณ์จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 5 ข้อ โดยกิจกรรมการพยาบาลข้อที่ 4 กับข้อที่ 5 มีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดตามผู้ป่วยคาดหวังน้อยกว่าตามประสบการณ์จริง ซึ่งได้แก่ เรื่องการใช้มือประคองบริเวณแผลผ่าตัดขณะที่เคลื่อนไหวร่างกายหรือขณะไอ และเรื่องควรลุกเดินภายหลังผ่าตัด 1-2 วัน อธิบายได้ว่า การเคลื่อนไหวและลุกจากเตียงให้เคลื่อนไหวและลุกเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเคลื่อนไหวและลุกจากเตียงอย่างถูกต้องเพื่อไม่ให้ปวดและไม่เกิดความดันโลหิตต่ำขณะยืน โดยผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้อง วิธีที่ช่วยลดความเจ็บปวดได้ให้นอนตะแคงก่อนลุกนั่งใช้แขนช่วยลดความตึงของช่องท้อง แนะนำให้ลุกนั่งช้าๆ และหยุดพักก่อนก่อนยืน ใช้การประคองบริเวณแผลเพื่อลดความเจ็บปวดเมื่อยหรือนั่ง¹⁶ ผลการศึกษาคำนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความปวดหลังผ่าตัด¹³

ส่วนกิจกรรมการพยาบาลข้อที่ 12, 13 และข้อที่ 16 มีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความปวดตามผู้ป่วยคาดหวังสูงกว่าจากตามประสบการณ์จริง ซึ่งได้แก่ เรื่องการดูแลให้ได้รับการพักผ่อน เช่น ไม่รบกวนเวลานอนโดยไม่จำเป็น

เรื่องการดูแลความสะอาดสบาย เช่น จัดวางของใช้ไว้ใกล้มือ และเรื่องแนะนำให้ทำกิจกรรมที่ชอบทำเพื่อความเพลิดเพลิน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยได้รับการระบายการพักผ่อนและไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมที่ชอบ เป็นผลเนื่องมาจากหลังผ่าตัดในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงแรกพยาบาลต้องประเมินการประเมินระบบไหลเวียนโลหิต ประเมินสัญญาณชีพบ่อยๆ ทุก 30 นาทีซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด¹⁶ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับยาาระงับปวดที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) ได้แก่ มอร์ฟีน(morphine) หรือเพทิดีน (pethidine) นั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินการกดการหายใจด้วยการประเมินความง่วงซึม (sedation score) อัตราการหายใจ (respiratory rate) และความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) บ่อยครั้งจึงทำให้เวลาในการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบมีน้อยกว่าความคาดหวัง สำหรับความคาดหวังในเรื่องการดูแลความสะอาดสบาย เช่น จัดวางของใช้ไว้ใกล้มือนั้นซึ่งมีน้อยกว่าประสบการณ์จริงนั้น อธิบายได้ว่า ในวันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีบาดแผลและความเจ็บปวด ยังไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ประกอบกับผู้ป่วยมักมีญาติอยู่ใกล้ซัดคอยช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นจึงได้รับการดูแลความสะอาดสบายจากพยาบาลน้อยลง

ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่ควรปรับปรุงรูปแบบการให้ข้อมูลการรับรู้ความปวดจากการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและเหมาะสม
2. เจ้าหน้าที่ควรจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดให้เหมาะสมและรวบรวมกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดการรบกวนผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายเพื่อให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
3. เจ้าหน้าที่ควรจัดกิจกรรมผ่อนคลายให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยจัดห้องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถ

ทำกิจกรรมที่ชอบหรือถนัดเป็นการผ่อนคลาย ส่งเสริมและกระตุ้นการลุกเร็วหลังผ่าตัด

4. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย (N=20) อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นและควรมีการศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อความเชื่อมั่นของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Potter PA, Parry AG. Fundamentals of nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2003.
2. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 4. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540.
3. Mertig R. Preoperative and postoperative care. In AG Parry & PA Potter (Eds.), Clinical nursing skills & techniques. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
4. Patton RM. Management of postoperative clients. In AG Parry & PA Potter (Eds.), Clinical nursing skills & techniques. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
5. Phipps WJ, Cassmeyer VL, Sands JK, Lehman MK. Medical- surgical nursing: Concepts and clinical practice. 5th ed. St. Louis: Mosby-year Book; 1996.
6. สมพร ชินโนรส, สุกัญญา พัทวี, วิเศษ ศรีสถพรธนาติ. การรับรู้ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก. วารสารพยาบาล 2541; 49(2): 110-120.
7. Watt-Watson J, Steven B, Garfinkel T, Streiner D, Galla R. Relationship between nurses pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. Journal of Advanced nursing 2001; 36: 535-545.

8. สัมพันธ์ ธิญชีระนันท์, ปฤศนา ภูวนันท์, พูลศรี พันธุ์ศรีมังกร, ยุพิน ดีสมศักดิ์, สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์. สสำรวจอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด.ในภาควิชาพยาบาลศาสตร์.เอกสารการประชุมวิชาการการพยาบาล ศัลยศาสตร์ครั้งที่ 3 เรื่องการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม ที่มีภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533: 364-374.
9. Good M. Acute pain. Annual Review of Nurse Research 1999; 7: 107-132.
10. Botti T, Bucknall T, Manias E. Relationship between nurses pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. Journal of Advanced nursing 2001; 36: 535-545.
11. พจน์ ศรีบุญลือและคณะ. ชนิดและความรุนแรงของเมแทบอลิซึมผิดปกติที่เป็นสาเหตุของโรคนี้ว ในฤดูกาลต่างๆ ของผู้ป่วยนี้วไตในหมู่บ้านชนบท จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
12. พจน์ ศรีบุญลือและคณะ. การวิจัยเพื่อนำไปสู่การพึ่งพาตนเองของชาวชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
13. มยุลี สำราญญาติ. เปรียบเทียบความคาดหวังกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวด และกิจกรรมการพยาบาล เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่: 2536.
14. เจือกุล อโนธารมณ. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด.วารสารพยาบาล ศาสตร์ 2550; 25(1): 14-23.
15. ดลนชา อีสริยานันท์. ผลของการใช้โปรแกรม การให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลัง ผ่าตัดต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล] จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
16. เรณู อางสาลี. การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส; 2553.

Original Article

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลนครพนม

Development of Nursing Practice Guideline for Children with Dengue Hemorrhagic Fever in Nakhonphanom Hospital.

วนิดา แสนพุก ป.พ.ส.

หอผู้ป่วยเด็ก1 โรงพยาบาลนครพนม

Wanida Saenpuk, Dip in Nursing Science

Department of Pediatric Nakhonphanom Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ในหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เครือข่ายสถาบันใจแอนนาบริกส์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่มได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเด็ก1 จำนวน 15 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก1ในระหว่างเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2556 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและหาค่าความเชื่อมั่นประกอบด้วยแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกมีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน KR-21 ได้ค่าเท่ากับ 0.85 แบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบัคได้ค่าเท่ากับ 0.98 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการได้รับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.95 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบัคได้ค่าเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติความถี่และร้อยละ ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกประกอบด้วยเนื้อหาดังนี้ 1. การจัดโซนผู้ป่วยไข้เลือดออก 2. การคัดกรองเด็กผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก 3. การประเมินอาการผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก 4. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก 5. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ คือ พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกร้อยละ 100 จำนวน 15 ข้อส่วนอีก 5 ข้อปฏิบัติร้อยละ 95-99 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้เห็นด้วยในระดับมากร้อยละ 93 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการได้รับบริการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 98 จากการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ควรนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกและควรมีการพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องต่อไป

ABSTRACT

The aim of the research and development was to develop and determine the effects of nursingPractice guideline(NPG) of children with dengue hemorrhagic fever admitted in the pediatric ward,nakhonphanom hospital. The guideline was developed by using procedures of the Thailand Centre for Evidence based Nursing and Midwifery: A collaborating Centre of Joanna Briggs Institute(JBI) Faculty of Nursing Chaing Mai University. The subjects of this study were 15 nurses who worked at the pediatric ward and 30 caregivers who took care of children with DHF admitted in the pediatric ward since May2013 to August2013. Data collection tools consisted of 1) a nursing practice form 2) the NPG user's opinion questionnaire and 3) a caregivers's satisfaction questionnaire. Content validity of tools was examined by 3 experts. The CVI and reliability of nursing practice form 0.95 and 0.85 respectively. The reliability determined by KuderRichardson's method. The CVI and reliability of opinion questionnaire showed 1.00 and 0.98 respectively. The CVI and reliability of satisfaction questionnaire showed0.95 and 0.80 respectively.The reliability of both questionnaire determined by Alpha-cronbach method. Data were analyzed by determining frequency and percentage.

Results revealed that the nursing practice guideline consisted of five component: 1) Zoning for children with DHF 2) Screening 3) Assessment of sing and symptoms 4) Nursing care and5)Discharge planning. The results showed that 1) 15 items of NPG were used by nurse (100 percent) and 5 items of NPG were used by the majority of nurses (95-99 percent) 2)Nurse's opinion with using the NPG agreed at high level 93 percent and 98 percent of caregivers showed high level of Satisfaction with using the NPG. The findings of the research demonstrate that NPG be implemented in the setting for DHF patients. Furthermore, the NPG could also be adapt and adept continuously.

บทนำ

โรคไข้เลือดออก(dengue hemorrhagic fever)เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกี มีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรคนายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สัมภาษณ์ว่า สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในปี 2556 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 5 กุมภาพันธ์ 2556 พบผู้ป่วยไข้เลือดออก 5,739 ราย ซึ่งสูงกว่าช่วงเดียวกันของปีที่ผ่านมาถึง 5.4 เท่า มีผู้เสียชีวิต 4 ราย การพบผู้ป่วยไข้เลือดออกในขณะนี้ยังอยู่ในช่วงฤดูหนาว เป็นสัญญาณเตือนว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยอาจสูงถึง 100,000-120,000 ราย เสียชีวิต 100-120 ราย หากไม่มี

การณรงค์ป้องกันควบคุมอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง(กระทรวงสาธารณสุข,2556) ซึ่งนับเป็นอัตราป่วยและอัตราตายที่มีแนวโน้มสูง สาเหตุเนื่องมาจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่ภาวะช็อกนาน ภาวะน้ำเกิน ภาวะเลือดออกมาก และความผิดปกติทางสมอง ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดหรือลดความรุนแรงได้ เมื่อได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากทีมสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับระยะความรุนแรงของโรค ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลและ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกอย่าใกล้ชิดต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการพยาบาลในระยะต่างๆเป็นอย่างดี

จากการศึกษาบริบทของหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลนครพนมในช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2556 พบว่า มีผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเข้ามารับการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่าในช่วงเดือนเดียวกันของปีที่ผ่านมา (ทะเบียนรายนามโรคไข้เลือดออก, 2556) ซึ่งทำให้คาดการณ์ได้ว่าในปี 2556 น่าจะมีการระบาดใหญ่ของโรคไข้เลือดออกที่จังหวัดนครพนม และพบว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมีทั้งภาวะน้ำเกินและไตวายทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต 1 รายและเนื่องจากมีการระบาดของโรคทำให้ได้อัตรากำลังเพิ่มแต่เจ้าหน้าที่ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก เพราะว่างังจบการศึกษาใหม่ แผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลนครพนมเคยจัดทำแนวทางการรักษา (CPG) ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกใช้ในหน่วยงานเมื่อปี 2554 แต่พบว่า (CPG) ยังไม่ได้นำมาใช้อย่างเต็มที่เนื่องจากแผนการดูแลรักษามีรายละเอียดเป็นลักษณะเฉพาะของแพทย์พยาบาลให้การพยาบาลตามประสบการณ์และความรู้ความสามารถเฉพาะบุคคล ทำให้แนวทางการพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้คุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานจากประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกให้มีคุณภาพและทันกับยุคสมัย เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ในการปฏิบัติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1

- กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 2

- กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิด

ขั้นตอนที่ 3

- การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศ

ขั้นตอนที่ 4

- วิเคราะห์ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ขั้นตอนที่ 5

- ยกร่างแนวปฏิบัติตามหลักฐานที่อ้างอิง

ขั้นตอนที่ 6

- การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 7

- การวิเคราะห์ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้ดูแล สรุปผล และเผยแพร่

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกและศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ โดยวัดผลจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคไข้เลือดออก ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกและความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการได้รับการบริการของผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลนครพนม ในระหว่างเดือนพฤษภาคม 2556 – เดือนสิงหาคม 2556

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเด็ก 1 จำนวน 15 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่อาการตามเกณฑ์กำหนดจำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลนครพนม ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2556 – สิงหาคม 2556

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกโดยใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เครือข่ายสถาบันใจแอนนาบริกส์ซึ่งมีขั้นตอนในการพัฒนา 7 ขั้นตอนโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษารายละเอียดข้อมูลในหอผู้ป่วยเด็ก 1 และประชุมกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อค้นหาปัญหาเบื้องต้นและการพัฒนาที่ต้องการ

2. ประชุมปรึกษาในหอผู้ป่วยเด็ก 1 สรุปปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกพบว่า ปี 2556 จะเป็นปีที่มีการระบาดใหญ่ของโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอยู่หอผู้ป่วยหนักเด็กมีภาวะน้ำเกิน ไตวายและเสียชีวิต 1 ราย เจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงานในเด็กเด็ก 1 เป็นเจ้าหน้าที่จบใหม่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 4 คนและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเด็ก 1 แค่ 1 ปีจำนวน 1 คนและการปฏิบัติการพยาบาลที่นำมาใช้มีความหลากหลายขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการทำงานของผู้ดูแลทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปในทางเดียวกันทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งทำให้เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยไข้เลือดออกดังนั้นหน่วยงานจึงต้องพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก

3. กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์

หรือการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกประเมินผลการนำไปใช้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำไปใช้ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก

4. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศโดยการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเอกสารตำราวิชาการเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกได้แก่แนวปฏิบัติการวินิจฉัย รักษา การป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออกของ WHO (2009) การวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเด็งกีฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชาธิปไตย ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกโรงพยาบาลนครพนม

5. วิเคราะห์ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์โดยที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยทีมช่วยกันตรวจสอบระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานอ้างอิงตามเกณฑ์ของแนชชั่นแนลเฮลท์แอนด์เมดิคัล รีเชิร์ชเคาเซลโดยแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง 6 ระดับและการจัดระดับตามข้อเสนอแนะการนำไปใช้ 5 ระดับ (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2549) การนำเนื้อหาามาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมของหน่วยงานได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย 4 เรื่อง เอกการวิชาการ 3 เรื่อง

6. ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกประกอบด้วยประเด็นการจัดโซนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก การคัดกรองผู้ป่วยการประเมินผู้ป่วยในแต่ละระยะ การให้การพยาบาลการวางแผนจำหน่ายแล้วนำมาเสนอสมาชิกในหอผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสม

7. นำยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก และข้อเสนอแนะ ของทีมพัฒนาไปปรึกษากุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่านนำ

ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

8. นำยกร่างส่งตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านโดยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไข้เลือดออก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่านแล้วนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9. สร้างเครื่องมือเก็บข้อมูลขึ้นจำนวน 3 ส่วนส่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านตรวจสอบตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะนำไปคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของเครื่องมือแต่ละส่วนได้ค่าคะแนนดังนี้ แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 0.95 แบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้เท่ากับ 1 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการรับบริการของผู้ป่วยเด็กตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 0.95

10. นำเครื่องมือเก็บข้อมูลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 10 คนเพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคไข้เลือดออกได้ค่าความเชื่อมั่น KR-21 เท่ากับ 0.85 แบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ได้ค่าความเชื่อมั่น (C) เท่ากับ 0.98 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการรับบริการของผู้ป่วยเด็กตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคไข้เลือดออกได้ค่าความเชื่อมั่น (C) เท่ากับ 0.80

11. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ นำแนวทางปฏิบัติส่งศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อขออนุมัติใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก

12. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่พยาบาลทั้งหมดเพื่อให้ความรู้เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคไข้เลือดออก การใช้คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคไข้เลือดออก วิธีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้

13. ชี้แจงการเก็บข้อมูลตามเครื่องมือการเก็บ

ข้อมูลทั้ง 3 ส่วนแก่พยาบาลอย่างละเอียด

14. เก็บข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ในผู้ป่วยเด็กจำนวน 30 คน

15. นำแบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ให้พยาบาลทำการประเมิน 15 คน

16. รวบรวมข้อมูลทั้งหมดประกอบด้วยแบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกจำนวน 30 ชุด แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลจำนวน 30 ชุด แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จำนวน 15 ชุด

17. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติหาค่าความถี่และร้อยละในข้อมูลแต่ละชุด

18. สรุปผลการศึกษาเสนอคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล

19. จัดพิมพ์ผลการศึกษานับสมบูรณ์เผยแพร่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีทั้งหมด 20 ข้อ

2.2 แบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ ประกอบด้วย 6 ข้อ

2.3 ความพึงพอใจของญาติต่อการได้รับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นมีข้อความ 10 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาจัดกลุ่มข้อมูลแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
3. ข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
4. ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการได้รับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก หอผู้ป่วยเด็ก1โรงพยาบาลนครพนม การพัฒนาใช้รูปแบบกระบวนการปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เสนอโดยศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับประเทศออสเตรเลียทั้งหมด 7 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ เนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยจำนวน 4 เรื่อง เป็น Systematic review จำนวน 1 เรื่องระดับความเชื่อมั่นของงานวิจัยระดับ1การนำไปใช้ ระดับ A เป็น Retrospective จำนวน 1 เรื่องระดับความเชื่อมั่นของงานวิจัยระดับ 3.2 การนำไปใช้ ระดับ A และ Shot report 2 เรื่องระดับความเชื่อมั่นของงานวิจัยระดับ 3.2 การนำไปใช้ระดับ A นอกจากนั้นมีแนวปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก อีก 3 เรื่องขององค์การอนามัยโลก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ

มหาวิทยาลัย กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลนครพนม ระดับความเชื่อมั่นระดับ 4 การนำไปใช้ระดับ A ได้นำมาจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกหอผู้ป่วยเด็ก1 โรงพยาบาลนครพนม ซึ่งยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ส่งตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกหอผู้ป่วยเด็ก1โรงพยาบาลนครพนม เนื้อหาการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยได้เตรียมความพร้อมตาม D-M-E-T-H-O-D การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลประกอบไปด้วย (1) การจัดโซนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการเพียงผู้ป่วยจะอยู่ใกล้ห้องพยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลาเพื่อให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิดเป็นการดูแลผู้ป่วยถึงวิกฤต (2) การประเมินอาการของโรคการทำหุนิกต์ทดสอบและการติดตามผลตรวจ CBC สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยอยู่ระยะใดของโรคเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลได้ถูกต้องและเหมาะสม (3) การประเมินอาการ ในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างตั้งแต่ระยะไข้จนระยะฟื้นตัวพยาบาลต้องสังเกตอาการและประเมินอาการผู้ป่วยได้ว่าระยะไข้มีอาการอย่างไร ระยะวิกฤต ระยะฟื้นตัวเป็นอย่างไร เพื่อจะได้วางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง (4) การให้การพยาบาลในแต่ละระยะของโรคเนื่องจากโรคไข้เลือดออกจะมี3ระยะอาการแสดงในแต่ละระยะไม่เหมือนกันการดูแลในแต่ละระยะจึงแตกต่างกัน หากให้การดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงชีวิตเช่นการให้สารน้ำผู้ป่วย (5) การวางแผนจำหน่าย เนื่องจากโรคไข้เลือดออกเมื่อพ้นจากภาวะช็อกแต่เกล็ดเลือดยังต่ำสามารถทำให้เลือดยังออกได้เมื่อเกิดบาดแผลหรือการกระทบกระแทกที่รุนแรง นอกจากนั้นโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่ติดต่อโดยมียุงลายเป็นพาหะการให้คำแนะนำในเรื่อง

โรคไข้เลือดออก การกำจัดและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การป้องกันไม่ให้ยุงกัดจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อความปลอดภัยของคนในบ้านและป้องกันไม่ให้คนที่อาศัยในบ้านมีอาการป่วยเป็นไข้เลือดออก

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการในหอผู้ป่วยเด็ก1เป็นเพศหญิงทั้งหมดอายุระหว่าง 23-53 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53 การศึกษา

ส่วนมากจบปริญญาตรี ร้อยละ 87 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก >5 ปี ร้อยละ66 เคยผ่านการอบรมการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ >1 ครั้ง ร้อยละ 73

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนมากเป็นมารดาร้อยละ70 อายุระหว่าง 27-55ปี จบการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช.ร้อยละ 67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54 รายได้ของครอบครัว 5001-10000 บาท ร้อยละ 40

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก

เนื้อหาการปฏิบัติ	ปฏิบัติ จำนวน ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ จำนวน ร้อยละ	รวม จำนวน ร้อยละ
1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ Semi intensive care	149(100)	0	149(100)
2.ทำ tourniquet test ทุกวัน ถ้าผลเป็นลบ	41(100)	0	41(100)
3.ติดตามผล CBCตามแผนการรักษา	71(100)	0	71(100)
4.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง	61(100)	0	61(100)
5.ดื่มน้ำเกลือแร่ งดอาหารสีดำ แดง	86(95)	5(5)	91(100)
6.เช็ดตัวลดไข้, ถ้า T > 38°C ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา	68(100)	0	68(100)
7.สังเกตอาการเลือดออก	72(100)	0	72(100)
8.วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง	195(100)	0	195(100)
9.Record I/O ทุก 8 ชั่วโมง	149(100)	0	149(100)
10. Hctทุก 4-6 ชั่วโมง	147(100)	0	147(100)
11.ประเมินอาการช็อก	195(100)	0	195(100)
12.ประเมินภาวะน้ำเกิน	143(98)	3(2)	146(100)
13.รายงานแพทย์ทันทีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง	71(100)	0	71(100)
14.ปรับสารน้ำตามแผนการรักษาผ่านเครื่องควบคุมสารน้ำ	154(100)	0	154(100)
15.ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ	88(99)	1(1)	89(100)
16.ประเมินระยะฟื้นตัว (ปัสสาวะ , ผื่น)	60(100)	10	60(100)
17.วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง	86(100)	0	86(100)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก(ต่อ)

เนื้อหาการปฏิบัติ	ปฏิบัติ จำนวน ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ จำนวน ร้อยละ	รวม จำนวน ร้อยละ
18.Record I/O ทุก 8 ชั่วโมง	73(97)	2(3)	75(100)
19.การวางแผนจำหน่ายคำแนะนำก่อนกลับบ้าน	30(100)	0	30(100)
20.มีการบันทึกการพยาบาลทุกครั้ง	283(95)	15(5)	298(100)

จากตารางที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกมีทั้งหมด 20 ข้อพบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกอัตรา ร้อยละ100ทั้งหมด 15 ข้อได้แก่ ข้อที่ 1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ Semi intensive care ข้อที่ 2. ทำ tourniquet test ทุกวัน ถ้าผลเป็นลบ ข้อที่ 3. ติดตามผล CBC ตามแผนการรักษา ข้อที่ 4.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ข้อที่ 6.เช็ดตัวลดไข้, ถ้า $T > 38^{\circ}\text{C}$ ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ข้อที่ 7.สังเกตอาการเลือดออก ข้อที่ 8. วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง ข้อที่ 9. Record I/O ทุก 8 ชม. ข้อที่ 10. Hctทุก 4-6 ชั่วโมง ข้อที่ 11.ประเมินอาการช็อก

ข้อที่ 13. รายงานแพทย์ทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลง ข้อที่ 14.ปรับสารน้ำตามแผนการรักษาผ่านเครื่องควบคุมสารน้ำ ข้อที่ 16. ประเมินระยะฟื้นตัว (ปัสสาวะ, ผื่น) ข้อที่ 17. วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ข้อที่19. การวางแผนจำหน่ายคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ส่วนหัวข้อที่ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกร้อยละ1ได้แก่ ข้อที่15.ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเป็นระยะไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ร้อยละ2 ได้แก่ ข้อที่ 12. ประเมินภาวะน้ำเกิน ข้อที่18 Record I/O ทุก 8 ชั่วโมงส่วนข้อที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุดร้อยละ5 ได้แก่ ข้อที่ 5. ดื่มน้ำเกลือแร่ ดองอาหารสีดำ แดง และข้อที่ 20. มีการบันทึกการพยาบาลทุกครั้ง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้

ระดับความคิดเห็น				
เนื้อหา	มาก จำนวน ร้อยละ	ปาน กลาง จำนวน ร้อยละ	น้อย จำนวน ร้อยละ	ไม่เห็น ด้วย จำนวน ร้อยละ
1.แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวก ในการนำไปใช้	14(93)	1(7)	0	0
2.แนวปฏิบัติการพยาบาลง่ายต่อการปฏิบัติ	15(100)	0	0	0
3.แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความชัดเจน	15(100)	0	0	0
4.แนวปฏิบัติการพยาบาลมีเนื้อหา ถูกต้องและตรงประเด็น	15(100)	0	0	0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ (ต่อ)

ระดับความคิดเห็น				
เนื้อหา	มาก จำนวน ร้อยละ	ปาน กลาง จำนวน ร้อยละ	น้อย จำนวน ร้อยละ	ไม่เห็น ด้วย จำนวน ร้อยละ
5.แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ จัดการแต่ละ สถานการณ์ได้ดี	13(87)	2(13)	0	0
6.ท่านพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	14(93)	1(7)	0	0

