



# วารสารพยาบาลส่วนต่อ โรงพยาบาลมหารajahนครเชียงใหม่

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2550 ISSN 0899-29



3  
10:25

อาคารเฉลิมพระบารมี



**บรรณาธิการบริหาร**

คณะบดีคณะแพทยศาสตร์  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
หัวหน้างานประชาสัมพันธ์  
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

**บรรณาธิการ**

นายไพโรจน์ ฤกษ์ศรี

**กองบรรณาธิการ**

นางอาภรณ์ ชัยรัตน์  
นางสาวสิริลักษณ์ สลักคำ  
นางสาวอรพินท์ โพธาเจริญ  
นางสาวนิตดา โชคบุญยสิทธิ์  
นางสาวเอื้องทิพย์ คำปัน  
นางกนกวรรณ ไตเวชศาสตร์  
นางอารีย์ กุณณะ  
นางแววดาว ทวีชัย  
นายชรรค์ชัย เกตุสอน  
นายอิศรา ยศสุรินทร์

**ฝ่ายธุรการ**

นางเรณู ปุณสวัสดิ์

**ฝ่ายรูปเล่ม**

นางสาวไพรินทร์ สารภี  
นายก้องพงศ์ สุขประเสริฐ  
นายอำนาจ ทาใจ  
นางสาวนิตดา สายธรรม  
นางพรพิมล บุญเมือง  
นายปรัชญา วุฒิอรรรถสาร  
นายธนพนธ์ สุวรรณ



**วารสารพยาบาลสวนดอก**

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2550

ISSN 0899-2993

**บรรณาธิการแถลง**

วารสารพยาบาลสวนดอกฉบับนี้มีเนื้อหาที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) การประทับใจประทับใจด้วยหัวใจเพื่อผู้ป่วยเด็กไตวายเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นต้น ซึ่งโครงการต่าง ๆ เหล่านี้ได้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเมตตาและการปฏิบัติพยาบาลโดยยึดมั่นในอุดมการณ์แห่งวิชาชีพ นั้นจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและ จิตวิญญาณอย่างชัดเจน อันจะส่งผลถึงความสุขทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ จึงเป็นเรื่องท้าทายสำหรับองค์กรด้านสุขภาพในการสร้างระบบงาน การดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการและการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมให้มีการใช้ความดีงามของจิตใจและความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในการให้บริการ

**บรรณาธิการ**

เจ้าของ : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
พิมพ์ที่ : หน่วยวารสารและโรงพิมพ์ งานประชาสัมพันธ์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| การดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ : Humanized Health Care   | 1    |
| การระดับประคองด้วยหัวใจเพื่อผู้ป่วยเด็กไตวายเรื้อรัง<br>ภาวินี โอภาสศิริกุล  | 4    |
| การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด<br>นงลักษณ์ แสงอรุณ และคณะ  | 8    |
| ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา<br>ปราณี จินตสุภาวงศ์ และ กรรณิการ์ เจริญศุภพงษ์  | 14   |
| การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการสั่นล้ม ตกเตียงในผู้ป่วยออโรโรติกส์<br>บุปผา จันทจรรัส และคณะ                                       | 21   |
| โครงการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจที่เป็นอัมพาตในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะสูง<br>เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยออโรโรติกส์หญิง 2                          | 27   |
| ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประจำปี 2549<br>นิดดา ไชคบุญยสิทธิ์, พัชรี จันทอินทร์ และ เอื้องทิพย์ คำปັນ | 32   |
| การบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร<br>นิยม สุวรรณวงศ์ และคณะ  | 38   |
| โครงการไตใหม่ชีวิตใหม่<br>หน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียม งานการพยาบาลอายุรศาสตร์   | 44   |
| การลดไข้ในเด็ก<br>กาญจนา จันทวงศ์ และ ยุพิน เพียรมงคล  | 49   |
| การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ : Primary Nurse for Holistic Care<br>พิมพ์ประพรรณ สถาพรพัฒน์  | 56   |
| นวัตกรรม Blower<br>จิรนุช คงวุฒิ และคณะ  | 59   |
| นวัตกรรม ยกทรงจันทร์ทิมา<br>จันทร์ทิมา ศรีวิชัย  | 62   |
| นวัตกรรม กระเป๋าทูดัด<br>ทีมสหสาขาวิชาชีพจิตเวช  | 65   |
| นวัตกรรม ผ้าผูกยึดผู้ป่วย (Physical Restraint)<br>เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยคัดลยกรรมอุบัติเหตุ  | 69   |
| การดูแลผู้สูงอายุในต่างแดน<br>ธิติภรณ์ พันแจ่ง   | 72   |

## แบบฟอร์มแสดงความจำนงการลงบทความในวารสารพยาบาลสวนดอก

ขอเชิญชวนบุคลากรทางการพยาบาลที่ประสงค์จะเขียนบทความลงในวารสารพยาบาลสวนดอก กรุณาแจ้งความจำนงตามแบบฟอร์มข้างล่างนี้พร้อมส่งบทความมาที่หน่วยประกันคุณภาพทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โทรศัพท์ 5717 ก่อนวันที่ 31 สิงหาคม 2550

ชื่อ.....สกุล.....ตำแหน่ง.....  
ของผู้ป่วย.....งานการพยาบาลผู้ป่วย.....  
โทรศัพท์.....

ประเภทบทความที่ต้องการตีพิมพ์ลงในวารสารพยาบาลสวนดอก

- ( ) วิเคราะห์งาน วิจัย
- ( ) Evidence - based practice
- ( ) สิ่งประดิษฐ์ นวัตกรรม
- ( ) บทความทางด้านการบริหาร
- ( ) บทความทางด้านการศึกษาพยาบาล
- ( ) บทความทั่วไป

ชื่อบทความ.....  
.....

### คำแนะนำสำหรับเรื่องที่จะส่งพิมพ์

1. **บทความเกี่ยวกับงานวิจัยหรือวิเคราะห์งาน** ถ้าเป็นวิเคราะห์งานจะต้องได้รับการอนุมัติจากคณะแพทยศาสตร์แล้ว ความยาวของเนื้อหาไม่ควรเกิน 5 หน้ากระดาษพิมพ์ดีดขนาด A 4
2. **บทความเกี่ยวกับการนำ evidence - based practice มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล** ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผลการดำเนินการ อภิปรายผล เอกสารอ้างอิง ความยาวของเนื้อหาไม่ควรเกิน 5 หน้ากระดาษพิมพ์ดีดขนาด A 4
3. **นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์** ควรมีผลลัพธ์ชัดเจน สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้และมีประโยชน์ เนื้อหาประกอบด้วย หลักการและเหตุผลหรือความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ วัสดุอุปกรณ์ วิธีการประดิษฐ์ วิธีการใช้งาน ค่าใช้จ่าย ผลการทดลองใช้ ประโยชน์ที่ได้รับ เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) ความยาวของเนื้อหาไม่ควรเกิน 5 หน้ากระดาษพิมพ์ดีดขนาด A 4
4. **บทความทางวิชาการ** เป็นบทความที่รวบรวม เรียบเรียงความรู้ในเรื่องที่ทันสมัย สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ ความยาวของเนื้อหาไม่ควรเกิน 5 หน้ากระดาษพิมพ์ดีดขนาด A 4

## การดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ :

### Humanized Health Care \*

ด้วยความตื่นตัวในการหาทางออกต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ได้มีการปฏิรูประบบการดูแลผู้ป่วยจาก modernized health care มาสู่ humanized health care ซึ่งมีได้หมายความว่า เราจะละทิ้งความทันสมัย แต่จะทำให้เราสามารถนำความทันสมัยให้เกิดประโยชน์ในการดูแลมากยิ่งขึ้น หากกระทำควบคู่ไปกับแนวคิดของการดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

“การดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง” (people at the centre of care) กับ “การดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์” (humanized health care) คือเรื่องเดียวกันนั่นเอง

หากบุคลากรสาธารณสุขสามารถเข้าถึงความเป็นมนุษย์ได้ นอกจากตัวเองจะมีความสุขแล้ว ยังจะช่วยให้เพื่อนมนุษย์มีความสุขได้ด้วย ด้วยพลังของความเป็นมนุษย์จะช่วยบำบัดโรคเครียดซึ่งเป็นโรคและสาเหตุของโรคที่พบบ่อยที่สุดในโลก คนไข้และญาติจะมีความสุขด้วยสัมผัสได้จากสายตาและคำพูดของเจ้าหน้าที่ไม่ว่าเจ้าหน้าที่จะมีงานยุ่งเพียงใด โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ จะหายง่ายขึ้น และจะนำมาสู่นวัตกรรมต่าง ๆ ด้วยความที่เจ้าหน้าที่มีหัวใจต่อผู้ป่วย

พลังขับเคลื่อนต่าง ๆ มีรหัสพันธุกรรมอยู่เปรียบเสมือน DNA ของเซลล์

รหัสเก่าในการพัฒนานำไปสู่ความรู้ อำนาจซึ่งก่อให้เกิดปัญหามากมาย

ศ. นพ. ประเวศ วลี เสนอว่า รหัสใหม่ที่ควรจะเป็น คือ **ความดี การอยู่ร่วมกัน และความรู้** ความรู้ในที่นี้ เป็นความรู้ในตัวคนที่ได้มาจากการประสบการณ์ชีวิตและการทำงาน เกิดจากการสัมผัสความจริง ความทุกข์ยาก ซึ่งนำไปสู่ปัญญา มิใช่ความรู้ที่นำไปสู่การเอารัดเอาเปรียบ ท่านได้สรุปว่า **“เรื่องความเป็นมนุษย์เป็นพลังแรงที่สุด ไม่มีพลังอะไรแล้วที่จะสู้กับพลังทางลบที่กำลังเกิดขึ้นในสังคมไทย นอกจากพลังของความเป็นมนุษย์”**

การดูแลสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ มิใช่เรื่องใหม่เป็นเรื่องเดิมที่มีอยู่ในวัฒนธรรมของเราอยู่แล้ว เพียงแต่เราลืมไปชั่วขณะ การรื้อฟื้นเรื่องนี้ขึ้นมา คือ การกลับไปหาฐานเดิมของเราเอง เป็นการใช้กระบวนการค้นแบบบูรณาการ ไม่แบ่งแยกเป็นเขาเป็นเรา เป็นตะวันออกและตะวันตก ทั้งหมดคือเรื่องของความจริงสูงสุดของธรรมชาติที่ค่อย ๆ เผยตัวให้เกิดความกระจ่างชัด

\* เอกสารประกอบการประชุม 8th HA National Forum

ในวิกฤตการณ์ปัจจุบัน **มนุษย์** ไม่มีทางออก ในภพภูมิทางวัตรธรรม นอกจากหันไปใช้ศักยภาพ ของความเป็นมนุษย์ที่สามารถเข้าถึง **สิ่งสูงสุด** หรือ **ความจริง ความดี ความงาม** อันจะก่อให้เกิดจิตสำนึกใหม่ และการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในตน ศานติสุขบนพื้นฐานนี้ **จึงจะเกิดขึ้นได้** ความซับซ้อนของปัญหาต่าง ๆ ที่รุมเร้า ลังคมอยู่ในขณะนี้ ไม่สามารถไขพลังใด ๆ มาแก้ปัญหา ได้ นอกจากพลังของความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นพลัง ที่แรงที่สุดที่อาศัยศักยภาพในการเข้าถึง **ความจริง ความดี ความงาม** นำไปสู่อิสรภาพ หลุดจากความบีบคั้น และมี **สุขภาวะ / สุขภาพ** รวมกัน

สุขภาพ = ดุลยภาพ

ดุลยภาพเกิดจากความสัมพันธ์อันถูกต้อง ของสองตัวระหว่าง **กาย - จิต - ลังคม - สิ่งแวดล้อม** ซึ่งตรงกับคำว่า **องค์รวม**

สุขภาพองค์รวม หมายถึง สุขภาพที่ครอบคลุม ทุกมิติของชีวิต เป็นสุขภาวะโดยรวมอันเกิดจากสุขภาวะ ทางกาย จิต และลังคม ซึ่งต่างเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน อย่างใกล้ชิด ยากที่จะแยกออกจากกันเป็นส่วน ๆ หรืออย่างโดด ๆ ได้

ในระบบการแพทย์สมัยใหม่ ไม่มีพิธีกรรม หรือเครื่องมือใด ๆ ที่จะคุ้มครองจิตใจของแพทย์ มีให้ซัดส่ายไปตามธรรมารมณที่มากกระทบ เพราะถือว่าการเติบโตและความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณของแพทย์ ผู้รักษานั้น ไม่ใช่สิ่งจำเป็นในการรักษาโรค การรู้เท่าทัน จิตตนเองไม่สำคัญเท่าการรู้จักเทคนิคการรักษาโรค

มูลเหตุที่วิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพขาดมิติทางจิต วิญญาณ สุนทรีย์ภาพ และความเป็นมนุษย์นั้น อยู่ที่ กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์กระแสหลัก ปฏิเสธความเป็น องค์รวมของชีวิต แต่ก็มีได้หมายความว่ามนุษย์ชาติ จะต้องจมติดอยู่กับวิธีคิดเช่นนี้ มนุษย์ดำรงอยู่ใน ความจริงของชีวิตหลายมิติ และก็สามารถแสวงหา

ความหลากหลายของวิธีการคิด วิธีการทำความเข้าใจ เพื่อการดำรงอยู่อย่างมีดุลยภาพได้

มิติทางจิตวิญญาณ สุนทรีย์ภาพ และความเป็น มนุษย์ที่สูญหายไปจากวงการแพทย์สมัยใหม่นั้น เป็นการขาดหายไปอย่างมีเหตุผลในทางประวัติศาสตร์ และมีเหตุผลทางปรัชญา สถานการณ์ที่ระบบสุขภาพ กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันนี้ กำลังเรียกร้องความเข้าใจ ในมิติต่าง ๆ อันเป็นเครื่องสะท้อนความเป็นองค์รวม และดุลยภาพของชีวิต โดยเฉพาะเมื่ออำนาจของ วิทยาศาสตร์แบบวัตถุนิยมมกลไกได้แผ่ขยายอิทธิพล และแสดงอิทธิฤทธิ์ผ่านเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีมนต์ สะกดให้ผู้คนหลงใหลอย่างรุนแรง บุคลากรสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเข้าใจในกระบวนทัศน์และปรัชญา ของวิทยาศาสตร์ให้ลึกซึ้งเพียงพอที่จะทำให้เรารู้เท่าทัน ต่อสิ่งที่วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ได้หยิบยื่นและนำเสนอ กับเราว่าเป็นความจริงสูงสุดอันเดียวที่เป็นไปได้

การเข้าใจความหมายใหม่ของชีวิตและสุขภาพ ต้องอาศัยกระบวนทัศน์ใหม่เป็นรากฐานของการสร้าง ความรู้ กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่ถือว่า จิตวิญญาณ ความเป็นมนุษย์ สุนทรีย์ภาพ และสุขภาพ เป็นสิ่งหนึ่ง อันเดียวกัน เพราะการเข้าถึงความดี ความงาม และความจริงสูงสุดแห่งชีวิตนั้น เป็นการบรรลุถึง **สภาวะแห่งความสุข** ที่ละเอียดและ **ประณีต** เป็นสภาวะ แห่งความสุขที่ไม่มีอยู่ในนิยามสุขภาพของการแพทย์ ความเป็นจริงสูงสุดแห่งชีวิตจึงเป็นสิ่งที่แยกไม่ได้ จากการแพทย์และการเยียวยาคนมนุษย์ และนี่เป็นมิติ แห่งสุขภาพที่กระบวนทัศน์ใหม่นี้ เชื่อเชิญให้มนุษยชาติ ได้แสวงหา เป็นการแสวงหาที่ไม่ใช่เพื่อการเสพหรือ การบริโภค แต่เพื่อมนุษยชาติได้ประจักษ์ถึงความซับซ้อน อันยิ่งใหญ่ของชีวิต

หากถือว่าสุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นสภาวะ แห่งความสุขอันประณีตที่เกิดจากการเข้าถึงซึ่งความดี

ความงาม และความจริงของชีวิต การบริการด้านสุขภาพที่ขาดอุดมคติของวิชาชีพ ก็เป็นการบริการด้านสุขภาพที่ละเลยต่อมิติทางจิตวิญญาณ เพราะหากปราศจากซึ่งอุดมคติของชีวิตแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ก็มีสถานะไม่แตกต่างจากพ่อค้าที่แสวงหากำไรจากความเจ็บป่วยของผู้คน

หากเราจะถือว่างานเป็นมากกว่าการดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ เพราะการทำงานยังเป็นโอกาสในการขัดเกลาตนเอง เป็นโอกาสของการเข้าถึงความดี ความจริง และความงามของชีวิต โดยเฉพาะงานในวิชาชีพทางสาธารณสุขนั้น มีสิ่งตอบแทนที่ไม่อาจเทียบ กับค่าตอบแทนทางการเงินได้ ไม่ว่าจะเป็นความสุข และความภาคภูมิใจในการทำ ความดี การได้รับความรัก และความเคารพอย่างจริงใจจากผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และสังคม ความสุขเหล่านี้เองจะเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ เพื่อเข้าถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณของวงการสาธารณสุข

การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเพาะบ่มพื้นที่อุดมคติของชีวิตและความหมายของการทำงาน

ให้หมอบุคลากรทางสาธารณสุข ไม่เพียงแต่จะทำให้การทำงานให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติมีความละเอียดอ่อนมากขึ้น แต่ยังมี ความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการส่งเสริม มิติทางจิตวิญญาณในวงการแพทย์ไทย

ปัจจุบันภารกิจที่ทำหาย การแพทย์ไทยแตกต่างจากทศวรรษก่อน ๆ ความท้าทายที่กำลังปรากฏตรงหน้า เป็นภารกิจที่ไม่เพียงแต่ยากยิ่ง แต่ยังมีละเอียดอ่อน อีกด้วย เป็นภารกิจท้าทายที่ไม่สามารถบรรลุได้ หากปราศจากพลังแห่งจินตนาการและแรงบันดาลใจ ที่มีรากฐานที่มั่นคงจากการสร้างสังคมการทำงานที่มีอุดมคติของชีวิตเป็นเครื่องหล่อเลี้ยง

**ภารกิจใหม่ในวงการสาธารณสุขในยุคปัจจุบันนี้ ก็คือ การสร้างระบบสาธารณสุขที่หัวใจของความเป็นมนุษย์**

# การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ :

## Primary Nurse for Holistic Care

พิมพ์ประพรรณ สถาพรพัฒน์ \*

การดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็น การมอบหมายงานรูปแบบหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย โดย แมนเธย์ (Manthey, 1970) ได้ให้แนวคิดที่สำคัญ ของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือ my patient-my nurse ซึ่งเป็นแนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยแบบเป็น รายบุคคล โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นพยาบาลผู้ป่วย ตั้งแต่รับใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มาเรม บาร์เรตต์ และเบวิส (Marram, Barrett & Bevis, 1979) ได้นำเสนอแนวคิดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ไว้ในหนังสือ Primary nursing : A model for individualized care ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้มอบหมายงานให้แก่ พยาบาลแต่ละคนในการทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถ ของพยาบาลแต่ละคน ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษา พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบต่อผู้ป่วย ที่ได้รับมอบหมายทั้งหมดเกี่ยวกับความต้องการ ทางการพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วย ซึ่งมาเรมและคณะ ได้เรียกลักษณะการดูแล แบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่า A Triple A nurse ซึ่ง ประกอบด้วยความเป็นอิสระในตนเอง (autonomy)

ความมีอำนาจหน้าที่ในการดูแล (authority) และความสำนึก ในหน้าที่ที่รับผิดชอบ (accountability)

2. พยาบาลเจ้าของไข้ ใช้กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูล วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงจนกระทั่งผู้ป่วย จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ทำบันทึกแผนการพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล คำแนะนำ ที่ให้ รวมทั้งรายละเอียดในการเตรียมจำหน่าย แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่เตรียมจะปฏิบัติหรือที่ได้ปฏิบัติ ไปแล้ว

3. พยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน และให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์และ ทีมสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม มีการติดตามปัญหาของผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน ถ้าพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้รับปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ช่วย จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ที่พยาบาลเจ้าของไข้เขียนไว้

\* หัวหน้าหอผู้ป่วย คัลยกรรมอุบัติเหตุ งานการพยาบาลผู้ป่วย คัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม นครศรีธรรมราช



4. การติดต่อสื่อสารจากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรอื่นในที่มัลลสุขภาพ เป็นการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องโดยใช้การสื่อสารด้วยวาจา การใช้แผนการพยาบาล (nursing care plan) และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (patient centered conference) และพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรอื่นในที่มัลลสุขภาพหรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

หอผู้ป่วยคัดลยกรรมอุบัติเหตุ งานการพยาบาลผู้ป่วยคัดลยศาสตร์ เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในภาวะวิกฤติ ได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยพยาบาลคนเดียวที่รับผิดชอบในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดของการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ จึงนำระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายผู้ป่วยที่เขามาเข้ารับการรักษา โดยแบ่งจำนวนผู้ป่วย 1 คนต่อพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน และติดต่อพยาบาลไว้ที่ซาร์ทของผู้ป่วย
2. พยาบาลเจ้าของไข้แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า ตนเองได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนออกจากหอผู้ป่วย
3. รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพและประเมินปัญหาของผู้ป่วย
4. นำข้อมูลและปัญหามาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง กำหนดกิจกรรมทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล

5. สื่อสารกับพยาบาลผู้ช่วย (associate nurse) และบุคลากรในที่มัลลสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้ทราบถึงแผนการพยาบาลเพื่อให้ปฏิบัติได้ตรงกัน

6. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายทุกครั้ง ที่ขึ้นปฏิบัติงานและพยาบาลผู้ช่วยจะเป็นผู้ให้การพยาบาลเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ช่วยจะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้กำหนดไว้ และจะมีการปรึกษากับพยาบาลเจ้าของไข้ทุกครั้งก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงแผนการพยาบาล ซึ่งพยาบาลแต่ละคนจะทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยบางราย และทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ช่วยในผู้ป่วยบางราย
7. มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยทุกวัน โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้นำเสนอข้อมูล ประวัติผู้ป่วยที่รับผิดชอบการประเมินปัญหา แผนการพยาบาล การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ปัญหาที่พบในการดูแล รวมทั้งการวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้มีส่วนร่วมกันในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

### ผลจากการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้

#### 1. ด้านผู้ป่วยและครอบครัว

- 1.1. ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและครอบครัว
- 1.2. ตอบสนองความต้องการการพยาบาลอย่างครอบคลุมมากขึ้น
- 1.3. ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ กล้าซักถามข้อมูลจากพยาบาลเจ้าของไข้

## 2. ด้านพยาบาลเจ้าของไข้

- 2.1. มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น
- 2.2. ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานมากขึ้น
- 2.3. มีความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วย / ครอบครัว
- 2.4. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

## 3. ด้านหน่วยงาน

- 3.1. หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถประเมินศักยภาพและความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้แต่ละคนได้ และสามารถนำไปจัดทำแนวทางการพัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมต่อไป
- 3.2. การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ถึงแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยในระบบพยาบาลเจ้าของไข้จะมีผลดีทั้งในด้านผู้ป่วยและครอบครัว ด้านพยาบาลเจ้าของไข้ และด้านหน่วยงาน ดังกล่าวมาข้างต้น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยคัดลยกรรมอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด หรือในบางครั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้รับมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้มีอาการแทรกซ้อนที่ต้องการการดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดมากกว่า รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้เกิดความรู้สึกไม่ได้รับการดูแลที่ไม่เท่าเทียมกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ทั้งหมด ดังนั้นในการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหอผู้ป่วยจึงควรมีการพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ รวมทั้งจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระบบนี้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- ปรางค์ทิพย์ อุจระรัตน์. (2541). **การบริหารทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.
- สิริกาญจน์ บริสุทธิ์บัณฑิต. (2540). **ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Marram, G. D., Barrett, M. W. and Bevis, E. O. (1979). **Primary nursing : A model for individualized care**. Saint Louis : Mosby.
- Manthey, M. (1970). Primary nursing. **Nursing Forum** 4(1) : 65 - 83.