จากตาราง 2 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกมีทั้งหมด 6 ข้อ เห็นด้วยในระดับมาก มากที่สุดร้อยละ 100 ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลง่ายต่อการปฏิบัติ แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความชัดเจน แนวปฏิบัติการพยาบาลมีเนื้อหาถูกต้องและตรงประเด็น แนวปฏิบัติการ

พยาบาลมีความสะดวกในการนำไปใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้จัดการแต่ละสถานการณ์ได้ดีและความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลร้อยละ 93 ไม่พบความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยน้อยและไม่เห็นด้วย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการรับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก(N=30)

เนื้อหา	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก จำนวน ร้อยละ	ปาน กลาง จำนวน ร้อยละ	น้อย จำนวน ร้อยละ
1.ญาติท่านได้รับการดูแลทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วย	30(100)	0	0
2.ในระยะเวลาที่มีภาวะช็อกเตียงนอนของผู้ป่วยอยู่ใกล้ห้องพยาบาล	28(93)	2(7)	0
3.ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการเลือดออกง่ายและการป้องกัน	30(100)	0	0
4.ท่านได้รับคำแนะนำให้งดอาหารสีน้ำตาลหรือแดง	30(100)	0	0
5.ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตวงน้ำดื่ม/การตวง ปัสสาวะ	28(93)	2(7)	0
6.ท่านได้รับการดูแลการให้น้ำเกลืออย่างใกล้ชิดหรือมีเครื่องควบคุม การไหลของน้ำเกลือ	30(100)	0	0
7.เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงท่านสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยได้รับ การดูแลทันที	28(93)	2(7)	0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการรับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก (N=30) (ต่อ)

เนื้อหา	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก จำนวน ร้อยละ	ปานกลาง จำนวน ร้อยละ	น้อย จำนวน ร้อยละ
8.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเป็นระยะหรือเมื่อญาติขอทราบอาการ	29 (97)	1 (3)	0
9.ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการตรวจเลือดและแจ้งแพทย์ทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลง	30 (100)	0	0
10.ท่านรู้สึกพึงพอใจในการให้บริการจากพยาบาลในครั้งนี้	30 (100)	0	0

จากตาราง 3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการรับบริการพยาบาลที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกพบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 100 ได้แก่ ได้รับการดูแลทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการเลือดออกง่ายและการป้องกัน ได้รับคำแนะนำให้งดอาหารสีดําหรือแดง ได้รับการดูแลการให้น้ำเกลืออย่างใกล้ชิดหรือมีเครื่องควบคุมการไหลของน้ำเกลือ ได้รับการติดตามผลการตรวจเลือดและแจ้งแพทย์ทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลง พึงพอใจในการให้บริการจากพยาบาลในครั้งนี้ ส่วนข้อที่ได้รับความพึงพอใจในระดับมาก น้อยสุดได้แก่ ระยะที่มีภาวะช็อกเตียงนอนของผู้ป่วยอยู่ใกล้ห้องพยาบาล ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการทวงน้ำดื่ม/การทวงปัสสาวะ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงท่านสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยได้รับการดูแลทันที ร้อยละ 93

สรุปผลการวิจัยและอภิปราย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกประยุกต์จากใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เครือข่ายสถาบันใจแอนนาบริกส์ ซึ่งมีขั้นตอนในการพัฒนา 7 ขั้นตอน

ในส่วนของเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกมี 5 ส่วน ที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเชื่อมั่นระดับ 3.2 การนำไปใช้ระดับ A ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การจัดโซนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการ เติงผู้ป่วยจะอยู่ใกล้ห้องพยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลาเพื่อให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด เป็นการดูแลผู้ป่วยถึงวิกฤต 2) การประเมินอาการของโรคโดยการทบทวนเกดทดสอบและการติดตามผลตรวจ CBC สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยอยู่ระยะใดของโรคเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลได้ถูกต้องและเหมาะสม 3) การประเมินอาการในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆตั้งแต่ระยะไข้จนระยะฟื้นตัวพยาบาลต้องสังเกตอาการและประเมินอาการผู้ป่วยได้ว่าระยะไข้มีอาการอย่างไร ระยะวิกฤต ระยะฟื้นตัวเป็นอย่างไรเพื่อจะได้วางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง 4) การให้การพยาบาลในแต่ละระยะของโรคเนื่องจากโรคไข้เลือดออกจะมี 3 ระยะอาการแสดงในแต่ละระยะไม่เหมือนกันการดูแลในแต่ละระยะจึงแตกต่างกันหากให้การดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงชีวิตเช่นการให้น้ำผู้ป่วย 5) การวางแผนจำหน่าย เนื่องจากโรคไข้เลือดออกเมื่อพ้นจากภาวะช็อกแต่เกล็ดเลือดยังต่ำสามารถทำให้เลือดยังออกได้ นำแนวทางปฏิบัติ

ส่งศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อขออนุมัติใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกแล้วจัดทำเป็นหน้าเดียวเพื่อง่ายต่อการนำไปใช้ซึ่งสอดคล้องกับ Ring et al.2005 อ้างในสุนิดา อรรถอนุชิต,2551) ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกควรง่ายต่อการทำความเข้าใจในรูปแบบและสะดวกต่อการนำไปใช้

ผลการศึกษาการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ พบว่าการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้มีการปฏิบัติร้อยละ 100 ในหัวข้อการจัดโซนการดูแลผู้ป่วยการประเมินอาการ การประเมินอาการในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆการวางแผนจำหน่าย และในช่วงการระบาดของโรคจะมีผู้ป่วยจำนวนมากทำให้อัตรากำลังไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลอาจไม่เพียงพอ การปฏิบัติการพยาบาลไม่ครอบคลุมตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระยะของโรคจึงทำให้การปฏิบัติตามแนวทางได้ร้อยละ 97-99 ในภาพรวมของแนวปฏิบัติทั้ง 5 ส่วนพบว่าสามารถปฏิบัติได้เกือบทุกข้อ เพราะแนวปฏิบัติได้จัดทำโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติทุกคนและผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งด้านเนื้อหาและความเข้าใจ ดังนั้นการนำแนวปฏิบัติไปใช้จะทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติจริง ดังที่กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของนิวซีแลนด์ NZGG กล่าวไว้ว่าการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกจะทำให้บุคลากรรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ การที่บุคลากรรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของทำให้เกิดความตระหนัก มีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือในการพัฒนาและการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้

ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้อยู่ในระดับมากร้อยละ 100 เพราะแนวปฏิบัติมีความง่ายต่อการนำไปใช้ มีความชัดเจนและเนื้อหาถูกต้องตรงประเด็น แต่ในช่วงการระบาดทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากภาระงานก็เพิ่มขึ้นทำให้การบริหารจัดการยุ่งยากความคิดเห็นในการนำไปใช้

ในการจัดการแต่ละสถานการณ์จึงอยู่ที่ร้อยละ 87 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลได้ร้อยละ 93 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการบริการของผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากร้อยละ 100 เนื่องจากได้รับการดูแลทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วย และมีการให้ข้อมูลการแนะนำการปฏิบัติตัว มีอุปกรณ์ทันสมัยในการให้สารน้ำ และรายงานแพทย์ทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ส่วนในเรื่องสถานที่ที่มีการบริหารจัดการโดยให้ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงจัดให้เตียงอยู่ใกล้ห้องทำงานของพยาบาลแต่อาการไม่รุนแรงจะอยู่เตียงถัดไปทำให้ระดับความพึงพอใจในการได้อยู่ใกล้ซิดนอนใกล้ห้องพยาบาล และความต้องการให้เจ้าหน้าที่มาดูแลทันทีที่ร้อยละ 93-97 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่จัดทำขึ้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยและมีความพึงพอใจในบริการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าบางรายการพยาบาลวิชาชีพเห็นว่าปฏิบัติตามแนวทางได้น้อยจึงควรมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การบริหารอัตรากำลังในช่วงที่มีการระบาดของโรคให้มีอัตรากำลังที่เหมาะสมเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
2. การบริหารพัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อความต้องการ
3. มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
4. เผยแพร่การศึกษาสู่หน่วยงานอื่นเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้
2. สามารถนำรูปแบบวิจัยไปประยุกต์ทำวิจัยกับผู้ป่วยโรคอื่นๆเพื่อจะได้แนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. จามรี อีรตกุลพิศาล และคณะ. (บรรณาธิการ). (2551). กุมารเวชศาสตร์วิกฤต:แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์. ขอนแก่น:คลังนานาวิทยา.
2. จำเรียง พรหมมา. (2552).การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลขอนแก่น.รายงานการศึกษาระบาดวิทยาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
3. จุลินทร ศรีโพธิ์พันธ์. (2552). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. รายงานการศึกษาระบาดวิทยาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. นันทนา ศรีเทพ. (2549). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความกลัวการได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองของเด็กก่อนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
5. บุญชัย ธนบัตรชัย. (2550).การประเมินความรู้และการปฏิบัติการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็กของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา.วารสารวิจัย2 (1มค.-31มีค.)
6. พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา.(บรรณาธิการ).(2544). การพยาบาลเด็กเล่ม2. นนทบุรี: ยุทธธินทรการพิมพ์.
7. บุชรารวรรณ ไชยชนะวงศ์.(2554).ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-Dต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล.รายงานการศึกษาระบาดวิทยาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็กคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8. ประภาพร แก้วสุข.(2554).ผลของการจัดการรายการกรณีต่อคุณภาพการดูแลในผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก.รายงานการศึกษาระบาดวิทยาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็กคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2549). การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
10. พงศ์คำ ตีลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์:หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: พรวิวัน.
11. รุจา ภูไพบูลย์.(2541).แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก. กรุงเทพฯ:นิติบรรณาการ.
12. โรงพยาบาลนครพนม.รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ประจำปี 2554-2556.
13. โรงพยาบาลนครพนม.ทะเบียนรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก ประจำปี 2555-2556.
14. วิลาวรรณ พันธุ์ฤกษ์. (2547). วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
15. ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรจ, มุกดา ห่องวีรุฒ และ วารุณี วัชรเสวี. (บรรณาธิการ). (2556). แนวทางการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกแดงที่ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
16. สภาการพยาบาล. (2550). แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก. กรุงเทพฯ: จุฑาทองจำกัด.
17. สุภาพร ต้นสุวรรณ. (2551). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาวจังหวัดเชียงราย. รายงานการศึกษาระบาดวิทยาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
18. อังกร เกิดพานิช และคณะ. (2551). Pediatric Infections Diseases 2008.กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์.

19. Angel Balmaseda, Samantha nadia Hammond, Maria Angelesperez, Ricardo Cuadra, SolayaSolano, Julio Rocha, Wendy Idiaquez and Eva Harris.(2005). Assessment of the world health organization sheme for classification of dengue severity in Nicaragua.Am. J. Trop. Med. Hyg., 73(6), 1059-106.
20. Alunsoni, Krishanchugh, Anil sachdev. And Dhirengupta.(2001). Management of Dengue fever in ICU.India jurnal of pediatric.(68), 1051-1055.
21. Boon-siangKhor, Jien-weiLiu, Ing-kit Lee and Kuender D. yang.(2006). Dengue hemorrhagic fever petients with acute abdominal: Clinical experience of 14 case. AM.J.Trop. Med. Hyg, 74(5), 901-904.
22. Goldstein et al. (2005).PCCN Clinical Practice Guideline: Septic Shock. Pediatric. Crit. Med.
23. Halmar Halide and Peter Ridd.(2008). A predictive model for dengue Hemorrhagic Fever epidemics.International Journal of Environmental Health Research,18(4), 253-265.
24. James A Potts and Alan L. Rothman. (2008).Clinical and Laboratory feature that distinguish dengue from other fever illness in endemic population.Tropical med. And international Health, 13(11),1328-1340.
25. The New Zealand guideline group. New Zealand guide line handbook.(online).2001. (Cited 2007 Aug):Available from :www.nzgg.org.
26. WHO/TDR.(2009). Dengue Guideline For Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. Geneva:WHO.

Original Article

ผลของการควบคุมอุณหภูมิ 3วิธีในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ

มารศรี ศิริสวัสดิ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงการควบคุมอุณหภูมิกายของทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ ต่างกัน 3 วิธี คือ 1) การค่อยๆลดอุณหภูมิตัวตาม Neutral thermal environment temperature (NTET) หลังตรวจพบว่ามีภาวะอุณหภูมิสูง 2) การลดอุณหภูมิตัวลงทันที 1 องศาเซลเซียสหลังส่องไฟแล้วค่อยลดตาม NTET หลังตรวจพบว่ามีภาวะอุณหภูมิสูง 3) การลดอุณหภูมิตัวลง 1 องศาเซลเซียสหลังตรวจพบว่ามีอุณหภูมิสูงแล้วค่อยลดตาม NTET ที่เวลา 15, 30, 45 และ 60 นาทีขณะที่มีการควบคุมอุณหภูมิ และที่เวลา 1, 4, 8, 12, 16, 20 และ 24 ชั่วโมงหลัง มีการควบคุมอุณหภูมิ ศึกษาที่ ไอซียูเด็กโรงพยาบาลนครพนมระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึง มีนาคม 2556 กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่ไอซียูเด็กโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่มจำนวนเท่ากัน สุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีจับสลาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ ตู้อบชนิดผนังสองชั้น เครื่องส่องไฟสำหรับภาวะตัวเหลือง (Phototherapy Lamp) พรอทวัดอุณหภูมิทางรักแร้ พรอทวัดอุณหภูมิห้อง นาฬิกาจับเวลา เครื่องวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือด 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารกคลอดก่อนกำหนดแบบบันทึกข้อมูลในขณะและหลังควบคุมอุณหภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยการทดสอบแบบเชฟเฟ (Scheffe)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ ในกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มระหว่างมีการทดลอง ที่เวลา 15 นาทีไม่แตกต่างกัน ที่เวลา 30, 45, 60 แตกต่างกันโดยกลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 และ ที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มทดลองที่ 1 กับกลุ่มทดลองที่ 3 มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ ในกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มหลังการทดลอง ที่เวลา 1, 4, 8, 12, 16, 20 และ 24 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน ระยะเวลาที่ใช้ในการควบคุมอุณหภูมิกายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติในกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มกันขณะที่มีการควบคุมอุณหภูมิ กลุ่มที่ 2 และ 3 ดีที่สุดคือใช้ เวลา 30 นาที ส่วนกลุ่มที่ 1 ใช้เวลา 45 นาที และระยะเวลาในการคงไว้ซึ่งอุณหภูมิปกติของร่างกายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ หลังการทดลอง ที่เวลา 1 ชั่วโมง และ ทุก 4 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมง พบว่าไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ทารกคลอดก่อนกำหนด/ภาวะอุณหภูมิสูง/ภาวะตัวเหลือง/การรักษาโดยการส่องไฟ/การควบคุมอุณหภูมิ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

Comparison of three methods of temperature regulation in hyperthermia after Caring for premature infants with Phototherapy

Marasri Sirisawat,MNS

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to Comparison of three methods of temperature regulation in hyperthermia after Caring for premature infants with Phototherapy at NICU Nakhonphanom Hospital. During control temperature at time 15,30,45 and 60 minutes and after control temperature at time 1,4,8,12,16,20 and 24 hours. The sample group subject were purposively selected and were randomly and equally assign into three experimental were thirty premature for infant . admitted at NICU Nakhonphanom Hospital to Hyperthermia In premature baby After Phototherapy. The first group received control temperature using double wall incubator and Hyperthermia after on Phototherapy adjustment at the temperature to neutral thermal environment temperature After have Hyperthermia ,The second group control temperature using double wall incubator and adjustment down at the temperature 1°C stat when on phototherapy and adjustment at the temperature to neutral thermal environment temperature After have Hyperthermia ,The third group control temperature using double wall incubator and adjustment 1°C at the temperature After have Hyperthermia and adjustment to neutral thermal environment temperature. The research instruments in this study were :a double wall incubator, xillary thermometer, room thermometer, timepiece, monitor, characteristic maternal and child, and body temperature record . The data were analyzed, using One way analysis of variance was employed for data analysis with posthoc scheff's test

The result of this study revealed that :The mean body temperature of Hyperthermia In premature baby After Phototherapy in group I ,II and III at during control temperature at the 15 minutes were not different at 30,45, and 60 minutes different among the three group statistically significant at the .05 level. The mean body temperature of the in group I ,II and III at after control temperature at time 1,4,8,12,16,20 and 24 hours were not different among the three group statistically significant at the .05 level no significant. The time Hyperthermia In premature baby After Phototherapy at during control temperature among at the three groups The group II and group III recurrent at 30 minutes had better than group I , and group I recurrent at 45 minutes . The time standby normal temperature of Hyperthermia In premature baby After Phototherapy group I,II and III after control temperature at time 1, 4, 8, 12, 16,20and24hours were not different among the three groups

Keyword : premature /temperature regulation /hyperthermia /Phototherapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกคลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาน้อยกว่า 37 สัปดาห์ ซึ่งทารกกลุ่มนี้จะมีพื้นที่ผิวร่างกายมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ฉนวนการป้องกันการสูญเสียความร้อนคือไขมันใต้ผิวหนังน้อย ศูนย์ควบคุมความร้อนในสมองส่วนไฮโปธาลามัส (hypothalamus) ยังทำหน้าที่ได้ไม่ดี กล้ามเนื้อมีกำลังน้อย ภาวะพร่องเหล่านี้ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมประกอบกับต่อมเหงื่อยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ จึงทำให้มีการระบายความร้อนในร่างกายไม่ได้เมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อุณหภูมิสูงโดยเฉพาะในทารกที่มีภาวะตัวเหลืองและต้องให้การรักษาโดยการส่องไฟจะทำให้ทารกมีอุณหภูมิที่สูงขึ้น เพราะทารกคลอดก่อนกำหนด มีความสามารถจำกัดในการปรับตัวเพื่อให้อุณหภูมิกายคงที่ (Homeothermia) ส่งผลให้อุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย(core body temperature) มีการเปลี่ยนแปลงตามอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง หากไม่ควบคุมอุณหภูมิของทารกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้อัตราการเกิดโรคและอัตราการตายในทารกเพิ่มขึ้น^{1,4,9}

ภาวะอุณหภูมิสูง (hyperthermia) หมายถึงอุณหภูมิที่วัดทางทวารหนักหรือรักแร้มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิสูง ทารกจะมีเหงื่อออกจากการขับความร้อนจากการระเหย(evaporative loss) โดยจะพบเหงื่อออกที่หน้าผากก่อน ต่อมาที่หน้าอก แขน ท้อง และขาตามลำดับ หลอดเลือดใต้ผิวหนัง ที่แขนขา และลำตัวจะขยายตัวผิวหนังจะแดง มือเท้าแดงและอุ่น ทารกจะมีอาการหงุดหงิด การเคลื่อนไหวจะลดลง หายใจเร็วและแรงหรือหยุดหายใจ ถ้าภาวะนี้คงอยู่นาน ทารกจะซึมหมดสติ และชักจากภาวะโซเดียมในเลือดเกิน ทารกที่ได้รับความร้อนสูง จะเพิ่มอัตราการหายใจ การเต้นของหัวใจและอัตราการเผาผลาญของร่างกาย ทารกที่มักจะมีอุณหภูมิสูงคือ 1)ทารกที่อยู่ในตู้อบและ มีการปรับอุณหภูมิตู้อบที่ไม่เหมาะสม 2)ทารกที่อยู่ใต้เครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี(Radiant warmer) 3)ทารกที่

อยู่ใต้เครื่องส่องไฟรักษาตัวเหลือง การดูแลควบคุมอุณหภูมิของทารกคลอดก่อนกำหนดให้คงที่ และคงไว้ซึ่งอุณหภูมิปกติ คือ อยู่ระหว่าง 36.5 องศาเซลเซียสถึง 37 องศาเซลเซียส เมื่อวัดทางรักแร้และทวารหนัก^{1,4,6} ในการดูแลทารกแรกเกิด อาการตัวเหลือง (Hyperbilirubinemia) จะพบได้ประมาณร้อยละ 25-50 ของทารกแรกเกิดทั้งหมดโดยเฉพาะในทารกคลอดก่อนกำหนดที่ด้อยทำงานได้ไม่เต็มที่^{1,4,8} และมีความสำคัญรองลงมาจากระบบทางเดินหายใจ อาการตัวเหลืองจะแสดงให้เห็นในช่วง 1 สัปดาห์แรกหลังคลอด เกิดจากมีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมาก ทำให้สารบิลิรูบินสูงในกระแสเลือดและถ้าหากว่าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้เกิดอันตรายต่อสมองคือ เกิดภาวะ bilirubin encephalopathy หรือ Kernicterus ทำให้เนื้อสมองส่วนนั้นสูญเสียไปอย่างถาวร ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือส่งผลให้ทารกมีสมองพิการและพัฒนาการล่าช้า ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ก่อให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงดูและอาจเป็นภาระต่อสังคมในระยะยาว^{1,4,6}

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในด้านการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตในไอซียูเด็กโรงพยาบาลนครพนม พบว่าทารกที่เข้ามารับ การรักษา ส่วนมากจะเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด มีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก และมักจะมีอาการตัวเหลืองร่วมด้วยและต้องได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ และปัญหาที่พบคือเมื่อทารกได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ มักจะมีอุณหภูมิร่างกายเพิ่มจากการสำรวจข้อมูล 1 ปีย้อนหลังในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึง กันยายน 2555 รับทารกคลอดก่อนกำหนด 155 ราย มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่ภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ 143 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.2 ซึ่งทารกคลอดก่อนกำหนดที่ตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการส่องไฟมีภาวะอุณหภูมิสูงเกิน ในช่วงระยะเวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 115 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.4 จากประสบการณ์ในการปฏิบัติ

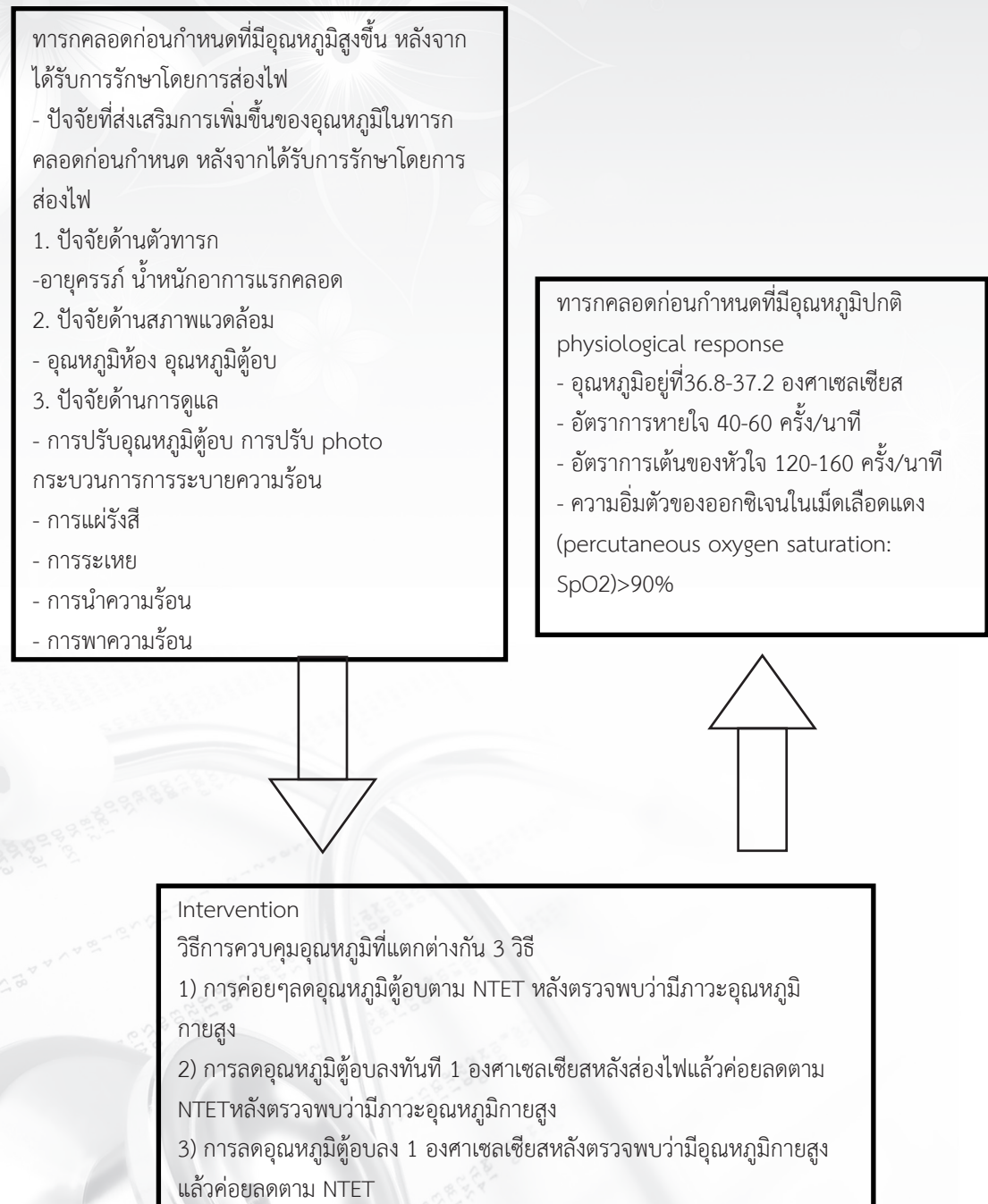
หน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วย ไอซียูเด็ก โรงพยาบาลนครพนม พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลยังมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกายของทารกคลอดก่อนกำหนดไม่ให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ ต่างกัน โดยจะมีวิธีปฏิบัติโดยทั่วไป 3 วิธี คือ 1) การค่อยๆลดอุณหภูมิตัวตาม NTET หลังตรวจพบว่ามียาภาวะอุณหภูมิร่างกายสูง 2) การลดอุณหภูมิตัวลงทันที 1 องศาเซลเซียสหลังส่องไฟแล้วค่อยลดตาม NTET หลังตรวจพบว่ามียาภาวะอุณหภูมิร่างกายสูง 3) การลดอุณหภูมิตัวลง 1 องศาเซลเซียสหลังตรวจพบว่ามียาภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงแล้วค่อยลดตาม NTET ซึ่งยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่าวิธีใดเป็นวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุดที่จะใช้ในการควบคุมอุณหภูมิทารกคลอดก่อนกำหนดที่อุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟสามารถควบคุม ไม่ว่าจะเป็นทางด้านระยะเวลา ความสะดวก ความปลอดภัยหรือคุณภาพของการควบคุมอุณหภูมิ ดังนั้นจึงได้ทำการวิจัยเปรียบเทียบการควบคุมอุณหภูมิ 3 วิธีดังกล่าวเพื่อหาข้อพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ว่าวิธีใดจะใช้ระยะเวลาสั้นในการทำให้อุณหภูมิเข้าสู่ภาวะปกติ และสามารถคงไว้ซึ่งอุณหภูมิปกติได้ดีที่สุด และเพื่อนำผลวิจัยที่ได้ ไปเป็นข้อมูลสนับสนุนในจัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติให้เกิดการยอมรับ และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การดูแลด้านการควบคุมอุณหภูมิร่างกายในทารกคลอดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีการเกิดภาวะอุณหภูมิเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ซึ่งเกิดได้จากกระบวนการพาความร้อน กระบวนการแผ่รังสี กระบวนการระเหย และกระบวนการนำความร้อน และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ปัจจัยด้านตัวทารก ด้านสภาพแวดล้อมและด้านการดูแลทารก ปัจจัยด้านตัวทารกได้แก่ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด พื้นที่ผิว ปริมาณไขมันใต้ผิวหนัง และระบบควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ของห้อง ส่วนปัจจัยด้านการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ แผนการรักษา

และวิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกายซึ่งปัจจัยนี้มีส่วนสำคัญมากในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง เพราะทารกคลอดก่อนกำหนดยังไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้หากการดูแลต่อเนื่องไม่ประสิทธิภาพก็อาจทำให้ทารกกลับมาอุณหภูมิร่างกายสูงหรือต่ำได้ วิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกายในทารกอุณหภูมิสูงที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การวิธีการปรับอุณหภูมิห้องให้ลดลง ใช้พัดลมเป่าไปที่คอมไฟ เลื่อนคอมไฟให้ห่างตัวบ๊อบ ไม่กั้นผ้า กั้นพลาสติก ระหว่างทารกและคอมไฟ ตั้งเครื่องส่องไฟไว้ในตำแหน่งที่มีลมธรรมชาติ ลมจากพัดลม หรือเครื่องปรับอากาศที่ลมพัดผ่าน แต่วิธีการดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อทารกรายอื่น ที่ไม่ได้มีอุณหภูมิร่างกายสูง นอกจากนั้นจากการเลื่อนคอมไฟให้ห่างทารกจะทำให้ประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการตัวเหลืองของทารกให้น้อยลง^{1,2,4} ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิธีการที่จะควบคุมอุณหภูมิทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟให้มีอุณหภูมิปกติ 3 วิธี ที่การให้การพยาบาลจะไม่มีผลกระทบต่อทารกดูแลทารกอื่น สามารถแสดงความสัมพันธ์เป็นไดอะแกรม ดังนี้

ภาพที่1 กรอบแนวคิด



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบ 1) ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกาย 2) ระยะเวลาที่ใช้ในการควบคุมอุณหภูมิของทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ ระหว่างได้รับการควบคุมอุณหภูมิใน 3 วิธี ที่เวลาทุก 15 นาที จนอุณหภูมิเข้าสู่ภาวะปกติ และ3)เปรียบเทียบการคงไว้ซึ่งอุณหภูมิปกติหลังได้รับการควบคุมอุณหภูมิใน 1 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมง

สมมติฐานของการวิจัย

ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกายและระยะเวลาที่ใช้ในการควบคุมอุณหภูมิของทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟที่เวลาทุก 15 นาที จนอุณหภูมิเข้าสู่ภาวะปกติ ของทั้ง 3 กลุ่ม แตกต่างกัน

ระยะเวลาในการคงไว้ซึ่งอุณหภูมิปกติของทั้ง 3 กลุ่ม แตกต่างกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่ไอซียูเด็ก โรงพยาบาลนครพนมและมีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ ภายในเวลา 30 นาที ถึง 60 นาที

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 37 สัปดาห์มีน้ำหนักระหว่าง 1,000 กรัมถึง 2,500 กรัมมีภาวะหายใจลำบาก ต้องให้การรักษาโดยการให้ออกซิเจนวิธีต่างๆ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ นอนในตู้อบ และตั้งอุณหภูมิตู้อบตาม Neutral Thermal Environment Temperature (NTET) ต่อมาภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดย

การส่องไฟ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และตรวจไม่พบความพิการแต่กำเนิด บิดามารดายินดีและเต็มใจให้ทารกเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้คำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมากกว่าสองกลุ่มโดยใช้สูตร Bonferroni t^{11} การวิจัยครั้งนี้ ใช้ค่า $\alpha = 0.05$ และอำนาจการทดสอบ $\beta = 0.8$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 611 แต่ตามคำแนะนำของ Polit.&Hungler. (1993). ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 10 ราย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้กลุ่มละ 10 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย

ระยะเวลา

ระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึง มีนาคม 2556 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือในการทดลองได้แก่ ตู้อบชนิดผนังสองชั้น เครื่องส่องไฟสำหรับภาวะตัวเหลือง โปรทวัดอุณหภูมิทางรักแร้ โปรทวัดอุณหภูมิห้อง นาฬิกาจับเวลา เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารกคลอดก่อนกำหนด แบบบันทึกข้อมูลในขณะและหลังควบคุมอุณหภูมิ

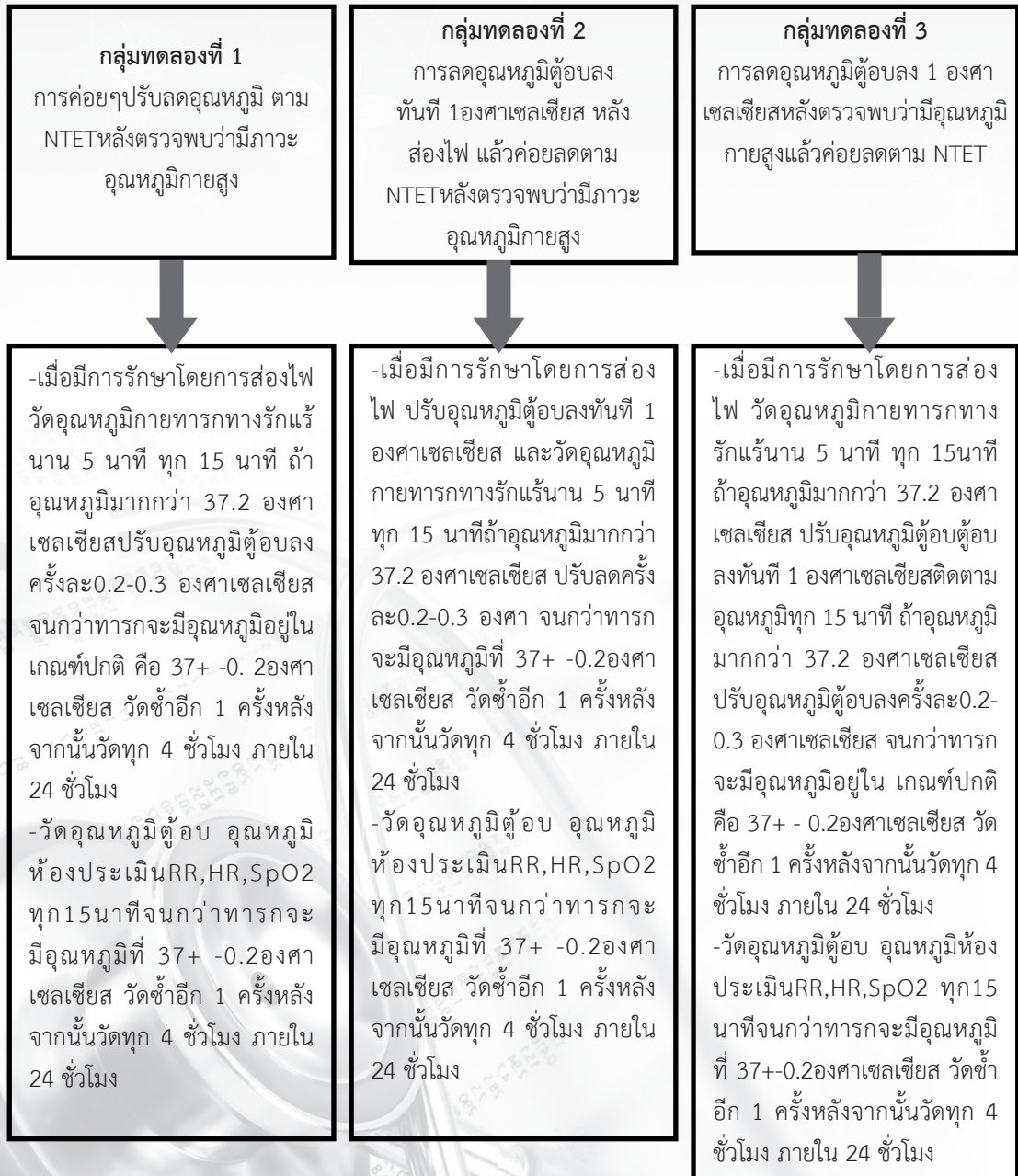
การเก็บรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงรายละเอียดให้ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในไอซียูเด็ก โรงพยาบาลนครพนมและเคยควบคุมอุณหภูมิ 3 วิธีในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ และเพื่อลดข้อผิดพลาดในการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการรวบรวมข้อมูลแล้ว และได้มีการทดสอบความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดแล้วผู้วิจัย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และ กลุ่มทดลองที่ 3 โดยการจับสลากที่มีหมายเลข 1,2 และ3 อย่างละ 10 ใบ กำหนดให้ สลากหมายเลข 1 เข้ากลุ่มทดลองที่ 1 สลากหมายเลข 2 เข้ากลุ่มทดลองที่ 2 และ สลากหมายเลข 3 เข้ากลุ่มทดลองที่ 3 เมื่อจับ สลากขึ้นมาถ้ากลุ่มตัวอย่างได้สลากกลุ่มใด ก็จะได้รับ

การทดลองด้วยวิธีการของกลุ่มนั้น จนครบกลุ่มละ 10 ราย และหมายเลขที่ถูกจับแล้วจะถูกคัดออก

ผู้วิจัยจะทำการควบคุมอุณหภูมิกายทารก คลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษา โดยการส่องไฟ โดยทารกทุกรายนอนในตู้อบ และปรับ อุณหภูมิตาม NTET คือตามอายุและน้ำหนักของทารก โดยมีขั้นตอนทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของ ทารกคลอดก่อนกำหนด นำมาหาค่าเฉลี่ย และ ร้อยละเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ผลต่างอุณหภูมิห้องอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิตัวอับ ความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง และอุณหภูมิกายของทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังการรักษาโดยการส่องไฟระหว่างกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of

variance) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยการทดสอบแบบเชฟเฟ (Scheffe)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่าทารกส่วนใหญ่ อายุครรภ์ 31-36 สัปดาห์ น้ำหนักระหว่าง 1,551-2,000 กรัมจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทารกแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจไม่มีผลต่อการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และผลต่างของอุณหภูมิ ระหว่างที่มีการควบคุมอุณหภูมิ แตกต่างกัน 3 วิธี ที่เวลา 15 นาที 30 นาที 45 นาที และที่ 60 นาที (n=30)

เวลา	n	$\bar{X}$	SS	df	MS	F	Sig
15 นาที ระหว่างกลุ่มภายในกลุ่ม	10	1=37.52	.32	2	.016	3.176	.058
		2=37.49	.136	27	.005		
รวม		3=37.58	.168	29			
30 นาที ระหว่างกลุ่มภายในกลุ่ม	10	1=37.38	.105	2	.052	9.483	.001
		2=37.24	.149	27	.006		
รวม		3=37.41	.254	29			
45 นาที ระหว่างกลุ่มภายในกลุ่ม	10	1=37.22	.216	2	.108	11.806	.000
		2=37.10	.247	27	.009		
รวม		3=37.24	.463	29			
60 นาที ระหว่างกลุ่มภายในกลุ่ม	10	1=37.20	.234	2	.117	15.115	.000
		2=36.88	.206	27	.008		
รวม		3=37.17	.443	29			

จากตารางที่ 1 พบว่าผลของการควบคุมอุณหภูมิที่ 15 นาทีแรกไม่แตกต่างกัน แต่ผลของการควบคุมที่เวลา 30 นาที 45 นาที และ 60 นาที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิโดยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe)

ที่เวลา 30 นาที ค่าสถิติ	กลุ่มทดลองที่ 3 x =37.41	กลุ่มทดลองที่ 1 x=37.38	กลุ่มทดลองที่ 2 x=37.24
กลุ่มทดลองที่ 3	-	.01	.13*
กลุ่มทดลองที่ 1	-	-	.12*
กลุ่มทดลองที่ 2	-	-	-

ที่เวลา 45 นาที ค่าสถิติ	กลุ่มทดลองที่ 3 x =37.24	กลุ่มทดลองที่ 1 x=37.22	กลุ่มทดลองที่ 2 x=37.10
กลุ่มทดลองที่ 3	-	.00	.18*
กลุ่มทดลองที่ 1	.00	-	.18*
กลุ่มทดลองที่ 2	-	-	-

ที่เวลา 45 นาที ค่าสถิติ	กลุ่มทดลองที่ 3 x =37.23	กลุ่มทดลองที่ 1 x=37.17	กลุ่มทดลองที่ 2 x=36.88
กลุ่มทดลองที่ 3	-	.06	.15*
กลุ่มทดลองที่ 1	.06	-	.21*
กลุ่มทดลองที่ 2	-	-	-

จากตารางที่ 2 พบว่าความแตกต่างรายคู่ของอุณหภูมิของร่างกายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการควบคุมอุณหภูมิแตกต่างกัน 3 วิธี ที่เวลา 15 นาทีถึง 60 นาที แตกต่างกันโดยกลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 และ ที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนกลุ่มทดลองที่ 1 กับกลุ่มทดลองที่ 3 มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของอุณหภูมิกายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังการรักษาโดยการส่องไฟ และจำนวนทารกที่มีอุณหภูมิกายเข้าสู่ภาวะปกติ ที่เวลา 15 นาที 30 นาที 45 นาที และ 60 นาที ระหว่างมีการควบคุมอุณหภูมิ

กลุ่มทดลอง	15 นาที		30 นาที		45 นาที		1 ชั่วโมง	
	XBT	BTปกติ(n)	XBT	BTปกติ(n)	XBT	BTปกติ(n)	XBT	BTปกติ(n)
1	37.52	0	37.38	0	37.22	2	37.23	7
2	37.49	0	37.24	3	37.10	8	36.88	10
3	37.58	0	37.41	1	37.24	3	37.17	10

จากตารางที่ 3 ที่เวลา 15 นาที ระหว่างที่มีการทดลองไม่มีกลุ่มใดที่สามารถควบคุมอุณหภูมิภายในให้กลับเข้าสู่ปกติได้ ที่เวลา 30 นาที กลุ่มที่ 2 มี 3 รายกลุ่มที่ 3 มี 1 ราย ส่วนกลุ่มที่ 1 ไม่มีทารกที่มีอุณหภูมิภายในกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ที่เวลา 45 นาที กลุ่มที่ 2 มี 8 ราย กลุ่มที่ 3 มี 3 รายกลุ่มที่ 1 มี 2 ราย และมีเฉพาะกลุ่มที่ 2 ที่อุณหภูมิภายในเฉลี่ยอยู่ในภาวะปกติคือเฉลี่ยที่ 37.10 องศาเซลเซียส ที่เวลา 60 นาที กลุ่มที่ 2 มี 10 ราย กลุ่มที่ 3 มี 10 รายกลุ่มที่ 1 มี 7 ราย

ตารางที่ 4 การคงไว้ซึ่งอุณหภูมิปกติโดยดูจากจำนวนทารกในแต่ละกลุ่มที่ต้องมีการลดอุณหภูมิด้วยอุปกรณ์การทดลองที่เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 24 ชั่วโมง ต่อมา

กลุ่ม	1 ชม.	4 ชม.	8 ชม.	12 ชม.	16 ชม.	20 ชม.	24 ชม.	รวม
1	0	1	0	0	1	0	1	3
2	0	0	0	1	1	0	1	3
3	0	0	1	1	0	0	1	3

จากตารางที่ 4 กลุ่มที่ 2 คงไว้ซึ่งอุณหภูมิได้นานที่สุดที่เวลา 12 ชั่วโมง รองลงมาคือกลุ่มที่ 3 ที่เวลา 8 ชั่วโมง และกลุ่มที่ 1 ควบคุมอุณหภูมิได้สั้นที่สุดที่เวลา 4 ชั่วโมงแต่รวมแล้วกลุ่มละ 3 รายเท่ากัน

การอภิปรายผล

ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิภายในทารกตลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ ระหว่างมีการทดลอง กลุ่มที่ที่เข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วที่สุดคือกลุ่มที่ 2 คือที่เวลา 45 นาทีเฉลี่ย 37.10 องศาเซลเซียส รองลงมาคือกลุ่มที่ 3 ที่เวลา 1 ชั่วโมงเฉลี่ย 37.17 องศาเซลเซียส ส่วนกลุ่มที่ 1 เมื่อควบคุมครบ 1 ชั่วโมง อุณหภูมิเฉลี่ย 37.23 องศาเซลเซียสซึ่งสูงกว่าภาวะปกติส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการควบคุมอุณหภูมิภายในให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ของกลุ่มที่ 2 และ 3 คือที่เวลา 30 นาที ของกลุ่มที่ 1 คือที่ เวลา 45 นาที และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิภายในของกลุ่มทดลองแต่ละคู่ พบว่าที่เวลา 15 นาที ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อควบคุมต่อที่เวลา 30 นาที 45 นาที และ 1 ชั่วโมง กลุ่มทดลองที่ 1 กับกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มทดลองที่ 2 กับกลุ่มทดลองที่ 3 มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 และ 3 ที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 3 ไม่แตกต่างกัน แสดงว่าการ

ควบคุมอุณหภูมิภายในทารกตลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟโดยการลดอุณหภูมิด้วยอุปกรณ์ที่ 1 องศาเซลเซียสทันทีที่มีการส่องไฟแล้วค่อยตาม NTET ใช้ระยะเวลาสั้นและสามารถควบคุมอุณหภูมิได้ดีกว่าการค่อยๆลดอุณหภูมิด้วยอุปกรณ์ NTET หลังตรวจพบว่ามีภาวะอุณหภูมิภายในสูงและการลดอุณหภูมิด้วยอุปกรณ์ 1 องศาเซลเซียสหลังตรวจพบว่ามีอุณหภูมิภายในสูงแล้วค่อยลดตาม NTET

ระยะเวลาในการคงไว้ซึ่งอุณหภูมิปกติของร่างกายทารกตลอดกายทารกตลอดก่อนกำหนดที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยการส่องไฟหลังการทดลอง ที่เวลา 1 ชั่วโมง และ ทุก 4 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมง กลุ่มที่ 2 คงไว้ซึ่งอุณหภูมิได้นานที่สุดที่เวลา 12 ชั่วโมง รองลงมาคือกลุ่มที่ 3 ที่เวลา 8 ชั่วโมง และกลุ่มที่ 1 ควบคุมอุณหภูมิได้สั้นที่สุดที่เวลา 4 ชั่วโมงแต่เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิภายในของกลุ่มทดลองแต่ละคู่ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงระยะเวลาในการคงไว้ซึ่งอุณหภูมิปกติภายใน 24 ชั่วโมงหลังการทดลองของทารกทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางหรือข้อมูลสนับสนุนในการพิจารณาเลือก และกำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการควบคุมอุณหภูมิทารกคลอดก่อนกำหนดที่โดยการลดอุณหภูมิตู้อบลงทันที 1 องศาเซลเซียสหลังส่องไฟแล้วค่อยลดตาม NTET เป็นวิธีที่ได้ผลดี และใช้ระยะเวลาสั้น

การวัดอุณหภูมิหลังจากมีการควบคุมอุณหภูมิควรเริ่มที่เวลา 30 นาที เพราะการวัดที่เวลา 15 นาที ตู้อบยังไม่สามารถปรับอุณหภูมิให้คงที่ได้ซึ่งจะเป็นการไม่รบกวนทารกและใช้ระยะเวลาในการดูแลทารกน้อยลง

ด้านการศึกษา

เป็นแนวทางในการสอนนักศึกษาพยาบาล และแนะนำบุคลากรทางการพยาบาล เรื่องการควบคุมอุณหภูมิภายในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงหลังรับการรักษาโดยการส่องไฟ

ด้านการวิจัย

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย เป็นแนวทางในการจัดทำ CNPG และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมอุณหภูมิภายในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงหลังรับการรักษาโดยการส่องไฟ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการควบคุมอุณหภูมิในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงหลังรับการรักษาโดยการส่องไฟโดยการปรับอุณหภูมิตู้อบระหว่าง Mode air and Mode skin และควรมีการศึกษาถึงการควบคุมอุณหภูมิในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงหลังรับการรักษาโดยการส่องไฟโดยการสังเกตพฤติกรรมของทารกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์.(2545). การดูแลทารกพื้นฐาน.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ วิภา จีระแพทย์. (2540) การวัดพลังงานแสงและผลต่ออุณหภูมิสิ่งแวดล้อมของเครื่องส่องไฟสำหรับรักษาตัวเหลือง-ซีด. สารศิริราช 49:323-329
3. นฤมล ชีระรังสิกุล.(2545).การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด.กรุงเทพมหานคร:บริษัทพีเอส
4. พยงค์ บุญญฤทธิ์พงษ์, วิภา บุญเลี้ยง สุภาพรรณ ตันตราชีวะธ.(2550) ประสิทธิภาพของการส่องไฟแบบเข้มในทารกแรกเกิดตัวเหลือง. วชิรเวชสาร, 58(1)
5. พัชร จันทรอินทร์.(2540). การวัดอุณหภูมิทางรักแร้และทวารหนักในทารกคลอดก่อนกำหนด.
6. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็กบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. พัชร วรกิจพูนผล. (2553). การดูแลทารกที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ.<http://www.CMNB.ORG>
8. ชัชฎา บุญยะอภิชาติ,กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และ กิตินันท์ สิทธิชัย.(2550). ผลของการใช้ nest ต่อการควบคุมอุณหภูมิภายในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. สารพยาบาลศิริราช. 2(1).
9. วิภา จีระแพทย์.(2545) .การดูแลทารกพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
10. วิภา จีระแพทย์ และวิไล เลิศธรรมเทวี. (2542). เปรียบเทียบการวัดอุณหภูมิทวารหนัก รักแร้ ผิวหนังทางหน้าท้อง และแก้ม ในทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกคลอดครบกำหนด. สารศิริราช, 51(5).

11. อรฐินี รูปงาม, สมภัทร เทียมเมือง และโชติรส จันทร์สมบัติ.(2547). บทบาทของพยาบาลในการควบคุมอุณหภูมิร่างกายของทารกแรกเกิด. วชิรสารการพยาบาล. 6(1).
12. อรุณ จีรวรรณกุล. (2547) ชีวะสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาสถิติและประชากรศาสตร์. คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
13. Baumgart, S. (2008) . Temperature regulation of the premature infant. in H.W Taeusch, R.a.
14. Ballard, & M.E. Avery (Eds.) Schaffer and Avery , s diseases of the newborn. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
15. Ruiz, R. Jeanne. (2007). Mechanisms of Full Term and Preterm Labor : Factors Influencing Uterine Activity. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 27(6), 652-660.
16. Sandie Bredemeyer. (2005) Issues and innovation in nursing practice thermal management for premature birth. Journal of Advanced Nursing. 52(5).

Original Article

การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาโรงพยาบาลนครพนม

วิจิต เหล่าวัฒนาถาวร ภ.บ.

ศิรานันต์ พลเยี่ยมหาญ ภ.บ.

จันทร์ศิริ ทองทา ภ.บ.

จิราวรรณ สันติเสวี ภ.ม.