# ประกันประคองด้วยหัวใจ เพื่อผู้ป่วยเด็กไตวายเรื้อรัง

ภาวณี โอภาสธิรกุล \*

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้เป็นโรคของไตที่ไม่สามารถทำการกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้เพียงพอ ผู้ป่วยไม่อาจมีชีวิตรอดได้นอกจากจะมีการช่วยขจัดของเสียออกจากร่างกายแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) และการฟอกเลือดโดยใช้เครื่องไตเทียม (hemodialysis) ซึ่งการกระทำทั้ง 2 วิธีต้องทำเป็นประจำไม่มีโอกาสหยุดทำได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับการล้างไต ฟอกเลือดเป็นระยะ ๆ ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยวิธีการเหล่านี้อย่างมาก

ในปัจจุบัน วิทยาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้น มีการผ่าตัดเปลี่ยนไตได้เป็นผลสำเร็จ ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนไตนี้ เป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลในระยะยาวคือค่าใช้จ่ายถูกกว่าการรักษาโดยวิธีการล้างไตและฟอกเลือด

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 รับการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี การล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกหนึ่งที่แพทย์นำมารักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อยืดอายุผู้ป่วยและรักษาสภาพไตที่เหลืออยู่ไม่ให้เสื่อมมากขึ้น

จากการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน พบปัญหามากมายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเกิดขึ้นจากผลของการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่ต้องมีสายติดหน้าท้องตลอดเวลา การถูกจำกัดอาหารและน้ำ แยกจากเพื่อนและสังคมที่โรงเรียน ทำให้เด็กที่เคยมีสุขภาพดี ช่วยเหลือตัวเองได้ กลายเป็นผู้ป่วยต้องพึ่งพาครอบครัว บิดามารดามีภาวะซึมเศร้า ในด้านครอบครัวต้องประสบปัญหาในการปรับตัวใหม่เพื่อการดูแลผู้ป่วยในบทบาทของบิดามารดาและบทบาทของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุตรในการล้างไต การควบคุมบุตรให้รับประทานเฉพาะโรค ปัญหาทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในขณะที่มาอยู่ใต้อาณัติของครอบครัวและค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ครอบคลุมในโรคนี้

นอกจากปัญหาที่พบในผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ขณะรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ยังพบปัญหาอื่น ๆ ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กต้องมียาเพื่อรับประทาน และต้องนำยาน้ำกลับบ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ต้องเสียเงินค่ารถเพื่อขนนํ้าล้างไตกลับบ้าน ซึ่งเป็นเงินจำนวนมากสำหรับครอบครัวผู้ป่วย

\* พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่

การบริการผู้ป่วยเด็กในงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ เน้นการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิเด็ก สิทธิผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยตามคำขวัญของโรงพยาบาล คือ ดูแลคุณภาพดีมิตร พร้อมดวงจิตบริการ และตามคำขวัญของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 คือ ดูแลดุจลูกหลาน เอื้ออาทรญาติผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 จึงเป็นการดูแลแบบครอบครัว โดยมีเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยเป็นเจ้าของบ้าน ญาติผู้ป่วย เปรียบประหนึ่งผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่มีหลักการในการดูแล ดังนี้คือ

#### แนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

1. ตระหนักว่าครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและอยู่กับผู้ป่วยเด็กตลอดเวลา การให้การพยาบาลควรเป็นการบริการที่ตอบสนองความต้องการของเด็กป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดาซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพเด็กป่วย
2. ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยปกครองและบุคลากรทางการพยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การกำหนดปัญหา การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การให้การพยาบาล และการประเมินผลร่วมกัน
3. บุคลากรทางการพยาบาลสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยปกครองและเด็กป่วยอย่างเปิดเผยและไม่ถือคติต่อกัน
4. ส่งเสริมและมีการสนับสนุนให้มีการช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยปกครองของเด็กป่วย การเป็นสมาชิกกลุ่มสนับสนุนหรือกลุ่มช่วยตัวเอง รวมทั้งสร้างเครือข่ายของผู้ปกครองโรคเดียวกัน
5. ยอมรับความแตกต่างของครอบครัวหรือผู้ป่วยปกครองเด็กป่วยในเรื่องความสามารถในการดูแลเด็ก

วิธีการจัดการกับความเครียดและความเชื่อด้านสุขภาพ ศาสนา สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และถิ่นที่อยู่

6. มีการบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กแต่ละวัย และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ปกครอง

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลตามคำขวัญ คือ ดูแลดุจญาติมิตร พร้อมดวงจิตบริการ และตามคำขวัญของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 คือ ดูแลดุจลูกหลาน เอื้ออาทรญาติผู้ป่วย

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ให้บริการและผู้ปกครองมีความสุขที่ได้ดูแลผู้ป่วยเด็กร่วมกัน
2. เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในมิติความเป็นมนุษย์ ที่ครอบคลุมมิติทั้งหมดของการดำรงชีวิต ซึ่งได้แก่ กาย จิต วิญญาณ สังคม อารมณ์ วัฒนธรรม

#### ตัวชี้วัด

ไม่สามารถวัดออกมาเป็นตัวเลขได้ เนื่องจากเป็นมิติทางจิตใจ มีเพียงเรื่องเล่าที่นำมาเล่าสู่กันฟัง

#### เรื่องเล่าเรื่องที่ 1

น้องหนึ่ง (นามสมมติ) อายุ 5 ปี ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 โดยการล้างไตทางช่องท้อง บิดาน้องหนึ่งอยู่ประจำส่วนมารดาจะทำหน้าที่หารายได้ให้ครอบครัว

วันหนึ่ง บิดาน้องหนึ่งมีอาการปวดท้อง พยายามได้แนะนำและส่งบิดาน้องหนึ่งตรวจที่ห้องตรวจนอกเวลา และไปเยี่ยมหลังจากงานเลิกแล้ว พบว่า บิดาน้องหนึ่งนอนกุมท้องอยู่ ไบหน้าบิดเบี้ยวด้วยความเจ็บปวด



พยาบาลจึงขอเปลบนอนให้บิดานองหนึ่งนอนรอการตรวจ หลังตรวจพบว่าบิดานองหนึ่งมีนิ้วในไต บิดาได้ผ่าตัดนิ้วที่โรงพยาบาลลำพูน และเปลี่ยนให้มารดาผู้ป่วยเด็กมาผ่าแทน

หลังจากที่ผ่าตัดแล้ว บิดากลับมาผ่าบุตรสาวใหม่ แต่ยังคงมีแผลผ่าตัดอยู่ และมีสายต่อจากผิวหนังหน้าท้องต่อกับถุงรองรับปัสสาวะ พยาบาลทำแผลช่องเปิดท่อล้างไตให้นองหนึ่ง และทำแผลให้บิดานองหนึ่งทุกวันจนแผลแห้งดี

ในระยะเวลาที่มารดาของนองหนึ่งมาผ่า นองหนึ่งรอการกลับมาของมารดาทุกคืน เพราะมารดานองหนึ่งจะต้องกลับไปขายของช่วงเย็นถึงเที่ยงคืน เนื่องจากมารดา มีอาชีพเป็นแม่ค้า จะกลับมาผ่าอีกครั้งประมาณเที่ยงคืนทุกวัน พร้อมกับกวยเตี๋ยวเจ้าอร่อยมาใหญ่ตรสาวรับประทานทุก ๆ เที่ยงคืน พยาบาลจะรับรู้ถึงการรอคอยการกลับมาของมารดาเด็ก ยอมรับการที่ผู้ป่วยเด็กและมารดาต้องนอนตื่นสาย ซึ่งทีมการพยาบาลจะไม่รบกวนเวลานอนของผู้ป่วยเด็ก

ปัจจุบันผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและครอบครัวที่อบอุ่น ทุกครั้งนองหนึ่งกลับมาเมียน้ำกลางไต นองหนึ่งจะแหวะมากอดและทักทายเจ้าหน้าที่กุมารเวชกรรม 4 ด้วยชุดกระโปรงที่น่ารัก พร้อมกับรอมงเทาส์สูงทันสมัยภายใต้กระโปรงสวยงามนั้น มีสายท่อล้างไตกวัดแกว่งไปตามจังหวะการเดินที่น่ารักของเด็กน้อย

## เรื่องเล่าเรื่องที่ 2

ผู้ป่วยเด็กวัยร่น นองสอง (นามสมมติ) มีอาการไตวายเรื้อรังด้วยภาวะวิกฤติ มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 นองสองมีภาวะซึมเศร้า ร้องไห้บ่อยครั้ง พยาบาลได้ปลอบโยน แต่นองสองยังคงซึมเศร้าอยู่ พยาบาลปัสสาวะ (นามสมมติ) ได้รับการร้องขอให้มาประเมินและช่วยคลายปัญหาทางด้านจิตใจ ทำให้นองสองยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้มากขึ้น ยิ้มแย้มได้มากขึ้น

จากการดูแลของทีมการพยาบาลและครอบครัว ทำให้นองสองมีอาการดีขึ้น แพทย์จึงเริ่มทำการล้างไตทางช่องท้อง จนกระทั่งนองสองสามารถกลับไปบ้าน โดยมีบิดาเป็นผู้ทำการล้างไตทางช่องท้องให้ นองสองกลับมาตรวจตามนัดด้วยสีหน้าที่แจ่มใสกว่าเดิม

## เรื่องเล่าสุดท้าย

นองสามป่วยด้วยอาการโรคไตวายเรื้อรัง ปัสสาวะออกน้อย และรับการรักษาในช่วงแรกที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ อาการของนองสามหนักจนแพทย์ไม่แน่ใจว่าจะยื้อชีวิตของผู้ป่วยได้หรือไม่ แต่ด้วยหัวใจของแพทย์ที่รับรู้ถึงความกังวล ความโศกเศร้าของบิดามารดา จึงได้มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และแล้วอาจเป็นเพราะผลการรักษาและการให้การพยาบาลที่ดีหรือโชคช่วยที่ทำให้นองสามกลับมายังหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 ได้อีกครั้ง และได้มารับการล้างไตทางช่องท้องใหม่ จนนองสามอาการดีขึ้นสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้

ด้วยภาวะวิกฤติและค่ารักษาที่ตามมา ทำให้ยอดค่ารักษาสูงมากจนบิดาเกิดความเครียดสูง บางครั้งคิดสั้นเนื่องจากต้องรับภาระในการดูแลครอบครัว พยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้ดำเนินการเบื้องต้นเพื่อลดความเครียดลงบ้าง โดยการติดต่อให้ห้างสรรพสินค้าช่วยเหลือส่งข้อมูลให้การเงินใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดหย่อนหรือผ่อนชำระค่ารักษา และเช่นเดิมพยาบาลปัสสาวะคอยดูแลภาวะทางจิตใจของครอบครัว เมื่อนองสามได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ทีมการพยาบาลทำหน้าที่ประสานงานระหว่างการเงิน หน่วยประสานสิทธิ์ เพื่อให้ นองสามได้รับการอนุมัติการลดหย่อน ผ่อนค่ารักษาจากผู้อำนวยความสะดวก

ปัจจุบันน้องสามกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีมารดา  
ทำการล้างไตทางช่องท้องและทำแผลให้

### ความประทับใจในการบริการขณะดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคไตวายเรื้อรัง

1. ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่มารดาผู้ป่วย  
ขณะอยู่เผ่าผู้ป่วยในโรงพยาบาล และติดต่อสังคมสงเคราะห์  
ในการหาเงินจากมูลนิธิช่วยเหลือญาติผู้ป่วย

2. ขอรถโรงพยาบาลช่วยเหลือในการขนย้าย  
น้ำยาล้างไตไปยังสถานีรถ เพื่อลดค่าใช้จ่ายให้ญาติผู้ป่วย  
หรือนำน้ำยาล้างไตไปฝากกับวัดหรือบ้านญาติ เนื่องจาก  
ห้องยาจะเก็บน้ำยาล้างไตให้เพียง 3 วัน ญาติผู้ป่วย  
ไม่มีรถส่วนบุคคล บิดาของผู้ป่วยจะอาศัยรถของเพื่อน  
มารับน้ำยากลับภายหลัง การให้บริการที่เกิดขึ้น ทำให้  
ผู้ป่วยเด็กสามารถกลับบ้านตามแผนการรักษา และตาม  
ความต้องการ เพราะแค่ค่าพูดหรือคำสั่งการรักษาที่ผู้ป่วย  
สามารถจำหน่ายได้นั้น เป็นความสุขอย่างยิ่งยวดของ  
ครอบครัว หากมีอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถกลับบ้านได้  
หรือทำให้กลับบ้านช้าแม่เพียง 1 วัน เด็กจะเสียใจมาก  
เพราะเป็นวันที่รอคอย หลังจากที่ต้องนอนโรงพยาบาล  
เป็นระยะเวลาจนถึง 3 - 4 เดือน การกลับบ้านช้าเพียง  
1 วัน จะทำให้ความฝันของเด็กและจิตใจแตกสลาย

3. ได้รับบริจาคจากประชาชน โดยการช่วยซื้อ  
อุปกรณ์การล้างไต ซึ่งได้แก่เครื่องชั่งน้ำหนักชนิดแขวน  
ให้แก่ครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 8 อัน และได้มอบให้  
ผู้ป่วยไปแล้ว 6 อัน

4. มอบตุ๊กตาให้ผู้ป่วยเด็ก เพื่อแสดงความยินดี  
ที่ผู้ป่วยได้กลับบ้าน

5. ทีมการรักษา นำโดยอาจารย์เฉพาะทางโรคไต  
ร่วมประชุมกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยพยาบาล พยาบาล-  
ให้คำปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์ ในการรวบรวมข้อมูล  
เพื่อเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัว  
กลับสู่สังคม

### เรื่องดี ๆ ที่ยังไม่ได้ทำ

1. เตรียมการเยี่ยมบ้านและเยี่ยมโรงเรียน  
ในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย เพื่อช่วยเหลือและเตรียมการ  
ในด้านการดูแลต่อเนื่องร่วมกับครูในกรณีที่ผู้ป่วย  
กลับไปโรงเรียนและต้องล้างไตเองที่โรงพยาบาล

2. ปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมให้เหมาะสม  
กับการทำการล้างไต

3. เตรียมจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (support  
group) แลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วมกัน ประสพการณ์ และให้  
การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

# การบรรเทาความเจ็บปวด ในผู้ป่วยฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร \*

นิยม สุวรรณวงศ์ \* และคณะ \*\*

## หลักการและเหตุผล

การฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย มีนงงหรือเป็นลมบ่อย ๆ เป็นต้น เครื่องกระตุ้นหัวใจจะส่งกระแสไฟฟ้าผ่านสายล่อไปกระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นตามปกติ การฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจจะทำในหน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด โดยฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจไว้ใต้ผิวหนังบริเวณหน้าอกซ้ายหรือขวา ขึ้นตอนในการดำเนินการเริ่มด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ (2% xylocain) ทำการกรีดผิวหนังเพื่อทำกระเป๋าใส่เครื่อง (pocket) จากนั้นใส่สายล่อ (lead) ต่อเครื่องกระตุ้นหัวใจแล้วทำการเย็บปิดแผล ขั้นตอนเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดบริเวณแผลได้

จากการเก็บข้อมูลระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรที่หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2548 ถึง 31 มีนาคม 2548 จำนวน 4 ราย โดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข ตั้งแต่ 0 ถึง 10 ระดับ 0 หมายถึง

ไม่มีความเจ็บปวด และระดับ 10 หมายถึงเจ็บปวดมากที่สุด พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดเฉลี่ย 4.8 คะแนน (ระหว่าง 3 - 8) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก

นอกจากสาเหตุของความเจ็บปวดจะเกิดจากการทำลายของเนื้อเยื่อหรือจากการตึงตัวของเนื้อเยื่อตามขั้นตอนของการทำแล้ว ยังมีปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ เช่น อายุ เพศ ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด และวิถีจัดการกับความเจ็บปวด โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บปวดและวิถีจัดการกับความเจ็บปวด จะช่วยทำให้มีความอดทนต่อความเจ็บปวดมากขึ้น มีผลทำให้ระดับความเจ็บปวดลดลงด้วย (Potter & Perry, 2003)

จากการเก็บข้อมูลการรับรู้ความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจที่หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2548 ถึง 31 มีนาคม 2548 จำนวน 7 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 100 ยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด

นอกจากนี้ ยังไม่มีแนวทางในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยดังกล่าว ทางหน่วยฯ จึงได้

\* โครงการวิจัยจากการนำหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ลงสู่การปฏิบัติการพยาบาล

\*\* พยาบาลชำนาญการระดับ 8 หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

\*\* เจ้าหน้าที่หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

จัดทำโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบรรเทาความเจ็บปวด  
ในผู้ป่วยฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร
2. เพื่อลดระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

### การดำเนินโครงการระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ประยุกต์จากแนวทางทดสอบและรับรองคุณภาพของการดูแลสุขภาพเพื่อจัดการอาการปวดของ Joint Commission on Accreditation of Health Organization ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ 6 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม
- 2) การประเมินอาการปวด
- 3) การควบคุมและบรรเทาอาการปวด
- 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดแก่ผู้ป่วยและญาติ
- 5) การดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 6) การควบคุมและพัฒนาคุณภาพบริการ (Bines & Paice, 2005)

การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ ดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ โดยอาศัยหลักฐานของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (พิบูล นันทชัยพันธ์ และฉวีวรรณ รงชัย, 2548)

### 1. การกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข

จากการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร พบว่าผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดเฉลี่ย 4.8 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และผู้ป่วยร้อยละ 100 ยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดจากข้อมูลดังกล่าวที่ประชุมร่วมกันของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เห็นว่า สมควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรขึ้น

### 2. การกำหนดผลลัพธ์

ระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรอยู่ในระดับต่ำ

### 3. การสืบค้นหลักฐานอ้างอิง

ทำการสืบค้นหลักฐานความรู้และผลการวิจัยจากวารสารทางการแพทย์ และฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ได้แก่ Scindirect Database, Blackwell Synergy Database และ Pubmed คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นคือ pain management, pacemaker และ procedural pain

ผลการสืบค้นได้ดังนี้

|                               |   |        |
|-------------------------------|---|--------|
| แนวปฏิบัติทางคลินิก           | 2 | รายงาน |
| การทบทวนงานวิจัยอย่างมีระบบ   | 1 | รายงาน |
| การศึกษาทดลองที่มีกลุ่มควบคุม | 5 | รายงาน |
| การทบทวนวรรณกรรม              | 6 | รายงาน |
| การศึกษาระณีศึกษา             | 1 | รายงาน |
| การศึกษาย้อนหลัง              | 1 | รายงาน |

### 4. การประเมินคุณค่าของหลักฐาน

นำหลักฐานที่สืบค้นได้มาทบทวน วิเคราะห์จัดระดับความน่าเชื่อถือ โดยใช้เกณฑ์ของ The National Health and Medical Research Council (NHMRC) และนำมาจัดระดับตามข้อเสนอแนะการนำไปปฏิบัติ



ตามเกณฑ์พิจารณาตัดสินคุณภาพของสถาบันโจอันนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute)

### 5. การจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก

5.1 พิจารณาคุณภาพและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ โดยคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของหน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่

5.2 จัดพิมพ์ร่างแนวปฏิบัติ โดยบรรจุวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศตามผลการวิจัยที่สืบค้นได้ พร้อมระบุระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

5.3 นำเสนอร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก และทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็น สำหรับนำมาปรับปรุงแก้ไข

5.4 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิกตามข้อเสนอแนะ

5.5 ตรวจสอบคุณภาพด้านภาษาและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

5.6 ทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร จำนวน 5 ราย

### ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ เป็นการเตรียมพร้อมของผู้ปฏิบัติโดย

1.1 ประชุมชี้แจงรายละเอียด ฝึกทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

1.2 มอบหมายพยาบาลผู้รับผิดชอบในการให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการปวดในระยะก่อนฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร โดยหมอนเวียนคนละสัปดาห์

2. ติดตามและกำกับให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดย

2.1 ประชุมปรึกษาในทีมพยาบาลก่อนการปฏิบัติงาน

2.2 เผยแพร่คู่มือการใช้แนวปฏิบัติ โดยติดบอร์ดประกาศในหน่วยฯ และในแฟ้มโครงการ

2.3 ทำเครื่องหมายเตือนความจำในผู้ป่วยรายที่ใช้แนวปฏิบัติในตารางตรวจผู้ป่วยประจำวัน

2.4 รวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ โดยสรุปผลทุก 1 เดือน

### ผลการดำเนินงาน

จากการรวบรวมข้อมูลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรในหน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2549 ถึง 31 ตุลาคม 2549 ผลการศึกษามีดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยทั้งหมด 24 ราย เป็นเพศชาย 12 ราย เพศหญิง 12 ราย อายุเฉลี่ย 61.9 ปี (ระหว่าง 24 ปี ถึง 81 ปี) และระยะเวลาในการทำเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 26 นาที (ระหว่าง 45 นาที ถึง 5 ชั่วโมง)

#### 2. การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก

ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเท่ากับ 94.6

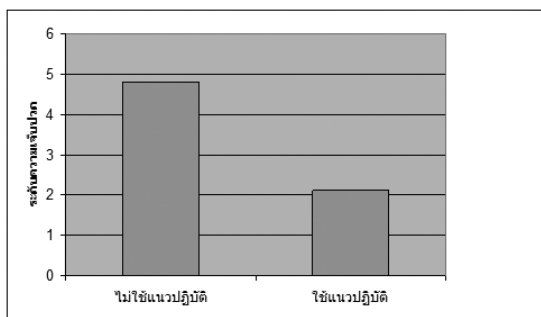
3. ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในผู้ป่วยที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ มีคะแนนเฉลี่ย 2.1 คะแนนซึ่งลดลงต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติ ดังรายละเอียด ตามตารางที่ 1 และแผนภูมิที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงคะแนนระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามขั้นตอนของการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

| ขั้นตอน                  | ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ย<br>(0 - 10 คะแนน) |
|--------------------------|--|
| ขณะฉีดยาชา               | 3.4                                      |
| ขณะเลาะกระเปาะใส่เครื่อง | 2.4                                      |
| ขณะเย็บปิดแผล            | 1.9                                      |
| หลังทำ รอกลับหอยผู้ป่วย  | 0.8                                      |
| <b>ค่าเฉลี่ย</b>         | <b>2.1</b>                               |

ขณะฉีดยาชาผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยมากที่สุดคือ 3.4 คะแนน และระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยทุกขั้นตอนคือ 2.1 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับเจ็บปวดเล็กน้อย

**แผนภูมิที่ 1** แสดงการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก



ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จาก 4.8 คะแนน เหลือ 2.1 คะแนน

## การอภิปรายผล

ผลจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก เรื่อง การบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ไปใช้กับผู้ป่วยหน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2549 ถึง 31 ตุลาคม 2549 จำนวนผู้ป่วย 24 ราย พบว่า สามารถช่วยลดระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ โดยระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติจากค่าเฉลี่ย 4.8 คะแนน ลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 2.1 คะแนน

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทุกขั้นตอนของการรักษาโดยพยาบาลผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง ทั้งก่อนการรักษา ขณะรักษา และหลังรักษา ซึ่งทางหน่วยฯ มีการมอบหมายให้พยาบาลผู้รับผิดชอบในการให้ความรู้ และติดตามผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการรักษา ได้มีการจัดทำคำสั่งการรักษา (standing order) ร่วมกับแพทย์ มีการเพิ่มการให้ยาคลายความวิตกกังวลในผู้ป่วย ก่อนการรักษา และการให้ยาบรรเทาอาการปวดขณะรักษา ทั้งยังจัดทำแผนผังความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาอาการปวดให้ผู้ป่วยและญาติได้ทบทวนด้วยตนเองอีกด้วย

การดำเนินโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก นอกจากทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นแล้ว ยังทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติมีความรู้เพิ่มเติมใหม่ ๆ จากการศึกษา ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัย ช่วยฝึกทักษะในการอ่านเอกสาร และงานวิจัยจากต่างประเทศ เป็นการพัฒนาศักยภาพอีกทางหนึ่งด้วย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้มีการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง

## ภาคผนวก

### คู่มือแนวปฏิบัติ เรื่อง การบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

#### ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

##### บทบาทพยาบาล

ผู้ป่วยต้องได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการอาการปวดที่จะเกิดขึ้นขณะและหลังฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร โดยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลก่อนการตรวจอย่างน้อย 1 วัน

รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ให้ซมวิตีทัศน์คำแนะนำเกี่ยวกับการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรในผู้ป่วยที่มานัดตรวจที่หน่วยตรวจพิเศษทางโรคหัวใจแบบภายนอก (level 2B)
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (level 2B) ประกอบด้วย
  - ความหมาย
  - วัตถุประสงค์
  - ขั้นตอนการตรวจ
  - การปฏิบัติตัวก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ
3. ให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการปวด (level 2B) ประกอบด้วย
  - การบรรเทาอาการปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา
  - ให้ความรู้และฝึกทักษะในการประเมินอาการปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข 0 - 10 เซนติเมตร และการสังเกตอาการปวดของตนเอง
  - การรายงานอาการปวดให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทราบ
4. ฝึกทักษะการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาตามความชอบของผู้ป่วย โดยเลือกใช้วิธีต่าง ๆ เช่น (level 2B)
  - การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
  - การใช้เทคนิคการหายใจ
5. ให้แผนพับเรื่องการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรและจัดการอาการปวด (level 2B)
6. บันทึกการให้ความรู้ลงในแบบบันทึกการสอนสุขศึกษา (level 4B)

##### บทบาทแพทย์

ให้ยา pre-medication เพื่อคลายความวิตกกังวล เช่น diazepam (level 4B)

## ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในขณะฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

### บทบาทพยาบาล

- ประเมินและวัดระดับอาการปวดด้วยมาตราวัดแบบตัวเลข 0 - 10 เซนติเมตร โดยประเมินขณะทำทุก 15 - 30 นาที (level 4A) โดยแบ่งระดับอาการปวด ดังนี้
  - 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด
  - 1 - 3 หมายถึง มีอาการปวดเล็กน้อย
  - 4 - 7 หมายถึง มีอาการปวดปานกลาง
  - 8 - 10 หมายถึง มีอาการปวดรุนแรงมาก
- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถ้ามีความเจ็บปวดขณะทำ ให้แจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทราบทันที (level 4A)
- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด เช่น การฉีดยาชา การทำกระเป๋า (pocket) ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ และการเย็บแผล เป็นต้น (level 4A)
- บันทึกระดับอาการปวดและการบรรเทาอาการปวดในแบบบันทึกทางการพยาบาลตามขั้นตอนที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด (level 4A)
- ให้ผู้ป่วยใช้การบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาตามความชอบของผู้ป่วย โดยเลือกใช้วิธีต่าง ๆ เช่น (level 2B)
  - การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
  - การใช้เทคนิคการหายใจ

### บทบาทแพทย์

- ให้ยาชาเฉพาะที่ (local anesthetic) เช่น 2% lidocaine บริเวณที่จะฝังเครื่อง และรอเวลาให้ยาชาออกฤทธิ์แล้วค่อยเริ่มทำหัตถการ (level 3.3B)
- ให้ sedative drug เพื่อคลายความวิตกกังวล เช่น midazolam 0.02 - 0.1 mg/kg ทางหลอดเลือดดำ (level 2B)
- ให้ยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำ ถ้ามีอาการปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง เช่น fentanyl 0.5 - 1.0 microgram/kg ทางหลอดเลือดดำ (level 4B)



# โครงการไตใหม่ชีวิตใหม่ \*

หน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียม  
งานการพยาบาลอายุรศาสตร์

## หลักการและเหตุผล

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งการรักษาเป็นแบบประคับประคองตามอาการ เพื่อรักษาหน้าที่ของไตที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ทำงานต่อไปได้ และเลื่อนระยะเวลาในการฟอกเลือดให้นานที่สุด แต่เมื่อการดำเนินของโรคมาถึงระยะสุดท้าย จะมีการสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างถาวร จำเป็นต้องรักษาโดยการทำการทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ คือ การฟอกเลือด การล้างช่องท้องแบบถาวร และการปลูกถ่ายไต ปัจจุบันการปลูกถ่ายไตเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก เป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การปลูกถ่ายไตมีผลสำเร็จดีกว่าการฟอกถ่ายอวัยวะอื่น ๆ ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตจึงมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปลูกถ่ายไตไปแล้วก็ตาม การรักษายังไม่สิ้นสุดที่การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเท่านั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจะต้องได้รับการยกยอุมิตานทานตลอดชีวิตตราบเท่าที่ไตใหม่ยังทำหน้าที่ได้อยู่ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามการทำหน้าที่ของไตใหม่ และปรับขนาดของยาคุมยอุมิตานทาน ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับ

การเปลี่ยนไตมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไตได้ เช่น การติดเชื้อ ภาวะสลัดไต นอกจากนี้ยังมีผลทางด้านจิตสังคมอีกด้วยจากการมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง รวมทั้งความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นใจ และวิตกกังวลเกี่ยวกับหน้าที่ของไตใหม่ว่าจะยาวนานเพียงใด อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ ไม่สมหวังในชีวิตได้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ทีมงานเปลี่ยนไตต้องให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้

หน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้เปิดดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 จนถึงปัจจุบัน มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนไตมาแล้วจำนวน 245 ราย โดยแยกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับไตบริจาคจากญาติพี่น้อง (living related donor) จำนวน 193 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับไตบริจาคจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย (cadaveric donor) จำนวน 52 ราย และยังมีผู้ลงทะเบียนรออีกจำนวน 116 ราย

การดำเนินการในกระบวนการเปลี่ยนไตแต่ละครั้งของโรงพยาบาล อยู่ในความดูแลของคณะกรรมการ

\* โครงการ Patient Care Team เปลี่ยนไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
ที่ปรึกษาโครงการ นางสาวนิภา ภูประวะโรทัย ผู้ตรวจการพยาบาลงานการพยาบาลอายุรศาสตร์

เปลี่ยนไตซึ่งประกอบด้วย Nephrologist, Tissue Typing Specialist, Cardiologist, Infectious Specialist, Transplantation Surgeon, Vascular Surgeon, Urologist, Renal Nurse, ICU Nurse, Transplant Coordinator นอกจากนี้ที่ทีมงานที่ดูแลผู้ป่วย ทั้งที่ OPD, IPD, HD Unit และ ICU เป็นทีมงานที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างดี รวมทั้งทีมงานสนับสนุนอันได้แก่ ห้องปฏิบัติการ แผนกเอกซเรย์ ฯลฯ

จุดเด่นของหน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนไต คือเป็นศูนย์ปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือ โดยปฏิบัติงานร่วมกับศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย มีแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา สามารถประสานงานเพื่อรับไตบริจาคจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยตลอด 24 ชั่วโมง และสามารถให้บริการฟอกเลือดแบบฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยก่อนและหลังเปลี่ยนไตในกรณีได้รับบริจาคไตจากผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย และผู้ป่วยหลังเปลี่ยนไตที่มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน รวมถึงดูแลผู้ป่วยในโครงการเปลี่ยนไตทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และกลับมารับการตรวจรักษาเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้ยังมีบริการทางโทรศัพท์ (hotline สายด่วน) แก่ผู้ป่วยกรณีมีปัญหาด้านสุขภาพหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งหมดนี้เกิดจากการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีความพร้อมในการรับไตใหม่
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม เพื่อสะดวกต่อการดำเนินการแต่ละขั้นตอนของทีมงาน

### การเปลี่ยนไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต - living related transplantation

**ขั้นตอนที่ 1** การเตรียมตัวผู้บริจาค ผู้รับและครอบครัว

- *Data information* ให้ข้อมูลผู้บริจาค ผู้รับ และครอบครัวเพื่อประกอบการตัดสินใจ
  - ◊ ข้อมูลเรื่องความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต
  - ◊ ข้อมูลเรื่องอัตราความสำเร็จและโอกาสไม่สำเร็จ
  - ◊ ค่าใช้จ่ายในกระบวนการผ่าตัดเปลี่ยนไต
- *สัมภาษณ์ผู้บริจาค ผู้รับ และครอบครัว*
  - ◊ เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริจาคและผู้รับ
  - ◊ ค้นหาประวัติความเจ็บป่วยที่อาจเป็นอุปสรรคในการบริจาคและในการรับบริจาค
  - ◊ ค้นหาโรคทางพันธุกรรม
  - ◊ ค้นหาวิธีการดำรงชีวิตของผู้รับบริจาค เพื่อประกอบในการวางแผนการเตรียมตัวกลับบ้านหลังการผ่าตัด
- *Counseling*
  - ◊ ประเมินความเข้าใจเรื่องการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาค ผู้รับบริจาค และครอบครัว
  - ◊ ประเมินการยอมรับการสูญเสียอวัยวะของผู้บริจาค

◊ แนะนำให้ผู้บริจาค ผู้รับบริจาค และครอบครัว ได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มาก่อน เพื่อเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ก่อนที่จะประสบกับสถานการณ์คล้ายกัน

• Planning

◊ วางแผนกำหนดการดำเนินการแต่ละขั้นตอน ร่วมกันระหว่างทีมงานและผู้ป่วย

**ขั้นตอนที่ 2** ตรวจสอบร่างกายผู้บริจาคและผู้รับบริจาค

• ตรวจสอบร่างกายตามแนวทางการตรวจร่างกาย ผู้บริจาคและผู้รับบริจาค

◊ ABO matching

◊ Infectious marker

• ค้นหาโรคหรือความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตวาย ของผู้บริจาค

• ค้นหาความพร้อมรับการผ่าตัดของผู้บริจาค และผู้รับบริจาค

• เพิ่มการค้นหาโรคเฉพาะบุคคลตามประวัติ ที่ได้จากการสัมภาษณ์

**ขั้นตอนที่ 3** ทำ HLA typing และ lymphocyte cross-matching

• ตรวจสอบเอกสารทางราชการเพื่อยืนยันความ- สัมพันธ์

• พิจารณาผลการตรวจอิงตามแนวทางพิสูจน์ ความสัมพันธ์ของผู้บริจาคและผู้รับบริจาคตามระเบียบ สภากาชาดไทย ว่าด้วยศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ หมวดที่ 6 ตามมาตรฐานจริยธรรมของการปลูกถ่ายอวัยวะ

**ขั้นตอนที่ 4** Renal angiogram ผู้บริจาค

• เพื่อดูเส้นเลือดเลี้ยงไตของผู้บริจาค

• เพื่อวางแผนการผ่าตัด

**ขั้นตอนที่ 5** Meeting the committee

• เพื่อพิจารณาความพร้อมด้านร่างกาย โดยนำผล การตรวจร่างกายทั้งหมดของผู้บริจาคและผู้รับมาทบทวน ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ

**ขั้นตอนที่ 6** Schedule the operation

• กำหนดวันผ่าตัด

• ก่อนวันผ่าตัดส่งพบแพทย์ศัลยกรรม เพื่อให้ ข้อมูลซ้ำเกี่ยวกับ

◊ ความเสี่ยงของการผ่าตัดเปลี่ยนไตทั้งใน ระยะสั้นและระยะยาว

◊ ความเสี่ยงขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

**Cadaveric transplantation**

**ขั้นตอนที่ 1** การเตรียมตัวผู้ป่วยและครอบครัว

• Data information ให้ข้อมูลผู้ป่วยและ ครอบครัว

◊ ข้อมูลเรื่องความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหลังการ- ผ่าตัดเปลี่ยนไต

◊ ข้อมูลเรื่องอัตราความสำเร็จและโอกาส ไม่สำเร็จ

◊ ค่าใช้จ่ายในกระบวนการผ่าตัดเปลี่ยนไต

• สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว

◊ ค้นหาประวัติความเจ็บป่วยที่อาจเป็น อุปสรรคในการรับบริจาค

◊ ค้นหาโรคทางพันธุกรรม

◊ ค้นหาวิธีการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเพื่อ ประกอบในการวางแผนการเตรียมตัวกลับบ้าน หลังการผ่าตัด

• Counseling

◊ ประเมินความเข้าใจเรื่องการรับบริจาคอวัยวะ ของผู้ป่วยและครอบครัว

◊ แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมาก่อน เพื่อเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงก่อนที่จะประสบกับสถานการณ์คล้ายกัน

• *Planning*

◊ วางแผนกำหนดการดำเนินการแต่ละขั้นตอนร่วมกันระหว่างทีมงานและผู้ป่วย

**ขั้นตอนที่ 2** ตรวจร่างกายผู้รอรับบริจาค

• ตรวจร่างกายตามแนวทางการรอรับไตบริจาค จากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

◊ ABO matching

◊ Infectious marker

• ค้นหาความพร้อมทางด้านร่างกายสำหรับเตรียมรับการผ่าตัดของผู้ป่วย

• เพิ่มการค้นหาโรคเฉพาะบุคคลตามประวัติที่ได้จากการสัมภาษณ์

**ขั้นตอนที่ 3** ทำ HLA typing

• ส่งตรวจที่ HLA lab ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**ขั้นตอนที่ 4** ลงทะเบียนรอรับไตบริจาคของสภากาชาดไทย

• นำผล HLA typing ประกอบการลงทะเบียน

**ขั้นตอนที่ 5** เตรียมความพร้อมเพื่อรอรับการเรียกตัว

• การเตรียมตัวเพื่อรอรับการเรียกตัวจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

◊ การเก็บเลือดเพื่อส่งเป็น current serum ให้กับศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ

◊ การส่งเลือดเพื่อส่งตรวจ percent reaction antibody (PRA)

◊ การหลีกเลี่ยงการรับเลือดของผู้ป่วย

◊ การมาพบแพทย์ทุก 2 เดือน

◊ การตรวจสุขภาพทุก 4 เดือน

• แนะนำการปฏิบัติตนเมื่อได้รับการเรียกตัว

จากศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ

**จัดทำแนวทางการปฏิบัติและคู่มือ**

- คู่มือการประสานงานการเปลี่ยนไต

- คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนไต

- คู่มือการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต

◆ ค้นหาความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด

ทุกวัน

- Immunosuppressive agent monitoring

◊ Immunosuppressive agent level

- Allograft function monitoring

◊ Lab

◊ Intake / Output balance

◊ Rejection sign / symptom

◆ ให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงเรื่องอาการและผลการผ่าตัดให้ผู้ป่วย ผู้ป่วย และครอบครัวทราบเป็นระยะ

◆ Discharge planning

- แนะนำการใช้ยา immunosuppressive agent

- การเตรียมสถานที่พักอาศัย ที่ทำงาน

- การทำงาน

- อาการ / ข้อมูลที่ต้องติดตามสังเกต

- การออกกำลังกาย

- กิจกรรมทางสังคม

- การเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยหญิง แต่งงาน การตั้งครรภ์

◆ ติดตาม outcome

- ติดตามผล allograft function และ rejection sign

- ติดตาม graft survival ในระยะยาว

◆ จัดทำแบบบันทึกภาวะสุขภาพผู้ป่วยรอเปลี่ยนไต



## ผลลัพธ์ของโครงการ

| เครื่องชี้วัด  | ผลลัพธ์ (2548)     |
|--|--------------------|
| 1 อัตราความสำเร็จของการเปลี่ยนไตรวม (success rate)   | 87 %               |
| 2 อัตราความสำเร็จของการเปลี่ยนไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต<br>: Living related transplantation                 | 91.7 %             |
| 3 อัตราความสำเร็จของการเปลี่ยนไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต<br>: Cadaveric transplantation                    | 81.82 %            |
| 4 อัตราคงอยู่ของผู้ป่วย ณ ระยะเวลา 5 ปี<br>: 5 years patient survival rate<br>- ไตจากญาติ<br>- ไตบริจาค    | 85.18 %<br>44.44 % |
| 5 อัตราการอยู่รอดของไตใหม่ ณ ระยะเวลา 5 ปี<br>: 5 years graft survival rate<br>- ไตจากญาติ<br>- ไตบริจาค   | 83.58 %<br>40.00 % |
| 6 อัตราคงอยู่ของผู้ป่วย ณ ระยะเวลา 10 ปี<br>: 10 years patient survival rate<br>- ไตจากญาติ<br>- ไตบริจาค  | 54.92 %<br>16.66 % |
| 7 อัตราการอยู่รอดของไตใหม่ ณ ระยะเวลา 10 ปี<br>: 10 years graft survival rate<br>- ไตจากญาติ<br>- ไตบริจาค | 53.75 %<br>7.69 %  |
| 8. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไต   | กำลังเก็บข้อมูล    |

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2550

# การดูงานผู้สูงอายุในต่างแดน

อธิภรณ์ พันแจ่ง \*

สวัสดิ์คะท่านผู้อ่านทุกท่าน ดิฉันมีความประสงค์  
อยากจะเล่าประสบการณ์ดี ๆ ซึ่งเรียกว่าเป็นประสบการณ์  
ชีวิตเลยก็ได้ สู่คุณผู้อ่านทั้งหลาย

ในการเดินทางไปดูงานยังต่างประเทศ ซึ่งเป็น  
ครั้งแรกของดิฉันและไปแบบลุยเดี่ยว ไม่ข้องเกี่ยวกับ  
ใคร (ไปคนเดียว) อีกด้วย ทั้งยังต้องรักษาความเป็น  
ไทย ความเป็นพยาบาลไทย (Thai nurse) ซึ่งก็ต้องรักษา  
ภาพลักษณ์ไว้พอสมควร

เริ่มจากดิฉันได้ทราบข่าวจากฝ่ายการพยาบาลว่า  
มีการรับสมัครทุน Nippon ซึ่งเป็นทุนสนับสนุน  
ให้ไปดูงานยังประเทศญี่ปุ่นเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมี  
เนื้อหาและเงื่อนไขการรับสมัครดังนี้ค่ะ

1. ต้องเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำทำงาน  
10 ปีเป็นต้นไป (ดิฉันในวันสมัครก็ยังไม่ถึง 10 ปีค่ะ)
2. เป็นผู้ที่มีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ  
และภาษาญี่ปุ่นเป็นอย่างดี (ข้อนี้ก็ต้องไปเรียนหรือไปฝึกฝน  
มาก่อนค่ะ แต่ยังไงแล้วดิฉันว่า ทุกคนถ้าได้ฝึกฝนบ่อย ๆ  
ก็คงทำได้ค่ะ)
3. มีหัวข้อวิจัยที่เคยทำและที่จะนำไปเสนอ  
ต่อคณะกรรมการ (ลองเขียนโครงการที่เราเคยทำหรือคิดว่า  
จะทำ แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิช่วยตรวจสอบให้ก็ได้ค่ะ)
4. ต้องเป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับทุนนี้มาก่อน พอทราบ  
เงื่อนไขแล้ว ก็ส่งใบสมัครให้ฝ่ายการพยาบาล จากนั้น  
ก็ส่งไปที่ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ ส่วนจะได้รับ

การคัดเลือกหรือเปล่าต้องขึ้นอยู่กับคณะกรรมการ  
ของคณะแพทยศาสตร์เป็นผู้คัดเลือกอีกค่ะ

**เมื่อได้รับคัดเลือก** เราก็ต้องมีการเตรียมตัว  
และเตรียมความพร้อมกันก่อนค่ะ

1. เตรียมใจ ต้องกล้า ๆ เข้าใจ สามารถ  
ไปไหนมาไหนคนเดียวได้ ลองฝึกดูนะคะ เช่น กินอาหาร  
ที่ร้านอาหารคนเดียว ไปดูหนังคนเดียว เดินห้างสรรพสินค้า  
คนเดียว เป็นต้น เพื่อฝึกความเคยชิน
2. เตรียมความพร้อมด้านภาษา สำคัญมากค่ะ  
เพราะที่นั่นไม่ใช่บ้านเรา แน่แน่นอนว่าจะหาคนที่พูดภาษา  
เดียวกับเรานั้นหายากมาก ภาษาเป็นสิ่งเดียวที่เรา  
จะเข้ากับคนที่ไหนก็ได้ แต่ถ้าจะอยู่ที่นั่น (Japan)  
เราจะต้องพูดให้ได้อย่างน้อย 2 ภาษา คือ ภาษาญี่ปุ่น  
และภาษาอังกฤษค่ะ ส่วนถ้าใครมีความสามารถพูดได้  
มากกว่า 2 ภาษานี้ ก็ไม่ว่ากันนะคะ ถือว่าดีมากค่ะ
3. เตรียมความรู้ ไม่ได้หมายความว่าเราจะต้อง  
รู้หมดทุกเรื่อง หรือต้องมานั่งอ่านหนังสือเป็นหลาย ๆ  
เล่มนะคะ แต่หมายถึงอย่างน้อยต้องรู้ถึงงานที่เรากำลังทำ  
ลักษณะงาน ลักษณะคนไข้ และเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับ  
ประเทศไทยของเรา
4. เตรียมความพร้อมด้านเอกสารต่าง ๆ เช่น  
passport ตั๋วเครื่องบิน (ไป - กลับ)
5. เตรียมของใช้ต่าง ๆ เท่าที่จำเป็น ขออนุญาต  
ว่า อย่าเอาของไปมาก เพราะเวลาซึ่งของที่สนามบิน

\* พยาบาลระดับ 6 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่

แล้วกระเป๋ามีน้ำหนักเกิน ก็ต้องเอาออกอยู่ดี และอายคนอื่นด้วย

6. ของฝาก ขอนี้เป็นธรรมเนียมของญี่ปุ่นค่ะ เวลาไปไหนมาไหนต้องมีของฝากเล็ก ๆ น้อย ๆ ติดไม้ติดมือไปฝากเค้า ของฝากไม่จำเป็นต้องแพงนะคะ แต่เป็นการให้เพื่อแสดงว่าเรารู้อารมณ์เค้า และให้ความสำคัญกับผู้รับต่างหากค่ะ และตอนมอบให้อย่าลืมมองหน้า สบตา ยิ้ม แล้วพูดว่า “ของสิ่งนี้มาจากเมืองไทย มอบให้ด้วยใจนะคะ” รับรองคนรับยิ้มแก้มปริแน่นอน (พูดเป็นภาษาญี่ปุ่นนะคะ)

### การเดินทาง

ดิฉันเดินทางเดือนพฤษภาคม คือวันที่ 8 พฤษภาคม 2549 และเดินทางกลับต้นเดือนสิงหาคม คือวันที่ 7 สิงหาคม 2549 นั้ระยะเวลาประมาณ 3 เดือน ซึ่งช่วงนั้นเป็นช่วงฤดูฝนและฤดูร้อนที่ญี่ปุ่น วันแรกของการเดินทางตื่นเต้นมาก พอไปถึงสนามบิน Narita Airport ประมาณ 06.00 น. เข้าก็ได้พบกับอาจารย์ Dr. Kentaro Kuwabara จากนั้นอาจารย์ก็พาดิฉันไปห้องพักและเริ่มไปทำความรู้จักกับอาจารย์หลาย ๆ ท่าน

โรงพยาบาลที่ดิฉันไปดูงานแห่งนี้ชื่อโรงพยาบาล Nippon Medical School (NMS) อยู่ที่เมืองเซนดางิ กรุงโตเกียว โรงพยาบาลที่คล้าย ๆ กับโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ ก็คือเป็นโรงเรียนแพทย์ มีการบริหารงานคล้าย ๆ ของเรา แล้วสาขาวิชาที่ดิฉันไปดูงานในครั้งนี้คือ สาขาผู้สูงอายุ (Gerontology) โดยมีหัวหน้าภาควิชาคือ Prof. Kenzo Oba ส่วนอาจารย์ที่รับผิดชอบสอนดิฉันคือ Dr. Noriaki Matsumara และหัวหน้าพยาบาลที่นั่นคือ Mrs. Shiduko Mikami.

### การดูงานในครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ส่วนด้วยกันค่ะ

1. ดูงานในส่วน OPD เป็นระยะเวลาประมาณ 1 เดือนครึ่ง
2. ดูงานในส่วน IPD (หอผู้ป่วย) เป็นระยะเวลาประมาณ 1 เดือน
3. ดูงานในส่วนของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 2 แห่ง เป็นระยะเวลา 5 วัน

### ขอเล่าแบบย่อ ๆ ในแต่ละส่วนดังนี้ค่ะ

#### ส่วน OPD

แพทย์ของภาควิชาผู้สูงอายุนี้จะมีประมาณ 18 ท่าน ในแต่ละวันจะมีแพทย์หมุนเวียนมาตรวจที่ OPD วันละ 5 ท่าน ซึ่งแต่ละท่านจะรับตรวจผู้ป่วยประมาณ 15 - 30 คน / วัน โดยผู้ป่วยที่ได้รับใบนัดจากแพทย์ จะมาตรวจตรงเวลา ตอนแรกดิฉันแปลกใจว่า OPD เปิดแล้ว มีผู้ป่วยมานิดเดียว ไม่เหมือนบ้านเราอบุนมาก มายืนต่อกันเป็นแถว นั่งรอเป็นชั่วโมง ซึ่งที่โน่นผู้ป่วย จะมาก่อนเวลานัดประมาณ 5 - 10 นาที แล้วก็มา รูดบัตรประจำตัวผู้ป่วย เค้าเรียกว่าลงทะเบียนที่ตู้ หน้าโรงพยาบาล (คล้ายตู้ ATM บ้านเรา)

ที่ OPD ภาควิชา gerontology ส่วนใหญ่จะมีผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 70 - 80 ปี ที่สังเกตอีกอย่าง ผู้ป่วย จะมาโรงพยาบาลเอง ไม่ค่อยมีญาติมาด้วย ยกเว้นในรายที่เดินไม่ค่อยได้แบบที่ต้องใช้ไม้เท้าหรือนั่งล้อเข็น ก็จะมีญาติมาด้วย 1 คน โรคที่พบส่วนใหญ่ก็คือความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ฯลฯ ผู้สูงอายุที่นั่นจะค่อนข้างดูแลสุขภาพตัวเองดี ทุกคนจะมีสมุดบันทึกประจำตัว เช่น ผู้ป่วยเบาหวานก็จะมีสมุดบันทึกระดับน้ำตาลที่เจาะก่อนอาหารแต่ละมื้อ / วัน ยาที่รับประทาน รวมทั้งอาการแสดงที่ผิดปกติเขียนบันทึกไว้หมด และบางรายเป็นความดันโลหิตสูงก็จะมีสมุดบันทึกค่าความดันโลหิต

ตั้งแต่เช้า กลางวัน เย็น ทำทุกวัน พอถึงวันนั้นก็นำเอาสมุดนี้มาให้แพทย์ดูประกอบการรักษา

ที่ OPD จะมีการ conference หรือประชุมวางแผนการรักษาให้กับผู้ป่วยแต่ละราย ทุกวันอังคารและวันศุกร์ตอนเช้า 09.00 - 12.00 น. มีอยู่ case หนึ่งผู้ป่วยอายุ 80 ปี อาจารย์บอกว่าเป็นเส้นเลือดหัวใจตีบต้องผ่าตัดทำ CABG (ผ่าตัดทำทางผ่านเส้นเลือดใหม่) ดิฉันก็สงสัยว่าอายุขนาดนี้ยังผ่าตัดอีกหรือคะ อาจารย์บอกว่าในญี่ปุ่น 80 ปีถือว่ายังไม่แก่ ถ้าไม่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนอะไร ก็ผ่าตัดได้ ดิฉันคิดในใจ ถ้าเป็นบ้านเราก็คง supportive treatment (ดูแลตามอาการ) ก็เหมาะสมขนาดนี้แล้ว