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลนครพนม และระบบสาเหตุความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective data collection) จากรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมบันทึก ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาโดยจำแนกความคลาดเคลื่อนทางยาตามขั้นตอนการให้บริการคือ ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา (dispensing error) และประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุดในช่วงขั้นตอนการให้บริการ

ผลการศึกษาพบความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกจำนวน 1,456, 1,766 และ 1,350 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2554-2556 ตามลำดับ และพบในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยในจำนวน 2,112, 3,541 และ 5,995 ครั้ง ตามลำดับ พบความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกจำนวน 20, 50 และ 37 ครั้ง ตามลำดับ และหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยในจำนวน 197, 520 และ 413 ครั้ง ตามลำดับ ประเภทของความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาที่พบบ่อย คือ ชื่อยาค้างกัน โดยในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกพบ 35, 36 และ 46 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยในความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาที่พบมาก คือ ผิดความแรงจำนวน 115, 175 และ 316 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนประเภทของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาที่พบบ่อย คือ ผิดชนิด โดยพบในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอก 6, 11 และ 7 ครั้ง ตามลำดับ และพบในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยในจำนวน 83, 115 และ 101 ครั้ง ตามลำดับ

จากการศึกษาพบว่าการปฏิบัติงานจ่ายยาของกลุ่มงานเภสัชกรรมมีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นได้เสมอโดยพบปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยคือ ผิดจำนวน ผิดความแรง ผิดชื่อที่คล้ายคลึงกัน (Look alike drug) ดังนั้นเภสัชกรจึงควรเฝ้าระวังในการวิเคราะห์สาเหตุ วางแผนป้องกันปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาคุณภาพระบบความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา, ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา, ความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยาถือเป็นความเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายต่อการรักษาด้วยการใช้ยาอย่างไม่ระมัดระวัง หรือขาดความรู้ การปฏิบัติงานด้วยมาตรฐานหรือล้มเหลวของระบบ¹ ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดขึ้นได้หลายจุดในระบบการให้ยาที่เกี่ยวข้องกับสหสาขาวิชาชีพ² และเกี่ยวข้องกับระบบมิใช่บุคคล ความคลาดเคลื่อนทางยา สามารถพบได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการให้ยา ได้แก่ การสั่งใช้ยาและคัดลอกคำสั่งใช้ยา (prescribing error & transcribing error) การจัดจ่ายยา (pre-dispensing error & dispensing error) และความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (administration error) ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ โดยการพัฒนาระบบการออกแบบระบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ความคลาดเคลื่อนการจัดจ่ายยา (pre-dispensing error & dispensing error) เป็นบทบาทและความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรง การเข้าใจและทราบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อน จะช่วยพัฒนาการติดตามผู้ป่วยและยาที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงสำหรับความคลาดเคลื่อนระดับรุนแรงและช่วยปรับปรุงระบบขององค์กรเพื่อลดความเสี่ยง³ อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาไม่มีตัวเลขใดที่จะบอกว่าเป็นที่ยอมรับได้ เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกันในระบบการรายงาน⁴ ระบบการตรวจหา การให้คำนิยามศัพท์ และการจำแนกชนิดความคลาดเคลื่อน แต่องค์กรควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย รวมถึงมีการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น หรือที่พบโดยวิชาชีพอื่น ก่อนที่จะได้มีการบริหารยาให้กับผู้ป่วย (potential error)⁵ ดังนั้นการศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาและสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา จึงมีความสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบการให้ยาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดในอนาคตและเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการของโรงพยาบาล

จากความสำคัญของการติดตามความคลาดเคลื่อนในทางยา กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม มีความสนใจที่จะทบทวนอุบัติการณ์ในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อวิเคราะห์หาประเภทและสาเหตุของความคลาดเคลื่อน โดยจะนำผลการศึกษาที่ได้ไปสร้างกลยุทธ์ป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนซ้ำ และพัฒนาระบบการจ่ายยาให้เกิดความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาจำนวนหรือสัดส่วนความคลาดเคลื่อนทางยาและจำแนกความคลาดเคลื่อนทางยาตามประเภทของความคลาดเคลื่อนในการจัดจ่ายยา (pre-dispensing error & dispensing error)
2. เพื่อระบุสาเหตุความคลาดเคลื่อนการจัดจ่ายยา (pre-dispensing error & dispensing error)

รูปแบบการศึกษา

เก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective data collection) จากรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมบันทึกตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 - เดือนกันยายน 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลนครพนม

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา

1. จำนวนครั้งของการเกิดความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ของเจ้าหน้าที่ห้องยา
2. จำนวนครั้งของการเกิดความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา (dispensing error) ของเภสัชกร

ผลการศึกษา

จากการศึกษารายงานความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาที่เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554-2556 พบความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing

error) ในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกจำนวน 1,456, 1,766 และ 1,350 ครั้ง ตามลำดับ และหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยใน จำนวน 2,112, 3,541 และ 5,995 ครั้ง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา(pre-dispensing error) แยกตามหน่วยงานบริการ

หน่วยงาน	2554 (ครั้ง)	2555 (ครั้ง)	2556 (ครั้ง)
ผู้ป่วยนอก	1,456	1,766	1,350
ผู้ป่วยใน	2,112	3,541	5,995

ส่วนประเภทของความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ซึ่งแบ่งประเภทของความคลาดเคลื่อนเป็นประเภทใหญ่ๆ 4 ประเภท ได้แก่ ผิดชนิด ผิดความแรง ผิดรูปแบบ และผิดจำนวน พบว่าจากปีงบประมาณ 2554-2556 ประเภทของความ

คลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดคือ ผิดจำนวน โดยในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกมีความคลาดเคลื่อนดังกล่าวจำนวน 818, 1,088 และ 810 ครั้ง ตามลำดับ และหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยในจำนวน 1,481, 3,187 และ 4,361 ครั้ง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำแนกประเภทความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา(pre-dispensing error)ตามหน่วยงานบริการ

หน่วยงาน	2554		2555		2556	
	ผิดจำนวน	อื่นๆ*	ผิดจำนวน	อื่นๆ*	ผิดจำนวน	อื่นๆ*
ผู้ป่วยนอก	818	638	1,088	678	810	540
ผู้ป่วยใน	1,481	631	3,187	354	4,361	1,634

* อื่นๆ หมายถึงความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาผิดชนิดหรือ ผิดความแรงหรือ ผิดรูปแบบ

ส่วนความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา (dispensing error) พบในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกจำนวน 20, 50 และ 37 ครั้ง ตามลำดับ และหน่วยงานจ่ายยา

ผู้ป่วยในจำนวน 197, 520 และ 413 ครั้ง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา(dispensing error) จำแนกตามหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	2554 (ครั้ง)	2555 (ครั้ง)	2556 (ครั้ง)
ผู้ป่วยนอก	20	50	37
ผู้ป่วยใน	197	520	413

ประเภทของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา (dispensing error) สามารถแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ 4 ประเภท ได้แก่ ผิดชนิด ผิดความแรง ผิดรูปแบบ และผิดจำนวน โดยในปีงบประมาณ 2554-2556 ประเภทของความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุด

หน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอก คือ ผิดจำนวนเป็นจำนวน 11, 24 และ 21 ครั้ง ตามลำดับ และประเภทความคลาดเคลื่อนที่พบมากในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยใน คือ ผิดชนิด/ความแรง/รูปแบบ เป็นจำนวน 114, 241 และ 212 ครั้ง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำแนกประเภทความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา (dispensing error) จำแนกรายปี

หน่วยงาน	2554		2555		2556	
	ผิดจำนวน	อื่นๆ*	ผิดจำนวน	อื่นๆ*	ผิดจำนวน	อื่นๆ*
ผู้ป่วยนอก	11	9	24	26	21	16
ผู้ป่วยใน	83	114	279	241	201	212

* อื่นๆ หมายถึงความคลาดเคลื่อนจ่ายยาผิดชนิดหรือ ผิดความแรงหรือ ผิดรูปแบบ

ส่วนสาเหตุของความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ซึ่งทางหน่วยงานเภสัชกรรมได้แบ่งสาเหตุเฉพาะทางด้านยาได้แก่ 1) ชื่อยาคั้ยกัน 2) รูปแบบยาคั้ยกัน 3) บรรจุภัณฑ์ของยาคั้ยกัน และ 4) ผิดความแรง

โดยพบว่าจากปีงบประมาณ 2554-2556

ประเภทของความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาที่พบมากในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกคือ ชื่อยาคั้ยกัน จำนวน 35, 36 และ 46 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยในความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาที่พบมาก คือ ผิดความแรง จำนวน 115, 175 และ 316 ครั้ง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สาเหตุของความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error)

ประเภทของ ความคลาดเคลื่อน	2554		2555		2556	
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
ชื่อยาคั้ยกัน	11	9	24	26	21	16
รูปแบบยาคั้ยกัน	83	114	279	241	201	212
บรรจุภัณฑ์ของยาคั้ยกัน	5	22	0	0	3	9
ผิดความแรง	54	115	25	175	41	316

ส่วนสาเหตุทางด้านยาของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาผิดพลาดให้กับผู้ป่วย (dispensing error) นั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ประเภท คือ 1) จ่ายยาผิดชนิด 2) จ่ายยาผิดรูปแบบ 3) จ่ายยาผิดความแรง 4) จ่ายยาผิดวิธีใช้ และ 5) จ่ายยาไม่ถูกผู้ป่วย โดย

ประเภทของความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดคือ ผิดชนิดซึ่งพบในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกจำนวน 6, 11 และ 7 ครั้ง ตามลำดับ และพบในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยในจำนวน 83, 115 และ 101 ครั้ง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ประเภทของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา (dispensing error)

ประเภทของ ความคลาดเคลื่อน	2554		2555		2556	
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
จ่ายยาผิดชนิด	6	83	11	115	7	101
จ่ายยาผิดรูปแบบ	0	19	2	12	1	24
จ่ายยาผิดความแรง	0	76	2	2	2	23
จ่ายยาผิดวิธีใช้	1	11	7	70	1	54
จ่ายยาไม่ถูกผู้ป่วย	2	3	7	20	0	8

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงานจ่ายยากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม ย้อนหลังในช่วงปีงบประมาณ 2554-2556 พบว่าปัญหาที่เกิดจากการความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ที่พบบ่อยที่สุด คือ ผิดจำนวน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิลักษณ์และคณะ^๗ และยังพบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา (dispensing error) ที่พบบ่อยที่สุด คือ ผิดชนิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชมพูสุข และคณะ^๘ ที่ศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาสารคาม

การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่าสาเหตุที่สำคัญในการเกิดความคลาดเคลื่อนที่พบได้มากที่สุดได้แก่ ชื่อยาใกล้เคียงกัน ซึ่งทำให้เกิดความสับสนและสาเหตุจากฉลากยาหรือภาชนะบรรจุยาค้ายกันเนื่องจากอักษรที่ระบุมีสีคล้ายกันและยาทั้งสองชนิดบางครั้งเป็นผู้ผลิตรายการเดียวกัน

ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งในส่วนความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) และความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา (dispensing error) ที่พบบ่อยที่สุด คือ ผิดจำนวนโดยอาจเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ แต่มีสาเหตุที่สำคัญคือความเร่งรีบเร่งในการจัดยา จำนวนยาที่ให้กับผู้ป่วยในการติดตามผลการรักษาของแพทย์ที่ไม่ตรงกับวันนัด นอกจากนี้ยังเนื่องจากการจ่ายยาของหน่วยงานผู้ป่วยในเป็นแบบ one day dose

บางครั้งลืมลอกการยารายต่อเนื่อง หรืออาจเกิดจากการคัดลอกลายมือการสั่งจ่ายยาของแพทย์ลงในใบ profile หรือการพิมพ์จำนวนยาเกิดความผิดพลาด รวมไปถึงการนับเวลาในการให้ยาผู้ป่วยตามวิธีบริหารของแพทย์และพยาบาลในตึกด้วย นอกจากนั้นแผนของจำนวนเม็ดยาบางบริษัทได้มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนบรรจุทำให้เจ้าหน้าที่ห้องยาเกิดความสับสน กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงมีการแก้ไขโดยการปรับปรุงความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาผิดจำนวน คือ การทำระบบ pre-pack ในการบรรจุยาให้มีขนาดจำนวนที่แตกต่างกันมากขึ้น การทำตารางเป็นแนวทางในการจัดจำนวนยาให้เพียงพอกับวิธีบริหารยา รวมไปถึงการคำนวณยาให้ตรงตามนัดของผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนั้นจะช่วยลดการผิดพลาดในการจัดผิดจำนวนลงได้

ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) พบสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งคือ ผิดความแรงเนื่องจากยาชนิดเดียวกันที่มีอยู่ในโรงพยาบาลมีหลายความแรง โดยยาที่จัดผิดและจ่ายผิดบ่อยที่สุดคือ diazepam 2 mg กับ diazepam 5 mg, amitriptyline 10 mg กับ amitriptyline 25 mg ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมได้มีแนวทางในการแก้ไข โดยมีการเฝ้าระวังในการทำเครื่องหมายวงกลมยาที่มีความแตกต่างกันในฉลากยา และมีการติดสติ๊กเกอร์เป็นรูปดอกไม้ใส่ในถ้วยยาที่มีความแรงแตกต่างกัน เพื่อทำให้สะดวกตาในการจัดยา ซึ่งทำให้การจัดผิดความแรงมีจำนวนลดลง diazepam ก่อนทำ 14 ครั้งเทียบกับหลังทำ 5 ครั้งและ

amitriptyline ก่อนทำ 13 ครั้งเทียบกับหลังทำ 5 ครั้ง ส่วนความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา (dispensing error) อีกประการหนึ่งคือการจ่ายผิดชนิด สาเหตุเนื่องจากช่วงปีงบประมาณ 2554-2556 ที่ผ่านมานั้นได้มีการนำยาเข้ามาใหม่หรือการเปลี่ยนบริษัทยาใหม่ ทำให้ฉลากยาหรือภาชนะบรรจุยาลายกัน เนื่องจากอักษรที่ระบุมีสีคล้ายกัน ทำให้เกิดข้อหรือเสียงคล้ายคลึงกันLASA (Look Alike Sound Alike) คู่ใหม่เกิดขึ้น อุบัติการณ์ที่พบในประเภทยาฉีด คือ vitamin B1 injกับ vitamin K1 inj., Onsia inj. กับ 50%MgSO4 inj., chloramphenicol inj. กับ cloxacillin inj. แนวทางการแก้ไข คือ การติดสติ๊กเกอร์ที่ Ampule ของยาที่มีลักษณะเหมือนกัน ให้ระวังการจัดและจ่ายยาผิด ส่วนประเภทของยารับประทานที่พบได้บ่อยคือ คือ diclofenac tab กับ dextrometorphane tab, prazosin tab กับ serratiopeptidase tab, clonazepam tab กับ clozapine tab แนวทางแก้ไข แยกวางยาไว้ที่ใหม่ให้ห่างกัน หรือเปลี่ยนฉลากใช้เป็น tall man letter เพื่อที่จะสังเกตเห็นง่ายในการจัดและจ่ายให้กับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาของทางกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม ยังพบว่าหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกนั้นมียาผลการคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่าหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยใน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการตรวจดักจับในการดูความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงานจ่ายยาของผู้ป่วยในยังมีพยาบาลที่ประจำตึกมีการตรวจสอบการให้ยากับผู้ป่วยส่วนในหน่วยงานจ่ายยาผู้ป่วยนอกการตรวจดักจับนั้นควรจะต้องมีการมาตรการที่จะมีการสุ่มตรวจยาหลังจากผู้ป่วยได้รับยาไปแล้วด้วย

ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการทางโรงพยาบาลควรพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา และระบบการรายงานที่ต้องปรับปรุงให้มีการระบุสาเหตุการคลาดเคลื่อนทางยาโดยมีวิเคราะห์ข้อมูลเป็นระยะๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการใช้ยาในโรงพยาบาลให้เกิดความปลอดภัย และการสร้างกลยุทธ์ป้องกันมิให้เกิดความคลาดเคลื่อนซ้ำ และลด

ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา เช่น การแยกเก็บยานำมาแบ่งบรรจุเพื่อให้เกิดความแตกต่างเด่นชัด การปรับฐานข้อมูลชื่อยาสามัญทางยาหรือชื่อทางการค้าที่ใกล้เคียงกัน⁹ รวมทั้งการนำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยารายงานต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดถึงปัญหาที่พบเพื่อกำหนดนโยบายการคัดเลือกชื่อยารวมถึงการแจ้งบริษัทผู้ผลิตถึงความคลาดเคลื่อนที่พบ

นอกจากนี้การนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการระบบการสั่งยาโดยแพทย์หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วย จะเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดความคลาดเคลื่อนจากการอ่านลายมือแพทย์ ลดขั้นตอนการทำงานในการลอกคำสั่งแพทย์โดยพยาบาล รวมถึงระบบคอมพิวเตอร์จะมีฐานข้อมูลประกอบการบริหารยา การคำนวณยา และข้อมูลผู้ป่วยที่พร้อมประกอบการจ่าย

บรรณานุกรม

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibility in pharmaceutical care. AM Hosp Pharm. 1990; 553-43
2. Richardson WC. To err in human: Building a safer health system. 1999.
3. Lesar RS, Briceland LL, Delcours K, et al. medication prescribing error in teaching hospital. JAMA 1990; 263; 2329-34.
4. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP taxonomy of medication error 1998 available at: www.NCCMERP.org. Accessed February, 2002.
5. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP guideline on preventing medication error in hospital. Am J Hosp Pharm. 1993; 50; 305-14.
6. Lucian L. Leape, David W. Bates, David J. Cullen, et al. System analysis of adverse Drug Events. JAMA, 1995; 274: 35-43.

7. อภิลักษณ์ นวลศรี. ความคลาดเคลื่อนทางยากับการใช้ระบบสั่งยาคอมพิวเตอร์ จากหอผู้ป่วย. วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร 2549: 24: 1-7
8. ชมพูนุท พัฒนจักร. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม.วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล
9. กรัณท์รัตน์ ทิวนอม, ศุภลักษณ์ ธนานนท์ นิवासและคณะ. บทความในรายวิชาสัมมนาทางเภสัชศาสตร์. หลักสูตรเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปกร นครปฐม.

Original Article

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม

ธีระพล เหมะธูลินทร์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทราบถึงสถานการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงานที่สำคัญของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม 2) วิเคราะห์และประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 286 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ One way ANOVA ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.2 มีอายุโดยเฉลี่ย 38.81 ปี อายุการทำงานโดยเฉลี่ย 18.6 ปี มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 68.2 เป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุดร้อยละ 37.1
2. บุคลากรโรงพยาบาลนครพนมส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 45.5 รองลงมาอยู่ในระดับดีร้อยละ 45.1 โดยมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 9.74 คะแนน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) ส่วนทัศนคติส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 26.92 รองลงมาอยู่ในระดับดีร้อยละ 26.57 โดยมีค่าคะแนนระดับทัศนคติเฉลี่ยเท่ากับ 31.23 คะแนน (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)
3. ระดับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมที่พอใช้ร้อยละ 65.70 รองลงมา มีระดับพฤติกรรมที่ดีร้อยละ 31.80
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การเป็นอาสาสมัครแกนนำสร้างสุขภาพในหน่วยงาน, การมีหลักการ ข้อปฏิบัติหรือแนวทางการทำงานที่ปลอดภัยในหน่วยงาน, การถ่ายทอดสื่อสารความรู้ในหน่วยงาน, การมีป้ายเตือน/แนะนำ/สื่อความปลอดภัยในหน่วยงาน, การเน้นการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในหน่วยงาน, ประเพณี/ลักษณะงานในหน่วยงาน, การสัมผัสความเสี่ยงในหน่วยงาน, การได้รับการอบรม/รณรงค์, การได้รับการตรวจเยี่ยมประเมินหน่วยงาน, การได้รับการปรับปรุงแก้ไขปัญหาความเสี่ยง, ระดับความรู้ และระดับทัศนคติ

Study of behaviors to prevent health risks from working among personnel in Nakhon Phanom Hospital

Abstract

This research was a cross – sectional survey. The objectives were 1) to know situation about health risks from working of personnel in Nakhon Phanom Hospital, 2) to analyze and evaluate knowledge, attitude and behavior of prevent health risks from working of personnel in Nakhon Phanom Hospital and 3) to study factors affecting behavior of prevent health risks from working of personnel in Nakhon Phanom Hospital. The sample were 286 personnel in Nakhon Phanom Hospital. Questionnaire was a tool to fulfill, observe, collected and analyze. Statistical analyses were descriptive, percentage, mean, standard deviation, t-test and one way ANOVA by computer program. The results showed that:

1. The sample groups 75.2 percent were female, average age 38.81 years, average working age 18.60 years, 68.20 were Bachelor's Degree and 37.10 percent were nurse.
2. Most personnel in Nakhon Phanom Hospital have knowledge about health risks from working as the medium level, 45.50 percent. Subordinate were good level, 45.10 percent. Average score of knowledge was 9.74 points (full score was 15 points). About attitude, most personnel were medium level, 26.92 percent. Subordinate were good level, 26.57 percent. Average score of attitude was 31.23 points (full score was 60 points).
3. About behavior of prevent health risks from working found that most personnel have behavior of prevent as medium level, 65.70 percent. Subordinate were good level, 31.80 percent.
4. Factors affecting behavior of prevent health risks from working of personnel in Nakhon Phanom Hospital as the health promotion volunteer in department, the safety work practices in department, knowledge communications in department, warning Signs/ labels/ media security in department, using personal protect equipment(PPE.), work and job style in department, exposure health risks in department, to be trained/have the campaign, visits and assessment in department, manage and modify environment for reduce health risks in department, knowledge level and attitude level.

บทนำ

โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล นับว่าเป็นสถานประกอบการอย่างหนึ่งซึ่งเปรียบเสมือนโรงงานอุตสาหกรรมที่มีกระบวนการทำงานหลายขั้นตอน ที่อาจส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพต่างๆ ทั้งทางด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ และจิตวิทยาสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้ สิ่งคุกคามต่างๆ เหล่านี้อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรจนทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน รวมทั้งอาจเกิดการสูญเสียทางอ้อมในด้านอื่นๆ ตามมาด้วย

มีรายงานการศึกษาของ Gun ในปี 1983 พบว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในอาชีพอื่นๆ ทั้งหมดถึง 1.5 เท่า นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพในระบบอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อ โรคระบบทางเดินอาหาร ปัญหาการได้ยิน การตั้งครรภ์และการกำเนิดของทารก โรคผิวหนัง และโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งพบว่ามีความเสี่ยงที่สูงกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาชีพอื่นๆ โดยพบว่า ปัญหาการบาดเจ็บที่กล้ามเนื้อหลัง (low-back injury) มักพบในเพศหญิงและมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk) สูงถึง 166 เท่า⁽¹⁾

โรงพยาบาลนครพนม เป็นสถานบริการสาธารณสุขอีกแห่งหนึ่ง ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานในหลายๆ ด้าน จะเห็นได้จากสถิติการเจ็บป่วย 5 อันดับแรกของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม ในปี 2555⁽²⁾ ที่พบว่าเป็นโรคที่เกิดจากการทำงานหรือเกี่ยวเนื่องจากการทำงานทั้งสิ้น ได้แก่

1. Muscles strain ร้อยละ 54.41
2. ปวดบริเวณหัวไหล่ ร้อยละ 49.94
3. Acute upper respiratory infection, unspecified ร้อยละ 48.03
4. Acute pharyngitis, unspecified ร้อยละ 32.98
5. Low back pain ร้อยละ 31.79

และจากผลการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน ปี 2554 – 2555⁽³⁾ พบว่ามีความเสี่ยงหรือสิ่งคุกคามด้านสุขภาพภายในหน่วยงานที่สำคัญได้แก่ ปัญหาด้านการยศาสตร์(ท่าทางการทำงาน), การสัมผัสฝุ่นละออง สารเคมี ก๊าซและรังสี, ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน, การสัมผัสจุลินทรีย์และเชื้อโรค, การสัมผัสความร้อน เสียงดังและแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ, ระบบระบายอากาศ, ความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย และภาวะเครียดจากการทำงาน ดังนั้น จะเห็นได้ว่าบุคลากรต่างๆ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลนับว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานที่ไม่น้อยกว่าผู้ประกอบการอาชีพในภาคการงานอื่นๆ แม้ว่าผู้ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

ในการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม จึงได้จัดกิจกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล เพื่อดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานให้แก่บุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลนครพนม โดยมีกิจกรรมที่สำคัญได้แก่การตรวจประเมินเพื่อสืบค้นความเสี่ยงต่อ การวิเคราะห์บททวนข้อมูลการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติงาน การปรับปรุงมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เป็นความเสี่ยงด้านสุขภาพ การฝึกอบรมให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน การสอบสวนอุบัติเหตุจากการทำงาน และการจัดทำโครงการเพื่อสร้างแรงจูงใจผู้ปฏิบัติงาน ให้มีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/กิจกรรมด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน

จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม โดยมองว่าผลจากการดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล จะทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ดี และอาจจะมียุทธศาสตร์ที่สำคัญนอกเหนือจากผลการดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล

ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทราบถึงสถานการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงานที่สำคัญของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อวิเคราะห์และประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical Study) แบบการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Study) โดยการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานจัดการและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน ในกลุ่มประชากรที่เป็นบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 997 คน และใช้สูตรของ YAMANE คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 286 ตัวอย่าง เพื่อเก็บข้อมูลนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัย ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลด้านความรู้ 3) ข้อมูลด้านทัศนคติ และ 4) ข้อมูลด้านพฤติกรรม จากนั้นได้เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ระหว่างเดือนมกราคม – เมษายน 2556 และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม เพื่ออธิบายสถิติเชิงพรรณนา ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ค่าคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)

และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) พร้อมทั้งเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมด้านการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานกับตัวแปรอิสระที่กำหนดไว้ ด้วยสถิติ t-test และ One way ANOVA โดยกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม สามารถได้ผลสรุปการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 286 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.2 มีอายุโดยเฉลี่ย 38.81 ปี อายุการทำงานโดยเฉลี่ย 18.6 ปี มีวุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีร้อยละ 68.2 เป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุดร้อยละ 37.1 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ช่างซ่อมบำรุง และเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 23.1 เป็นพนักงานทั่วไปและลูกจ้างชั่วคราวร้อยละ 16.1 เป็นนักวิชาการ นักเทคนิคการแพทย์ กายภาพ รังสีเทคนิค โภชนากร และเจ้าพนักงานร้อยละ 13.6 นอกนั้นเป็นแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกรร้อยละ 10.1 ในจำนวนนี้มีบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญได้แก่ เป็นคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลด้านต่างๆร้อยละ 21 เป็นแกนนำสุขภาพในหน่วยงานร้อยละ 17.8 เป็นพยาบาลควบคุมโรคติดต่อในหน่วยงาน(ICWN.)ร้อยละ 7.7 และเป็นหัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วยงาน ร้อยละ 6.6