ส่วน IPD ดิฉันฝึกงานอยู่ตึก B4 ซึ่งเป็น ward ที่มีผู้สูงอายุนอนรักษาตัวอยู่ค่อนข้างมาก การดูแลผู้ป่วยที่นี่จะเป็นแบบ total care 1 : 5 คือ พยาบาล 1 คนดูแลผู้ป่วยประมาณ 5 คน พยาบาลจะทำหน้าที่ทุกอย่าง ตั้งแต่อาบน้ำ ป้อนข้าว ในรายช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดูแลความสุขสบายทั่วไป เจาะเลือด ฉีดยา ช่วยแพทย์ทำหัตถการต่าง ๆ ส่งผู้ป่วยไปตรวจ แต่ที่นั่นพยาบาลไม่ได้ on IV catheter เพราะเค้าถือว่าเป็น invasive treatment จะให้แพทย์เป็นผู้ทำคะ พูดถึงการหัตถการมีอยู่วันหนึ่ง หัวหน้าพยาบาลมาบอกดิฉันว่า Titisan (ชิติซัง) ลืมบอกไปคะว่าที่นั่นเพื่อน ๆ และอาจารย์มักจะเรียกดิฉันว่า Titisan หัวหน้าบอกว่า “Titisan Kamaco sensei invite you kinary” ดิฉันฟังแล้วนึกว่า kinary คือกินนรี สงสัยเค้าออกเสียงผิด ซึ่งชื่อกินนรีเป็นชื่อร้านอาหารไทยที่อยู่ Ueno นึกว่าเค้าชวนไปกินข้าว แต่เค้าบอกว่า kinary 20 clock เราก็สงสัยว่าทำไมชวนกินข้าวตอน 2 โมงเย็น งง! ดิฉันยังบอกไปอีกว่าไม่ใช่ kinary แต่เป็น ginary ออกเสียงซัด ๆ ใหม แล้วบอกว่าร้านอาหารไทยใช้ใหม่ หัวหน้าหัวเราะแล้วบอกว่า No No. Titisan kinary

biopsy แล้วชี้มือไปที่เอว แล้วทำเอา syringe ดูดอ้อ! ถึงบางอ้อ ที่แท้ก็ kidney biopsy นี่เอง แหม หลงเข้าใจผิดตั้งนาน นึกว่าชวนไปกินข้าว

อยู่ที่นี้ ดิฉันต้องทำรายงาน 2 ฉบับ / สัปดาห์ เป็นลักษณะ case study ซึ่งยากมาก เพราะกว่าจะทำความเข้าใจกับการอ่านรายงาน (chart) ของผู้ป่วยซึ่งเขียนเป็นภาษาญี่ปุ่นหมด ก็แทบจะต้องอาศัยถามเพื่อนที่พอจะพูดภาษาอังกฤษได้ ช่วยแปลจากภาษาญี่ปุ่นเป็นภาษาอังกฤษ อีกทั้งเวลาไปพบกับผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอาการหลง ๆ ลืม ๆ (dementia) บางรายถามไปถามมา ลืมว่าตัวเองเป็นใครก็มี บางคนก็ให้ร้องเพลงให้ฟังตายละลำพังเพลงไทยก็ยังร้องไม่ค่อยถูก ยังให้มาร้องเพลงญี่ปุ่น นึกไม่ออก เพื่อนกระซิบบอก เพลงอะไรก็ได้ อ้อ! เพลงหากินแรูแล้ว เพลงโคราเอมอนโง (พอดีอาจารย์เคยสอนไว้) ร้องให้ฟังจบแล้ว ผู้สูงอายุทั้งหลายปรบมือกันใหญ่ ส่วนดิฉันก็รู้สึกโล่งใจแก่หาอาหารอดไปอีกวัน

ส่วนเรื่องยา ยกตัวอย่างเช่น ยา aro purinoru ก็คือ allopurinol หรือ asupirin คือ aspirin นั่นเอง ที่นี้มีแต่ขนาด 100 mg. และอีกหลาย ๆ ตัวที่ต้องอาศัยเวลาในการอ่านและทำความเข้าใจ เพราะยาที่ใช้บางตัวไม่มีในประเทศไทย

ปัญหาผู้สูงอายุที่นี่ ส่วนมากก็จะมีในเรื่อง dementia มีอาการหลงลืม ก็คงมาจากปัจจัยเรื่องของอายุนั่นเอง ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อ ส่วนปัญหาท้องผูกก็มีบ้างแต่ไม่ค่อยเป็นมาก ส่วนเรื่องอาหารการกินทุกมื้อ จะมีการคำนวณแคลอรีและพลังงานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน สังเกตในงานอาหารส่วนใหญ่จะเป็นพวกผักและปลาที่มีแทบจะทุกมื้อ นมพร่องมันเนย น้ำซุ๊ป ชาเขียว และผลไม้ ทำการตกแต่งอย่างลงตัว ดูแล้วน่ารับประทานเป็นอย่างยิ่ง



## การดำเนินงานในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 2 แห่งนี้ อยู่นอกเมืองโตเกียว ดิจันต่อนั่งรถไฟใต้ดิน (subway) เดินทางไปประมาณครึ่งชั่วโมง แห่งแรก เป็นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุโดยทั่วไป ส่วนแห่งที่ 2 เป็นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการ โดยจะมีเจ้าหน้าที่กายภาพมาทำกายภาพบำบัดร่วมด้วย ทั้ง 2 แห่งจะมีกิจกรรมทั่วไปคล้าย ๆ กัน คือ เริ่มออกกำลังกายตอนเช้า ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น วาดรูป ระบายสี เขียนอักษรจีน คิดเลข (ฝึกสมอง) ทำการฝีมือ พับนก บันทึกลง ทำอาหาร เป็นต้น

ที่น่าสนใจ ทั้ง 2 แห่งนี้มีการอาบน้ำแบบ ofuro ซึ่งผู้สูงอายุที่จะลงอ่าง ofuro ต้องมีการตรวจร่างกายก่อนทุกครั้งโดยผู้ช่วยจะต้องไม่มีไข้ ไม่มีแผลติดเชื้อ นอกจากนี้ก่อนลงอ่าง ofuro ต้องทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำสระผมก่อนทุกครั้ง รายที่เดินไม่ได้ ก็จะนั่งรถเข็น อิเล็กทรอนิกส์เคลื่อนย้ายลงอ่าง ofuro น้ำในอ่างจะมีอุณหภูมิประมาณ 40 องศาเซลเซียส จะแช่ตัวประมาณ 3 - 5 นาที ดิจันลองเอาแขนตัวเองจุ่มดู 2 นาทีก็เกือบแฉะแล้ว น้ำที่ทั้งตัวถ้าจะเหมือนโก๋ถูกต้มแน่ ๆ



รูปที่ 2 อ่างอาบน้ำ ofuro



รูปที่ 3 กายภาพบำบัดผู้สูงอายุ



รูปที่ 1 รถเข็นอิเล็กทรอนิกส์



รูปที่ 4 กิจกรรมบำบัด

### ก่อนเดินทางกลับ

ดิฉันไปบอกลาเพื่อน ๆ และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่เราเคยไปฝึกงาน เป็นความประทับใจที่ไม่มีวันลืม ต้องขอขอบคุณทุกคนที่นั่นที่ทำให้ดิฉันคิดว่าตลอดเวลา 3 เดือน ดิฉันเหมือนเป็นนางสาวไทยที่ต้องคอยบอกทุกคนว่า I come from Thailand. ดิฉันได้รู้จักคนมากมาย ตั้งแต่ รมภ. ของโรงพยาบาล แม่บ้าน คนทำความสะอาด เจ้าหน้าที่โรงอาหาร พ่อครัว ทุกคนจะจำดิฉันได้ เพราะดิฉันแต่งตัวไม่เหมือนใคร แกรมมีนิสัยชอบทักทายพูดคุย (คุยโว) ก่อนจะกลับมี รมภ. ได้มามอบขนมให้ดิฉันหรือหัวหน้าพ่อครัวทำเค้กมามอบให้ ต้องขอบคุณมาก (อวยมากคะ)

เพื่อน ๆ ชาวจีน ญี่ปุ่นหลายคนบอกว่า ในบรรดาเพื่อน ๆ ที่มาจากต่างประเทศ เจ้าชอบคนไทยมากที่สุด เพราะคนไทยยิ้มง่าย friendly (อบอุ่น) เป็นมิตรกับทุกคน (ไม่รู้อะไรแกล้งชมหรือเปล่า) แต่ก็ทำให้ดิฉันหน้าบานเป็นกระดิ่ง และคิดว่าตัวเองได้ตำแหน่งนางงามมิตรภาพ พวงมาอีก 1 ตำแหน่ง

**ท้ายสุดนี้** ต้องขอขอบพระคุณทุกท่านที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือ ทำให้การดูงานในครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี อาทิ อาจารย์เคนโซ โอเบ อาจารย์นาคาโน อาจารย์มัซซึมุระ อาจารย์เคนทาโร ความปรา ทานทั้งหมดนี้คอยดูแลช่วยเหลือมาโดยตลอด ขณะที่อยู่ที่ญี่ปุ่น รู้สึกประทับใจมาก

อีกทั้งคุณบุญเฉลลา สุริยวรรณ คุณไพโรจน์ อุตศิริ เจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาล คุณกรรองกาญจน์ จิรพรเจริญ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ คุณมาลินี วัฒนากุล หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 1 ซึ่งท่านทั้งหลายเป็นผู้คอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำ อาจารย์กนกวรรณ (อาจารย์อ้อย) ครูผู้สอนวิชาภาษาญี่ปุ่นให้ ซึ่งไม่ได้แค่สอนภาษาเท่านั้น แต่ยังสอนเรื่องการใช้ชีวิตที่นั่นอีกด้วย พี่ศรียัย สิทธิพิทย์ พี่ชายใจดี คอยให้คำแนะนำในฐานะรุ่นพี่ผู้มีประสบการณ์ และกำลังใจอย่างมากมาจากครอบครัวและเพื่อน ๆ ผู้ร่วมงานทุกท่าน ขอขอบคุณที่เป็นกำลังใจทำให้ดิฉันได้มีโอกาสเก็บเกี่ยวประสบการณ์ที่มีค่าอย่างนี้ และอยากให้คุณผู้อ่านทุกท่านได้มีโอกาสเช่นเดียวกับดิฉัน



# การลดไข้ในเด็ก\*

กาญจนา จันทวงศ์ \*\*

ยุพิน เพียรมงคล \*\*\*

เมื่อเด็กมีไข้สูง และไม่ได้รับการช่วยเหลือ เพื่อลดอุณหภูมิของร่างกายลง อาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้น เช่น เกิดอาการชัก (febrile convulsion) สมองบวม (brain edema) ดังนั้นการทำให้ไข้ลดลงจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก ของแผนการรักษา การลดอุณหภูมิของร่างกายทำได้ 2 ทาง คือ

## 1. การลดอุณหภูมิของร่างกายภายใน โดยวิธี

### 1.1 การใช้ยาลดไข้

1.2 การสวนล้างภายในร่างกาย โดยใช้ น้ำเกลือเย็น ๆ สวนล้างเข้าไปในช่องท้อง เพื่อดึงความร้อน ออกจากส่วนแกนกลางของร่างกายโดยตรง เช่น การสวน ล้างกระเพาะอาหาร การสวนล้างทวารหนัก เป็นต้น

1.3 การไหลเวียนเลือดผ่านเครื่องทำความ-เย็น โดยใช้เครื่อง heart lung machine นิยมใช้ในขณะ ทำการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด

## 2. การลดอุณหภูมิของร่างกายภายนอก โดย

อาศัยหลักการ ดังนี้

2.1 การสัมผัสกับอากาศเย็น อาศัยหลัก การระบายความร้อนจากผิวหนัง โดยการหมุนเวียนอากาศ

ผ่านผิวหนังพาความร้อนออกไป หรือทำให้ผิวหนังเปียก เพื่อช่วยระบายความร้อนโดยการระเหยของน้ำบนผิวหนัง

### 2.2 การเช็ดตัวเพื่อลดไข้ เป็นวิธีการเพิ่ม

การระบายความร้อนออกจากร่างกายโดยกระบวนการนำ ความร้อนจากร่างกายสู่ผิวหนังที่ชื้นเช็ดตัว การระเหย ของน้ำจากผิวหนัง และการพาความร้อนจากผิวหนัง ที่เปิดเผยขณะเช็ดตัว

การลดอุณหภูมิของร่างกายภายนอก สามารถ เลือกใช้ร่วมกันได้หลายวิธี คือ

1. การให้ดื่มน้ำหรืออาหารน้ำ ควรกระตุ้น ให้เด็กดื่มน้ำมากขึ้น เพื่อทดแทนการเสียน้ำทางผิวหนัง และลมหายใจ ช่วยให้ระบบการไหลเวียนของเลือด และการขับถ่ายของเสียเป็นไปได้ดีขึ้น ช่วยพาความร้อน ออกจากร่างกาย ควรเป็นน้ำดื่มที่สะอาด หรืออาจให้ดื่มน้ำผลไม้ น้ำหวาน นม และเครื่องดื่มสำหรับเด็ก สำหรับ เด็กเล็กควรได้รับน้ำ 800 - 1,500 มิลลิลิตร / วัน เด็กโตควรได้รับน้ำประมาณ 1,500 - 2,000 มิลลิลิตร / วัน (วรรณวิไล ชุมภีรัมย์, 2541)

2. การให้สวมเสื้อผ้าที่เหมาะสม ความร้อน จะถูกนำจากผิวหนังผ่านเสื้อผ้าไปสู่อากาศโดยรอบ

\* โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับภาวะไข้ในผู้ป่วยเด็ก

\*\* พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 ห้องตรวจพิเศษเด็ก 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

\*\*\* รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ได้มากขึ้นเพียงใด ขึ้นอยู่กับประเภทและความหนาของผ้า ถ้าผ้าหนาอากาศจะไม่ถ่ายเท จะซึ่งอยู่ระหว่างผิวหนังและใยผ้า เนื่องจากอากาศและเสื้อผ้าเป็นตัวนำความร้อนที่เลว เป็นฉนวนป้องกันทำให้ร่างกายเสียความร้อนไปสู่สิ่งแวดล้อมน้อยลง จึงไม่ควรห่อหุ้มตัวเด็กมากเกินไปและไม่ควรเป็นผ้าที่บางเกินไปจนทำให้เด็กรู้สึกเย็นจนหนาวสั่น

3. การจัดอุณหภูมิในห้องให้เย็นพอเหมาะ โดยการเปิดประตูหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก หรือเปิดพัดลมภายในห้อง แต่ไม่ควรให้ลมโกรกตัวเด็กโดยตรง ถ้าเป็นห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ อุณหภูมิที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 16 - 19 องศาเซลเซียส (วรรณวิไล ชูมิตรมัย, 2541)

4. การอาบน้ำหรือเช็ดตัวลดไข้ เป็นการอาบน้ำหรือเช็ดตัวเพื่อลดอุณหภูมิของร่างกาย

5. การใช้เครื่องพ่นละอองน้ำ (croupette) ใช้ลดไข้ในเด็กที่มีไข้สูงร่วมกับมีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ เช่น หลอมลมอักเสบ ปอดบวม หอบหืด เป็นต้น

6. การใช้เครื่องช่วยปรับอุณหภูมิร่างกาย (thermorite) เครื่องช่วยนี้สามารถให้ทั้งความเย็นและความร้อน

### การจัดการกับภาวะไข้ที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา (2542) กล่าวว่า ไข้ที่เกิดจาก endogenous pyrogen ไปตั้งอุณหภูมิที่ศูนย์ควบคุม ความร้อนของร่างกายให้สูงขึ้น ควรใช้ยาลดไข้กลุ่ม acetaminophen เป็นอันดับแรก (ถ้าไม่มีข้อห้าม) และควรเช็ดตัวร่วมด้วย การเช็ดตัวเมื่อน้ำระเหยจะช่วยระบายความร้อนออกได้มาก ไม่ควรใช้น้ำแข็งเช็ดตัว เพราะจะทำให้หลอดเลือดหดตัว ระบายความร้อนออกได้ยาก นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดอาการหนาวสั่น เจ็บปวดตามกล้ามเนื้อเนื่องจากการหนาวสั่น และอาจทำให้ไขกลับซ้ำได้

ทางที่ดีควรใช้น้ำอุ่นหรือน้ำประปาจากก๊อก ไม่จำเป็นต้องใช้แอลกอฮอล์ เพราะไอที่ระเหยเข้าไปทำให้เป็นอันตรายได้

ผู้ป่วยที่กำลังมีไข้ไม่ควรใส่เสื้อผ้าหนา เพราะจะทำให้ความร้อนระบายได้ยาก แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่น ควรใส่เสื้อผ้าเพื่อให้อบอุ่นเพียงพอ แต่ต้องไม่หนาเกินไป มีบ่อยครั้งขณะที่มีไข้ผู้ป่วยจะมีอาการมือเท้าเย็น แต่ศีรษะและลำตัวร้อน ในกรณีเช่นนี้ควรใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดที่ศีรษะและลำตัว แต่ไม่ควรเช็ดส่วนมือและเท้าที่เย็น นอกจากจะใช้น้ำอุ่นจึงจะเช็ดส่วนที่เย็นได้

ผู้ป่วยที่มีไข้จาก hyperthyroidism, hypernatremia การเป็นพิษจากซาลิซิลเลท (salicylate) และกลุ่มที่ใส่เสื้อผ้ามากเกินไป การให้ยาลดไข้ไม่มีประโยชน์ เนื่องจากพวกนี้เกิดจากการที่มีการสร้างความร้อนมากกว่าการเสียความร้อน ดังนั้นควรใส่เสื้อผ้าให้น้อยลงแล้วเช็ดตัวระบายความร้อนออก

ผู้ป่วยที่มีไข้จากภาวะขาดน้ำ ควรแก้ไขโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ไม่ควรให้ยาลดไข้

ผู้ป่วยที่มีไข้จาก ectodermal dysplasia ควรแก้ไขโดยการอยู่ในที่เย็น ใส่เสื้อผ้าบาง ๆ

### การเช็ดตัวเพื่อลดไข้ในเด็ก

การเช็ดตัวเพื่อลดไข้ เป็นหัตถการที่ใช้บ่อยมากในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอายุระหว่าง 6 เดือน - 6 ปี ที่มีไข้มากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส (ศรีสองค์ คล้ายโกศล, 2547) การเช็ดตัวจะทำให้หลอดเลือดที่ผิวหนังขยายตัว ระบายความร้อนออกจากร่างกายโดยกระบวนการนำความร้อนจากร่างกายสู่ผ้าเปียกที่ใช้เช็ดตัว รวมทั้งการระเหยของน้ำจากผิวหนังและการพาความร้อนจากผิวหนังที่เปิดเผยขณะเช็ดตัว

## วัตถุประสงค์ของการเช็ดตัวเพื่อลดไข้ในเด็ก

1. เพื่อลดอุณหภูมิของร่างกายขณะมีไข้
2. เพื่อบรรเทาความไม่สบายสบายจากภาวะไข้
3. เพื่อให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น
4. เพื่อลดการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย
5. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการมีไข้สูง

## หลักสำคัญในการอาบน้ำหรือเช็ดตัวเพื่อลดไข้ในเด็ก

1. เลือกใช้วิธีอาบน้ำหรือเช็ดตัวให้เหมาะสมกับสภาพของเด็ก
2. การเช็ดตัว ให้ใช้ผ้าเปียกเช็ด ลูบไล้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ร่วมกับการประคบผิวหนังบริเวณที่เป็นจุดรวมของหลอดเลือดขนาดใหญ่ใต้ผิวหนัง เช่น บริเวณหน้าผาก ซอกคอ รักแร้ ขาหนีบ และข้อพับต่าง ๆ เพื่อช่วยให้การถ่ายเทความร้อนจากหลอดเลือดบริเวณนี้สู่ผิวหนังและผ้าเปียก
3. ขณะอาบน้ำหรือเช็ดตัวลดไข้ ควรสังเกตอาการทั่วไปและผิวหนังเพื่อค้นหาความผิดปกติ และพูดปลอบโยนขณะทำ เพื่อให้เด็กเกิดความรู้สึกอบอุ่นและให้ความร่วมมือ
4. การจัดให้เด็กนอนพักภายหลังทำ เพื่อลดการเผาผลาญในร่างกาย
5. หลีกเลี่ยงการใช้น้ำแข็งหรือน้ำเย็นจัดอาบน้ำหรือเช็ดตัวให้เด็กเพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาหนาวสั่น ถ้ามีอาการหนาวสั่นเกิดขึ้น ควรหยุดทำทันที และเช็ดตัวด้วยผ้าแห้งซ้ำหลาย ๆ ครั้ง จนหยุดอาการหนาวสั่น
6. ในกรณีที่เป็นการเช็ดตัวด้วยน้ำเย็น ควรเริ่มโดยการให้เช็ดก่อนแล้วค่อย ๆ เติมน้ำให้เย็นลง
7. ก่อนถอดเสื้อผ้าเด็กควรเตรียมเครื่องใช้ให้พร้อมก่อน และไม่ควรรวดน้ำหรือถูตัวแรงเกินไป ควรทำด้วยความละมุนละม่อม เพื่อไม่ให้เด็กเกิดความกลัวและไม่ร่วมมือในครั้งต่อไป

8. เด็กที่โตและพูดเข้าใจ ควรอธิบายให้ทราบก่อนอาบน้ำหรือเช็ดตัว เพื่อให้เข้าใจและร่วมมือ

9. การเช็ดตัว ควรทำทุก 2 ชั่วโมง แต่ในรายที่มีไข้สูงเกิน 40 องศาเซลเซียสให้เช็ดตัวทุกชั่วโมง

10. ภายหลังการเช็ดตัวหรืออาบน้ำเพื่อลดไข้ทุกครั้ง ควรวัดอุณหภูมิหลังทำ 30 นาที และ 1 - 2 ชั่วโมง เพื่อติดตามระดับอุณหภูมิ ถ้ายังมีไข้สูงอีก ควรอาบน้ำหรือเช็ดตัวซ้ำจนกว่าไข้จะลดลงต่ำกว่า 38.5 องศาเซลเซียส และสังเกตภาวะแทรกซ้อนหรือผลที่ไม่ต้องการ (after effect) จากการอาบน้ำหรือเช็ดตัวเพื่อลดไข้

## การเช็ดตัวลดไข้ มี 3 วิธี คือ

**1. การเช็ดตัวลดไข้โดยใช้น้ำผสมน้ำแข็ง (cold sponge)** เป็นการเช็ดตัวลดไข้โดยใช้น้ำผสมน้ำแข็ง เพื่อช่วยลดอุณหภูมิของร่างกายลงในเด็กที่มีไข้สูง อุณหภูมิของน้ำที่ใช้เช็ดตัว จะมีอุณหภูมิต่ำกว่าระดับปกติของร่างกาย อุณหภูมิของน้ำที่ใช้ประมาณ 18 - 32 องศาเซลเซียส (จันทรเพชร บุบขงไพรวลัย, 2538) ใช้เวลาในการทำ 10 นาที การเช็ดตัวเด็กที่มีไข้สูงด้วยน้ำที่เย็นมาก ๆ จะช่วยลดไข้ได้อย่างรวดเร็ว เพราะความแตกต่างของน้ำเย็นที่ใช้เช็ดตัวและผิวหนังที่ร้อนของเด็กเนื่องจากมีไข้สูง ความร้อนจะถูกระบายออกได้ดีโดยวิธีการนำความร้อนและการระเหย ในระยะแรกอุณหภูมิจะลดลงได้มาก แต่ต่อมาอุณหภูมิจะสูงขึ้น เนื่องจากน้ำที่เย็นมาก จะทำให้หลอดเลือดที่ผิวหนังหดตัวและระบายความร้อนออกได้ยาก นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดอาการหนาวสั่น อาจทำให้ไข้กลับสูงขึ้นมาได้ เพราะการที่ผิวหนังเย็นลงทันที มีผลกระตุ้นประสาทสัมผัสความเย็น (cold receptor) ของผิวหนังและศูนย์ควบคุมความร้อน (warming center) ในไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ทำให้ผลิตความร้อนเพิ่มขึ้นแทนที่ ความร้อนจะลดลง ดังนั้นการเช็ดตัวลดไข้โดยวิธีนี้ต้องระมัดระวังให้มาก



**2. การเช็ดตัวลดไข้โดยใช้น้ำผสมแอลกอฮอล์ (alcohol sponge)** เป็นการเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำผสมแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์มีคุณสมบัติสามารถระเหยได้ในอุณหภูมิต่ำ และช่วยนำความร้อนออกจากร่างกายได้อย่างรวดเร็ว จึงทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง ใช้เวลาทำประมาณ 10 นาที ปัจจุบันการใช้น้ำผสมแอลกอฮอล์เพื่อใช้เช็ดตัวนั้นนิยมทำน้อยลง เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้ผิวหนังแห้ง และถ้าทำในสถานที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เด็กมีโอกาสสูดหายใจเอาไอแอลกอฮอล์เข้าไปได้มาก ทำให้เป็นอันตรายได้ เช่น เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดอาการชักหมดสติ

ดังนั้นการเช็ดตัวลดไข้ทั้ง 2 วิธีดังกล่าว จึงไม่ควรใช้โดยไม่จำเป็น และถ้าจำเป็นต้องทำ ควรเป็นคำสั่งการรักษาของแพทย์เท่านั้น

**3. การเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่น (tepid sponge)** เป็นการเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่นเล็กน้อย อุณหภูมิของน้ำที่ใช้ประมาณ 29.5 - 38 องศาเซลเซียส (จันทร์เพชรบุษงไพรวลัย, 2538) ผ้าที่ชุบน้ำซึ่งอุ่นเล็กน้อย จะเป็นตัวกลางในการนำและพาความร้อนออกจากร่างกายรวมทั้งการระเหยของน้ำออกจากผิวหนัง น้ำอุ่นที่เช็ดบนผิวหนังจะทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความร้อนจะออกจากร่างกายได้เร็วขึ้น ระยะเวลาในการเช็ดตัวประมาณ 15 - 20 นาที (นิลพรรณ รัตน์ดิลกพานิชย์, 2535)