ข้อมูลด้านสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา มีผู้ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงาน ร้อยละ 2.8 และมีการสัมผัสความเสี่ยงหรือสิ่งคุกคามด้านสุขภาพจากการทำงานมากที่สุดคือ การใช้อุปกรณ์แหลมคมร้อยละ 31.4 รองลงมาคือการยืน/นั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานร้อยละ 24.1 ลักษณะงานที่ก่อให้เกิดความเครียดร้อยละ 20.9 เสี่ยงต่อการสัมผัสรังสี

ร้อยละ 16.1 การระบายอากาศไม่ดีร้อยละ 15.7 แสงสว่างใน การทำงานไม่ได้ตามมาตรฐานร้อยละ 15 เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อโรคและจุลินทรีย์ร้อยละ 13.6 ทำงานในที่พื้นเปียกชื้นร้อยละ 12.9 การออกแรงยก/ดิ่ง/ดันเข็นของหนักร้อยละ 11.5 การสัมผัสสารเคมีร้อยละ 9.4 การสัมผัสฝุ่นละอองร้อยละ 8.4 ทำงานในที่ที่มีเสียงดังร้อยละ 7 การใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าร้อยละ 6.6 การใช้ยานพาหนะร้อยละ 5.2 การเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงร้อยละ 4.5 การสัมผัสก๊าซทางการแพทย์/ก๊าซไวไฟร้อยละ 2.7 การสัมผัสความร้อนร้อยละ 2.7 และการทำงานในที่สูงร้อยละ 1

นอกจากนี้ยังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีกระบวนการป้องกันความเสี่ยงหรืออันตรายจากการทำงานในหน่วยงานมากที่สุดคือ มีการเน้นการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล(PPE.)ขณะทำงานร้อยละ 40.6 รองลงมาคือ มีข้อปฏิบัติหรือขั้นตอนการทำงานที่ปลอดภัยประจำหน่วยงานร้อยละ 16.4 มีการใช้สื่อ/ป้ายเตือน/แนะนำในหน่วยงานร้อยละ 11.5 และมีการถ่ายทอดสื่อสารเรื่องความปลอดภัยความปลอดภัยเป็น

ประจำในหน่วยงานร้อยละ 5.9 ส่วนการเข้าร่วมหรือได้รับกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยจากการทำงานพบว่า ได้รับการตรวจเยี่ยมประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพในหน่วยงานร้อยละ 50.3 เข้ารับการอบรม/ร่วมรณรงค์เรื่องความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงานร้อยละ 39.9 และได้รับการแนะนำให้ปรับปรุงแก้ไข/จัดการเพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพในหน่วยงานร้อยละ 27.3

2. ผลสรุปการวิเคราะห์ความรู้ และทัศนคติด้านการจัดการและป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม

จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบความรู้เรื่องความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงาน พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลนครพนมส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.5 รองลงมาอยู่ในระดับดีร้อยละ 45.1 และอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 9.4 โดยมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 9.74 คะแนน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เรื่องความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงาน

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ไม่ดี (0-5 คะแนน)	27	9.4
ระดับความรู้ปานกลาง (6-10 คะแนน)	130	45.5
ระดับความรู้ดี (11-15 คะแนน)	129	45.1
รวม	286	100

$$\bar{X}=9.74 \quad S.D. = 3.161$$

ส่วนการวิเคราะห์ผลการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงานพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลนครพนมส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติในระดับปานกลาง

ร้อยละ 26.92 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีร้อยละ 26.57 โดยมีค่าคะแนนระดับทัศนคติเฉลี่ยเท่ากับ 31.23 คะแนน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงาน

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับทัศนคติไม่ดี (0-30 คะแนน)	144	50.3
ระดับทัศนคติดี (31-45 คะแนน)	76	26.6
ระดับทัศนคติดีมาก (46-60 คะแนน)	66	23.1
รวม	286	100

$\bar{X}=31.23$ S.D. = 16.822

3. ผลสรุปการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลนครพนมมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานได้แก่ การปฏิบัติตามแนวทางหรือขั้นตอนการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 58.4 ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 27.6 และไม่ได้ปฏิบัติร้อยละ 14 การปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติร้อยละ 52.8

ปฏิบัติบางครั้งร้อยละ 41.3 และปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 5.9 การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 47.6 ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 31.8 และไม่ได้ปฏิบัติร้อยละ 20.6 พฤติกรรมการบริการที่ดี พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 59.4 ไม่ได้ปฏิบัติร้อยละ 40.6 และไม่มีการปฏิบัติเป็นประจำเลย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 51.7 ไม่ได้ปฏิบัติร้อยละ 48.3 และไม่มีการปฏิบัติเป็นประจำเลย ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมความปลอดภัยและการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพหรืออันตรายจากการทำงาน จำแนกเป็นรายข้อ

พฤติกรรม	ปฏิบัติประจำ		ปฏิบัติบางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การปฏิบัติตามแนวทางหรือขั้นตอนการทำงานที่ปลอดภัยในหน่วยงาน	79	27.6	167	58.4	40	14
2. พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี	17	5.9	118	41.3	151	52.8
3. พฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	91	31.8	136	47.6	59	20.6
4. พฤติกรรมการบริการที่ดี	0	0	170	59.4	116	40.6
5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง	0	0	148	51.7	138	48.3

เมื่อศึกษาถึงระดับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพโดยรวมพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลนครพนมส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมที่พอใช้ร้อยละ 65.70 รองลงมา มีระดับพฤติกรรมที่ดีร้อยละ 31.80 ไม่มีพฤติกรรม

ในการป้องกันความเสี่ยงร้อยละ 2.40 และไม่มีบุคลากรที่มีระดับพฤติกรรมที่ดีมากเลย ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมความปลอดภัยและการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพหรืออันตรายจากการทำงาน

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยง (0 คะแนน)	7	2.40
ระดับพฤติกรรมพอใช้ (1-10 คะแนน)	188	65.70
ระดับพฤติกรรมที่ดี (11-20 คะแนน)	91	31.80
ระดับพฤติกรรมที่ดีมาก (21-30 คะแนน)	0	0
รวม	286	100

$\bar{X} = 8.44$ S.D. = 4.450

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า มีปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <.001) ได้แก่ การเป็นอาสาสมัครแกนนำสร้างสุขภาพในหน่วยงาน, การมีหลักการ ข้อปฏิบัติหรือแนวทางการทำงานที่ปลอดภัยในหน่วยงาน, การถ่ายทอดสื่อสารความรู้ในหน่วยงาน, การมีป้ายเตือน/

แนะนำ/สื่อความปลอดภัยในหน่วยงาน, การเน้นการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในหน่วยงาน, ประเภท/ลักษณะงานในหน่วยงาน, การสัมผัสความเสี่ยงในหน่วยงาน, การได้รับการอบรม/รณรงค์, การได้รับการตรวจเยี่ยมประเมินหน่วยงาน, การได้รับการปรับปรุงแก้ไขปัญหาความเสี่ยง, ระดับความรู้ และระดับทัศนคติ ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนในปัจจัย(ตัวแปร) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม ด้วยสถิติ T-Test

ปัจจัย(ตัวแปร)	ค่าตัวแปร	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
แกนนำสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยงาน	ไม่เป็น	235	7.37	3.948	-10.183	.000
	เป็น	51	13.37	3.124		
มีข้อปฏิบัติการทำงานที่ปลอดภัยในหน่วยงาน	ไม่มี	239	7.44	3.814	-10.001	.000
	มี	47	13.55	3.933		
มีการถ่ายทอดสื่อสารเรื่องความปลอดภัย	ไม่มี	269	7.90	3.993	-9.330	.000
	มี	17	17.00	1.732		
มีป้ายเตือน/แนะนำ/สื่อความปลอดภัย	ไม่มี	253	7.67	3.932	-9.187	.000
	มี	33	14.33	3.764		
การเน้นการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	ไม่มี	170	6.88	3.789	-7.940	.000
	มี	116	10.73	4.367		

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนในปัจจัย (ตัวแปร) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม ด้วยสถิติ one way ANOVA

ปัจจัย(ตัวแปร)	แหล่งความแปรปรวน	Sum of squares	df	Mean Square	F	p-value
ประเภทหน่วยงาน	Between Groups	641.675	3	213.892	12.057	.000
	Within Groups	5002.814	282	17.740		
	Total	5644.490	285			
ความเสี่ยงที่สัมผัส	Between Groups	1960.164	24	81.673	5.786	.000
	Within Groups	3684.326	251	14.116		
	Total	5644.490	285			
การอบรม/รณรงค์	Between Groups	972.610	2	486.305	29.458	.000
	Within Groups	4671.879	283	16.508		
	Total	5644.490	285			
การตรวจประเมิน	Between Groups	1297.129	2	648.565	42.220	.000
	Within Groups	4347.360	283	15.362		
	Total	5644.490	285			
การได้รับคำแนะนำและแก้ไข้ปัญหา	Between Groups	695.546	1	695.546	39.915	.000
	Within Groups	4948.944	284	17.426		
	Total	5644.944	285			
ระดับความรู้	Between Groups	916.703	2	458.352	27.436	.000
	Within Groups	4727.786	283	16.706		
	Total	5644.490	285			
ระดับทัศนคติ	Between Groups	2529.728	2	1264.864	114.923	.000
	Within Groups	3114.761	283	11.006		
	Total	5644.490	285			

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการ และป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน

จากผลการวิจัยพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลนครพนม ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานในระดับปานกลาง และรองลงมาอยู่ในระดับดี อาจจะเนื่องด้วยบุคลากรโรงพยาบาลนครพนมได้รับความรู้จากกระบวนการเรียนรู้อบรมที่จัดขึ้นอยู่เป็นประจำ และมีกิจกรรมการให้ความรู้/รณรงค์เรื่องความปลอดภัยจากการทำงานร่วมกับกิจกรรมการพัฒนาอื่นๆของโรงพยาบาลอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลิศ พุทธแสง⁽⁴⁾ ที่ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานและลูกจ้างในบริษัท ที่พบว่าพนักงานและลูกจ้างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่การศึกษาด้านทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม ส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรบางส่วนยังขาดการมีส่วนร่วมในการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในหน่วยงาน และผลการศึกษายังพบอีกว่า ปริมาณความเสี่ยงที่สัมผัสอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ไม่รุนแรงมาก อาจเป็นไปได้ว่าบุคลากรบางส่วนยังขาดความตระหนักในเรื่องการป้องกันความเสี่ยงความปลอดภัย และมีทัศนคติไม่ดีเท่าที่ควร

2. การวิเคราะห์พฤติกรรมในการป้องกัน ความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลนครพนมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าระดับพฤติกรรมในการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 65.70 และค่อนข้างต่ำระดับพฤติกรรมที่ต่ำร้อยละ 31.80 อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลนครพนมมีกระบวนการและกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันความปลอดภัยจากการทำงานที่ชัดเจน ตั้งแต่การประเมินวิเคราะห์ความเสี่ยง การอบรมและรณรงค์ การตรวจเยี่ยม แนะนำ และสร้างแนวทางการทำงานที่ปลอดภัยในหน่วยงาน รวมทั้งสรุปผลการวิเคราะห์ประเมินเพื่อ

วางแผนการพัฒนาการจัดการเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความตื่นตัวในการป้องกันตนเอง และเรียนรู้แนวทางการทำงานที่ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิราภรณ์ ทองยัง⁽⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ โดยพบว่าพนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานพบว่า มีหลายปัจจัยที่สอดคล้องกับกระบวนการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในโรงพยาบาลนครพนมได้แก่ การได้รับการอบรม/รณรงค์, การได้รับการตรวจเยี่ยมประเมินหน่วยงาน, การได้รับการปรับปรุงแก้ไขปัญห ความเสี่ยงในหน่วยงาน ซึ่งแสดงถึงการดำเนินงานตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและมีส่วนสนับสนุนให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่ดีอีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องอีกได้แก่ การเป็นอาสาสมัครแกนนำสร้างสุขภาพในหน่วยงาน, การมีหลักการ ข้อปฏิบัติหรือแนวทางการทำงานที่ปลอดภัยในหน่วยงาน, การถ่ายทอดสื่อสารความรู้ในหน่วยงาน, การมีป้ายเตือน/แนะนำ/สื่อความปลอดภัยในหน่วยงาน, การเน้นการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในหน่วยงาน, ประเภท/ลักษณะงานในหน่วยงาน, การสัมผัสความเสี่ยงในหน่วยงาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าว ล้วนมาจากกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานทั้งสิ้น ดังนั้น อาจถือได้ว่าวัฒนธรรมองค์กรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงานของหน่วยงาน ย่อมมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรในหน่วยงานนั่นเอง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้และทัศนคติของบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับดี จึงต้องเน้นกระบวนการสร้างความตระหนักในเรื่อง

ความปลอดภัยจากการทำงานให้มากขึ้น โดยเน้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ และสื่อสารข้อมูลย้อนกลับให้แก่บุคลากรได้รับทราบถึงสถานการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เปิดเวทีอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้มากขึ้น จะดีกว่าการจัดอบรมเพื่อให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียว

1.2 ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ และค่อนข้างต่ำทางระดับพฤติกรรมที่ดี ซึ่งแสดงถึงการมีกระบวนการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่าบุคลากรที่ไม่มีพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพเลย ดังนั้น จึงต้องเพิ่มกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในหน่วยงานให้ครอบคลุมมากกว่านี้ และไม่มีบุคลากรที่มีระดับพฤติกรรมที่ดีมากเลย แสดงถึงความไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่องในการแสดงพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากร จึงต้องเน้นการสร้างกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ให้กลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรให้ได้ในที่สุด

1.3 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในหน่วยงาน และเป็นกิจกรรมด้านความปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากหน่วยงานที่กำหนดขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมกระบวนการดำเนินงานที่ทำอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยการเพิ่มความถี่ในการทำกิจกรรมให้มากขึ้น และส่งเสริมให้หน่วยงานได้คิดกำหนดกิจกรรมความปลอดภัยด้วยตนเองเพื่อความเหมาะสมกับกระบวนการทำงานภายในหน่วยงาน สร้างการมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกคนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมความปลอดภัยในหน่วยงานและเฝ้าระวังความเสี่ยง เพื่อแก้ไขปัญหาภายในหน่วยงานร่วมกัน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองเพื่อลดการสัมผัสความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลนครพนม ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเรื่องการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการสัมผัสความเสี่ยงความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานที่ครอบคลุมหลากหลายมากขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาเรื่องการประเมินผลลัพธ์จากกระบวนการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและนำไปใช้เป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินผลลัพธ์จากการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงของบุคลากร เพื่อค้นหาต้นแบบหรือแบบอย่างพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมในการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรในหน่วยงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล ; 2554.
2. โรงพยาบาลนครพนม. รายงานข้อมูลผู้ป่วยและสถิติโรค โรงพยาบาลนครพนมประจำปี 2555; 2556.
3. โรงพยาบาลนครพนม กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม. ผลการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม ปี 2553-2555; 2556.
4. เลิศ พุทแสง. ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการทำงานของพนักงานและลูกจ้าง ศึกษาเฉพาะบริษัทไทย เมนเทนแนนซ์คอนแทรคติ้ง จำกัด เขตอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
5. วิราภรณ์ ทองยัง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเกษียณ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.

Topic review

หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักที่มีแผลเปิด(Open Fracture) เบื้องต้น

ธนาวัฒน์ อุปพงษ์ แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1

ทศพล นุตตะรังค์ พบ.ว. ศัลยศาสตร์กระดูก

ภาควิชาศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลนครพนม

Open Fracture คือภาวะที่เกิดการหักของกระดูกร่วมกับมีส่วนของกระดูกยื่นออกมาสู่ผิวหนังนอกหรือมีแผลจากภายนอกลึกเข้าไปถึงส่วนที่มีการหักของกระดูก มักเกิดจากการกลไกการบาดเจ็บที่ค่อนข้างรุนแรงกว่าการหักที่ไม่มีแผลเปิด ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้ หลักการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักที่มีแผลเปิดนั้น ขั้นตอนแรกจะให้การดูแลในเรื่อง Primary Survey เหมือนผู้ป่วย Trauma ทั่วไป เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่มักจะเกิดจากกลไกการบาดเจ็บที่ค่อนข้างรุนแรงอาจทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้ หลังจาก Primary survey และให้การดูแลรักษาเบื้องต้นเรียบร้อยแล้วหากผู้ป่วยมีการบาดเจ็บจากกลไกที่ค่อนข้างรุนแรงจะต้องตรวจหาว่ามีแผลหรือมีส่วนใดได้รับบาดเจ็บบ้าง หากมีกระดูกที่มีแผลเปิดอยู่ก็จะสามารถมองเห็นได้แต่ในแผลที่ไม่สามารถมองเห็นกระดูกที่หักออกมาก็ต้องสังเกตหาลักษณะฟองไข่มันที่ปนออกมากับเลือดซึ่งไข่มันนั้นออกมาจากรอยหักของกระดูก รอยหักของกระดูกอาจจะอยู่ใต้ต่อบาดแผลโดยตรงหรือไม่ได้อยู่ใต้บาดแผลนั้นก็ได้อ การตรวจเอกซเรย์บริเวณที่สงสัยจะช่วยให้การวินิจฉัยว่ามีกระดูกหักหรือไม่และรอยหักของกระดูกอยู่ตรงตำแหน่งใด นอกจากนี้ต้องทำการตรวจคลำชีพจรของหลอดเลือดส่วนปลายและตรวจการรับรู้ของ

ระบบประสาทว่ายังปกติเท่ากันทั้งสองข้าง รวมถึงมองหาลักษณะของ Compartment syndrome ด้วย ประเภทของกระดูกหักที่มีแผลเปิดแบ่งออกเป็น 5 ระดับตามการแบ่งของ Gustilo & Anderson โดยจะแบ่งตามลักษณะความรุนแรงของบาดแผลและการหักของกระดูก ซึ่งแต่ละระดับจะมีแนวทางการดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน ดังนี้

•Type I

- บาดแผลขนาดน้อยกว่า 1 ซม.
- บาดแผลมีสิ่งปนเปื้อนน้อย
- ลักษณะการหักของกระดูกไม่มี Comminution

•Type II

- บาดแผลขนาดมากกว่า 1 ซม.
- บาดแผลมีสิ่งปนเปื้อนเล็กน้อยถึงปานกลาง
- ลักษณะการหักของกระดูกมี Comminution ได้เล็กน้อย

•Type IIIA

- บาดแผลมีขนาดใหญ่(มักจะมีขนาดมากกว่า 10 ซม.) และมี Soft tissue ที่ยังสามารถปกคลุมชิ้นกระดูกได้
- ลักษณะของกระดูกมี Comminution มาก

•Type IIIB

- o บาดแผลมีขนาดใหญ่ มีการฉีกขาดของ Periosteum และมีการสูญเสียของ Soft tissue จนไม่สามารถปกคลุมชิ้นกระดูกได้

•Type IIIC

- o มีการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดใหญ่ที่จำเป็นจะต้องมีการเย็บซ่อมแซม
- o ไม่จำกัดขนาดของบาดแผล

ตัวอย่างบาดแผลและลักษณะของกระดูกหักแต่ละประเภท

Type I



Type II



ตัวอย่างบาดแผลและลักษณะของกระดูกหักแต่ละประเภท

Type IIIA



Type IIIB



Type IIIC



หลักการดูแลเบื้องต้น

- Resuscitation ในผู้ป่วยกระดูกหักที่มีแผลเปิดบางรายมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับสารน้ำอย่างรวดเร็วหรือต้องได้รับเลือดทดแทนกับเลือดที่เสียไปจากการหักของกระดูกหรืออาจจากการที่มีเลือดออกในช่องท้องหรือกระดูกเชิงกรานจากกลไกการบาดเจ็บรุนแรง

- Wound Management การดูแลบาดแผลเบื้องต้นในรายที่มี Active Bleed ต้องทำการห้ามเลือดโดยใช้ก๊อสสะอาดหนาๆกดห้ามเลือดไว้ หากแผลมีการปนเปื้อนเศษหินเศษดินให้ใช้ Normal saline ล้างออกเท่าที่จะทำได้ก่อนที่จะไปทำความสะอาดตกแต่งแผลในห้องผ่าตัดต่อไป

- Immobilization of the extremity มี

การตามตำแหน่งที่กระดูกหักหรือสงสัยว่ากระดูกหัก เพื่อลดการบาดเจ็บเพิ่มเติมจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

- AntiTetanus and Tetanus Vaccine ให้ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับวัคซีน หรือได้รับวัคซีนมานานมากกว่า 5 ปี

- Prophylaxis Antibiotics

การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและรวดเร็วจะช่วยลดโอกาสของการติดเชื้อของผู้ป่วย ควรให้ยาปฏิชีวนะโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ในผู้ป่วยกระดูกหักที่มีแผลเปิดหรือในรายที่มีแผลเปิดและสงสัยว่าจะมีการหักของกระดูกร่วมด้วย โดยมีหลักการเลือกให้ยาปฏิชีวนะตาม Types of Open Fractures ดังนี้

Type I First-generation cephalosporin ส่วนใหญ่จะให้ เป็น Cefazolin 1 g IV ทุก 6 - 8 ชม.

Type II First-generation cephalosporin เช่นเดียวกับ Type I

Type III First-generation cephalosporin ร่วมกับ Aminoglycoside ส่วนใหญ่จะให้ เป็น Gentamicin 3 – 5 mg/kg/day ปรับขนาดยาตามระดับการทำงานของไต

ในกรณีที่บาดแผลมีการปนเปื้อนมาก พิจารณาเพิ่ม penicillin เพื่อป้องกันเชื้อ Anaerobe ส่วนใหญ่จะให้ เป็น Penicillin G 12,000,000 unit/day แบ่งให้ทุกๆ 4-6 ชม.

กรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยา Penicillin พิจารณาให้ Clindamycin หรือ Vancomycin แทน

Timing of Treatment

การหักของกระดูกที่มีแผลเปิดถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางออร์โธปิดิกส์ มีความจำเป็นที่จะต้องมีการ Surgical intervention ภายใน 6 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อและผลการรักษาที่ดีของผู้ป่วยดังนี้

1. Systemic debridement เพื่อทำความสะอาดเอาสิ่งปนเปื้อนและตัดเลาะชิ้นเนื้อที่ตายแล้วออกจากแผลเพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่อยู่ในแผลลงเท่าที่จะทำได้

2. Irrigation มีการล้างบาดแผลเพื่อล้างเอาสิ่งปนเปื้อนและเลือดออกจากบาดแผล และยังช่วยลดจำนวนของเชื้อแบคทีเรียลงอีกด้วย โดยส่วนใหญ่แล้วจะล้างประมาณ 6 – 9 ลิตร

3. Emergent Fasciotomy ทำในรายที่มี Signs of Compartment Syndrome คือ Pain, Pallor, Paralysis, Paresthesia, Pulselessness เพื่อลดการขาดเลือดต่อกล้ามเนื้อ

4. Skeleton Stabilization

4.1) Non-Operative Fixation เช่น การใส่เฝือก, Skin traction, Skeletal traction

มักจะใช้ในกรณีที่ บาดแผลมีการปนเปื้อนน้อย กระดูกหักแบบไม่เคลื่อนมาก, ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่รุนแรงจนไม่สามารถทำการผ่าตัดได้

4.2) Operative Fixation

External Fixation ใช้ในกรณี

- มีการปนเปื้อนของบาดแผลมากและมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อส่วนใหญ่จะเป็นบาดแผล Type IIIA – Type IIIC

- มีการสูญเสียของชิ้นกระดูก และต้องการคงความยาวของกระดูกชิ้นนั้นๆ

Internal Fixation ใช้ในกรณี

- มีการปนเปื้อนของบาดแผลน้อยและ ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นบาดแผล Type I – Type IIIA

- มีการแตกเข้าผิวหนัง

อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ยังไม่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ศัลยแพทย์ควรพิจารณาผู้ป่วยเป็นรายๆไป

เอกสารอ้างอิง

1. Bucholz. Initial Management of Open Fractures. Rockwood And Green's Fractures In Adults 2010; 283-302.

Case study

Pancreatic pseudocyst drainage

นทวรรณหุ่นยนต์ พบ. วว. ศัลยศาสตร์

ภาควิชาศัลยกรรมโรงพยาบาลนครพนม

Key words Pancreatic pseudocyst Cystogastrostomy

Introduction

ถุงน้ำของตับอ่อน (Pancreatic pseudocyst) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามหลังตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis) ซึ่งโดยส่วนมากแล้วถุงน้ำนี้จะสามารถหายได้เองด้วยการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งขนาดของถุงน้ำและระยะเวลาที่เป็นเป็นตัวชี้วัดถึงโอกาสที่จะสามารถหายได้เองหรือโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยขนาดที่ใหญ่และถุงน้ำที่เกิดขึ้นมาเป็นเวลานานมีโอกาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้นเช่นอาการของการกดเบียดทำให้ท้องหรือกดเบียดต่อทางเดินน้ำดีทำให้ผู้ป่วยมีอาการตาเหลือง ตัวเหลืองตลอดจนเกิดการติดเชื้อของถุงน้ำเลือดออกหรือถุงน้ำแตกได้ปัจจุบันมีหลายวิธีที่จะรักษาเพื่อระบายถุงน้ำของตับอ่อนนี้ได้แก่การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous drainage) การเจาะระบายถุงน้ำโดยการส่องกล้องทางปาก (Endoscopic drainage) และการผ่าตัดระบายถุงน้ำ (Surgical drainage)

Case report

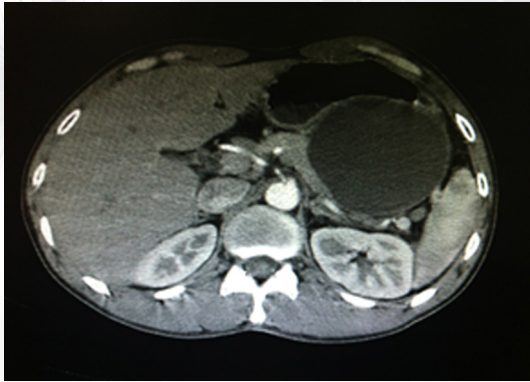
ผู้ป่วยชายไทยสถานภาพโสดอายุ 34 ปีอาชีพรับจ้างทั่วไปภูมิลำเนา อ.เมือง จ.นครพนม มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำประมาณสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งปฏิเสธโรคประจำตัวตลอดจนการแพ้ยา-แพ้อาหาร

ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย

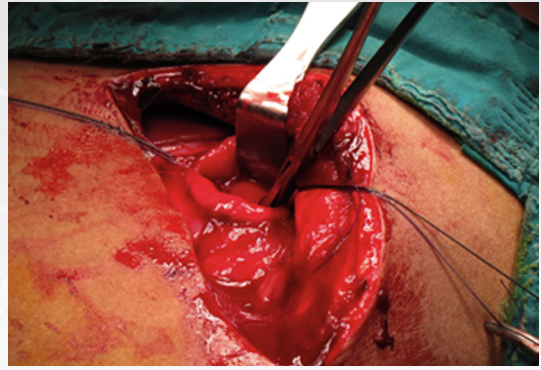
อาการปวดจุกแน่นท้องที่ได้ขยายโครงข่ายและได้ลิ้นปีมานาน 2 เดือนหลังรับประทานอาหารจะมีการปวดอึดมากขึ้นมีอาการคลื่นไส้บางครั้งไม่มีอาการอาเจียน การรับประทานอาหารปกติไม่มีอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลดก่อนหน้านี้ประมาณ 3 เดือนผู้ป่วยมีอาการปวดจุกแน่นท้องมากที่ได้ลิ้นปีบ่อยๆหลังดื่มสุราแต่ไม่เคยมาพบแพทย์ผู้ป่วยซื้อยาลดกรดในกระเพาะอาหารและยาขับลมมารับประทานเองแต่อาการไม่ดีขึ้นจึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ตรวจร่างกายแรกได้รับสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่พบลักษณะของ Chronic liver disease ตรวจอาการทางหน้าท้องพบจุดกดเจ็บที่ได้ขยายโครงข่าย no guarding or rebound ตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีเบื้องต้นโดยการทำอัลตราซาวด์ช่องท้องพบถุงน้ำที่ตับอ่อนส่วนปลายจึงได้รับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT scan whole abdomen) เพื่อสืบค้นลักษณะของถุงน้ำที่ตับอ่อนนี้ซึ่งผลแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 : CT-scan whole abdomen finding a large well-defined non-enhancing cystic lesion At pancreatic tail, measuring about 8.0x8.7x10.6cms. This lesion causing upward displacement of stomach. Normal liver parenchyma without focal mass lesion



ภาพที่ 2 แสดงการทำ cystogastrostomy โดยการเย็บ cyst wall เข้ากับ Posterior wall of stomach เพื่อให้เป็นทางระบายสารน้ำ

0.1 mg/dl, Indirect bilirubin 0.6mg/dl, Albumin 3.9 gm/dl, Globulin, AST 31 IU/L, ALT 31 IU/L, ALP 100 IU/L, CA 19-9 8.5, CA-125 24.2 ส่วนผลการตรวจ CBC, BUN, Creatinine, electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้ป่วยรายนี้มี Pancreatic pseudocyst เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแสดงอันเนื่องมาจากถุงน้ำนี้ มีขนาดใหญ่จนไปกดเบียดกระเพาะอาหารทำให้มีอาการปวดผู้ป่วยจึงได้รับคำแนะนำให้รักษาโดยวิธีการผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธี Open surgery โดยทำ Cystogastrostomy (ภาพที่ 2) การผ่าตัดกระเพาะภายใต้การดมยาสลบลงแผลแบบ Left subcostal incision เปิดgastrotomy ทางด้าน anterior wall of stomach แล้วเปิดposterior wall of stomach และcyst wall ตามลำดับจากนั้นตัดชิ้นเนื้อส่วน cyst wall เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเย็บcyst wall กับ posterior wall of stomach เข้าด้วยกันโดยใช้ non-absorbable suture เพื่อให้เป็นทางระบายของสารน้ำใน cyst เข้าสู่กระเพาะอาหารตรวจสอบจุดเลือดออกและห้ามเลือดให้ดีใส่สายNasogastric tube พาดผ่านทางด้านหน้าของรอยเย็บนี้แล้วเย็บปิด Anterior wall of stomach วางสายระบายในช่องท้องจากนั้นเย็บปิดช่องท้องตามปกติ

หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังผ่าตัดทั่วไปงดน้ำและอาหารจนกระทั่งลำไส้กลับมาทำงานจึงให้เริ่มจิบน้ำและรับประทานอาหารอ่อนผู้ป่วยกลับบ้านหลังจากผ่าตัด 10 วันโดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จากการติดตามผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยารายงาน muscular wall and focal granulation tissue. No lining epithelium. Compatible with pancreatic pseudocyst

Discussion

Pancreatic pseudocyst หมายถึงการสะสมของสารน้ำที่ประกอบด้วย amylase และ pancreatic enzyme อื่นๆอยู่รอบตับอ่อนซึ่งสารน้ำนี้จะม้วนล้อมรอบด้วยกลุ่มของfibrous tissue โดยไม่พบ epithelial lining⁽¹⁾ภาวะ pancreatic pseudocyst เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบไม่ว่าภาวะตับอ่อนอักเสบนั้นเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เช่นตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนิ่ว (Gallstone pancreatitis), ตับอ่อนอักเสบจากการดื่มสุรา (Alcoholic pancreatitis), การได้รับบาดเจ็บของตับอ่อน(Post traumatic pancreatitis)หรือตับอ่อนอักเสบชนิดเรื้อรัง(Chronic pancreatitis) โดยมีรายงานการเกิด pancreatic pseudocyst ตามหลังgallstone pancreatitis, post traumaticและchronic alcoholic pancreatitis เป็นจำนวน 6-36%, 3-8% และ20-40% ตามลำดับ⁽²⁾

Classification

Atlanta Classification ได้มีการแบ่งPancreatic pseudocyst เป็น 4 types ดังนี้⁽¹⁾

1. Acute fluid collection เป็นการสะสมของสารน้ำรอบๆตับอ่อนที่เกิดในระยะเริ่มต้นของตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันโดยยังไม่มีผนังใดๆมาห่อหุ้ม
2. Acute pseudocyst เป็นการสะสมของสารน้ำที่มีผนังมาห่อหุ้มเกิดภายหลังภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน
3. Chronic pseudocyst เป็นถุงน้ำที่เกิดภายหลังตับอ่อนอักเสบเรื้อรังโดยอาจไม่มีอาการของตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันมาก่อน
4. Pancreatic Abscess เป็นการสะสมของหนองในช่องท้องซึ่งอยู่ใกล้กับตับอ่อนอาจมีเนื้อตายรวมอยู่ด้วยเกิดภายหลังตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันตับอ่อนอักเสบเรื้อรังหรือตับอ่อนอักเสบที่เกิดภายหลังการบาดเจ็บก็ได้

นอกจากนี้ยังมีการแบ่ง Classification ในแบบอื่นๆอีกเช่นการแบ่งโดย D'Egidio and Schein ซึ่งบรรยายไว้ในปีคศ. 1991 โดยแบ่งpseudocyst ที่เกิดจากตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันเรื้อรังและตับอ่อนอักเสบที่เกิดภายหลังการบาดเจ็บตลอดจนการแบ่งตามกายวิภาค และการเชื่อมต่อกันระหว่างถุงน้ำและท่อของตับอ่อน (Duct-pseudocyst communication)⁽³⁾

Clinical sign

ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรือตรวจพบโดยบังเอิญจากการติดตามอาการหลังการเกิดตับอ่อนอักเสบส่วนมากPancreatic pseudocyst จะสามารถหายได้เอง แต่หากถุงน้ำนี้ไม่ถูกดูดซึมหรือมีขนาดใหญ่ขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอันเนื่องมาจากถุงน้ำนี้ไปกดเบียดอวัยวะข้างเคียงเช่นกระเพาะอาหารลำไส้เล็กส่วนต้นหรือท่อน้ำดี^{(2),(4)} ผู้ป่วยมักมีอาการอัดแน่นท้องหลังรับประทานอาหารคลื่นไส้อาเจียนนอกจากนี้ยังสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอย่างอื่นตามมาได้แก่การติดเชื้อของถุงน้ำการแตกเลือดออกในทางเดินอาหารตลอดจนเคยมีรายงานการเกิดช่องรอยต่อ

(Fistula) ระหว่างถุงน้ำกับลำไส้ส่วนอื่นๆได้อีกด้วย^{(2), (4)}

Laboratory investigations

การส่งตรวจ CEA, CA 125, CA 19-9 จะช่วยวินิจฉัยแยกโรค Pancreatic pseudocyst จาก Pancreatic cystic tumor อื่นๆส่วนระดับของ serum amylase และserum lipase อาจมีค่าสูงขึ้นเล็กน้อย ส่วนserum bilirubin และ liver enzyme อาจสูงขึ้น ในกรณีที่ pseudocyst มีการกดเบียดที่ท่อน้ำดี⁽²⁾

Imaging modalities

การวินิจฉัยภาวะpancreatic pseudocyst จากภาพรังสีสามารถทำได้หลายวิธีได้แก่ Trans-abdominal ultrasound, Endoscopic ultrasound, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), Magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) สำหรับในประเทศไทยนั้น การวินิจฉัยทางรังสีที่สามารถทำได้ทั่วไปได้แก่การทำ CT-scan abdomen ซึ่งมีความไวถึง 90-100%⁽⁴⁾

ลักษณะของ Pancreatic pseudocyst ที่พบจาก CT-scan คือลักษณะThick-walled, rounded, fluid filled mass and no solid component⁽¹⁾ อยู่ที่ตับอ่อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยเคยมีอาการหรือประวัติที่เข้าได้กับตับอ่อนอักเสบบาก่อนหากพบถุงน้ำในลักษณะนี้แล้วอาจไม่มีความจำเป็นที่จะต้องตรวจเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่นๆ⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามเมื่อตรวจพบ Pancreatic cystic lesion จาก CT-scan แล้วต้องวินิจฉัยแยกโรคกับ Pancreatic cystic neoplasm อื่นๆด้วยได้แก่ serous cystadenoma (SCA), Mucinous cystic neoplasm (MCN), Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) และ Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) โดยอาศัยประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจรังสีวิทยาประกอบกันดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Differential diagnosis of cystic pancreatic lesion^{(1), (4), (5)}

	SCA	MCN	IPMN	SPN	Pseudocyst
Prevalent age	Elderly	Middle age	Elderly	Young	Variable
Sex	Female > Male	Female > Male	Male = Female	Female > Male	Male > Female
Presentation	usually incidental, rarely abdominal pain or palpable mass	Incidental, abdominal pain or palpable mass	Incidental, abdominal pain, pancreatitis, symptoms or sign of malabsorption	Usually incidental, rarely abdominal pain or palpable mass	pain
Location	Evenly	Body/ tail	Head	Evenly	Evenly
CT-scan finding	Microcystic/ honeycomb appearance typical	Unilocular cyst, septations and wall calcifications may be present	Dilated main pancreatic duct or pancreatic branches, solid component may present	Solid and cystic mass	Well-defined wall, homogeneous, round or oval fluid collection
Cystic fluid analysis	CEA low CA 125 variable CA 19-9 variable Amylase low to high	CEA high CA 125 variable CA 19-9 variable Amylase low to high	CEA high CA 125 variable CA 19-9 variable Amylase high	CEA low CA 125 low CA 19-9 low Amylase low to high	CEA low CA 125 low CA 19-9 variable Amylase high

Treatment of pancreatic pseudocyst

Pancreatic pseudocyst ส่วนมากอาการจะดีขึ้นเองและจะถูกดูดซึมไปการรักษาเบื้องต้นอาจเริ่มด้วยการรักษาแบบประคับประคองและติดตามอาการ แต่หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นยังคงมีอาการแสดงอันเนื่องมาจากการกดเบียดของถุงน้ำหรือถุงน้ำมีขนาดใหญ่ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดระบายถุงน้ำนี้

ข้อบ่งชี้ในการระบาย Pseudocyst มีดังต่อไปนี้⁽⁶⁾

1. มีอาการเช่นอาการจากการกดเบียดปวดท้องหรือตาเหลือง-ตัวเหลือง
2. มีภาวะแทรกซ้อนจากPseudocyst เช่น การติดเชื้อหรือเลือดออก
3. Pseudocyst มีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆในขณะช่วงระยะสังเกตอาการ
4. ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางตั้งแต่ 6 เซนติเมตรขึ้นไป
5. ขนาดของPseudocyst ไม่ลดลงขณะที่สังเกตอาการมาแล้วเป็นเวลา6สัปดาห์

ปัจจุบันทางเลือกของการระบายถุงน้ำมี 3 วิธีได้แก่ การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous drainage) การเจาะระบายถุงน้ำโดยการส่องกล้องทางปาก (Endoscopic drainage) และการผ่าตัดระบายถุงน้ำ (Surgical drainage)

1. การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous drainage) ถือเป็นการระบายแบบภายนอก (External drainage) ทำโดยใส่สายระบาย (Pigtail catheter) ผ่านทางผิวหนังเข้าไปสู่ภายในถุงน้ำซึ่งเป็นวิธีที่เจ็บแผลน้อยแต่อย่างไรก็ตามมีรายงานการเกิดถุงน้ำซ้ำถึง 24%⁽⁷⁾ และยังสามารถนำไปสู่การติดเชื้อของถุงน้ำเนื่องจากต้องอาศัยระบายทิ้งไว้ที่หน้าท้องตลอดจนอาจเกิดรูติดต่อระหว่างตับอ่อนและผิวหนังในระยะยาวได้ (Persistent pancreaticocutaneous fistula) วิธีนี้อาจเลือกใช้กับถุงน้ำที่มีลักษณะของการติดเชื้อ (Infected pseudocyst) ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสำหรับการผ่าตัดเช่นมีโรคประจำตัวมากหรือผู้ป่วยที่ปฏิเสธการผ่าตัดข้อห้ามของการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังคือห้ามใช้ในถุงน้ำที่มีการต่อเชื่อมกับ Pancreatic duct^{(2), (4), (6)}

2. การเจาะระบายถุงน้ำโดยการส่องกล้องทางปาก (Endoscopic drainage) เป็นการทำการระบายเชื่อมต่อกันระหว่างถุงน้ำและกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้นโดยอาจใช้ Endoscopic ultrasonography (EUS) เป็นตัวช่วยในการวัดขนาดและหาตำแหน่งของถุงน้ำตลอดจนประเมินความหนาของถุงน้ำนี้ด้วยซึ่งวิธีนี้ถือเป็นการระบายแบบภายใน (Internal drainage) ลักษณะของถุงน้ำที่เหมาะสมจะระบายด้วยวิธีนี้คือระยะห่างระหว่างผนังของถุงน้ำกับผนังของกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กที่ต้องการเจาะไม่ควรเกิน 1 เซนติเมตร⁽⁸⁾ วิธีนี้มีข้อดีคือผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วและมีอัตราการประสบความสำเร็จสูงถึง 85%⁽⁷⁾ ข้อเสียคืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นเลือดออกการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดที่กระเพาะอาหารหรือมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้^{(2), (4)} โอกาสการเกิดซ้ำมีรายงานที่ 7.6%⁽⁷⁾

3. การผ่าตัดระบายถุงน้ำ (Surgical drainage) สามารถทำได้ทั้งแบบการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic surgery) หรือผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) โดยเป็นการผ่าตัดเพื่อสร้างทางเชื่อมต่อระหว่างถุงน้ำกับกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก (Cystoenteric anastomosis)⁽⁶⁾ เทคนิคที่นิยมใช้มากที่สุดคือ Cystogastrotomy เป็นการสร้างทางเชื่อมต่อระหว่างถุงน้ำเข้ากับผนังด้านหลังของกระเพาะอาหาร (Posterior wall of stomach) โดยใช้ non-absorbable suture เย็บผนังของถุงน้ำและกระเพาะอาหารเข้าไว้ด้วยกันซึ่งได้ผลการผ่าตัดที่ดี 90-100% และมีโอกาสเป็นกลับซ้ำน้อยประมาณ 12%⁽⁷⁾

Conclusion

Pancreatic pseudocyst เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามหลังตับอ่อนอักเสบส่วนมากหายได้เองแต่หากถุงน้ำนี้มีขนาดใหญ่โดยเฉพาะขนาดมากกว่า 6 เซนติเมตรมักทำให้เกิดอาการและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการติดเชื้อการแตกหรือเลือดออกได้ซึ่งการรักษา pseudocyst นี้คือการระบายสารน้ำที่อยู่ด้านในออกในปัจจุบันการระบายมีอยู่ด้วยกัน 3 วิธีได้แก่การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous drainage) การเจาะระบายถุงน้ำโดยการส่องกล้องทางปาก (Endoscopic drainage) และการผ่าตัดระบายถุงน้ำ (Surgical drainage) โดยการจะเลือกวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยลักษณะและตำแหน่งของถุงน้ำตลอดจนความชำนาญของศัลยแพทย์และศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาลเป็นสำคัญ

References

1. Peter A Banks, Thomas L Bollen, Christos Dernis, et al. Classification of acute pancreatitis – 2012 : Revision of the Atlanta classification and Definition by Internal consensus, GUT 2013; 62: 102-111.
2. E. Gagliano, M. A. Barbuscia, A. Tonante, et al. Pancreatic pseudocyst : Case report and short literature review. G Chir 2012; 33: 415-419.
3. D' Egidio A, Schein M. Pancreatic pseudocyst : a proposed Classification and its management implication. Br J Surg 1991; 78: 981-984.
4. Samir Habashi, Peter V Draganov. Pancreatic pseudocyst. World J Gastroenterology 2009 January 7; 15(1): 38-47.
5. Asif Khalid, William Brugge. ACG Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Neoplastic Pancreatic Cysts. American Journal of Gastroenterology 2007; 102: 2339-2349.
6. Shuji Isaji, Tadahiro Takada, Yoshifumi Kawarada, Koichi Hirata, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: Surgical management. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2006; 13: 48-55.
7. Markus M. Lerch, Albrecht Stier, Ulrich Wahnschaffe, Julia Mayerle. Pancreatic pseudocyst: observation, Endoscopic Drainage or Resection? Dtsch Arztebl Int 2009; 106(38): 614-621.
8. Edoardo Rosso, Nicholas Alexakis, Paula Ghaneh, Martin Lombard, Howard L. Smart, Jonathan Evans, et al. Pancreatic pseudocyst in chronic pancreatitis: Endoscopic and surgical management. Dig Surg 2003; 20: 397-406.

Case study

การดูแลแผลไฟไหม้ระยะฟื้นฟู (Rehabilitative Phase)

พว.อรรจจิมา ศรีชนม์

ตึกศัลยกรรมหญิง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม

ผู้ป่วยหญิงอายุ 71 ปีอาชีพข้าราชการบำนาญ

อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล

- ถูกไฟลวกก่อนมา 6 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

- 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยถูกไฟลวกที่แขน 2 ข้าง แผ่นหลัง ใบหน้า

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา

ตรวจร่างกาย

BP 161/100 mmHg, Pulse 100 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BW 58 kgs

2nd Degree burn 30% at Upper extremity, Back, Face (Face 3 % ,Lt arm 9 % , Rt arm 9 % , Back 9%)

การรักษา

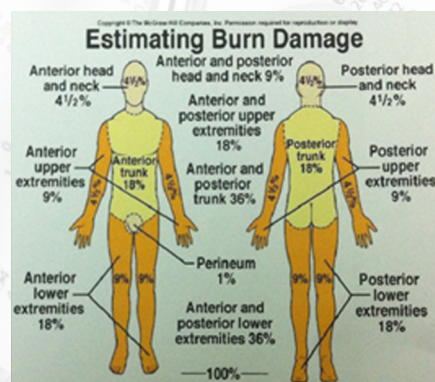
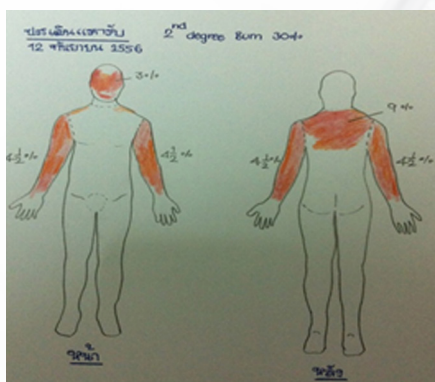
1) ระยะฉุกเฉิน

รับผู้ป่วยไว้ในห้องแยกผู้ป่วย burn แผนกศัลยกรรมหญิง ชักประวัติประเมินสัญญาณชีพ ประเมินบาดแผล อยู่ในช่วงระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงแรก

ปัญหาที่ได้รับการดูแลคือ

1. ป้องกันการเกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียน้ำ โดยดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนตามแผนการรักษาว่าดสัญญาณชีพตามสภาพผู้ป่วยตลอดจนการป้องกันปัจจัยเสริมที่ทำให้ร่างกายเสียน้ำ โดยควบคุมอุณหภูมิห้องขณะเปิดแผลไม่ให้สูงจนเกินไป

2. ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน โดยการเตรียมอุปกรณ์และประเมินอาการผู้ป่วยลักษณะการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ระดับออกซิเจนในเลือดเตรียมอุปกรณ์เพื่อช่วยชีวิตให้พร้อมใช้



3. การบรรเทาอาการปวด ดูแลให้ผู้ป่วยได้
รับยาลดปวด Morphine 3-5 mg ทางหลอดเลือดดำ
ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อลดอาการปวดแผล และช่วยลดความ
กลัวทำให้ผู้ป่วยสบายและสงบขึ้น

4. ดูแลบาดแผลเบื้องต้น ทำแผลโดยใช้น้ำ
เกลือ normal saline

2) ระยะวิกฤต

ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะ resuscitative phase
ต่อมาแพทย์ set OR เพื่อดูแลแผลในห้องผ่าตัด รวม
4 ครั้ง ปัญหาที่พบในรายนี้ได้แก่การติดเชื้อของแผล
ปัญหาทุพโภชนาการ ปวดแผล ความไม่สมดุลของ
สารน้ำและเกลือแร่ ปัญหาด้านจิตใจเนื่องจากการขาด
ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากเหตุการณ์ไฟไหม้บ้านครั้งนี้การ
ดูแลด้านจิตใจได้ร่วมกับแผนกจิตเวชมาให้การดูแลร่วม

3) ระยะฟื้นฟู

เป็นระยะที่แผลส่วนใหญ่หาย ปัญหาที่พบ
แผลบางส่วนยังเหลืออยู่ เช่นที่หลังแผลยังมี Exudate
ซึม และแพทย์ส่งผู้ป่วยไปแผนกกายภาพบำบัดเพื่อยืด
เหยียดกล้ามเนื้อแขนทั้ง 2 ข้างป้องกันการหดรั้ง ก่อน
เตรียมตัวเพื่อจำหน่ายกลับบ้าน

- **Type of exudation** : Purulent เป็น
ลักษณะหนองสีเขียวปนน้ำเงิน
- **Amount** : Excessive
- **Odour** : Offensive
- **Pain at dressing change** : pain score
4/10
- **Infection present** : yes, Local
- **Indicators of local Infection** : Delayed
healing

Wound management

- Clean with NSS
- Apply vaseline sterile protecting
surrounding skin
- Manage exudates with Aquacel Ag
ลงบนแผล
- Apply top – gauze 1 แผ่นปิด
- Picture frame with Fixomull

Plan ปิดแผลไว้ 3 วัน

รูปที่ 1 แผลวันนอนโรงพยาบาลวันที่ 1

วันที่ 1 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาล

Wound assessment(รูปที่ 1)

- **Wound location** : Deep partial thickness
at Back
- **Wound size** : Lt Back (Upper)
Length 5 cm. Width 3 cm.
: Mid – upper back
Length 7 cm. Width 3 cm.
- **Type of Wound** : Flame burn (ถูกเปลวไฟ
ลาก)
- **Wound Bed** : Eschar 20 %, Granu-
lation 80 %
- **Wound Edge** : Well defined,
Epithelialization Location โดยรอบ
- **Surrounding skin** : Desiccation



วันที่ 4 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาล

เยี่ยมผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุเดินออกกำลังกายภายในห้องผู้ป่วย สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ทักทายพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ดี ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำ Passive exercise เพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แขนทั้ง 2 ข้างได้ เตรียมพร้อมรอรับการทำแผลในวันนี้ มีแผลปิดก๊อสที่หลังส่วนบนแผลไม่ซึม ไม่มีกลิ่น

Wound assessment(รูปที่ 2)

- **Wound location** : Deep partial thickness at Back
- **Wound size** : Lt Back (Upper)
Length 3 cm. Width 2 cm.
: Mid – upper back
Length 4 cm. Width 2 cm.
- **Type of Wound** : Flame burn
- **Wound Bed** : Eschar 30 % :
Hypergranulation(แผลนูนเกินที่แผลทั้ง 2 จุด)
- **Wound Edge** : Well defined ,
attached

รูปที่ 2 แผลวันนอนโรงพยาบาลวันที่ 4



วันที่ 8 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาล

เยี่ยมผู้ป่วย หลังกลับจากแผนกกายภาพบำบัด ผู้ป่วยสามารถยืดเหยียดแขนทั้ง 2 ข้างได้ กำมือ เขียนหนังสือโดยมือขวาได้เป็นปกติ แขน 2 ข้างกำลังปกติ ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม แจ้งเรื่องการเตรียมตัวกลับบ้านในวันพรุ่งนี้เรียบร้อยแล้วเตรียมพร้อมรับทำแผล มีแผลที่หลังแผลไม่ซึม ไม่มีกลิ่น

Wound assessment(รูปที่ 3)

- **Wound location** : Deep partial thickness at Back
- **Wound size** : Lt Back (Upper)
Length 1.5 cm. Width 0.5 cm.
: Mid – upper back
Length 1.5 cm. Width 1 cm. หัวไหล่ซ้ายมีแผล 1x1 cm.

- **Surrounding Skin** : Desiccation มี scar ที่ขอบแผลที่เชื่อมต่อกันของทั้ง 2 แผล
- **Exudates** : Purulent (ลักษณะเหลือง – ไส)
- **Amount** : mild , decrease offensive (กลิ่นลดลง)
- **Pain** : None

Wound management

- Soak with gauze ชุบ NSS เพื่อให้คราบที่ติดรอบแผลร่อนหลุดง่ายขึ้น
- Clean with NSS จนแผลสะอาด
- เนื่องจากมีแผลนูนลักษณะ hypergranulation tissue จึงได้แนะนำแนวทางการรักษาด้วยการจี้ด้วย AgNo3 แต่ผู้ป่วยปฏิเสธรักษา
- Apply Impregnated Gauze Dressing (Bactigras) ปิดลงบนแผลทุกแผล
- Apply top gauze เป็น secondary dressing ปิดทับและยึด pressure dressing ด้วย Fixomull

Plan ปิดแผลไว้ 3 วัน

- **Type of Wound** : Flame burn
- **Wound Bed** : Eschar โดยรอบแผล : Hypergranulation tissue ที่แผลทั้ง 2 จุด
- **Wound Edge** : Well defined
- **Surrounding skin** : Desiccation ,มี scar รอบแผลโดยแผลแยกจากกันอย่างชัดเจน
- **Exudates** :Serosanguinous , mild
- **Odour** : None
- **Pain** : None

Wound management

- Soak with gauze ชุบ NSS เพื่อขจัดคราบที่แผลได้ง่ายขึ้น
- Clean with NSS จนแผลสะอาด
- Apply sofratulle บนแผลทุกแผล(เปลี่ยนจากการใช้Bactigras ปิดแผลมาใช้ Sofratulleเนื่องจากแผลไม่มีการติดเชื้อ exudatesไม่มีหนอง)
- Apply top gauze 2 ชั้นปิดแผลและยึด Pressure dressing ด้วย Fixomullโดย Slit technique เพื่อให้ Dressing Intactและลดการเกิดhypergranulation

Plan ส่งต่อข้อมูลการดูแลแผลที่โรงพยาบาลชุมชน โดยนัดเปิดแผลที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน
นัดดูแลโรงพยาบาลนครพนม 1 เดือน

ให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

1. รักษาความสะอาดของแผลและผิวหนังการอาบน้ำควรใช้สบู่ฟอกผิวหนังทั่วๆไป และผิวหนังส่วนที่เป็นแผล รวมทั้งผิวหนังส่วนที่แผลหายแล้วให้สะอาดหลังฟอกสบู่ให้ล้างออกด้วยน้ำจนหมดคราบสบู่ ขณะอาบน้ำไม่ควรถูแผลแรงมาก เพราะจะทำให้แผลและผิวหนังที่งอกขึ้นมาใหม่ชอกช้ำได้
2. ดูแลผิวหนังหลังอาบน้ำ ซับผิวหนังให้แห้งด้วยผ้าขนหนูสะอาด ใช้ครีมโลชั่น หรือน้ำมันทาบริเวณบาดแผล เพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น

3. เมื่อมีอาการคันบริเวณผิวหนังที่แผลหายแล้ว ควรปฏิบัติดังนี้

3.1 อาการคัน มักเกิดจากการที่ผิวหนังแห้ง จึงควรป้องกันด้วยการทาครีม โลชั่นหรือน้ำมัน ภายหลังจากการอาบน้ำและก่อนนอน เมื่อผิวหนังชุ่มชื้นขึ้น อาการคันจะลดลง

3.2 ห้ามเกาหรือถูบริเวณผิวหนังที่มีอาการคัน เพราะการเกาหรือถูบริเวณผิวหนังที่มีอาการคันจะทำให้เกิดอาการคันมากขึ้น และทำให้ผิวหนังถลอกเป็นแผล และเกิดการติดเชื้อได้

3.3 รับประทานยาแก้คันตามที่ได้รับไปจากโรงพยาบาล จะสามารถลดอาการคันได้ ห้ามใช้ยาหม่องหรือครีมผสมเมนทอลต่างๆทาแผล

4. ผิวหนังที่งอกขึ้นมาใหม่จะมีลักษณะค่อนข้างบอบบาง เกิดอาการชอกช้ำได้ง่าย จึงควรป้องกันไม่ให้เกิดการกระแทกหรือเสียดสี โดยควรปฏิบัติดังนี้

4.1 สวมเสื้อผ้าปกคลุมบริเวณผิวหนังส่วนที่งอกใหม่ไม่เกาหรือถูผิวหนังที่งอกขึ้นมาใหม่

4.2 เลือกเสื้อผ้าที่เป็นผ้าเนื้อนุ่มหรือผ้าฝ้าย

4.3 ใช้ผ้ายึดหรือสวมถุงผ้ายึดปกคลุมผิวหนังที่งอกใหม่ไว้ตลอดเวลา

4.4 ผิวหนังที่งอกใหม่ต้องพันผ้ายึดไว้ตลอดเพราะจะช่วยลดการเกิดแผลเป็นนูนหนาได้

5. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับแสงแดดโดยตรง โดยการสวมเสื้อผ้าปกคลุมบริเวณผิวหนังที่งอกใหม่ ทาครีมกันแดด กางร่มหรือสวมหมวกเมื่อต้องออกไปที่โล่งแจ้ง

รูปที่ 3 แผลวันนอนโรงพยาบาลวันที่ 8



การดูแลแผลไฟไหม้ระยะฟื้นฟู

ผู้ป่วยอุบัติเหตุไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหรือพิการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือมีโรคประจำตัวร่วมด้วย การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงเป็นความท้าทายและจำเป็นต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) ร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วย พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน (Emergency phase) ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) จนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Phase) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำให้เพียงพอ มีความสุขสบาย ลดปวดได้รับโภชนาการที่เหมาะสม บาดแผลหายเร็ว ไม่มีการติดเชื้อและไม่เกิดความพิการของอวัยวะ ทำให้ลดระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาลลดทบทวนพยาบาล นอกจากให้การพยาบาลผู้ป่วยยังต้องเป็นผู้ประสานงานที่ดี ในทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

หลักสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก คือ

- การป้องกันภาวะพร่องสารน้ำ
- การป้องกันควบคุมการติดเชื้อ
- การส่งเสริมการหายของแผล
- การจัดการความปวด
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ

- การดัดรั้งของแผล ข้อติดแข็งและแผลเป็นนูน (Hypertrophic scar)
- การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ

การป้องกันภาวะพร่องสารน้ำ

1. ประเมินความรุนแรงของบาดแผล ขนาด ความลึกเพื่อประกอบการคำนวณการให้สารน้ำ
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ สูตรที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือ Parkland formula ใน 24 ชั่วโมงแรกให้ ½ ของสารน้ำที่คำนวณได้ ทั้งหมดใน 8 ชั่วโมงแรก ½ ของที่เหลือให้ใน 16 ชั่วโมงหลัง ผู้ใหญ่ ให้ Ringer's lactate 4 ml/kg/% burn เด็กเล็กหรือน้ำหนักน้อยกว่า 30 kg ให้ Ringer's lactate 4 ml/kg/% burn + 5% Dextrose at maintenance rate ใน high voltage electrical injury สารน้ำที่คำนวณได้ อาจน้อยกว่าความต้องการ อาจจำเป็นต้องให้มากขึ้น 7 ml/kg/% burn
3. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และอาการแสดงของการได้รับสารน้ำเพียงพอหรือไม่
4. ประเมินปริมาณ ลักษณะปัสสาวะ และความถ่วงจำเพาะของน้ำปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ประกอบการพิจารณาให้สารน้ำ ปริมาณปัสสาวะในผู้ใหญ่ ควรออกอย่างน้อย 0.5 – 1 cc/kg/hr. ในเด็กเล็กควรออกอย่างน้อย 1 cc/kg/hr.

การป้องกันควบคุมการติดเชื้อ

ต้องมีการกำหนดมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อ ดังนี้

1. เปลี่ยนรองเท้าก่อนเข้าห้องผู้ป่วย
2. ล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ (Alcohol Hand Rub) ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยแผลใหม่ทุกครั้ง
3. สวมหมวก Mask , ถุงมือสะอาด เมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย หรือเมื่อสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง
4. ล้างมือ สวมหมวก Mask, ถุงมือ Sterile เมื่อทำแผล Burn
5. ล้างมือก่อนทำแผลทุกครั้ง
6. แยกผู้ป่วย Burn ไว้ห้องแยก
7. เปลี่ยน Dressing เมื่อแผลซึมเปียกเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม
8. ดูแลของใช้ผู้ป่วยให้ผ่านการฆ่าเชื้อ ผ้าปูเตียง ปลอกหมอน ผ้าห่ม เสื้อผ้าถุง
9. ทำความสะอาดอุปกรณ์ในห้องผู้ป่วยและอุปกรณ์หลังใช้งาน
10. เปลี่ยนน้ำยาล้างมือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
11. จัดให้มี Alcohol Hand Rub ไว้ที่ห้องผู้ป่วย
12. ซักผ้าปูในในห้องผู้ป่วยทุกเดือน และทุกครั้งที่เปลี่ยนผู้ป่วยรายใหม่
13. ดูแลญาติ ผู้เข้าเยี่ยม ผู้อยู่เฝ้า ให้ล้างมือ ก่อนและหลังเข้าเยี่ยมเน้นการล้างมือ (Hand Washing) เพื่อลดการติดเชื้อลง

การส่งเสริมการหายของแผล

1.การดูแลบาดแผล วิธีทำความสะอาดแผล (wound cleaning)

เป็นการชำระล้างแผลให้สะอาด โดยกำจัดเนื้อตาย ผิวหนังที่เปื่อยยุ่ยออกให้หมด ในบริเวณที่ผิวหนังพอง (blister) ถ้าขนาดเล็กควรคงไว้ ถ้าอยู่ในบริเวณที่จะแตกได้ง่ายมักจะต้องเจาะน้ำออกให้หมดคงผิวหนังที่ไม่ลอกปิดแผลไว้ก่อนจะช่วยลดอาการ

ปวดแสบ กรณีผิวหนังแห้งเป็นเนื้อตายให้ลอกออกให้หมด นอกจากนี้การทำความสะอาดแผลเป็นการล้างเอา topical agent หรือคราบยาเก่าออกจากแผล เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังนี้

การทำความสะอาดบาดแผลบนเตียงผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะถูกฉีกในสัปดาห์ช่วยหายใจหรืออาการยังไม่คงที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายไปอ่างอาบน้ำได้ หรือมีบาดแผลเพียงเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องชำระล้างแผลในอ่างอาบน้ำ การทำแผลกรณีผ้าก๊อชติดแน่นกับแผล การลอกให้ใช้น้ำเกลือ NSS ราดก่อนและค่อยๆ แกะผ้า ปิดแผลออกอย่างเบามือ ระวังเลือดออกและทำความสะอาด ทายา ปิดแผลตามขั้นตอน

2. การใช้เวชภัณฑ์ปิดแผล

2.1 การใช้ครีมยา (topical antimicrobial agent) ครีมต่างๆที่นิยมใช้ในผู้ป่วยแผลไฟไหม้ ดังนี้

- ครีมซิลเวอร์ ซัลฟาไดออกซิน ชนิด 1 % ทาแผล หนาประมาณ 3-5 มิลลิเมตร วันละ 1-2 ครั้ง สามารถฆ่าเชื้อราและควบคุมเชื้อแบคทีเรียได้ดี ข้อเสียคือด้วยาซึมผ่านเนื้อตายได้น้อย

- Kemicitine ครีม 1 % chloramphenical ointment ใช้กับแผลที่ไม่ค่อยลึก หรือแผลไหม้บริเวณใบหน้า หู ใช้ทำแผลแบบเปิด ควรทายาให้ชุ่มชื้นเสมอ จนกระทั่ง แผลหาย

2.2 การใช้เวชภัณฑ์ชนิดต่างๆ ปิดแผล มีหลายชนิด ได้แก่

- เวชภัณฑ์ที่ไม่ยึดติดกับแผล เช่น bactigras มียาปฏิชีวนะในแผ่นปิดแผล ส่วนผสมของ chlohexidine หรือแผ่นปิดแผล mepitel เป็นโพลีเอทิลีนด้วยซิลิโคน สานเป็นตาข่าย และ แผ่นปิดแผล urgotul S.S.D. ไม่เลือนหลุดง่าย ไม่เหนียวเหนอะหนะ ไม่เกาะติดแผลและบริเวณรอบๆ แผล ลอกออกจากแผลได้ง่าย ลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งในการทำแผล เหมาะกับแผลที่ไม่มีการติดเชื้อ อาจใช้ วาสลีนก๊อสแทน กรณีมีข้อจำกัดในการใช้เวชภัณฑ์ปิดแผล และเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย (สรุป เวชภัณฑ์ที่ไม่ยึดติดแผล ได้แก่ Vaseline, Bactigras, Mepitel,Urgotul SSD)

3. การดูแลบาดแผลปลูกถ่ายผิวหนัง (Skin Graft)

กรณีแผลใหม่มีความลึกระดับ 2 แบบลึกและระดับ 3 แพทย์จะรักษาโดยการปลูกถ่ายผิวหนัง คือการนำผิวหนังที่ประกอบ ด้วยชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้บางส่วน จากบริเวณที่ไม่มีบาดแผลมาปิด

4. การดูแลผู้ป่วยได้รับโภชนาบำบัด

ตั้งแต่ระยะ แรกเข้าอยู่รักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ดังนี้

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับearly enteral feeding ตามพลังงานคำนวณได้ เช่น จากสูตร Currei
 ผู้ใหญ่ = $25 \times BW + 40 \times \% \text{ burn}$
 เด็ก = $60 \times BW + 35 \times \% \text{ burn}$

สูตร common practice = $35 \text{ kcal/kg/day m}^2$
 คือ พื้นที่ผิวร่างกาย (Body surface area) คำนวณได้จากค่าน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วย BEE ได้จากสูตรการคำนวณของ Harris-Benedict equation สำหรับสารอาหารโปรตีน ในผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อน ลวกควรได้รับ ประมาณ $1.5\text{-}2 \text{ g/kg/day}$

2. ประเมิน Gastric content ถ้ามากกว่า 150-200 ซีซี ยังสามารถให้อาหารทางได้แต่อาจเลื่อนเวลา ออกไป และควรให้แบบ continuous drip และควรหยุดให้อาหารหลัง 22.00 น.เพื่อให้กระเพาะอาหารได้พัก

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารโปรตีนสูงและอาหารเสริม ตามแผนการรักษา เช่น เครื่องดื่มทางการแพทย์

4. กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้
 ประเมินbowel movement การขับถ่ายอุจจาระ ควรมีการขับถ่าย อุจจาระอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

5. ติดตามประเมินการได้รับสารอาหาร ภาวะสมดุลไนโตรเจน ทุกสัปดาห์จากอาหารที่ได้รับ (nitrogen intake) และการสูญเสียทางบาดแผล ปัสสาวะ เหงื่อและ อุจจาระ (nitrogen output) จะมีการสูญเสียทางปัสสาวะ (urine urea nitrogen) สูงสุด สัปดาห์ที่ 2 หลังบาดเจ็บ

6. ติดตามผล serum albumin

7. ดูแลให้ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ กรณีให้ทาง Enteral ไม่ได้หรือไม่เพียงพอ

การจัดการความปวดในผู้ป่วย Burn (Pain Management)

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญ ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลจากไฟไหม้น้ำร้อนลวก เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อความเจ็บปวดจะรุนแรงตั้งแต่ระยะแรกบาดเจ็บและยังคงอยู่ต่อเนื่อง อาจเป็นเดือนเป็นปี บาดแผลไหม้ระดับ 2 แบบตื้น (superficial 2 degree burn) เป็นบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่ปวดมากที่สุด และความปวดยังขึ้นกับความกว้างของ แผล ตำแหน่งของแผล การดูแลในระยะแรกจำเป็นต้องให้ยา แก้วปวด ที่เหมาะสม คือ มอร์ฟีน เจือจางฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ในผู้ใหญ่ให้ขนาด 0.1 mg/kg ทุก 4 ชั่วโมง ส่วนในเด็กนิยมให้เฟลตานิล $0.5\text{-}1 \mu\text{g/kg}$ นอกจากนี้เทคนิคการทำแผล การลอกผ้าปิดแผล เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยปวดมากที่สุด อุณหภูมิของน้ำล้างแผล ที่น้อยกว่า 37.8 องศาเซลเซียส จะทำให้หลอดเลือดหดตัว การเผาผลาญพลังงานมากขึ้น พลังงานสำรองถูกดึงมาใช้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้า ความทนต่อความปวดลดลง บทบาทของพยาบาลที่ช่วยลดปวดได้ โดยการใช้NSS อุ่นล้างแผล และราดแผล ขณะดึงผ้าปิดแผลที่ติดแน่นออกจะช่วยลดอาการปวดได้ นอกจากนี้มีวิธีการบำบัดทางการพยาบาล ที่ช่วยลดความปวดได้ ดังนี้

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการทำแผล
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ คลายความวิตกกังวล

3. ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการทำแผล เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ทั้งด้านวิธีการ ขั้นตอนการทำแผล (Procedural information) เช่น การให้ยา แก้วปิดก่อนทำแผล การแกะผ้าปิดแผล การทำความสะอาดแผล การทายา และข้อมูลความรู้สึกที่จะประสบจากการทำแผล (sensory information) เช่น ความรู้สึกหลังได้ยาแก้ปวด ความปวดขณะเอาผ้าปิดแผลออก หรือความอุ่นจากการใช้น้ำอุ่นราดแผล การได้ยินเสียงเครื่องทำน้ำวนขณะล้าง แผลในอ่างอาบน้ำ (hydro massage) และข้อมูลคำแนะนำ สิ่งที่ควรปฏิบัติขณะทำแผล (behavioral information) เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นต้น

4. ฝึกให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคลดปวด เช่น เทคนิคผ่อนคลาย ทำสมาธิ

5. เตรียมสถานที่ในการทำแผล อุณหภูมิพอเหมาะ ไม่เย็นเกินไป

6. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำแผล เลือกวิธีการและเวลา ภายใต้ความเหมาะสม

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (แผลกดทับ แผลเป็น ดึงรั้ง ข้อติดแข็ง และแผลเป็นนูน)

1. ดูแลการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงและเปลี่ยนผ้าปิดแผลและผ้า Sterile เมื่อเปียกชื้น

2. ดูแล การบริหารร่างกาย ข้อต่างๆ ให้มี Full range of motion เป็น passive หรือ active exercise ตาม สภาวะผู้ป่วย

3. ดูแลแผลเฉพาะที่ และการจัดทำ ดังนี้

- บริเวณมือการทำแผลต้องแยกนิ้วมือ ทุกนิ้วออก จากกัน โดยใช้ผ้าก๊อสนั้นแต่ละนิ้ว อาจใช้Splint ให้นิ้วเหยียด ฝ่ามือกระดกเล็กน้อย วางบนหมอนสูง ให้เลือดไหลเวียน ดีขึ้นและลดอาการบวม
- บริเวณแขนขา จัดให้เหยียด วางบนหมอนสูง อาจใช้Splint ในเวลากลางคืน
- บริเวณรักแร้ จัดให้แขนกาง 90 องศา ป้องกันแผลเป็นดึงรั้ง (Scar contracture)

- บริเวณคอ ห้ามหนุนหมอน ป้องกันการหดรั้งของ แผลถ้าจะหนุนให้ใช้วิธีหนุนไหล่ ให้คอเหยียด

- บริเวณหู อาจใช้Top dressing วางหลังหูเพื่อป้องกันหูถูกกดทับ

- บริเวณเท้า ข้อเท้า จัดให้ฝ่าเท้าเหยียดตรง 90 องศา อาจใช้Slab ป้องกัน foot drop

4. ให้คำแนะนำและดูแลให้ผู้ป่วยใส่ผ้ายึดรัดแผล (Pressure garment) เมื่อแผลหาย เพื่อป้องกันแผลเป็นนูน (hypertrophic scar) ต้องใส่ต่อเนื่องเป็นเวลา 1-2 ปี วันละ 23 ชั่วโมง ถอดเฉพาะเวลาอาบน้ำ

การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ต้องให้การดูแล ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเมื่อแรกรับเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวางใจ

2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก

3. ให้โอกาสผู้ป่วย-ญาติซักถามข้อสงสัย ประสานกับแพทย์ในการให้ข้อมูลด้านแผนการรักษา

4. ให้ข้อมูลการดูแลรักษา ระยะเวลาการหายของแผลอย่างเหมาะสม

5. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล การดูแลบาดแผล

6. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดก่อนทำแผลและก่อนการบริหารร่างกาย

7. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารและการบริหารร่างกาย

8. ส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลาย ทำสมาธิ เพื่อคลายความวิตกกังวลลดความเจ็บปวดขณะทำแผล

9. จัดให้ผู้ป่วยได้ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ดูวีซีดี การ์ตูน ตามความต้องการของผู้ป่วยตามต้องการ

10. ประสานกับแพทย์เพื่อปรึกษาจิตแพทย์ในผู้ป่วยที่วิตกกังวลสูงหรือมี personality change และ ดูแลให้ ได้รับยาแก้ปวดประสาทตามแผนการรักษา ให้การพยาบาล ประคับประคองด้านจิตใจเฝ้าระวัง ติดตามอาการอย่าง ต่อเนื่อง และรายงานแพทย์เพื่อปรับยาให้เหมาะสม

11. ให้ความรู้การเตรียมจำหน่าย (D-METHOD) การดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านหรือ โรงพยาบาล ใกล้บ้านกรณี ส่งต่อ

สรุป

การดูแลผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก พยาบาล มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ เจ็บปวดฉุกเฉิน ซึ่งต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล ผู้ป่วย เช่นการให้สารน้ำ การป้องกันการติดเชื้อ เทคนิค การทำแผล การใช้เวชภัณฑ์ปิดแผล การให้สารอาหาร การจัดการความปวด การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายผิวหนังและการปลูกถ่ายแผ่นเนื้อ การดูแลด้าน จิตใจ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลเพื่อให้แผลหายเร็ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อน อวัยวะต่าง ๆ ไม่ผิดปกติ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไป ดำรงชีวิตอยู่ใน ครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

1. พรพรม เมืองแมน. บทเรียนจากบาดเจ็บไฟไหม้ ขานติกา ผับ. วารสารบาดเจ็บไฟไหม้ร้อนลวกแห่งประเทศไทย 2552; 5:17-26.
2. มนต์ชัย วิวัฒนาสิทธิพงศ์.Acute Burn Management.ใน : พรพรม เมืองแมน, อภิรักษ์ ช่วงสุวนิช, พรเทพ เปรมโยธิน, อาทิ เครือวิทย์, จอมจักร จันทรสกุล,บรรณาธิการ. Update in Burn Care 2009. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร, 2552 : 160-79.
3. รัชณี เบญจรัตน์. Nursing Burn Wound Care. ใน: พรพรม เมืองแมน, อภิรักษ์ ช่วงสุวนิช, พรเทพ เปรมโยธิน, อาทิ เครือวิทย์, จอมจักร จันทรสกุล, บรรณาธิการ. Update in Burn Care 2009. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร, 2552 : 77-97.

4. บวรศิลป์ เชวณชื่น. บาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก. ใน: บวรศิลป์ เชวณชื่น,บรรณาธิการ. หลักการ พื้นฐานของ ศัลยศาสตร์ตกแต่ง. หน่วยศัลยศาสตร์ตกแต่ง ภาควิชา ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541 : 130-76.
5. ชิตชนก มยุรภักดี, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัย ดุษฎีกุล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการ ลดความเจ็บปวด ระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก. The Thai Journal of Nursing Council 2006; 2: 73-83.

Quiz

เด็กชายอายุ 4 ปี มาด้วยตุ่มที่ฝ่ามือและปาก เป็นมา 3 วัน

นัทยา ก้องเกียรติกมล พบ.ว. กุมารเวชศาสตร์
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาลนครพนม



เด็กชายอายุ 4 ปี มาด้วยตุ่มที่ฝ่ามือและปาก เป็นมา 3 วัน ดังรูป
ประวัติเพิ่มเติม มีไข้ต่ำ ๆ มา 4 วัน ไอ น้ำมูกใส เจ็บคอ ไปซื้อยากินเองที่ร้านขายยา เป็นยาปฏิชีวนะไม่ทราบ
ชื่อยา และยาแก้ไอ เริ่มทานยาตอนเช้า เห็นผื่นขึ้นที่มือตอนบ่าย จึงให้การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยรายนี้

ตอบ Hand foot mouth

การวินิจฉัยแยกโรคในกลุ่มนี้ ซึ่งอาจมีอาการของ viral syndrome ร่วมด้วย เช่น ไข้ ไอ น้ำมูก ร่วมกับตุ่มน้ำใสใน
ปาก ได้แก่

1. Herpangina พบตุ่มน้ำใสคอ โดยไม่มีผื่นที่มือโดยตุ่มจะอยู่เฉพาะ posterior 1/3 of oral cavity
2. Herpetic gingivostomatitis พบตุ่มน้ำใสที่คอและริมฝีปากได้ โดยไม่มีตุ่มที่มือและเท้า มักพบร่วมกับ
ไข้สูง และเหงือกบวมแดง

โรคมือ เท้า ปาก

(Hand foot mouth disease)

โรคมือ-เท้า-ปาก เกิดจากเชื้อไวรัสหลายชนิด ดังนั้นจึงพบว่าอาจเป็นโรคนี้ได้หลายครั้ง เนื่องจากการเป็นโรคแต่ละครั้งจะสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการเป็นครั้งต่อไปที่จำเพาะกับไวรัสชนิดนั้นเท่านั้น โรคนี้เป็นในคนเท่านั้น ไม่ใช่โรคเดียวกับปาก-เท้าเปื่อยที่พบในสัตว์กับอย่าง วัว ม้า และแกะ

พ.ศ. 2500 มีรายงานการระบาดของกลุ่มอาการไข้ ซึ่งพบร่วมกับตุ่มน้ำใสในช่องปากมือและเท้า ในผู้ป่วยเด็กที่เมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา โดยพบสาเหตุจากเชื้อ Coxsackie virus A16 (Cox A16)

พ.ศ. 2502 พบการระบาดของกลุ่มอาการเช่นเดียวกันในเมือง Birmingham ประเทศอังกฤษและได้มีการเรียกกลุ่มอาการนี้ว่า Hand-Foot-and Mouth Disease (HFMD) หลังจากนั้นมีการรายงานการระบาดทั่วโลก

โรค มือ เท้า ปาก มีการระบาดแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ในประเทศเขตร้อนมักมีการระบาดช่วงประมาณเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคมแต่ในเขตร้อนชื้นรวมทั้งประเทศไทยพบได้ตลอดทั้งปีแต่จะชุกในช่วงฤดูฝนและช่วงที่มีอากาศร้อนชื้น เชื้อที่พบเป็นสาเหตุของโรคมือ เท้าปาก แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และแต่ละการระบาด ส่วนใหญ่ที่พบเชื้อ Coxsackie virus A16, Enterovirus 71 และ Echovirus ชนิดที่พบบ่อยที่สุดในเมืองไทยคือสายพันธุ์ Coxsackie A16 ซึ่งมักไม่มีความรุนแรงถึงชีวิต แต่มีบางปีที่พบสายพันธุ์ Enterovirus 71 (EV-71) เป็นชนิดที่อาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย คือ ก้านสมองอักเสบหัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน อัตราการเสียชีวิตสูงมาก บางคนที่มีการติดเชื้อ EV-71 อาจมีอาการรุนแรง โดยมีได้มีผื่นให้เห็นเลย หรือ มีเพียงแผลในปาก แต่ไม่มีผื่นที่มือ-เท้า ในประเทศไทย โรคมือ เท้า ปากมีสาเหตุจาก EV71 ประมาณร้อยละ 15-30

การติดต่อ

โรคมือ เท้า ปาก ติดต่อกันได้ง่ายพอสมควร โดยการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งจากจมูก, ลำคอ และน้ำจากในตุ่มใส (respiratory route) อุจจาระของผู้ป่วยซึ่งมีเชื้อไวรัสอยู่ (fecal - oral route) หรือสัมผัสสิ่งของที่มีเชื้อไวรัสแล้วนำมาเข้าปาก ช่วงที่แพร่กระจายมากที่สุด คือ ในสัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยมีอาการ และจะยังแพร่เชื้อได้จนกว่ารอยโรคจะหายไปแต่ก็ยังพบเชื้อในอุจจาระผู้ป่วยต่อได้อีกประมาณ 2-3 สัปดาห์ เชื้อเอนเทอโรไวรัสสามารถทนสภาวะกรดในทางเดินอาหารมนุษย์ได้และมีชีวิตอยู่ในอุณหภูมิตั้งได้ 2-3 วัน โรคนี้ไม่สามารถติดต่อจากคนสู่สัตว์หรือจากสัตว์สู่คนได้

อาการและอาการแสดง

อาการเริ่มต้น คือ มักเป็นไข้ที่ไม่มีอาการอะไรในช่วงแรกโดยจะมีระยะพักตัวประมาณ 3-6 วัน มักจะเริ่มจากการมีไข้ต่ำๆ ประมาณ 38-39 องศาเซลเซียส และมีอาการครั่นเนื้อครั่นตัว ระยะนี้จะมีระยะเวลาประมาณ 1-2 วันจากนั้นจะเริ่มมีอาการเจ็บปาก กินได้น้อย และน้ำลายไหล มีผื่นเป็นจุดแดงหรือตุ่มน้ำใสที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า หรือก้น ไม่คันแต่อาจรู้สึกเจ็บ อาการแสดงที่พบ อาจมีอาการแสดงในหลายระบบ เช่น

1. ระบบทางเดินหายใจ อาจมีอาการเหมือนไข้หวัด ไอ มีน้ำมูกใส เจ็บคอ
2. ทางผิวหนัง คือพบผื่นที่ มือ เท้า ปาก และก้น
3. ทางระบบประสาท เช่น สมอง เยื่อหุ้มสมอง หรือเนื้อสมองอักเสบ
4. ทางระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการท้องเสีย ถ่ายเหลวเป็นน้ำเล็กน้อย ปวดหัวอาเจียน
5. ทางตา มักพบเยื่อบุตาอักเสบ (chemosis and conjunctivitis)
6. ทางหัวใจ เช่นสามารถทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบได้

อาการอาจมีตั้งแต่อาการเล็กน้อยไปจนถึงอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่พบได้บ่อยคือรอยโรคบริเวณปากพบในผู้ป่วยทั้งหมด พบได้ทุกบริเวณในปากแต่ที่พบได้บ่อย คือ เพดานปาก ลิ้น และเยื่อบุกระพุ้งแก้ม รอยโรคระยะเริ่มต้น ลักษณะเป็นรอยสีแดง อาจนูนเล็กน้อย ลักษณะคล้ายแผลร้อนใน และมักพบรอยโรคที่ผิวหนังโดยพบที่มือบ่อยกว่าเท้า ลักษณะเป็นรอยแดงๆ อาจนูนเล็กน้อยขนาด 2-10 มิลลิเมตรตรงกลางสีเทา บางรอยโรคมี ลักษณะเป็นตุ่มน้ำใสขอบแดงมีกระจายขนานไปกับแนวของผิวหนัง อาจเจ็บหรือไม่ก็ได้ หลังจากนั้น 2-3 วันจะค่อยๆ เริ่มตกสะเก็ด และค่อยๆ หายไปภายใน 7-10 วัน โดยไม่ทิ้งรอยแผลเป็นให้เห็นบริเวณอื่นๆ ที่อาจพบรอยโรคได้ เช่น กัน คิ้ว แขน ขา และอวัยวะสืบพันธุ์โดยทั่วไปโรคมือ เท้า ปาก จัดว่ามีอาการน้อย โดยมากมักมีเพียงไข้ครั้งเนื้อครันตัว และเจ็บปาก แต่ในผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะจากการติดเชื้อ enterovirus 71 อาจพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่

- ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้แก่ ก้านสมองอักเสบ (brainstem encephalitis), สมองและเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningoencephalitis), เยื่อหุ้มสมองอักเสบที่ไม่ใช่การติดเชื้อแบคทีเรีย (aseptic meningitis) และอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงคล้ายโปลิโอ (poliomyelitis like paralysis)
- ภาวะแทรกซ้อนระบบปอดเช่น ปอดอักเสบ
- ภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจเช่นกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ โดยผู้ป่วยจะมีไข้มาาก่อนประมาณ 3-6 วันโดยมักไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว และมักมีอาการทางระบบ ประสาทนำมาก่อนต่อมามีอาการหายใจล้มเหลวอย่างรวดเร็ว และมีปอดบวมน้ำ (pulmonary edema)

การวินิจฉัย

ใช้อาการและอาการแสดงเป็นสำคัญ (clinical diagnosis) โดย ตรวจร่างกายพบรอยโรคจำเพาะที่บริเวณมือ เท้า ปากการส่งตรวจรอยโรคที่ผิวหนังโดยวิธีทางพยาธิวิทยาจะพบเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil และ lymphocyte เพิ่มขึ้น แต่ จะไม่พบ multinucleated giant cell หรือ inclusion body สำหรับในกรณีที่ต้องการทราบชนิดของเชื้อไวรัสที่ก่อโรคสามารถทำได้โดยการแยกเชื้อไวรัส หรือตรวจ ร่องรอยการติดเชื้อจากน้ำเหลืองได้แก่ ทำthroat swab และ การเก็บอุจจาระ (stool) หรือน้ำไขสันหลัง (CSF) ไปตรวจ

การรักษา

โรคมือ เท้า และปาก หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคที่สามารถหายได้เองโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 7 วัน การรักษาจึงเป็นเพียงการประคับประคองและบรรเทาอาการโดยเฉพาะการลดไข้ และลดอาการเจ็บปวดจากแผลในปากโดยอาจใช้ยาชาป้ายบริเวณที่เป็นแผลก่อนรับประทานอาหารให้กินอาหารอ่อนนุ่ม รสไม่จัดเพราะจะเจ็บแสบแผล หากลูกไม่ยอมดื่มนมจากขวด เพราะจุกนมอาจชนถูกแผลทำให้เจ็บมาก ลองใช้วิธีจิบ หลอดดูด หรือช้อนป้อน หรือใช้หลอดดื่มน้ำป้อนแทน ให้ดื่มนมเย็น หรือไอศกรีมเพื่อให้ได้พลังงาน ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่อุ่นร้อนหรือมีรสเปรี้ยวซ่าเพราะจะเจ็บแผลมากขึ้น ในกรณีที่มิภาวะแทรกซ้อนให้รักษาตามอาการเป็นส่วนใหญ่หลังจากการติดเชื้อผู้ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสที่ก่อโรค แต่อาจเกิดโรคมือเท้า ปาก ซ้ำได้จากไวรัสตัวอื่นๆควรแนะนำให้ผู้ป่วยปกครองสังเกตอาการที่อาจมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ไข้สูง ซึมอาเจียน บ่อยๆ หอบเหนื่อย ชักเดินเซปวดหัวมากกระสับกระส่าย ร้องกวนตลอดเวลา ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ ควรพามาพบแพทย์

การป้องกัน

เมื่อพบผู้ป่วยด้วยโรคนี้จะต้องรายงานโรคไปยังกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อควบคุมโรคและให้สุขศึกษา

กับทางโรงเรียนที่มีเด็กป่วย การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ดีเป็นการกำจัดเชื้อได้ดีที่สุด เชื้อนี้ตายง่ายในที่แห้งและความร้อน การต้มหรือนึ่งสามารถฆ่าเชื้อนี้ได้ แต่หากอยู่ในที่ที่มีความชื้น หรือ มีสารคัดหลั่งปกคลุม เชื้อจะอยู่ได้นานหลายวัน เชื้ออาจแพร่โดยผ่านทางมือผู้ที่สัมผัสกับและไปสัมผัสเด็กคนอื่น เช่นการเปลี่ยนผ้าอ้อมของ เด็กเล็ก นอกจากนี้เชื้ออาจอยู่บนพื้นผิวของสิ่งแวดล้อม, ของเล่น ทำให้เกิดการสัมผัสทางอ้อมได้ คำแนะนำที่สำคัญที่สุดคือการแยกผู้ป่วยออกจากกลุ่มเพื่อนในโรงเรียน หรือสถานเลี้ยงเด็ก โดยเน้น contact isolation เป็นหลัก โดยมีรายละเอียดดังนี้

- แยกเด็กป่วยไม่ให้ร่วมกิจกรรมกับเด็กอื่นหยุดโรงเรียนเป็นเวลา 1 สัปดาห์
- ผู้ดูแลเด็กหมั่นล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังเปลี่ยนผ้าอ้อม หรือ สัมผัสกับน้ำมูกและน้ำลายของเด็ก
- ทำความสะอาดพื้น ห้องน้ำ สุขา เครื่องใช้ ของเล่น สนามเด็กเล่นตลอดจนเสื้อผ้าที่อาจปนเปื้อนเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้ทั่วไปภายในบ้าน เช่น น้ำผสมผงซักฟอกเช็ดเครื่องเรือน และบริเวณที่สัมผัสเชื้อได้บ่อย เช่น ลูกบิดประตู รอให้แห้งแล้วเช็ดตามด้วยน้ำสะอาด น้ำของเล่นที่เด็กเล่นล้างตากให้แห้ง

บรรณานุกรม

1. Theokiss Z, Joel DK. Enterovirus infection. Pediatrics in Review 1998;19:183-91.
2. Jennifer CH, Antoinette FH. Hand-food-and-mouth disease. In: Freedberg IM, Eisen AZ, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 2403-7.
3. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ. “ข่าวที่น่าสนใจ โรคมือ เท้าและปากเปื่อย” เข้าถึงจาก <http://www.cdcnet.moph.go.th/cdcweb/hotnews/gcd/html>. สืบค้นเมื่อธันวาคม 2556

นานาสาระ

ปีใหม่กับ Stroke Fast Track

รศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า สาขาประสาทวิทยา

ภาควิชาอายุรศาสตร์ กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1 ปีผ่านไปอย่างรวดเร็วจากปี 2556 เปลี่ยนเป็นปี 2557 ตลอดระยะเวลา 365 วันที่ผ่านมานั้น มีหลายสิ่งหลายอย่างที่เกิดขึ้นกับระบบบริการ stroke fast track โรงพยาบาลศรีนครินทร์และเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร เขตพื้นที่บริการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ร้อย-แก่น-สาร-สินธุ์ ผมขอสรุปเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นสิ่งที่เตือนใจเราว่า ทุก ๆ วันที่ผ่านไปนั้น ทีมสุขภาพของเรานั้นได้ทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชน ดังนี้

1. ขยายบริการการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลชุมแพ โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลราชพฤกษ์ (เอกชน) โดยมีโรงพยาบาลโกสุมพิสัย โรงพยาบาลเกษตรวิสัย และทุกโรงพยาบาลชุมชนใน 4 จังหวัดข้างต้นอยู่ในเครือข่ายการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งก็อยู่ในเครือข่ายดังกล่าวด้วย

2. โรงพยาบาลและทีมสุขภาพในเครือข่ายฯ ได้ร่วมประชุมเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากข้อมูลการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา

ละลายลิ่มเลือดในปี 2556 มีผู้ป่วยทั่วประเทศได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 2.7 และในเขตบริการ สปสช. เขต 7 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 4.6 โดยมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทั่วประเทศ

3. เครือข่ายการให้บริการฯ ได้พัฒนาระบบการให้บริการและจัดตั้ง stroke unit และ stroke corner ที่สมบูรณ์แบบและได้มาตรฐาน โดยการจัดสรรงบประมาณจาก สปสช. เขต 7 ได้จัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นได้แก่ syringe pump, monitor EKG, เครื่องชั่งน้ำหนัก, เตียงผู้ป่วยปรับด้วยไฟฟ้า โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้เปิด stroke unit เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2556 จำนวน 10 เตียง พร้อมให้การบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือด เลือดออกในสมอง และพร้อมเป็นที่ฝึกอบรมบุคลากรด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับภูมิภาคและระดับชาติ

4. ได้จัดการประชุมวิชาการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และผู้สนใจจากทั่วประเทศ ซึ่งก็มีผู้เข้าร่วมอบรมเกินความคาดหมาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเพิ่มพูนทักษะในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น

5. ได้จัดทำหนังสือคู่มือการบริการโรคหลอดเลือดสมอง แผ่นพับ ปฏิทิน หนังสือ 10 เรื่อง และหนังสือให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

6. ได้รับทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1 ล้านบาท นำมาศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การเผยแพร่ความรู้ การสร้างเครือข่าย เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้นรวมทั้งการป้องกันและคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองด้วย

7. ได้ดำเนินการจดอนุสิทธิบัตรเครื่องชั่งน้ำหนัก (อยู่ระหว่างรอผลการพิจารณา)

8. ได้ร่วมมือกับเครือข่ายการบริการโรคหลอดเลือดสมอง เขต 8, 9 และ 10 ในการสร้างเครือข่ายครบวงจรและไร้รอยต่อในภาคอีสาน โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยในภาคอีสานที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้รับโอกาสในการรักษาอย่างทันท่วงที โดยไม่มีข้อจำกัดในเขตพื้นที่การให้บริการและสิทธิการรักษา

9. ได้ร่วมมือกับกรมการแพทย์ในการจัดทำ service plan ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นการร่วมมือกันระหว่างเครือข่ายการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข

10. ได้กำหนดแนวทางการทำงานในปี 2557 โดยมี 3 ตัวชี้วัดหลัก คือ

1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 6

2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองร้อยละ 90

3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้รับการทำกายภาพบำบัดร้อยละ 70 โดยกิจกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของ 3 ตัวชี้วัดหลักคือ

1. การฝึกอบรมรพ.สต. ทั่วทั้ง 4 จังหวัดให้ครอบคลุม ร้อยละ 80

2. จัดทำสื่อการให้ความรู้ สร้างความตระหนักเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมผู้ให้บริการ

4. จัดทำระบบให้ข้อมูลย้อนกลับต่อสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้ทางเจ้าของพื้นที่ทราบว่าผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น และเข้าสู่ระบบบริการ stroke fast track ทันเวลาหรือไม่ รวมทั้งเป็นการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องด้วย

สุดท้ายผมขอขอบคุณทีมสุขภาพทุกท่านที่ร่วมแรงร่วมใจทุ่มเท เสียสละในการทำงาน ดูแลรักษาผู้ป่วย พัฒนาระบบบริการอย่างดี โดยไม่หวังผลตอบแทนใด ๆ นอกจากหวังว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุด

นานาสาระ

กินอย่างไรเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง

มลิลักษณ์ วงศ์พยัคฆ์

กลุ่มงานโภชนาศาสตร์ โรงพยาบาลนครพนม

ปัจจุบันพบว่า ประชาชนมีแนวโน้มของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงแซงหน้าโรคเรื้อรังอย่างโรคเบาหวานไปเสียแล้ว และเมื่อตัวท่านเองหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นคนหนึ่งที่ตรวจพบว่าเป็นความดันโลหิตสูงแล้วอย่าได้นิ่งนอนใจ ควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการรับประทานอาหารให้สอดคล้องหรือเหมาะสมตามสภาวะของโรคเพื่อช่วยในการควบคุมหรือลดระดับความดันให้ใกล้เคียงปกติ ในเรื่องของอาหารการกินมีหลักง่ายๆ ในการนำไปปฏิบัติเพื่อช่วยในการลดหรือควบคุมความดัน คือ การหลีกเลี่ยงอาหารเสี่ยงทั้งหลาย อันได้แก่ รสเค็ม ที่มาจากการปรุงแต่งสารที่ให้รสเค็มชนิดต่างๆ ใส่ลงในอาหาร เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว เกลือผงชูรส และอื่นๆ ในส่วนของอาหารหมักดองชนิดต่างๆ เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง รวมทั้งผลิตภัณฑ์แปรรูปจากเนื้อสัตว์ ได้แก่ แหนม ไส้กรอกเปรี้ยว แฮม เบคอน กุนเชียง หมูยอ รวมทั้งเบเกอรี่ และขนมกรุบกรอบ เป็นต้น

เมื่อเลี่ยง ลด งด อาหารอันตรายต่อความดันแล้ว การจัดการอาหารสำหรับผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาหรือปรับปรุงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเพื่อช่วยควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยให้อยู่ใน

เกณฑ์ที่ควรจะเป็นเพื่อควบคุมรักษาระดับความดันของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงปกติเพื่อป้องกัน หรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี

หลักการจำกัดอาหารจำกัดโซเดียม (low sodium diet) คือ การจัดการอาหาร เครื่องดื่ม หรือเครื่องปรุงรสต่างๆ ให้ผู้ป่วยบริโภคในปริมาณที่ได้รับโซเดียม น้อยกว่าคนปกติที่ควรได้รับต่อวัน (คนปกติทั่วไปควรได้รับปริมาณโซเดียมในอาหารไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัม) แต่สำหรับผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรได้รับปริมาณโซเดียม ต่ำกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (mild hypertension) ค่าความดันไม่เกิน 160/90 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มนี้ รับประทานอาหารที่มีการเติมเครื่องปรุงรสเค็มในอาหารได้โดยเติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วขาวในอาหารทุกประเภทได้ประมาณ 3 ช้อนชาต่อวัน แต่ห้ามเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มอีกเมื่ออาหารปรุงสุกพร้อมจะรับประทาน และเลี่ยงในการรับประทานผลิตภัณฑ์แปรรูปชนิดต่างๆ ที่มีรสเค็ม



2. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (moderate hypertension) ค่าความดันไม่เกิน 180/100 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารจำกัดโซเดียมเล็กน้อย (mild sodium restriction) เป็นอาหารที่ให้โซเดียมประมาณ 2-3 กรัมต่อวัน คือรับประทานอาหารที่มีการปรุงรสเค็มโดยเติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วขาว ในอาหารทุกประเภทได้ประมาณ 2 ช้อนชาต่อวัน แต่ห้ามเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มอีกเมื่ออาหารปรุงสุกพร้อมจะรับประทาน และเสี่ยงในการรับประทานผลิตภัณฑ์แปรรูปชนิดต่างๆที่มีรสเค็ม

3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและความดันโลหิตสูงรุนแรง (severe hypertension) ค่าความดันมากกว่า 180/100 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารจำกัดโซเดียมปานกลาง (moderate sodium restriction) เป็นอาหารที่ให้โซเดียมประมาณ 1 กรัมต่อวัน คือ รับประทานอาหารทุกชนิดที่ไม่มีการเติมเครื่องปรุงรสเค็มใดๆในอาหารที่ปรุง หรือพร้อมจะรับประทานทุกประเภทหลีกเลี่ยงในการรับประทานผลิตภัณฑ์แปรรูปชนิดต่างๆที่มีรสเค็มรวมทั้งเบเกอรี่ เช่น เค้ก คุกกี้

4. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและท้องมานจากภาวะตับแข็ง รับประทานอาหารจำกัดโซเดียมมาก (severe sodium restriction) เป็นอาหารที่ให้โซเดียมประมาณ 500 มิลลิกรัมต่อวัน คือ รับประทานอาหารทุกชนิดที่ไม่มีการเติมเครื่องปรุงรสเค็มใดๆในอาหารที่ปรุง หรือพร้อมจะรับประทาน งดอาหารทุกประเภทที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ รวมทั้งขนมปัง เนยสด หรือเนยเทียม และผักชนิดที่มีโซเดียมสูง

หากท่านทราบว่า มีภาวะความดันโลหิตอยู่ในระดับใดแล้ว ยิ่งเป็นการง่ายที่จะเลือกรับประทานอาหารที่มีการจำกัดปริมาณโซเดียมได้ถูกต้อง นอกจากนี้แล้วท่านควรทราบถึงแหล่งอาหารที่ให้โซเดียมเพื่อช่วยประกอบการพิจารณาในการเลือกเติมลงในอาหารด้วย เช่น เกลือแกง หรือ โซเดียมคลอไรด์ (sodium chloride) 1 ช้อนชา มีน้ำหนัก 5 กรัม ให้สารโซเดียม

คลอไรด์ประมาณ 2,000 มิลลิกรัม สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์สั่งจำกัดโซเดียมสามารถเติมเกลือในอาหารได้ในปริมาณที่แพทย์กำหนด ส่วนน้ำปลาที่เป็นน้ำปลาแท้ อย่างดี ปริมาณ 3 ช้อนชา จะมีเกลืออยู่ 1 ช้อนชา ให้โซเดียมคลอไรด์ประมาณ 2,000 มิลลิกรัม หากไม่ปรุงอาหารด้วยเกลือ สามารถปรุงรสด้วยน้ำปลาวันละ ไม่เกิน 3 ช้อนชา ในอาหารทุกประเภท นอกจากนี้ควรระมัดระวังข้อสปรูงรสที่มีหลายรสรวมกันเพราะจะมีรสเค็มรวมอยู่ด้วย ควรเลี่ยงหรือใช้ให้น้อยที่สุด เช่น ซอสพริก ซอสมะเขือเทศ และน้ำจิ้มชนิดต่างๆ ส่วนอาหารที่ผ่านกรรมวิธีแปรรูปและถนอมอาหารที่มีการเติมเกลือทำให้อาหารมีรสเค็ม ไม่ควรรับประทาน เพราะไม่ทราบปริมาณโซเดียมในอาหารเหล่านั้น รวมถึงสารปรุงแต่งอาหารที่มีสารโมโนโซเดียมกลูตาเมตเช่น ในผงชูรส ซุปผง ซุปก้อน ขนمبرกรอบชนิดต่างๆ และผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ที่ใส่สารโซเดียมไบคาร์บอเนตในผงฟู เป็นต้น

นอกจากการจำกัดโซเดียมในอาหารแล้วการรับประทานอาหารที่ปลอดภัยและช่วยควบคุมความดันโลหิตของท่าน คือ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เนื่อสัตว์ติดมันชนิดต่างๆ เลี่ยง งด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ควรรับประทานผักสดและผลไม้สดเพิ่มขึ้น ควบคุมปริมาณการรับประทานอาหารให้เหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีการจัดการความเครียดอย่างถูกวิธี

หากท่านปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องตามข้อแนะนำเบื้องต้นนี้แล้ว ท่านจะสามารถดูแลตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดที่มีภาวะของโรคความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดีทีเดียว และจะสามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะนี้ได้อย่างปกติสุขเช่นเดียวกับคนทั่วไป

ที่มาของข้อมูล : พัทธนันท์ ศรีม่วง.กรุงเทพฯ: เอ็ม แอนด์เอ็มเลเซอร์พรีนซ์; 2555.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนมจัดทำขึ้นเพื่อ วัตถุประสงค์ที่จะเป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ในด้านต่างๆ ไปสู่บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย หรือดูแลตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประเภทของบทความ

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

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) เบอร์โทรศัพท์, 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.
 พูลสุข จันทรโคตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สมาคมพยาบาล
 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. เอ็ดส์: กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัย; 2531.
 Lane NE. AIDS allergy and rheumatology. Totowa(NJ): Humana Press; 1997.

3. จากอินเทอร์เน็ต

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

เงื่อนไขในการลงตีพิมพ์

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