จากการศึกษาของมาฮาร์ และคณะ (Mahar et al., 1994) ในการเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นเพื่อลดอุณหภูมิในเด็กที่มีไข้สูงที่อาศัยอยู่ในเขตร้อน พบว่า ประสิทธิภาพของการเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่น (tepid sponge) ร่วมกับการให้ยาลดไข้เพื่อลดอุณหภูมิในเด็กที่มีไข้สูงที่อาศัยในเขตร้อน โดยศึกษาในเด็ก 75 คน อายุระหว่าง 6 - 53 เดือน ซึ่งได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ ประเทศไทย โดยเด็กทั้งหมดมีไข้สูง (อุณหภูมิทางทวารหนัก  $\geq 38.5$  องศาเซลเซียส) ซึ่งคาดว่าหากมีไข้สูงน่าจะมี

สาเหตุมาจากเชื้อไวรัส การทดลองแบ่งเด็กออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองคือ กลุ่มที่เช็ดตัวลดไข้ และให้รับประทานยาพาราเซตามอล (paracetamol) ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ให้รับประทานยาพาราเซตามอลอย่างเดียว จากนั้นทำการบันทึกอุณหภูมิทางทวารหนัก พบว่า อุณหภูมิในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมคือ ลดต่ำกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หลังจากทดลอง 60 นาที และ 38 คน (95%) ของกลุ่มควบคุม อุณหภูมิยังคงอยู่ที่ 38.5 องศาเซลเซียสหรือมากกว่า สรุปได้ว่าการเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น (tepid sponge) ร่วมกับการให้ยาลดไข้ได้ผลในการลดไข้มากกว่าการให้ยาลดไข้เพียงอย่างเดียว

นอกจากวิธีการเช็ดตัวลดไข้ทั้ง 3 วิธีแล้ว การอาบน้ำก็เป็นวิธีลดไข้ อีกวิธีหนึ่ง เพราะการอาบน้ำจะช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกายโดยการนำ การพา การแผ่รังสี และการระเหย ซึ่งมี 2 วิธี คือ

**1. การอาบน้ำในอ่าง** เป็นการลดไข้วิธีหนึ่งที่ย่างรวดเร็วและได้ผลดี เหมาะสำหรับเด็กที่ไม่ชอบเช็ดตัวด้วยผ้าเปียก น้ำที่ใช้ควรเป็นน้ำอุ่น เพราะจะไม่ทำให้เด็กเกิดอาการหนาวสั่น นอกจากนี้ น้ำอุ่นยังทำให้หลอดเลือดใต้ผิวหนังขยายตัว ความร้อนจากภายในร่างกายสามารถระบายออกจากผิวหนังได้ดีขึ้น แต่น้ำอุ่นที่ใช้ ต้องมีอุณหภูมิต่ำกว่าอุณหภูมิของร่างกาย จึงจะเกิดการถ่ายเทความร้อนจากร่างกายไปสู่ภายนอกโดยการพาได้ โดยทั่วไป อุณหภูมิของน้ำในอ่างอุ่นประมาณ 32.2 - 37.8 องศาเซลเซียส (70 - 80 องศาฟาเรนไฮต์) เวลาที่ใช้อาบน้ำในอ่าง เด็กเล็กใช้เวลา 5 - 10 นาที เด็กโตใช้เวลา 15 - 20 นาที (นิลพรรณ รัตน์ดิลกพานิชย์, 2535)

**2. การอาบน้ำโดยทั่วไป** ประสิทธิภาพของการอาบน้ำอุ่นต่อการลดไข้ในเด็ก การใช้วิธีอาบน้ำอุ่นเพื่อลดไข้ในเด็กนั้น ทำการศึกษาโดยการเปรียบกับการลดลงของไข้ในเด็ก 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ให้ยา acetaminophen

เพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ 2 ให้อาา acetaminophen และอาบน้ำอุ่น 15 นาที ทำการศึกษาในเด็กจำนวน 20 คน อายุ 5 - 68 เดือนที่มีไข้มากกว่า 38.9 องศาเซลเซียส จากนั้นทำการวัดอุณหภูมิทุก 30 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง พบว่า 1 ชั่วโมงแรกอุณหภูมิจะลดลงอย่างรวดเร็ว แต่หลังจากนั้น 2 ชั่วโมงอุณหภูมิของไข้ที่ลดลงไม่แตกต่างกัน และจากการติดตามอาการของกลุ่มที่ 2 พบว่า มีความไม่สุขสบายโดยการร้องไห้ หาวสั้น และเกร็งกระตุก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sharber, 1997)

### ประโยชน์ของการนำความร้อนและความเย็นมาใช้

ประโยชน์ของการนำความร้อนและความเย็นมาใช้ในการลดไข้ (application of heat and cold) มีดังนี้ (จันทร์เพชร บุษบงไพรวลัย, 2538)

#### Application of heat and cold

##### Cold application of short duration

Vasoconstriction of peripheral vessel



Decrease in respiratory rate

Elevate in blood pressure

Shivering - Leading to increased body temperature

##### Hot application of short duration

Vasodilation of peripheral vessel

Increase in respiratory rate

Fall in blood pressure

Decrease in heat production

### ผลของการทดลองที่ใช้ลดไข้ต่อการเกิดภาวะไข้ (effect of interventions on fever)

(The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2001)

| วิธีการทดลอง   | ผลงานวิจัย   |
|--|--|
| <p>การให้พาราเซตามอล<br/>เปรียบเทียบกับการใช้วิธี sponging</p>   | <p>จากผลงานวิจัยจำนวน 7 เรื่องพบว่า การให้พาราเซตามอลเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิภาพในการลดไข้ในเด็กดีกว่าการใช้วิธี sponging เพียงอย่างเดียว แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผลงานวิจัยอีก 3 เรื่องรายงานความแตกต่างของผลการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างวิธีการลดไข้ทั้ง 2 วิธีใน 1 ชั่วโมงหรือมากกว่า การลดลงของอุณหภูมิเฉลี่ยในกลุ่มที่ให้ยาพาราเซตามอลใน 1 ชั่วโมงแรก ค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิที่ลดลง 0.8 - 1.1 องศาเซลเซียส และใน 4 ชั่วโมงต่อมา อุณหภูมิลดลงเฉลี่ยอยู่ที่ 0.9 - 1.85 องศาเซลเซียส ส่วนกลุ่มที่ใช้วิธี sponging ในช่วง 1 - 4 ชั่วโมงอุณหภูมิจะลดลงเฉลี่ยที่ 0.55 - 0.75 องศาเซลเซียส</p> <p>นอกจากนี้ผลงานวิจัยอีก 4 เรื่องที่เหลือมีผลงานวิจัยอยู่หนึ่งเรื่องที่ไม่พบความแตกต่างของวิธี sponging อย่างเดียวกับการให้พาราเซตามอลเพียงอย่างเดียว และผลงานวิจัยอีก 3 เรื่องไม่ได้รายงานผลของการวิจัย</p> |
| <p>การให้พาราเซตามอลรวมกับการใช้วิธี sponging<br/>เปรียบเทียบกับการใช้วิธี sponging<br/>อย่างเดียว</p> | <p>จากผลงานวิจัยจำนวน 5 เรื่องพบว่า การใช้พาราเซตามอลรวมกับการใช้วิธี sponging มีประสิทธิภาพในการลดไข่มากกว่าการใช้วิธี sponging อย่างเดียว โดยงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง พบว่า ให้ผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอุณหภูมิของกลุ่มที่ให้พาราเซตามอลรวมกับการใช้วิธี sponging มีอุณหภูมิลดลงเฉลี่ย 1.3 - 1.7 องศาเซลเซียส เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้วิธี sponging อย่างเดียว มีอุณหภูมิลดลงเฉลี่ย 0.5 - 1.2 องศาเซลเซียส ส่วนอีก 2 งานวิจัยที่เหลือไม่ได้รายงานผล</p>  |
| <p>การให้พาราเซตามอลรวมกับการใช้วิธี sponging<br/>เปรียบเทียบกับการให้พาราเซตามอล<br/>อย่างเดียว</p>   | <p>จากผลงานวิจัยจำนวน 8 เรื่องพบว่า การให้พาราเซตามอลรวมกับการใช้วิธี sponging มีประสิทธิภาพในการลดไข่มากกว่าการให้พาราเซตามอลเพียงอย่างเดียว กล่าวคือ กลุ่มที่ให้พาราเซตามอลรวมกับการใช้วิธี sponging มีอุณหภูมิลดลงเฉลี่ย 1.3 - 1.7 องศาเซลเซียส จากผลงานวิจัยจำนวน 3 ใน 4 เรื่องที่ศึกษาในประเทศเขตร้อนคือ กรุงเทพ ฮาวาย สิงคโปร์ ซึ่งมีอุณหภูมิห้องและความชื้นสูงกว่าปกติ พบว่ากลุ่มที่ให้เฉพาะพาราเซตามอล มีอุณหภูมิลดลงเฉลี่ย 0.9 - 1.3 องศาเซลเซียส และผลงานวิจัยอีก 3 เรื่องไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการลดไข้ทั้ง 2 วิธีนี้ ส่วนงานวิจัยที่เหลือไม่ได้รายงานผล</p>  |

### การลดความไม่สบายของเด็ (comfort of child)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับการเช็ดตัวลดไข้ของเด็ก เป็นการวัดความสบายทางอ้อม ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 46 ของเด็กที่ผู้ปกครองเช็ดตัวลดไข้ไม่ยอมรับการเช็ดตัวโดยการเดินและขัดขึ้น แต่ร้อยละ 46 ของเด็กชอบการอาบน้ำอุ่น (ศรีพรรณ กัณธวัง, 2544)

### ผลต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครอง (effect on parental)

ผลการศึกษารายการยอมรับวิธีการลดไข้โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้กระทำให้เด็กเองโดยใช้ 4 วิธีคือ

การไม่ห่อตัว (unwrapping) การเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่น (warm sponging) การให้ยาพาราเซตามอล (paracetamol) และการเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่นรวมกับการให้ยาพาราเซตามอลพบว่า วิธีให้ยาพาราเซตามอลเพียงอย่างเดียวเป็นวิธีที่ผู้ปกครองยอมรับมากที่สุด รองลงมาคือ การเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่นรวมกับการให้ยาพาราเซตามอล ผู้ปกครองไม่แน่ใจว่า วิธีการเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่นอย่างเดียว และการไม่ห่อตัวเด็กจะลดไข้ได้หรือไม่ (Watts, Robertson & Thomas, 2003)

### เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพชร บุษบงไพรวลัย. (2538). การศึกษาเปรียบเทียบผลของการเช็ดตัวเพื่อลดไข้โดยวิธีลูบตัวด้วยน้ำอุ่นและวิธีเช็ดถูตัวแรง ๆ ด้วยน้ำอุ่นในเด็กที่มีไข้สูง. เชียงใหม่ : การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิลพรรณ รัตนดิลภพานิชย์. (2535). การพยาบาลผู้ป่วยมีไข้. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณวิไล ชุมภีรัมย์. (2541). การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กในคลินิก. เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีพรรณ กัณธวัง. (2544). การจัดการอาการไข้ในเด็ก, ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับนักวิชาชีพด้านสุขภาพ. (ฉบับที่ 5, หน้า 1 - 6). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีสำอางค์ คล้ายโกศล. (2547). การเช็ดตัวเด็กเพื่อลดไข้. ใน อ่ำไพวรรณ จวนสัมพันธ์ และสุเทพ วาณิชยกุล (บรรณาธิการ), **หัตถการพื้นฐานในเด็ก** (หน้า 9 - 10). กรุงเทพฯ : ชัยเจริญ.
- สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. (2542). Fever. ใน สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และคณะ (บรรณาธิการ), **Ambulatory pediatrics 2** (หน้า 294 - 301). กรุงเทพฯ : บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- Mahar, A. F., et al.. (1994). Tepid sponging to reduce temperature in febrile children in atropical climate [Electronic version]. **Clinical Pediatric (Phila)**, 33(4), 227 - 231.
- Sharber, J. (1997). The efficacy of tepid sponge bathing to reduce fever in young children. [Electronic version]. **American Journal Emergency Medicine**, 15(2), 188 - 192.
- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. (2001). Best practice : Management of the child with fever [Electronic version]. **Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals**, 5(5), 1 - 6.
- Watts, R., Robertson, J., & Thomas, G. (2003). Nursing management of fever in children : A systematic review [Electronic version]. **International Journal of Nursing Practice**, 9, 51 - 58.

# ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยในแลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ประจำปี 2549

นิดดา โชคบุญยสิทธิ์ \*  
พัชรี จันทรอินทร์ \*  
เอื้องทิพย์ คำปัน \*

โรงพยาบาลเป็นองค์กรสุขภาพที่บริการแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีวิสัยทัศน์ในการเป็นโรงเรียนแพทย์ชั้นนำ มีผลงานเป็นที่ยกย่องในระดับภูมิภาค เป็นที่รักและศรัทธาของปวงชน โดยมีพันธกิจในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ส่งเสริมการศึกษาและวิจัยด้วยวิทยาการที่ทันสมัยโดยความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรที่มีคุณภาพ และคุณธรรมในสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นและปลอดภัย ดังนั้นในการบริหารงานของโรงพยาบาลจึงมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการบริการของโรงพยาบาล โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบัน ระบบสุขภาพมีการแข่งขันกันมากทั้งในด้านคุณภาพของการบริการ และความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ เพื่อตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีมากขึ้น โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้นำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

(Hospital Accreditation) มาใช้ เพื่อให้สถานบริการของตนได้รับการรับรองมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับโดยมีพื้นฐานมาจากการสร้างความพึงพอใจหรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ การที่ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจก็ต่อเมื่อบริการที่ได้รับนั้น สามารถตอบสนองความต้องการได้ครบถ้วนตามที่มุ่งหวังไว้

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นในทางที่ดีของผู้รับบริการ เนื่องจากการบริการของโรงพยาบาลบรรลุสิ่งที่เขาคาดหวังหรือต้องการเป็นความรู้สึกพอใจที่ได้รับบริการในความเป็นจริงที่สอดคล้องกับการบริการที่เขาคาดหวังไว้ในอุดมคติ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่แสดงถึงคุณภาพบริการ และเป็นเครื่องรับรองว่าบริการนั้นมีมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และการบริการมีโอกาสเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด ปัจจุบันโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้มีการพัฒนาคุณภาพเพื่อการแข่งขัน การเป็นที่ยอมรับของสังคม และนำผลการศึกษามาเป็นส่วนหนึ่งในการปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

\* พยาบาลชำนาญการระดับ 8 หน่วยวิจัยทางการพยาบาล งานวิชาการและพัฒนา ฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนคร- เชียงใหม่ ได้ตระหนักถึงภารกิจในการบริการผู้ป่วยให้มี คุณภาพ จึงมีนโยบายในการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย ในและผู้ป่วยนอกประจำปี 2549 และจากที่มีการประชุม ร่วมกันของชมรมผู้บริหารทางการพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้มีแนวคิดในการเปรียบเทียบผลการสำรวจระหว่าง โรงพยาบาลในสังกัดของชมรม โดยให้มีการศึกษา ในรูปแบบเดียวกัน เพื่อนำผลการสำรวจที่ได้มาปรับปรุง คุณภาพบริการในแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพระหว่างโรงพยาบาลด้วยกัน

### วัตถุประสงค์ของการสำรวจ

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในและ ผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพบริการพยาบาล โดยกำหนดค่า เป้าหมายของความพึงพอใจดังนี้

1. อัตราความพึงพอใจระดับดีมาก - ดี เฉลี่ยทั้ง 4 ด้านเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80
2. อัตราความพึงพอใจระดับดีมาก - ดี ของ รายงานเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80
3. อัตราความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ใช้บริการ (ข้อ 15) เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย

1. ประชากรผู้ป่วยนอก เป็นผู้ป่วยหรือญาติ ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกทุกห้องตรวจในวันที่ 1 สิงหาคม 2549 สุ่มกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้รับบริการได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 321 ราย โดยวิธี convenience sampling
2. ประชากรผู้ป่วยใน เป็นผู้ป่วยหรือญาติที่มารับ บริการที่หอผู้ป่วยใน 7 งานการพยาบาล ได้แก่ งาน การพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมาร-

เวชศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติศาสตร์และนรีเวช- วิทยา งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ งานการพยาบาล ผู้ป่วยอายุรศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ งาน การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยทำการสำรวจ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม - 30 กันยายน 2549 สุ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของผู้รับบริการในแต่ละเดือน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 1,457 ราย โดยวิธี convenience sampling คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกมีดังนี้

#### 1. ผู้ป่วยนอก

- 1.1 เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ดี ด้วยการพูด อ่าน เขียนภาษาไทย
- 1.2 หากเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือผู้ป่วยเด็ก ขอให้ญาติที่ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม
- 1.3 ผู้ป่วยดังกล่าวในข้อ 1 และ 2 เป็น ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาเสร็จสิ้นแล้วจากห้องตรวจ
- 1.4 ผู้ป่วยหรือญาติ ยินดีและเต็มใจตอบ แบบสอบถาม

#### 2. ผู้ป่วยใน

- 2.1 เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสาร ได้ดีด้วยการพูด อ่าน เขียนภาษาไทย
- 2.2 หากเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือผู้ป่วยเด็ก ขอให้ญาติที่ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม
- 2.3 ผู้ป่วยดังกล่าวในข้อที่ 1 และ 2 เป็น ผู้ป่วยที่มีแผนจะจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย
- 2.4 ผู้ป่วยหรือญาติ ยินดีและเต็มใจตอบ แบบสอบถาม

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ สร้างขึ้นจากชมรมผู้บริหารทางการพยาบาลแห่งประเทศไทย ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 15 ข้อ และคำถาม

ปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะ คำถามปลายปิด ประกอบด้วยความพึงพอใจด้านต่าง ๆ 4 ด้าน ได้แก่

- ด้านพฤติกรรมบริการ 4 ข้อ
- ด้านให้บริการ 4 ข้อ
- ด้านการให้ข้อมูลและสิทธิผู้ป่วย 4 ข้อ
- ด้านสถานที่และความสะอาดสบาย 2 ข้อ
- ภาพรวมของความพึงพอใจในบริการ 1 ข้อ

การตอบให้เลือกตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับประกอบด้วยดีมาก ดี พอใช้ และควรปรับปรุง

### วิธีดำเนินการ

แบบสอบถามจะมอบให้แต่ละหน่วยงาน แจกให้ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างตอบ ภายหลังตอบเสร็จ ผู้รับบริการจะนำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกส่งกลับให้หน่วยงานเพื่อส่งให้หน่วยวิจัยทางการแพทย์วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการสำรวจมีดังนี้

**1. กลุ่มผู้ป่วยนอก** มีจำนวนผู้ป่วย 309 ราย คิดเป็นจำนวนที่ได้รับคืนร้อยละ 96.3 (ตารางที่ 1) เป็นผู้ป่วยตอบร้อยละ 49.2 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างร้อยละ 23.6 รองลงมาข้าราชการร้อยละ 19.1 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรีร้อยละ 30.1 รองลงมาประถมศึกษา ร้อยละ 23.9 (ตารางที่ 2)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกตั้งแต่ระดับดีมาก - ดี ในภาพรวม 4 ด้าน ด้านพฤติกรรมบริการ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้านการให้ข้อมูลและสิทธิผู้ป่วย

ด้านสถานที่และความสะอาดสบาย รวมทั้งภาพรวมของความพึงพอใจในบริการ (ข้อ 15) เท่ากับร้อยละ 89.32, 91.50, 88.84, 87.86, 88.83 และ 92.56 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมาย

**2. กลุ่มผู้ป่วยใน** มีจำนวนผู้ตอบกลับ 1,198 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.2 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยร้อยละ 48.2 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างร้อยละ 30.1 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.1 (ตารางที่ 2)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยในตั้งแต่ระดับดีมาก - ดี ในภาพรวม 4 ด้าน ด้านพฤติกรรมบริการ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้านการให้ข้อมูลและสิทธิผู้ป่วย ด้านสถานที่และความสะอาดสบาย รวมทั้งภาพรวมความพึงพอใจในบริการ (ข้อ 15) เท่ากับร้อยละ 92.4, 93.9, 93.7, 91.7, 87.9 และ 95.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด

ตารางที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มและได้รับคืน

| รายการ     | จำนวนที่สุ่ม | จำนวนที่ได้รับคืน | ร้อยละของจำนวนที่ได้รับคืน |
|------------|--------------|-------------------|----------------------------|
| ผู้ป่วยนอก | 321          | 309               | 96.3                       |
| ผู้ป่วยใน  | 1,457        | 1,198             | 82.2                       |

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยนอก = 309 ราย ผู้ป่วยใน = 1,198 ราย)

| รายการ                             | จำนวนผู้ป่วยนอก (%) | จำนวนผู้ป่วยใน (%) |
|------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>1. ลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม</b> |                     |                    |
| ผู้ป่วย                            | <b>152 (49.2)</b>   | <b>578 (48.2)</b>  |
| ญาติ                               | 82 (26.5)           | 415 (34.6)         |
| ไม่ระบุ                            | 75 (24.3)           | 205 (17.2)         |
| <b>2. อาชีพ</b>                    |                     |                    |
| ค้าขาย                             | 36 (11.7)           | 128 (10.7)         |
| เกษตรกรรม                          | 29 (9.4)            | 191 (15.9)         |
| รับจ้าง                            | <b>73 (23.6)</b>    | <b>361 (30.1)</b>  |
| รัฐวิสาหกิจ                        | 12 (3.9)            | 0 (0.0)            |
| รับราชการ                          | 59 (19.1)           | 158 (13.2)         |
| ประกอบธุรกิจส่วนตัว                | 21 (6.8)            | 70 (5.8)           |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ                  | 31 (10.0)           | 85 (7.1)           |
| อื่น ๆ                             | 22 (7.1)            | 0 (0.0)            |
| ไม่ระบุ                            | 26 (8.4)            | 205 (17.2)         |
| <b>3. การศึกษา</b>                 |                     |                    |
| ไม่ได้เรียน                        | 1 (0.3)             | 32 (2.7)           |
| ประถมศึกษา                         | 74 (23.9)           | <b>421 (35.1)</b>  |
| ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา          | 54 (17.5)           | 205 (17.1)         |
| ปริญญาตรี                          | <b>93 (30.1)</b>    | 213 (17.8)         |
| สูงกว่าปริญญาตรี                   | 7 (2.3)             | 39 (3.3)           |
| อื่น ๆ                             | 32 (10.4)           | 0 (0.0)            |
| ไม่ระบุ                            | 48 (15.5)           | 288 (24.0)         |

ตารางที่ 3 ข้อมูลร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการระดับดีมาก - ดี จำแนกตามผลรวมทั้ง 4 ด้าน รายด้านและภาพรวม

| ความพึงพอใจ                                     | ผู้ป่วยนอก   | ผู้ป่วยใน   |
|---|--------------|-------------|
| <b>ผลรวมความพึงพอใจทั้ง 4 ด้าน</b>              | <b>89.32</b> | <b>92.4</b> |
| ด้านพฤติกรรมการบริการ                           | 91.50        | 93.9        |
| ด้านการให้บริการพยาบาล                          | 88.84        | 93.7        |
| ด้านการให้ข้อมูลและสิทธิผู้ป่วย                 | 87.86        | 91.7        |
| ด้านสถานที่และความสะอาด                         | 88.83        | 87.9        |
| <b>ภาพรวมความพึงพอใจในบริการที่รับ (ข้อ 15)</b> | <b>92.56</b> | <b>95.7</b> |

### ข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมการบริการ จะเป็นเรื่องการพูดไม่ไพเราะ การส่งเสียงดังรบกวน และการแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม
2. ด้านการให้บริการพยาบาล จะเป็นเรื่องระยะเวลาารอคอยและความสนใจดูแลผู้ป่วย
3. ด้านการให้ข้อมูลและสิทธิผู้ป่วย จะเป็นเรื่องคำแนะนำไม่ชัดเจน และไม่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล
4. ด้านสถานที่และความสะอาดสบาย จะเป็นเรื่องอาหารไม่อร่อย ห้องน้ำไม่สะอาด ห้องนอนผู้ป่วยคับแคบ ห้องพิเศษไม่เพียงพอ เตียงผู้ป่วยไม่เพียงพอ ที่จอดรถไม่เพียงพอ

### อภิปรายผล

ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในประจำปี 2549 พบว่า ผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีความพึงพอใจระดับดีมาก - ดี เกินกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งทั้งโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้บริการผู้ป่วยได้ดี

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างานและผู้ตรวจการพยาบาล ที่ช่วยสื่อสารในการรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย / หัวหน้าหน่วยและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยแจกแบบสอบถามและรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ใช้บริการทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

### เอกสารอ้างอิง

- หน่วยวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. (2549). **ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก**. เชียงใหม่ : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หน่วยวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. (2549). **ความพึงพอใจผู้ป่วยใน**. เชียงใหม่ : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภิญญา แสนศรีจันทร์ และพวงเพ็ญ ชูณหปราชณ. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์กับความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 17(1), 69 - 78.
- อินทิมา สุภสินธ์. (2533). **ตัวแปรคัดสรรกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.



# ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ การส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา\*

ปราณี จินตสุภาวงศ์ \*\*  
กรรณิการ์ เจริญศุภพงษ์ \*\*\*

## หลักการและเหตุผล

น้ำนมมารดาเป็นอาหารธรรมชาติที่มีคุณค่าเหมาะสมกับทารกมากที่สุด ทั้งด้านร่างกาย พัฒนาการ และส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก โดยเฉพาะการเจริญเติบโตในช่วง 4 - 6 เดือนแรกของชีวิต (Boer & Darnton-Hill, 1994, WHO, 2002) ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 ได้มีการจัดตั้งโครงการสายสัมพันธ์แม่และทารกขึ้น โดยมีเป้าหมายส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวในเดือนแรกร้อยละ 95 และต่อเนื่องอย่างน้อย 4 เดือน ร้อยละ 20

จากข้อมูลการสำรวจของประเทศไทยปี พ.ศ. 2544 พบว่า ทารกได้รับนมมารดาเพียงอย่างเดียวต่อเนื่องเฉลี่ย 4 เดือนเพียงร้อยละ 16.3 ทางหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ร่วมกับภาควิชาสูติเวชและภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ดำเนินโครงการพัฒนาการส่งเสริมทารกได้รับนมมารดาเพียงอย่างเดียวอย่างต่อเนื่อง แต่จากการสำรวจช่วงระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม ปี พ.ศ. 2547 ทารก

ได้รับนมมารดาเพียงอย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพียงร้อยละ 35 และได้มีการปรับปรุงพัฒนาวิธีการส่งเสริมมาตามลำดับ พบว่า ช่วงระหว่างมกราคม - มิถุนายน ปี พ.ศ. 2548 อัตราการให้นมมารดาเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 47 ซึ่งยังคงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด หอผู้ป่วยพิเศษ 5 จึงทำการรวบรวมปัญหาที่เป็นอุปสรรค พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ คือ มารดามีน้ำนมไม่เพียงพอ (ร้อยละ 84.6) ขาดทักษะและการกระตุ้นในการดูแลทารก จัดทำอ้อมให้ทารกดูดนมไม่ถูกวิธี มารดาขาดความมั่นใจและวิตกกังวลในการดูแลทารก

จากปัญหาดังกล่าว ทางหอผู้ป่วยจึงระดมความคิดเพื่อลดอุปสรรคปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา และเพื่อให้มีแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการใช้ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย (The Thailand Center for Evidence Based Nursing and Midwifery) และนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน

\* โครงการวิจัยจากการนำหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการพยาบาล

\*\* พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยพิเศษ 9 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

\*\*\* หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 5 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา
2. เพื่อเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา
3. มารดาหลังคลอดและเจ้าหน้าที่ฟิงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา

## กลุ่มเป้าหมาย

มารดาหลังคลอดปกติและมารดาผ่าตัดคลอดทุกราย พร้อมทารก

## วิธีดำเนินโครงการ

1. กำหนดประเด็นปัญหา  
มารดาหลังคลอดที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ยังไม่มีความพร้อมในการเลี้ยงทารก มารดาขาดความมั่นใจโดยเฉพาะวิธีการให้ทารกดูดนม ทำอุมในการให้นม การดูแลเมื่อทารกร้องไห้ แม่วางจะมีอาการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงทารกแล้วก็ตาม นอกจากนั้นมารดาขอผสมให้ทารก เพราะคิดว่านมมารดามีไม่เพียงพอทำให้มารดาไม่ได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง น้ำนมจึงมาช้าและมีจำนวนน้อย นอกจากนั้น จากการสำรวจสถานการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลมีความแตกต่างกัน และขาดความต่อเนื่องในการติดตามแก้ปัญหา ทำให้การส่งเสริมไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
2. การกำหนดปัญหา  
ทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลเกี่ยวกับอัตราและร้อยละ การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาที่ต้องการให้เกิดขึ้นภายหลังการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น คือ
  - 2.1 ประสิทธิภาพของการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ

อัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาก่อนจำหน่ายอย่างน้อยร้อยละ 80 และต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 4 เดือน ร้อยละ 40

2.2 มารดาหลังคลอดพึงพอใจต่อการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา

## 3. การสืบค้นหลักฐานอ้างอิง

ทำการสืบค้นหลักฐานความรู้และงานวิจัยจากบทความทางการแพทย์และพยาบาลจากฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ breastfeeding, insufficient milk supply, breast engorgement, lactation, latch aid, increase milk supply, duration of breastfeeding, education ผลการสืบค้น มีการวิจัยเชิงทดลองจำนวน 4 เรื่อง รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง systematic review จำนวน 2 เรื่อง การศึกษาวิจัยไปข้างหน้า 3 เรื่อง การศึกษาเชิงสำรวจ 2 เรื่อง การศึกษาเชิงพรรณนา 1 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาจากสถาบันต่าง ๆ 3 สถาบัน

## 4. การวิเคราะห์และประเมินหลักฐานความรู้เพื่อประยุกต์ใช้

นำหลักฐานที่สืบค้นมาได้ทั้งหมดมาทบทวนวิเคราะห์ และประเมินความน่าเชื่อถือ ตลอดจนความเหมาะสมสำหรับนำไปปฏิบัติตามเกณฑ์พิจารณาตัดสินคุณภาพหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของสถาบันโจอันนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2004)

## 5. การจัดทำกรวางแนวปฏิบัติทางคลินิก

5.1 พิจารณาคุณภาพและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติโดยทีมที่ปรึกษาและพยาบาลของหอผู้ป่วยพิเศษ 5

5.2 เสนอร่างแนวปฏิบัติและทำประชาพิจารณ์ เพื่อรับฟังความคิดเห็นสำหรับนำมาปรับปรุงแก้ไข

5.3 ปรับปรุงแนวปฏิบัติตามข้อเสนอให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในหอผู้ป่วย

5.4 ตรวจสอบคุณภาพด้านภาษาและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

5.5 ทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดจำนวน 5 ราย

6. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสู่การปฏิบัติ  
ประชุมกำหนดข้อตกลงและกำหนดขั้นตอนการใช้ กำหนดให้เจ้าหน้าที่พยาบาลสูติศาสตร์ซึ่งรับผิดชอบการสอน ติดตาม ประเมินผลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ บันทึกชื่อมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยทุกรายที่ใช้แนวปฏิบัติ บันทึกแบบสอบถามและแบบฟอร์ม

การติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ดูรายละเอียดแนวปฏิบัติฯ ในภาคผนวก)

### 7. ประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลมารดาหลังคลอดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงมิถุนายน 2549 จำนวน 36 ราย ผลการศึกษาเสนอในรูปกราฟ ประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า มารดาส่วนใหญ่ อายุ 21 - 30 ปี ร้อยละ 58.3 และตั้งครรรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 63.9 มากกว่าครึ่งคลอดโดยวิธีธรรมชาติ มีลักษณะของหัวนมปกติร้อยละ 83.3 มีสิทธิในการลาคลอดได้นาน 3 เดือนร้อยละ 72.2

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในมารดาหลังคลอด

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลตามอายุทารก (วัน)

ร้อยละ

อายุ (วัน)

จากแผนภูมิที่ 1 แสดงผลจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล พบว่า ทารกอายุมากขึ้น ความสามารถ

ในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทารกได้รับนมมารดาเพียงอย่างเดียวร้อยละ 96.9

**แผนภูมิที่ 2** แสดงจำนวนร้อยละของทารกจำแนกตามประเภทของนมมารดาและนมผสมตามอายุทารก (สัปดาห์)

**แผนภูมิที่ 3** แสดงจำนวนร้อยละความพึงพอใจของมารดาต่อการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของเจ้าหน้าที่พิเศษ 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

## อภิปรายผล

การดำเนินโครงการโดยใช้ความรู้เชิงประจักษ์ เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา โดยพัฒนาตามแบบของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาล และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยและได้ดำเนินโครงการนำไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่เดือน มีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2549 มีระยะเวลา 4 เดือน จำนวนมารดาเข้าร่วมโครงการ 36 ราย

ผลลัพธ์ของโครงการประเมินจากอัตราและระยะเวลาของการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว พบว่า ขณะทารกอายุ 1 วันปริมาณน้ำนมมารดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0 - 1 (เมื่อบีบลานนมไม่มีน้ำนมไหลออกมา - น้ำนมใส ๆ ไหลออกมา 1 - 2 หยด) ซึ่งอยู่ในระดับน้อยกว่าความต้องการของทารก ร่วมกับมารดาอ่อนเพลียจากการคลอด จึงต้องการความช่วยเหลือในการให้นมส่งเสริมเป็นครั้งคราวในช่วงกลางคืน เมื่อได้รับการกระตุ้นในการดูดที่ถูกต้องบ่อยครั้งและสม่ำเสมอช่วยให้ปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพียงพอับความต้องการของทารกได้ตามลำดับ ซึ่งจากแผนภูมิที่ 1 เมื่อทารกอายุมากขึ้นปริมาณน้ำนมอยู่ในระดับ 3 (เมื่อบีบลานนม น้ำนมไหลพุ่งออกมา) อัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 96.9 ทั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวช่วยเพิ่มความสามรถและทักษะการให้นมมารดา โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรคนแรก การสนับสนุนให้กำลังใจติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องระหว่างอยู่โรงพยาบาล ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น

ผลการติดตามอย่างต่อเนื่อง เมื่อทารกอายุ 1, 2, 4, 8 และ 16 สัปดาห์ พบว่า อัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวมีร้อยละ 90.6, 85.3, 85.7, 67.6 และ 36.4 ตามลำดับ ซึ่งในสัปดาห์ที่ 16 ยังไม่ถึงเป้าหมาย

ที่กำหนด คือร้อยละ 40 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาต้องอาศัยการเตรียมความพร้อมในมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยเฉพาะด้านประโยชน์ของน้ำนมมารดา กำลังใจจากบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะสามี ครอบครัว และบุคลากรทางการพยาบาลในขณะที่ยังไปอยู่บ้าน แต่เนื่องจากการติดตามแนวปฏิบัติการส่งเสริมมารดาที่บ้าน พยาบาลติดตามได้เพียงโทรศัพท์สอบถามปัญหาเป็นระยะ ๆ ซึ่งคำแนะนำด้านความรู้หรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่มารดาประสบ อาจไม่เพียงพอับความต้องการ รวมทั้งมารดาส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน (ร้อยละ 83.3) และมีสิทธิ์ลาพักคลอดได้ไม่เกิน 12 สัปดาห์มากกว่าร้อยละ 91.7

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินโครงการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาโดยใช้ความรู้เชิงประจักษ์ซึ่งได้ดำเนินโครงการผ่านมาระยะหนึ่ง ถือเป็นก้าวแรกในการส่งเสริมให้มารดาตระหนักถึงความสำคัญของมารดา และทำให้เกิดการประเมินปริมาณน้ำนม การประเมินประสิทธิภาพการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา มีการบันทึกและติดตามผลที่เป็นระบบชัดเจนขึ้น ซึ่งหากมีการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจะเกิดการพัฒนาคุณภาพด้านการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดายิ่งขึ้นต่อไป

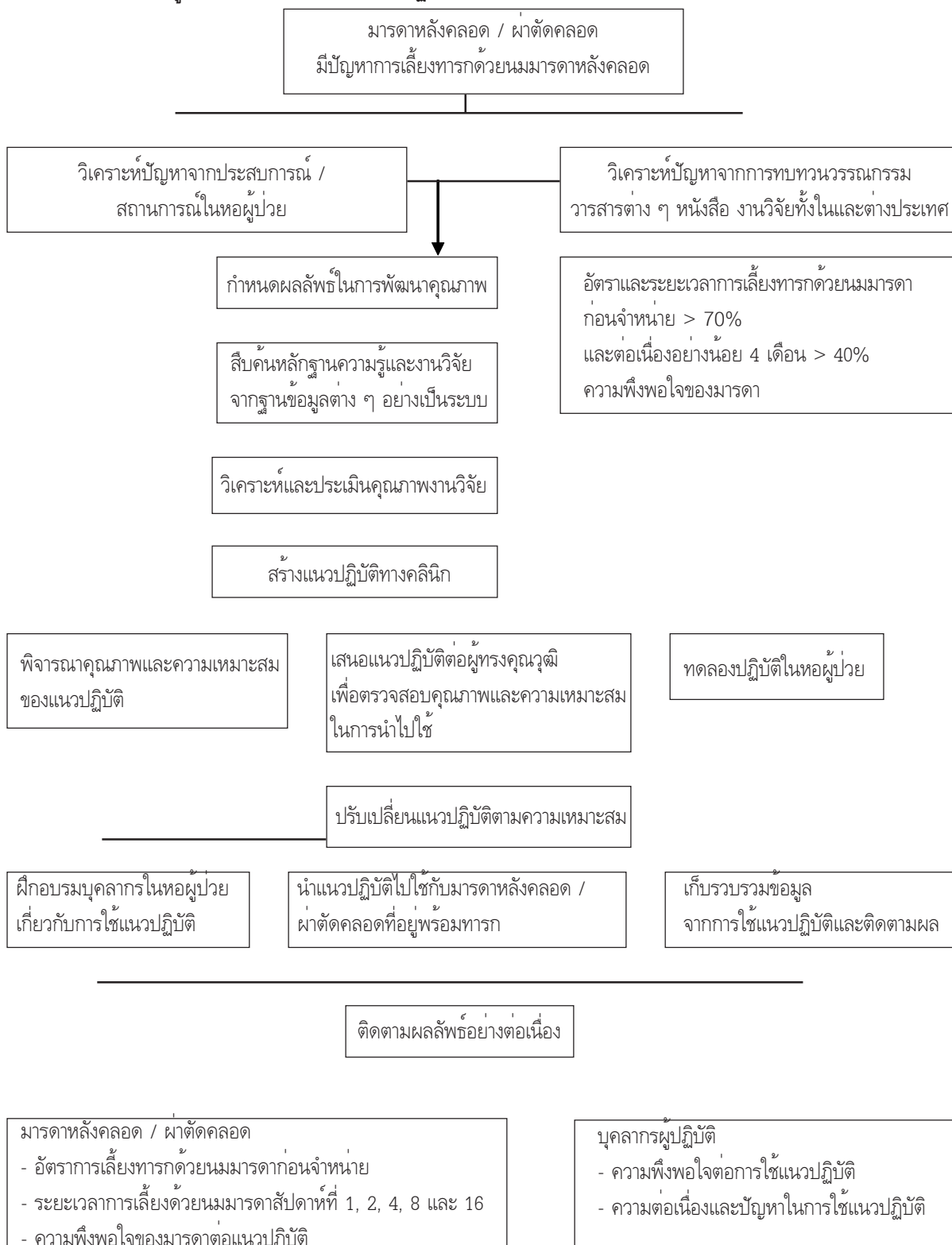
### เอกสารอ้างอิง

- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2546). การกำหนดปัญหาทางคลินิกเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล. เอกสารประกอบ การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง **การปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์**, ศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทาง การพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรวรรณ แพทย์หลักฟ้า. (2540). การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของมารดาที่เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ - ลูก โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุสันหา ยิ้มแย้ม และคณะ. (2545). การพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา และการติดตาม เยี่ยมมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. รายงานวิจัย. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



ภาคผนวก

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา



# การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

บุปผา จันทจรรัส \* และคณะ \*\*

## หลักการและเหตุผล

การลื่นล้ม ตกเตียงเป็นตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (outcome indicator) ของคุณภาพทางการพยาบาล และยังส่งผลด้านลบต่อคุณภาพทางการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของพยาบาล ไม่พึงพอใจในบริการและนำไปสู่การฟ้องร้อง การลื่นล้ม ตกเตียงทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ไม่สุขสบาย เพิ่มอัตราป่วย อัตราตาย เพิ่มขึ้นตอนการตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บ และรักษาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ทำให้ระยะเวลาของการนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น มีผลโดยตรงต่อเศรษฐกิจโดยรวมในระบบสุขภาพ เป็นสาเหตุทำให้เกิดความกลัว ความเครียดในผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบกระดูก เอ็น ข้อ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย จากพยาธิสภาพของโรค จึงทำให้ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ทุกกลุ่มอายุมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการลื่นล้ม ตกเตียง และการลื่นล้ม ตกเตียงยังส่งผลเสียต่อการรักษา ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ทำให้ต้องมีการผ่าตัดซ้ำ บาดเจ็บ และกล่าวการใส่อุปกรณ์ช่วยในการเดิน

จากการรวบรวมอุบัติการณ์ที่ผ่านมา พบว่าการลื่นล้ม ตกเตียงเป็นอุบัติการณ์ที่เป็นปัญหา โดยอยู่ในสามอันดับแรก ถึงแม้ว่าผู้เกี่ยวข้องได้แก้ไขแนวทาง

การดูแลเพื่อป้องกันโดยทำการวิเคราะห์หาสาเหตุ และจัดทำแนวปฏิบัติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และปรับปรุงมาโดยตลอด แต่ยังคงปรากฏว่ามีผู้ป่วยเกิดการลื่นล้ม ตกเตียงอยู่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้เล็งเห็นความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงจัดทำโครงการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียงของผู้ป่วยตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (evidence-based practice guideline) เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านความปลอดภัย พัฒนาหน่วยงานไปสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ สามารถปฏิบัติได้จริงในการปฏิบัติงานประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจในบริการ

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราการลื่นล้ม ตกเตียง และลดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดจากการลื่นล้ม ตกเตียง
2. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติงาน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลื่นล้ม ตกเตียงเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาในหน่วยงาน

\* พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

\*\* เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1 งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

## ระยะเวลาในการดำเนินการ

มกราคม 2548 - กันยายน 2549

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรพยาบาลได้เรียนรู้เกี่ยวกับการนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน
2. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยกระบวนการ evidence-based practice
3. ได้แนวปฏิบัติงานการป้องกันการลื่นล้มตกเตียงสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

## ขั้นตอนการดำเนินโครงการ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานโดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence based practice) แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และระยะที่ 2 เป็นการใช้นโยบายโดยใช้รูปแบบกระบวนการปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เสนอโดยศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย (Thailand centre for evidence based nursing and midwifery : A collaborating centre of the Joanna Briggs Institute, Adelaide, Australia) มีทั้งหมด 7 ขั้นตอน (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2546) ดังต่อไปนี้

### ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติงาน

1. กำหนดปัญหาทางการปฏิบัติโดยการจัดประชุมผู้มีส่วนร่วมของตัวแทนหอผู้ป่วย ผู้บริหาร และคณะกรรมการต่าง ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา ระบบกระดูก เอ็น ข้อ และกล้ามเนื้อ จำนวน 8 หอผู้ป่วย ในปลายปี 2547 โดยประเด็นพิจารณา คือ การลื่นล้มตกเตียงยังเป็นอุบัติการณ์ 1 ใน 3 ที่มีผลลัพธ์ไม่เป็นที่พึงพอใจ แนวทางปฏิบัติยังไม่แน่นอน ตรวจสอบไม่ได้

และยังมีอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่องที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล ในที่ประชุมจึงลงความเห็นให้เป็นโครงการที่ต้องพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นทางการ

2. การกำหนดผลลัพธ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ ภายหลังการดำเนินการตามแนวปฏิบัติแล้ว โดยการทบทวนตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องต่อการป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียงในโรงพยาบาล คือ

1) ประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติในการลดการลื่นล้ม ตกเตียง โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ อัตราการลื่นล้ม ตกเตียง และความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดจากการลื่นล้ม ตกเตียง

2) ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ จำนวนและร้อยละของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ ขณะเดียวกันได้สร้างเครื่องมือวัดผลลัพธ์ ได้แก่ แบบสำรวจอัตราการลื่นล้ม ตกเตียง ความรุนแรง และลักษณะของการลื่นล้ม ตกเตียงในผู้ป่วยออโรโพิติกส์ แบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียงในผู้ป่วยออโรโพิติกส์ และเริ่มติดตามอุบัติการณ์จากเครื่องมือที่สร้างขึ้นตั้งแต่ มกราคม 2548

3. สืบค้นหลักฐาน โดยหัวหน้าโครงการได้มอบหมายให้ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทุกคนเริ่มสืบค้นข้อมูลการปฏิบัติที่เป็นเลิศประเภทต่าง ๆ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ การสืบค้นด้วยมือจากวารสารในห้องสมุด การติดต่อกับผู้วิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นการส่วนตัว ทำการบันทึกหลักฐานการสืบค้น โดยมีรายละเอียดของแหล่งข้อมูลที่สืบหามาได้ วัน เดือน ปีที่สืบค้น และเพื่อลดการสืบค้นซ้ำซ้อนกัน มอบหมายให้เลขารวบรวมข้อมูลหลักฐาน โดยในการสืบค้นข้อมูลหลักฐานใช้คำสำคัญคือ falls prevention, falls guideline, falls

in hospital, falls prevention intervention, falls risk, falls in acute care

จากการรวบรวมงานวิจัยจากที่พัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียง ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เดิงานวิจัย คือ

3.1 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) 1 งานวิจัย

3.2 แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากงานวิจัย 3 ฉบับ

3.3 โครงการลดการลื่นล้ม ตกเตียง (reducing patient falls project) 1 โครงการ

3.4 แนวทางที่เป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียงจากการทบทวนงานวิจัย 4 ฉบับ

4. การวิเคราะห์และประเมินคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงให้มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน มีความประหยัดและคุ้มค่า คุ่มทุน โดยทีมพัฒนาได้ตกลง พัฒนาแนวปฏิบัติจากงานวิจัยที่เป็นการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ ซึ่งผ่านการประเมินคุณภาพในการนำไปใช้ ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์แล้ว (บุปผา จันทจรรัส, 2546) โดยได้ทำการเรียบเรียงหลักฐานข้อมูลโดยจำแนกตาม ผู้แต่ง / ปี วิจัย ประชากร / กลุ่มตัวอย่าง ระดับ ความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง ตามเกณฑ์ของ National Health and Medical Research council (1995) ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนจากอาจารย์ที่ปรึกษา โดยทีมพัฒนาได้ศึกษาลงหน้า เพื่อนำไปแบ่งระดับของการนำไปใช้ตามเกณฑ์การประเมิน ข้อเสนอแนะของการนำไปใช้ที่เสนอโดยสถาบัน โจอันนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2004)

ส่วนแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ตกเตียงจากการประชุมของฝ่ายการพยาบาล ได้พัฒนา เครื่องมือประเมินภาวะเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ตกเตียง เพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยโดยเป็นการประยุกต์ แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ตกเตียงในผู้ป่วย

ออร์โธปิดิกส์ที่พัฒนาโดยใช้กระบวนการนำผลวิจัย มาใช้ของบุปผา จันทจรรัส (2546) ซึ่งผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิและมีค่าความสอดคล้องตรงกัน ของผู้ประเมินเท่ากับ .87 ร่วมกับการวิเคราะห์อุบัติการณ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน และสามารถประเมินผู้ป่วยทุกกลุ่มเป้าหมายในโรงพยาบาล

5. ยกวางแผนปฏิบัติตามหลักฐานอ้างอิงที่เลือก โดยผู้รับผิดชอบโครงการและเลขานุการยกวางแผนปฏิบัติ โดยนำผลการพิจารณาของผู้ร่วมปฏิบัติมาเป็นแนวทาง ร่วมกับหลักฐานอ้างอิงและการประเมินหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ รวมถึงแนวปฏิบัติเดิมที่ตัวแทนผู้ปฏิบัติงาน จากทุกหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาและใช้เป็นแนวทาง เพื่อป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียง ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ อุบัติการณ์ลื่นล้ม ตกเตียง และเห็นว่าเป็นแนวทางที่ได้ผล ในระดับหนึ่ง ทำการยกวางแผนปฏิบัติทางคลินิก โดยมี ขั้นตอนสำคัญดังนี้

5.1 การพิมพ์แนวปฏิบัติทางคลินิก

5.2 การตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา ภาษา รูปแบบของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเป็น อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และอาจารย์แพทย์ทางออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน

5.3 การทดสอบความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้กับหอผู้ป่วยที่เป็นหอผู้ป่วยนารอง จำนวน 3 หอผู้ป่วย คือหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 3 และหอผู้ป่วยพิเศษ 8 เป็นเวลา 2 สัปดาห์

6. สำนวจความคิดเห็นจากผู้ผู้แบบสำวจ ความคิดเห็น พบว่า พยาบาลผู้ทดลองใช้ทั้งหมด 38 ราย เห็นว่า

6.1 แนวปฏิบัติมีความง่ายต่อการทำงาน ประจำวันถึงร้อยละ 100

6.2 แนวปฏิบัติมีความสะดวกในการนำไปใช้ ในระดับปานกลางร้อยละ 60.53 และในระดับมาก ร้อยละ 39.47

6.3 แนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพในระดับ ปานกลางร้อยละ 57.89 และในระดับมากร้อยละ 36.84

6.4 ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในระดับ ปานกลางร้อยละ 84.21 พึงพอใจระดับมากร้อยละ 13.16 และไม่พึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 2.63

6.5 ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พยาบาล ผู้ทดลองใช้เห็นว่า ไม่มีอุปสรรคและปัญหา ร้อยละ 55.26 และมีปัญหาและอุปสรรคร้อยละ 39.47 นอกจากนี้ ยังไม่มีคำตอบร้อยละ 5.26 โดยอุปสรรคที่เสนอแนะนั้น เกี่ยวกับ 1) การประเมินนั้นเครื่องมือมีความไวสูง 2) เกณฑ์ไม่ครอบคลุม 3) ประเมินยาก 4) บัณฑิตที่เกี่ยวกับสภาพการทำงานของร่างกายผิดปกติ ให้มีการเพิ่มเติม โดยให้ใช้คำที่สื่อง่าย เพื่อสะดวกในการประเมิน และ ผู้ปฏิบัติ 7 รายเห็นว่า เป็นการเพิ่มงานเขียน นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติเห็นว่า ควรมีการกำกับดูแลใกล้ชิด เพื่อให้สามารถนำแนวปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติจริง

7. นำผลที่ได้มาปรับปรุงและสรุปผล จัดทำ แนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย

- การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม
- การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ตกเตียง
- การจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียง
- การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียง
- การดูแลอย่างต่อเนื่อง
- การพัฒนาคุณภาพการบริการ

## ระยะที่ 2 การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

1. การวางแผนการนำไปใช้ ได้แก่

1.1 กำหนดหอผู้ป่วยที่จะนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ คือหอผู้ป่วยในงานาการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ทั้งหมด 8 หอผู้ป่วย

1.2 ประสานงานกับคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรในการจัดอบรม เพื่อให้ความรู้และเพิ่มความตระหนักแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 5 ครั้ง แบ่งเป็นระดับวิชาชีพ 3 ครั้ง และต่ำกว่าวิชาชีพ 2 ครั้ง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับ

- ความหมายและลักษณะของการลื่นล้ม ตกเตียง
- บัณฑิตที่มีผลต่อการลื่นล้ม ตกเตียง
- แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ตกเตียงและการพัฒนา
- การป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียงในโรงพยาบาล
- แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการนำผลการวิจัยมาใช้ตามแนวปฏิบัติของงาน การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่

1.3 การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ได้แก่ แนวปฏิบัติงาน และคู่มือการใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ตกเตียง ป้ายหน้าเตียงเพื่อสื่อสารแก่บุคลากร ผู้ป่วย และญาติ

1.4 การประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการขอความร่วมมือและตีตประกาศในการใช้แนวปฏิบัติงาน

2. การใช้กลยุทธ์เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่

2.1 การจัดบอร์ดให้ความรู้ในทุกหอผู้ป่วย

2.2 การติดประกาศขอความร่วมมือใช้แนวปฏิบัติงาน

2.3 การนำปัญหาผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงเข้าสู่การ pre-conference ทุกวัน โดยเริ่มจากคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

3. การตรวจสอบกระบวนการและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติในงานประจำวัน โดยทำการสุ่มตรวจรายงานผู้ป่วยตามแบบสำรวจการปฏิบัติตามแนวทางในแต่ละหอผู้ป่วย หากพบปัญหาในหอผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง ทีมพัฒนาจะเข้าชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจแก่บุคลากร และสอบถามอุปสรรคและปัญหาในการประชุมของทุกหอผู้ป่วย

4. การติดตามและประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงาน นำอุปสรรคปัญหาตลอดจนอุบัติการณ์การลื่นล้ม ตกเตียง มาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขทุกเดือน

### ผลลัพธ์ในการดำเนินงาน

1. อัตราการเกิดอุบัติการณ์การลื่นล้ม ตกเตียง เฉลี่ยต่อเดือน ลดลงจาก 0.89 เป็น 0.40 ลดลงร้อยละ 55 และจำนวนรายของอุบัติการณ์ต่อเดือน ลดลงจาก 26 ราย (9 เดือนก่อนใช้แนวปฏิบัติ) เป็น 16 ราย (12 เดือนหลังใช้แนวปฏิบัติ) ลดลงคิดเป็นร้อยละ 38 โดยแยกเป็น 7 หอผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติดังนี้

| หอผู้ป่วยและจำนวนอุบัติการณ์ | A  | B | C  | D | E | F | G |
|------------------------------|----|---|----|---|---|---|---|
| ก่อนใช้                      | 11 | 2 | 7  | 1 | 1 | 1 | 3 |
| หลังใช้                      | 2  | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 2 |

2. สามารถลดระดับการบาดเจ็บจากอุบัติการณ์ได้มากกว่าร้อยละ 50

3. สำรวจความคิดเห็นจากพยาบาลผู้ใช้ทั้งหมดจำนวน 76 คน ตามแบบสำรวจความคิดเห็นภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้ 1 ปี พบว่า

3.1 แนวปฏิบัติมีความง่ายต่อการทำงานประจำวันถึงร้อยละ 80.26 ง่ายมากร้อยละ 19.74

3.2 แนวปฏิบัติมีความสะดวกในการนำไปใช้คิดเป็นร้อยละ 55.26 และในระดับมากร้อยละ 44.74

3.3 แนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพในการป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียงเมื่อนำไปใช้ คิดเป็นร้อยละ 68.42 และมีประสิทธิภาพมากร้อยละ 31.58

3.4 พยาบาลผู้ใช้มีความพึงพอใจถึงร้อยละ 80.26 และพึงพอใจมากร้อยละ 19.74

3.5 ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พยาบาลผู้ใช้เห็นว่า ไม่มีอุปสรรคและปัญหา ร้อยละ 65.79 มีอุปสรรคและปัญหา ร้อยละ 34.21 โดยมีอุปสรรคและปัญหาเกี่ยวกับ

1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ จะให้การดูแลยาก รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ตระหนักและคือ

2) ภาระงานมากและสิ่งงานอื่นที่มีความรีบด่วนอยู่มาก

3) เครื่องมือมีความไวสูง

4) ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงยาก

5) การทำให้บุคลากรตระหนักตลอดเวลาเป็นเรื่องยากเนื่องจากมีหลายระดับ



4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลื่นล้ม ตกเตียง โดยผู้ป่วยที่ลื่นล้ม ตกเตียงเกือบทั้งหมดมีปัญหาเกี่ยวกับปัจจัยภายในด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ อ่อนเพลียมาก ขาอ่อนแรง ใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดิน รองลงมาคือ ต้องการความช่วยเหลือในการขับถ่าย ได้รับยาที่มีผลทำให้

ง่วงซึม มีอายุ  $\geq 60$  ปีหรือเป็นเด็ก มีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ และมีประวัติลื่นล้ม ตกเตียง ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีหลายปัจจัยร่วมกัน และมีปัญหาเกี่ยวกับปัจจัยภายนอก ได้แก่ แก้วน้ำชำรุด พื้นห้องลื่น และพื้นห้องน้ำเปียก

### เอกสารอ้างอิง

- งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. (2543 - 49). รายงานอุบัติการณ์. ไม่ได้พิมพ์เผยแพร่, ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิบูล นันทชัยพันธ์. (2546). เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุปผา จันทจรรัส. (2546). **การพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ตกเตียงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Brians, L. K., Alexander, K., Grotta, P., Chen, R. W. H. & Dumas, V. (1991). The development of the RISK tool for fall prevention. **Rehabilitation Nursing**, 16, 67 - 69.
- Cohen, L., & Guin, P. (1991). Implementation of patient fall prevention program. **Journal of Neuroscience Nursing**, 23, 315 - 319.
- Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L., Wood, J., & Kowanko, I. (1998). Falls in acute hospitals: A systemic review. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. Retrived April 22, 2002, from: <http://www.Joannabriggs.Edu.au/FALLS/fallsreview.pdf>
- Hendrich, A., Nyhuis, A., Kippenbrock, T., & Soja, M. E. (1995). Hospital falls: development of Predictive model for clinical practice. **Applied Nursing Research**, 8, 129 - 139.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. (1996). Meeting JCAHO Goals. Retrived July 23, 2005 from: <http://www.cdho.org/AboutUs.aspx?=9306>
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. (2004). Clinical Guideline. Retrived July 27, 2005 from: [http://www.edqual.com/Emergency\\_Department\\_Consultants/JCAHO\\_2004](http://www.edqual.com/Emergency_Department_Consultants/JCAHO_2004)

# โครงการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจที่เป็นอัมพาต ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับสูง

(Ventilatory Muscle Training : VMT)

เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 2 \*

## หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บไขสันหลังเป็นอุบัติเหตุที่ร้ายแรง ก่อให้เกิดอาการอัมพาตตามมา อาการมากที่สุดได้แก่ อาการอัมพาตไขสันหลังทั้งตัว ทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจเป็นอัมพาตหรืออ่อนแรงลง ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้อย่างเพียงพอ แพทย์ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ หรือหลอดลม (trachea) ทะลุ เนื่องจากท่อช่วยหายใจกดหลอดลม จึงทำให้ผู้ป่วยสำลักเอาเศษอาหารและน้ำเข้าสู่ปอด โรคแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นสาเหตุหลักทำให้อัตราตายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Michan, Michel & Westbrook, 1980) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน จึงทำให้กล้ามเนื้อหายใจเคยชินการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ จนกระทั่งมีอาการอ่อนแอกมากขึ้นและค่อย ๆ ลีบลงทีละน้อย ผู้ป่วยจะติดเครื่องช่วยหายใจ และเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้ยาก หรือไม่สามรถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้ จนเสียชีวิตในที่สุดเพราะภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ลีทและแบรดเลย์ (Lieth & Bradley, 1976) แนะนำว่า ผู้ป่วยอัมพาตไขสันหลังระดับสูง พร้อมทั้งจะเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ต้องมีการปรับปรุงความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยค่าความจุของปอด (force vital capacity : FVC) และมีผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึก

กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ สรุปได้ว่า หลักการของการฝึกกล้ามเนื้อในการหายใจเข้าและหายใจออกเพื่อให้มีความแข็งแรง ทนทาน และมีพลังกำลัง สามารถฝึกได้เหมือนการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโครงร่างของนักกีฬา (Boutellier et al., 1992; Boutellier and Piwko, 1992; Boutellier, 1998) จึงมีความเป็นไปได้ในการวางแผนฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจให้ทำงานหนัก (work load) โดยจัดโปรแกรมให้มีช่วงออกกำลังช่วงเวลาพัก จำนวนครั้งที่ทำซ้ำกัน และการเพิ่มอัตราความก้าวหน้าในการออกกำลังกาย

รูทซิก ไวส์แมน เอลมีนอฟ และคณะ (Rutchik, Weissman, Almenoff & et. Al., 1998) ได้ศึกษาผลของการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแบบเฉพาะที่พบว่า เมื่อใช้แรงต้านในขณะหายใจเพิ่มขึ้นและคงอยู่ในระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้ผู้ป่วยใช้ความพยายามในการหายใจเข้ามากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหายใจแข็งแรงทนทานมากขึ้น และพบว่ากล้ามเนื้อหายใจสามารถปรับตัวในทางบวกต่อการฝึกหัดการทำงานเฉพาะที่ได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ได้มีการทดลองนำวิธีการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจเข้าด้วยการใช้แรงต้านในการหายใจเข้า (inspiratory muscle resistive breathing) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อลีบ โรคกระดูกสันหลังโค้งคดอย่างรุนแรง กลุ่มอาการ acid maltase deficiency อาการอัมพาตไขสันหลัง โรค cystic

\* หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 2 งานการพยาบาลหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่

fibrosis และโรคปอดเรื้อรัง โดยพบประโยชน์ของการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ จะเกิดขึ้นเมื่อออกกำลังกายได้ 15 - 30 นาทีต่อวันเป็นเวลา 4 - 8 สัปดาห์

เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยอัมพาตไขสันหลังระดับสูงอย่างใกล้ชิด นับตั้งแต่การประเมินระบบทางเดินหายใจเมื่อแรกเริ่มผู้ป่วย การช่วยเหลือแพทย์ขณะเจาะคอ การดูดเสมหะ การประเมินสภาพปอดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ การปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การจัดทำนอนเพื่อระบายเสมหะ และการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ดังนั้นการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจในขณะที่ผู้ป่วยอัมพาตไขสันหลังระดับสูงที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลในการส่งเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ไม่ก่อความทุกข์ทรมาน และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นขณะอยู่ในระหว่างการเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มค่าความจุปอด (FVC) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอัมพาตไขสันหลังระดับสูง มีความสามารถในการหายใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหายใจแข็งแรงและมีความทนทานมากขึ้น
2. เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งส่งผลให้เลิกใช้เครื่องช่วยหายใจเร็วขึ้น

### ตัวชี้วัด

1. ประสิทธิภาพการเพิ่มค่าความจุปอดเพิ่มขึ้นจนถึงเป้าหมาย 15 cc / kg 100%
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจสามารถหยุดเครื่องช่วยหายใจได้ 100%

### การดำเนินการ

1. ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2545 ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ โดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมความดัน ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้

1.1 ปรับปุ่ม expiratory time control ให้อยู่ด้านขวาสุดเพื่อให้เกิดการหายใจแบบ assist

1.2 ตั้งก้านความไว (starting effort) เท่ากับ -2 cmH<sub>2</sub>O (12 นาฬิกา) เลื่อนทางด้านหลังของเครื่อง ค่าความไวของเครื่องมากเท่ากับ -1.5, -1, -0.5 cmH<sub>2</sub>O (9 - 11 นาฬิกา) ผู้ป่วยสามารถกระตุ้นเครื่องได้ง่าย ความไวเครื่องที่เวลาน้อยที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถดึงเครื่องได้ ทำ 2 นาที วันละ 2 ครั้ง เพิ่มเป็น 5, 10, 15..., นาที 30 นาที เพิ่มความไวขึ้นอีก 30 นาที เลื่อน starting effort ไปจนถึง 15.00 น. และทำครบ 30 นาที หากค่า FVC ยังไม่ถึงเป้าหมาย ก็ให้ทำต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะประเมิน FVC ได้ถึงเป้าหมาย

1.3 ดูดเสมหะก่อนทำ VMT วัดสัญญาณชีพก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำ VMT สัญญาณชีพที่แสดงว่าพลังงานที่ใช้ในการหายใจมากเกินไปและผู้ป่วยเริ่มอ่อนล้าหรือไม่ โดยอาการเหล่านี้จะบ่งบอกว่าควรฝึกหัดต่อไปหรือหยุดการฝึก ได้แก่

- RR มากกว่าหรือเท่ากับ 30 - 35 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที
- หายใจผิดปกติ การเคลื่อนไหวซีโครง และหน้าท้องไม่ประสานกัน ใช้กล้ามเนื้อเสริมการหายใจออก

- BP ค่า systolic เปลี่ยนแปลงจากค่าปกติของผู้ป่วย มากกว่าหรือเท่ากับ 20 mmHg
- HR มีค่าเปลี่ยนแปลงจากค่าปกติของผู้ป่วยมากกว่าหรือน้อยกว่า 20 ครั้ง / นาที
- วิดกกังวล กระวนกระวาย สับสน ง่วงซึม หรือมีอาการบ่งบอกถึง hypoxemia หรือ hypercapnia
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง

2. พ.ศ. 2546 ได้มีการปรับปรุงกระบวนการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ โดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตร ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้

- 2.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและวัด force vital capacity ของผู้ป่วยที่เริ่มต้น แจกให้ผู้ป่วยทราบ และตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วย เหมือนกับการฝึกโดยใช้ Bird's respirator
- 2.2 การปรับตั้งเครื่องโดยเลือก mode spontaneous และตั้ง pressure trigger โดยเริ่มจากจุดที่ผู้ป่วยสามารถกระตุ้นให้เครื่องทำงานได้ทุกครั้ง (-1, -2, -3 CM H<sub>2</sub>O)
- 2.3 ฝึกทำวันละ 2 ครั้ง เช้าและบ่าย
- 2.4 ระยะเวลาในการเริ่มฝึกเริ่มต้นจาก 5 นาที และเพิ่มขึ้นทุกวัน วันละ 5 นาที จนถึง 30 นาที และกลับมาเพิ่ม pressure trigger ขึ้นเรื่อย ๆ
- 2.5 Monitor vital signs > oxygen saturation ก่อนฝึก ระหว่างฝึก และหลังฝึก
- 2.6 วัด forced vital capacity ของผู้ป่วยทุกวัน หลังฝึก 15 นาที จนกว่าจะได้

ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ 15 ซีซีต่อหน้าหน้าตัวเป็นกิโลกรัม ซึ่งแสดงถึงผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อหายใจที่แข็งแรงและทนทานพอในการเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ

หมายเหตุ การฝึกโดยใช้ volume ventilator เครื่องจะ back up เป็น mode SIMV และ CMV ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกระตุ้นการทำงานของเครื่องเองได้

### แนวปฏิบัติ / คู่มือ / มาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

แนวปฏิบัติในการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจขณะผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยอัมพาตไขสันหลังระยะแรก มีค่าความจุปอดอยู่ระหว่าง 0 - 200 มล. การปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจจะเป็นแบบควบคุม (control mandatory ventilation) โดยเครื่องช่วยหายใจจะทำงานให้ออกซิเจนอย่างสม่ำเสมอ ในปริมาตรและความดันและอัตราที่ตั้งไว้
2. เมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคคั่งที่ ผลเอกซเรย์ปอดปกติ ผู้ป่วยไม่มีไข้ พยาบาลควรเริ่มการฝึกหัดการหายใจโดยปรับเครื่องช่วยหายใจให้เป็นแบบ assist แล้วปรับก้านความไวของเครื่องช่วยหายใจให้ลงมาด้านหลังของเครื่องช่วยหายใจ โดยให้ค่าความไวอยู่ที่ -0.2 cmH<sub>2</sub>O กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้า ไหล่ผู้ป่วยจะยกขึ้นเล็กน้อย ขณะเดียวกันให้พยาบาลใช้มือกดหัวไหล่ผู้ป่วยลงมาเบา ๆ เป็นแรงดันให้ผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ทุกครั้งการหายใจ หรือจะกระทำเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าแรง ๆ เมื่อสังเกตเห็นผู้ป่วยใช้ความพยายามในการหายใจเข้าลดลง
3. ระยะเวลาในการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ใช้เวลา 2 นาที วันละ 2 ครั้ง วันต่อไปจะเพิ่มเวลาขึ้นเป็นวันละ 5 นาที ไปเรื่อย ๆ จนครบ 30 นาที ปรับความไวของเครื่องพร้อมทั้งเวลาในการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อฯ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังโปรแกรมการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ (ตารางที่ 1)

### ตารางที่ 1 โปรแกรมการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ

| สมรรถภาพการหายใจ<br>/ ความจุปอด | Ventilator setting |                | ระยะเวลา<br>ฝึกหัด / นาที | เวลาฝึก (นาฬิกา)                | FVC หลังฝึกหัด<br>1 ครั้ง / วัน |
|---------------------------------|--------------------|----------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
|                                 | Mode               | Staring effort |                           |                                 |                                 |
| 0 - 200                         | -0.2               | Assist         | 2 - 30                    | 10.00 น., 14.00 น.<br>ของทุกวัน |                                 |
| 200 - 300                       | -0.5               | Assist         | 5 - 30                    |                                 |                                 |
| 300 - 400                       | -1                 | Assist         | 5 - 30                    |                                 |                                 |
| 400 - 500                       | -1.5               | Assist         | 5 - 30                    |                                 |                                 |
| 500 - 600                       | -1.75              | Assist         | 5 - 30                    |                                 |                                 |
| 600 - 700                       | -2                 | Assist         | 5 - 30                    |                                 |                                 |
| 700 - 800                       | -2.5               | Assist         | 5 - 30                    |                                 |                                 |
| 800 - 900                       | -2.75              | Assist         | 5 - 30                    |                                 |                                 |
| 900 - 1,000                     | -3                 | Assist         | 5 - 30                    |                                 |                                 |

4. ประเมินสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ระหว่างและหลังการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ

5. ประเมินค่าสมรรถภาพของการหายใจหรือค่าความจุปอดทุกวัน หลังการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจประมาณ 15 นาที

6. ขณะที่ทำการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ควรสังเกตอาการต่อไปนี้ เมื่อเกิดขึ้น ต้องหยุดการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทันทีที่ได้แก่

- อัตราการหายใจมากกว่า 30 - 35 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลง
- อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่าค่าปกติของผู้ป่วย 20 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที มีการเต้นของหัวใจผิดปกติมีอาการเจ็บหน้าอก
- ค่าความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าค่าปกติของผู้ป่วย 20 มม.ปรอท
- มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท เช่น ความวิตกกังวล กระวนกระวาย สับสน

หรือมีอาการง่วงนอนผิดปกติ ซึ่งเป็นภาวะบ่งชี้ถึงภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ หรือมีคาร์บอนไดออกไซด์มากเกินไป

7. ดูแลผู้ป่วยโดยการให้พักและประเมินความพร้อมในการฝึกกล้ามเนื้อหายใจ ที่ตั้งค่าความไวของเครื่องช่วยหายใจต่ำ และเพิ่มความไวของเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่นเดียวกับระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อีกครั้งหนึ่ง

8. ติดตามประเมินค่าความจุปอด เมื่อได้เท่ากับ 15 ลิตร. ต่อน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึงผู้ป่วยมีสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหายใจที่แข็งแรงทนทาน พร้อมที่จะเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยวิธี T-piece

#### วิธีการเก็บข้อมูล

บันทึกค่าความจุปอดก่อนการฝึกหัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ และหลังการฝึกหัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ

### ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด

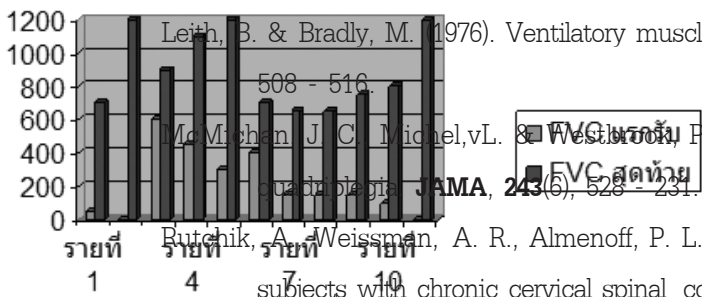
ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2546 ถึงเดือน พฤษภาคม 2549 มีผู้ป่วยอัมพาตกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ที่ได้รับการใส่ท่อหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 11 ราย ทุกรายได้รับการฝึกหัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรม VMT และสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพความจุปอดได้ตามเป้าหมาย 15 cc / kg ทุกรายดังกราฟ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร. ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลต้นบริหาร โรงพยาบาลมหาสาร- นครเชียงใหม่ เป็นอย่างสูงที่กรุณาให้คำปรึกษาและ ข้อเสนอแนะในการทำโครงการครั้งนี้

FVC (cc)

กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าประสิทธิภาพค่าความจุปอดก่อนและหลังการใช้โปรแกรม VMT



### เอกสารอ้างอิง

Leith, B. & Bradly, M. (1976). Ventilatory muscle strength and endurance. **Journal Apply Physiology**, 41, 508 - 516.

McMichael, J. C., Michel, v.L. & West, P. R. (1980). Pulmonary dysfunction following traumatic quadriplegia. **JAMA**, 243(6), 528 - 231.

Burchik, A., Weissman, A. R., Almenoff, P. L. & et al. (1998). Resistive inspiratory Muscle training in subjects with chronic cervical spinal cord injury. **Archeive Physiological Medicine Rehabilitation**, 73(3), 273 - 277.

Boutellier, U. (1998). Respiratory muscle fitness and exercise endurance in healthy humans. **Med. Sci. Sports Exerc.**, 30, 1169 - 1172.

Boutellier, U., Buchel, R., Kundert, A., and Spengler, C. (1992). The respiratory system as and exercise limiting factor in normal trained subjects. **Eur. J. Apply. Physiol. Occup. Physiol.**, 65, 347 - 353.

Boutellier, U and Piwko, P. (1992). The respiratory system as and exercise limiting factor in normal sedentary subjects. **Eur. J. Apply. Physiol. Occup. Physiol.**, 64, 145 - 152.



# การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เรื่องการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด

นางลักษณ์ แสงอรุณ \* ดาราวรรณ ศิระกมล \*  
วีณัส ผลทิพย์ \* จวีร์วรรณ ประเสริฐวิทยากิจ \*  
เกศลินีย์ บำรุงศรี \*\*

## ความสำคัญของปัญหา

การดูแลผิวหนังของทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลควรให้ความสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (neonatal intensive care unit : NICU) ซึ่งดูแลทารกระยะวิกฤตที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตและเครื่องเฝ้าระวังต่าง ๆ และมีการใช้สายสวนหลอดเลือดดำและอุปกรณ์อื่น ๆ ที่ต้องยึดติดกับผิวหนัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม เนื่องจากผิวหนังของทารกเหล่านี้จะมีลักษณะบางใส สามารถมองเห็นเส้นเลือดดำ กระจุกอวัยวะต่าง ๆ ที่อยู่ตื้น ๆ และสามารถสังเกตการเต้นของชีพจรได้ นอกจากนี้ผิวหนังชั้น dermis และ epidermis ยังยึดติดกันไม่แข็งแรง การสร้างหน้าที่ของผิวหนังชั้น stratum comeum ยังไม่สมบูรณ์ ดังนั้นกิจกรรมการให้การพยาบาล เช่น การลอกพลาสติกที่ติดผิวหนังทารก จะทำลายความแข็งแรงของผิวหนังทำให้เกิดการบาดเจ็บและลอกของผิวหนังมีลักษณะคล้ายแผลที่ถูกไหม้ นอกจากนี้ การใช้ยาฆ่าเชื้อต่าง ๆ เฉพาะที่บริเวณผิวหนัง น้ำยาบางชนิดจะดูดซึมผ่านผิวหนังได้

ทำให้เกิดพิษหรือผลข้างเคียง เช่น แผลพุพอง หรือเป็นเนื้อตายเปื่อยยุ่ย (Lund et al., 1997) ในขณะเดียวกันผิวหนังที่ถูกทำลาย จะเป็นช่องทางเปิดสำหรับแบคทีเรียและเชื้อรา อันเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อของผิวหนังเฉพาะที่ และติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (Lund, Kuller, Lane, Lott & Raines, 1999) การสัมผัสสารเคมี เช่น สบู่ อาจทำให้เกิดการระคายเคืองและการแพ้ของผิวหนังได้

จากสถิติของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2547 มีทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยเข้ารับการรักษา จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 52.3 ของทารกทั้งหมดที่รับไว้ในความดูแล ในจำนวนนี้ 22 คน (17.6%) มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม และ 56 คน (44.8%) มีน้ำหนักตัว 1,000 - 1,499 กรัม จากการสังเกตของบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วย พบว่า ทารกส่วนใหญ่มักเกิดปัญหาการบาดเจ็บของผิวหนังเกือบทุกราย โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย ทารกที่ได้รับการทำหัตถการบ่อย ๆ และทารกที่มีภาวะ

\* พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

\*\* หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

แทรกซ้อนต้องอยู่ในหอผู้ป่วยนาน เช่น มีการรั่วซึมของสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ แล้วเกิดการอักเสบและการทำลายของผิวหนังจนต้องได้รับการผ่าตัดหรือยาปฏิชีวนะ ทารกที่ผิวหนังติดเชื้อจากการอับชื้นเป็นต้น จากปัญหาดังกล่าว ทำให้บุคลากรทุกระดับเกิดความตระหนักและสนใจปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้มีการปรึกษาหารือในระดับหอผู้ป่วยและผู้ตรวจการพยาบาล รวมทั้งขอคำปรึกษาจากกุมารแพทย์ เพื่อขอความเห็นชอบในการหาแนวปฏิบัติเพื่อดูแลผิวหนังในทารกแรกเกิด

จากการสำรวจของหอผู้ป่วย ในปี 2548 พบว่ายังไม่มีการใช้แนวทางมาตรฐานสำหรับประเมินผิวหนังของทารกแรกเกิด และการทำกิจกรรมในการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด บางปัญหาบุคลากรใช้วิจารณญาณและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล รวมทั้งการประยุกต์ใช้วัสดุและอุปกรณ์หลายประเภทช่วยในการดูแลผิวหนังทารกให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พบว่า มีความขาดแคลนต้องนำวัสดุอื่น ๆ มาปรับใช้ทดแทน ซึ่งไม่สามารถระบุได้ว่ามีคุณภาพทัดเทียมกัน ทำให้พบว่าปัญหาผิวหนังแห่งผิวหนังเป็นผื่นแดง ผิวหนังอักเสบติดเชื้อ ผิวหนังถลอกและเป็นแผลถูกทำลายยังคงเกิดขึ้น จากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการจัดคณะทำงานเพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด สำหรับใช้ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยความเห็นชอบของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

### กรอบแนวคิด

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิดนี้ ดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติตามหลักฐานของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2546)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในการให้การดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด
2. เพื่อป้องกันการถูกทำลายของผิวหนังในทารกแรกเกิดทุกราย

### กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และแพทย์ผู้ทำการรักษา
2. ทารกแรกเกิดทุกรายที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่

### ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

#### 1. การกำหนดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้พิจารณาบททวนปัญหาที่พบเกี่ยวกับผิวหนังในทารกแรกเกิดที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด รวมทั้งบททวนสถิติของหอผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2547 โดยได้เริ่มดำเนินการทบทวนและกำหนดปัญหาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548

#### 2. การกำหนดผลลัพธ์

2.1 ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกกำหนดตัวชี้วัด คือร้อยละ 80 ของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล มีความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยใช้แบบสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก เรื่องการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด ซึ่งผ่านการตรวจหาความตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงในเนื้อหาเท่ากับ 1 มีค่าคะแนนจากสูงไปต่ำ ค่าคะแนนสูง หมายถึงพึงพอใจมาก

2.2 ประสิทธิภาพของการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด จากการประเมินสภาพผิวหนังทารกแรกเกิดทุกรายและทุกวัน ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วย และมีการรายงานผลทุก 1 เดือน โดยใช้เครื่องมือ Neonatal Skin Condition Scale (NSCS) (Lund, et. al., 2001) ซึ่งประเมินผิวหนังทารกใน 3 หัวข้อ ได้แก่ ความแห้งของผิวหนัง (dryness) อาการแดงของผิวหนัง (erythema) และการแตกทำลายของผิวหนัง (skin breakdown) แต่ละหัวข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 ทารกที่มีสภาพผิวหนังสมบูรณ์มากที่สุดจะมีคะแนนรวมทั้งสามด้านเท่ากับ 3 ส่วนทารกที่มีสภาพผิวหนังสมบูรณ์น้อยที่สุด จะมีคะแนนรวมทั้งสามด้านเท่ากับ 9 เครื่องมือนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงในเนื้อหาเท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (inter-rater) เท่ากับ 0.96 กำหนดตัวชี้วัดคืออัตราการเกิดการถูกทำลายหรือการบาดเจ็บของผิวหนังของทารกแรกเกิดที่มีค่าคะแนน NSCS ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้งใน 100 วันนอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วย

### 3. การสืบค้นหลักฐานอ้างอิง

คณะทำงานสืบค้นหลักฐานความรู้และผลวิจัยจากวารสารทางการแพทย์ และฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ, Science Direct Database, Blackwell Synergy Database, Medscapes, Pubmed คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นคือ การดูแลผิวหนังทารก แนวปฏิบัติทางคลินิก, neonatal skin care, skin care newborn, skin care infant, premature infant skin care, skin care guideline, evidence based practice จากการสืบค้นพบรายงานการวิจัยจำนวน 49 เรื่อง

### 4. การวิเคราะห์และประเมินหลักฐานความรู้เพื่อการประยุกต์ใช้

นำรายงานการวิจัยทั้ง 49 เรื่องมาทบทวน วิเคราะห์ และประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานอ้างอิงตามเกณฑ์ของ Scheme Given (a rating scheme) (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2001) และความเหมาะสมสำหรับนำไปปฏิบัติตามเกณฑ์พิจารณาตัดสินคุณภาพหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ และของสถาบันโจอันนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute) ปี 2004 (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2546) โดยกำหนดกรอบการปฏิบัติซึ่งได้ประยุกต์มาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด (Evidence-based clinical practice guideline : Newborn Skin Care) ของ Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN, 2001) ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ 11 องค์ประกอบด้วยกัน คือ

- 1) การประเมินผิวหนัง (newborn skin assessment)
- 2) การอาบน้ำ(bathing)
- 3) การทำความสะอาดสะดือ (cord care)
- 4) การใช้ยาฆ่าเชื้อ (disinfectants)
- 5) การป้องกัน / ดูแลทารกที่มีผื่นผ้าอ้อม (diaper dermatitis)
- 6) การติดและลอกเทปกาว (adhesive)
- 7) การใช้สารทำให้ชุ่มและชุ่มชื้น (emollients)
- 8) การป้องกันการสูญเสียน้ำผ่านทางผิวหนัง (transient epidermal water loss)
- 9) การป้องกัน / ดูแลการแตกทำลายของผิวหนัง (skin breakdown)
- 10) การป้องกัน / ดูแลการรั่วซึมของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (intravenous infiltration)

11) โภชนาการเพื่อผิวหนัง (skin nutrition) ที่แปลโดยคณะทำงานจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก และจัดพิมพ์ร่างแนวปฏิบัติโดยบรรจุวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ ตามผลรายงานการวิจัยที่สืบค้นได้ภายใต้องค์ประกอบต่าง ๆ พร้อมทั้งระบุระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานด้วย

### 5. การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก

จัดประชุมชี้แจงเพื่อนำเสนอร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกและทำประชาพิจารณ์ เพื่อรับฟังความคิดเห็น สำหรับนำมาปรับปรุงแก้ไข ประกอบด้วยคณะทำงาน พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและพยาบาลผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด จำนวน 30 คน และปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกตามข้อเสนอให้มีความเหมาะสมกับการใช้ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ แนวปฏิบัตินี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านภาษา และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ หลังจากนั้นได้ทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 5 ราย ซึ่งผลเป็นที่น่าพอใจและสามารถทำได้ จึงพิจารณาเพื่อนำมาใช้จริงในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

### 6. การดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

เตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ปฏิบัติ โดยจัดอบรมเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และอาศัยความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด โดยจัดอบรม 2 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมอบรม 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73 ของเจ้าหน้าที่พยาบาลทั้งหมด การชี้แจงในกลุ่มได้ใช้การบรรยายและมีเอกสารประกอบการบรรยายโดยเปิดโอกาสให้กลุ่มได้มีการซักถามข้อสงสัย ส่วนเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ไม่ได้เข้าอบรม เนื่องจากติดการปฏิบัติภารกิจ

ทางคณะทำงานได้ติดตามชี้แจงเป็นรายบุคคล และมีเอกสารให้อ่านประกอบ เมื่อมีข้อสงสัยก็มีการเปิดโอกาสให้ซักถาม และเริ่มทำตามแนวปฏิบัติในเดือนเมษายน 2549 โดยได้จัดทำเอกสารแนวปฏิบัติไว้ในหอผู้ป่วย โดยติดไว้ในบริเวณที่เจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นและเข้าถึงได้ง่าย และประเมินผิวหนังทารกแรกเกิด โดยใช้ The Neonatal Skin Condition Scale ทุกวันในเวรเช้า มีการติดตามและกำกับให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิดอย่างสม่ำเสมอ โดยร่วมประชุมปรึกษาระหว่างทีมพยาบาลในช่วงการรับเวร - ส่งเวร

หลังจากนั้น รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้นำไปวิเคราะห์ตามตัวชี้วัดทุก ๆ เดือน และมีการจัดประชุมปรึกษากันในทีมคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อหาความก้าวหน้า อุปสรรค และเพิ่มเติมข้อมูลของแนวปฏิบัติใหม่ตามที่ได้ค้นพบภายหลัง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติต่อไปเรื่อย ๆ ในทุก 6 เดือน

### 7. การสรุปผลการดำเนินงานและการเผยแพร่

จัดทำรายงาน ทำข้อสรุปสำหรับเสนอต่อผู้บริหาร และเผยแพร่ในที่ประชุมวิชาการ เพื่อสนับสนุนให้มีการขยายผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

### ผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล มีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด ร้อยละ 82.14

2. อัตราการเกิดผิวหนังถูกทำลายของทารกแรกเกิดที่มีค่าคะแนน neonatal skin condition scale ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป ต่อ 100 วันนอนของทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย แสดงดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงอัตราการเกิดผิวหนังถูกทำลายของทารกแรกเกิดที่มีค่าคะแนน neonatal skin condition scale ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป ต่อ 100 วันนอน ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงกันยายน 2549

| เดือน         | อัตราการเกิดผิวหนังถูกทำลาย (NSCS > 4) ของทารกต่อ 100 วันนอน |
|---------------|--|
| เมษายน 2549   | 8.18   |
| พฤษภาคม 2549  | 5.78   |
| มิถุนายน 2549 | 12.74  |
| กรกฎาคม 2549  | 5.68   |
| สิงหาคม 2549  | 11.15  |
| กันยายน 2549  | 9.57   |

### สรุปและการอภิปรายผล

จากผลลัพธ์ที่ได้พบว่าการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ผลลัพธ์ที่ดี และเป็นไปตามประสิทธิผลที่ตั้งไว้ มีเพียงเดือนมิถุนายนและเดือนสิงหาคมที่อัตราการเกิดผิวหนังถูกทำลายไม่เป็นไปตามตัวชี้วัด คือมากกว่าร้อยละ 10 เมื่อพิจารณองศ์ประกอบ พบว่า ในทารกบางรายเมื่อแรกเริ่มมีการถูกทำลายของผิวหนังมาก่อนแล้ว ทั้งทารกที่รับใหม่มาจากห้องคลอด หรือที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น หรือรับย้ายมาจากหอผู้ป่วยอื่น เช่น บางรายมีรอยขีดและถลอกจากการคลอด บางรายมีการรั่วของสารน้ำออกนอกเส้นเลือดมาก่อนถึงหอผู้ป่วย บางรายมีตุ่มพองใสจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมาก่อน เป็นต้น ทำให้ทารกเหล่านี้มีค่าคะแนน NSCS ที่ค่อนข้างสูงมาตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูล ซึ่งคณะผู้จัดทำแนวปฏิบัติไม่ได้ exclude ออกไปจากทารกทั้งหมด ซึ่งการดูแลต้องใช้เวลาหลายวัน ค่าคะแนน NSCS จึงจะลดลง ทำให้ภาพรวมของผลลัพธ์จากตัวชี้วัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย นอกจากนี้ในทารกที่ต้องได้รับการผ่าตัด บางรายค่าคะแนนในส่วนของผิวหนังถูกทำลายก็สูงด้วย ซึ่งในส่วนนี้คณะผู้จัดทำแนวปฏิบัติไม่ได้ exclude ออกไปเช่นกัน จึงมีการพิจารณาร่วมกัน

ในคณะผู้จัดทำ เพื่อพิจารณาการเก็บข้อมูลในส่วนของผลลัพธ์เพื่อให้มีการแยกแยะชัดเจนขึ้นในส่วนของการเกิดผิวหนังถูกทำลาย เพื่อแสดงให้เห็นว่าการถูกทำลายไม่เกิดเพิ่มขึ้น และมีค่าคะแนนความสมบูรณ์ของผิวหนังเพิ่มขึ้น นอกจากนี้แนวปฏิบัติที่ต้องเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล คือ การใช้ antiseptic ที่ใช้ทาผิวหนังก่อนการทำหัตถการคือเช็ดด้วย providone iodine 30 วินาที แล้วเช็ดตามด้วย sterile water ซึ่งในการปฏิบัติจริง มีเจ้าหน้าที่หลายท่านที่ใช้แนวปฏิบัตินี้ยังไม่เคร่งครัด อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอัตราการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นได้ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจึงขอเช็ดด้วย providone iodine แล้วเช็ดตามด้วย alcohol อย่างเดิมไปก่อน ส่วนแนวปฏิบัติอื่นยังคงเดิม

ในด้านความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ พบว่าเป็นไปตามตัวชี้วัด เจ้าหน้าที่พยาบาลร้อยละ 82.14 พึงพอใจ ซึ่งคณะกรรมการจะได้ประเมินซ้ำอีกครั้งเมื่อได้ทำตามแนวปฏิบัติแล้วเป็นเวลา 6 เดือน เพื่อนำ

แนวปฏิบัติมาปรับปรุง เพื่อให้สะดวกต่อการปฏิบัติและได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผิวหนังทารกต่อไป ซึ่งกระบวนการพัฒนาและนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ จะเป็นการนำการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงพฤติกรรมการทำงานของพยาบาล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลที่เพิ่มขึ้น (Nadzam & Abraham, 2003 : 15)

### กิตติกรรมประกาศ

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติขอกราบขอบขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษาทุกท่าน ดังรายนามดังนี้ ผ.ศ. น.พ. สมพร โชติธมม, ผ.ศ. พญ. วรัศนี ตันติประภา, ร.ศ. วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, ผ.ศ. ดร. จรัสศรี เย็นบุตร, ผ.ศ. มลธิ์ อื้ออำนวย, ผ.ศ. ปริศนา สุทธิไชย, ผ.ศ. อุษณีย์ จินตะเวช, คุณผ่องพรรณ อุปพันรงค์, คุณนวลอนงค์ ครุพันธ์, คุณแยงมา เลิศวิมานต์, คุณสมลักษณ์ บุญมา, คุณประทีป ไชยศรี และคุณนิคดา โชคบุญยสิทธิ์

### เอกสารอ้างอิง

- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2546). **การกำหนดปัญหาทางคลินิกเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล**. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์, ศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2001). **Evidence-based clinical practice guideline. Neonatal skins care**. Available : <http://www.National guideline clearinghouse.html> (2001, Jan).
- Lund, C. H., Nonato, L. B., Kuller, J. M., Franck, L. S., Cullander, C. & Durand, D. J. (1997). Disruption of barrier function in neonatal skin associated with adhesive removal. **Journal of Pediatrics**, **131**, 367 - 372.
- Lund, C. H., Kuller, J., Lane, A., Lott, J. W. & Raines, D. A. (1999). Neonatal skin care : The scientific basis for practice. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, **28**(3), 241 - 254.
- Lund, C. H., Kuller, J., Lane, A., Lott, J. W., Raines, D. A. & Thomas, K. K. (2001). Neonatal skin care : Evaluation of the AWHONN/NANN research-based practice project on knowledge and skin care practices. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, **30**(1), 30 - 40.
- Lund, C. H., Kuller, J., Lane, A., Lott, J. W., Raines, D. A. & Thomas, K. K. (2001). Neonatal skin care : Clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence-based clinical practice guideline. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, **30**(1), 41 - 51.
- Lund, C. H & Osborne, J. W. (2004). Validity and reliability of the neonatal skin conditioning score. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, **33**(3), 320 - 327.
- Nadzam, D. M. & Abraham, I. L. Retrieved April 12, 2006, from [nu.kku.ac.th/wordpdf/meeting/35year/1-dec/2.pdf](http://nu.kku.ac.th/wordpdf/meeting/35year/1-dec/2.pdf).



## นวัตกรรม

### Blower

จิรนุช คงวุฒิ \*, นภาพร แหลมหลวง \*,  
สุदारัตน์ โนจิตร \*\*, อุษณี ชัยพันธ์วิริยาพร \*\*

#### หลักการและเหตุผล

ความพยายามที่จะรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีด้วยวิธีทางศัลยกรรมได้มีมานานแล้ว เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2423 เมื่อ Langer ได้เสนอแนวคิดที่จะนำเลือดจากภายนอกเข้าสู่ระบบ coronary circulation วัตถุประสงค์หลักในการทำ coronary revascularization เพื่อระงับอาการ angina และ ischemia ป้องกันการเกิด myocardial infarction เทคนิคการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดโคโรนารีนั้น เป็นการต่อหลอดเลือดจากจุดที่เหนือต่อบริเวณอุดตันข้ามต่อไปยังหลอดเลือดที่ต่ำกว่าบริเวณอุดตันโดยมักจะใช้หลอดเลือดดำหรือ free arterial graft ต่อจาก ascending aorta ไปยัง coronary artery การตัดต่อหลอดเลือดหัวใจจะทำโดยการใช้เครื่องปอด - หัวใจเทียม (coronary pulmonary by pass : CPB) ซึ่งจะทำงานในขณะที่หัวใจหยุดเต้น อย่างไรก็ตาม ผลเสียของการใช้เครื่องปอด - หัวใจเทียมนาน อาจทำให้เกิดภาวะ platelet dysfunction, coagulation defect, renal function เลวลง ปัจจุบันการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดโคโรนารี มีการพัฒนา

เป็นแบบไม่ใช้เครื่องปอด - หัวใจเทียม เพื่อลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ซึ่งในอดีตจะต้องทำผ่าตัด โดยทำให้หัวใจหยุดเต้นก่อนทำ by pass เส้นเลือดหัวใจ ซึ่งการทำ CPB อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่รุนแรงได้ และมักเกิดในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้นเมื่อ CPB ทำงานมากกว่า 2 ชม. และเพิ่มสูงขึ้นถ้าช่วงการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมนานมากกว่า 2 ชม. และเพิ่มสูงสุดถ้าช่วงการใช้เวลานานกว่า 3 - 4 ชม. ซึ่งการต่อเส้นเลือดหัวใจปกติใช้เวลานานมากกว่า 2 ชม. การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมนาน จะทำให้เม็ดเลือดแดงแตกเกิดความผิดปกติของผนังหลอดเลือดฝอย และนำไปสู่การขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ โอกาสเกิดหลอดเลือดอุดตันและภาวะแทรกซ้อนของปอดเพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบันมีการพัฒนาวิธีการผ่าตัด และเครื่องมือที่ใช้เพื่อช่วยในการผ่าตัดแบบใหม่ขึ้น ซึ่งในการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ by pass ผู้ป่วยบางรายมีภาวะร่างกาย

\* พยาบาลระดับ 6 ห้องผ่าตัดทรวงอก หัวใจ และหลอดเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\* พยาบาล (พนักงานมหาวิทยาลัย) ห้องผ่าตัดทรวงอก หัวใจ และหลอดเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ถ้าใช้เครื่องปอด และหัวใจเทียม หรือทำให้หัวใจหยุดเต้น เช่น ผู้ป่วย EF (ejection function) ต่ำ ๆ ผู้ป่วย renal function ไม่ดี ผู้ป่วยที่ creatinine สูง แพทย์จะทำการผ่าตัด โดยไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมโดยไม่จำเป็น ซึ่งในขณะที่ทำการผ่าตัด หัวใจผู้ป่วยยังทำงานตามปกติ ยังคงมีการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายตลอดระยะเวลา การผ่าตัด ดังนั้นในขณะที่แพทย์ทำการต่อหลอดเลือด โคโรนารียังมีเลือดไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารีตลอดเวลา ซึ่งเป็นการรบกวนการผ่าตัด ทำให้แพทย์ไม่สามารถเย็บต่อ เส้นเลือดได้สะดวก ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนานขึ้น จึงต้องมีการฉีดน้ำไล่อัตถ์บริเวณที่ทำการเย็บต่อ (anastomosis) แต่ก็ไม่ดีเท่าที่ควร จึงได้พัฒนามาใช้ลม (CO<sub>2</sub> gas) ในการพองไล่อัตถ์แทน ซึ่งได้ผลดี แต่พบว่า บริเวณที่ทำการต่อเส้นเลือดแห้งเกินไป เกิดการทำลาย ของเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณ anastomosis จึงได้พัฒนา อุปกรณ์ในการเป่าไล่อัตถ์ขึ้น เพื่อให้สามารถพองน้ำ และลมพร้อมกัน ทำให้เกิดความชุ่มชื้นของเนื้อเยื่อ เกิดความสะดวกในการผ่าตัด ศัลยแพทย์สามารถเย็บต่อ หลอดเลือดได้สะดวก ลดระยะเวลาผ่าตัด และลด การผ่าตัดแบบใช้เครื่องปอด - หัวใจเทียม

### วัตถุประสงค์

ทำหน้าที่เป็นอุปกรณ์ช่วยเป่าลม และพ่นสารน้ำ ในบริเวณที่จะทำการเย็บต่อเส้นเลือดโคโรนารี เพื่อช่วย ไล่อัตถ์ที่มารบกวนขณะทำการเย็บ และช่วยพ่นสารน้ำ ให้ความชุ่มชื้นต่อเส้นเลือดและเนื้อเยื่อหัวใจ ทำให้ เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดรวดเร็วขึ้น และลดการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดโคโรนารีแบบใช้เครื่องปอด - หัวใจเทียม นอกจากนี้ ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด อีกด้วย

### รูปถ่ายสิ่งประดิษฐ์



### อุปกรณ์ที่ใช้

1. เข็ม spinal needle ขนาด 22 - 23 Fr. ที่ไม่ใช้แล้วหรือใช้แล้วทิ้ง นำมาล้างทำความสะอาด
2. เข็ม catheter No. 20 Fr.
3. สาย O<sub>2</sub> cannula
4. Set IV fluid
5. กาวซิลิโคน
6. กรรไกรตัดลวด กรรไกรธรรมดา หินลับมีด และ syring ขนาดใดก็ได้

### วิธีการประดิษฐ์

1. นำเข็ม อุปกรณ์เข็มทั้งหมดล้างทำความสะอาด เป่าให้แห้ง
2. นำเข็ม spinal needle No. 27 มาตัดปลาย เข็ม แล้วฝนให้เป็นเข็มปลายตัด
3. เจาะรูด้านข้างของ catheter No. 20 บริเวณ โคนเข็ม
4. นำปลายเข็มปลายตัดที่เตรียมไว้สอดเข้าไป ใน catheter ตรงที่เจาะรูไว้ ให้ปลายเข็มโผล่เลยจาก ปลาย catheter ประมาณ 1 มิลลิเมตร ไม่ควรเลยออกมา

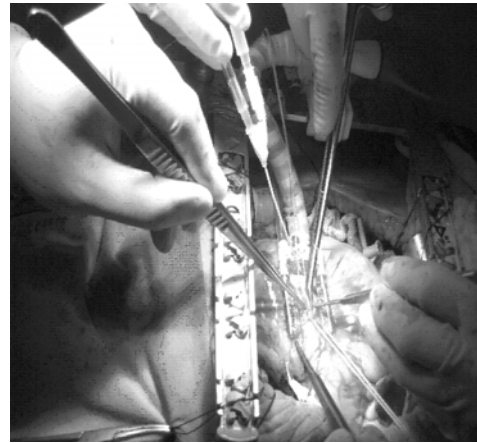
มากเกินไป เพราะจะทำให้ละอองน้ำที่พ่นออกมาเม็ดใหญ่ ไม่เป็นฝอย หรือถ้าปลายเข็มไม่ไหลพ่นปลาย catheter ก็จะทำให้ไม่เกิดละอองน้ำ หรือเกิดละอองน้ำไม่สม่ำเสมอ เพราะแรงดันลมมีมากกว่าน้ำ

5. ใช้กาวซิลิโคนชนิดบริเวณตำแหน่งที่เจาะรู เพื่อป้องกันการรั่วของลมจาก catheter และชนิดบริเวณ โคนด้านบนของ catheter และเข็มปลายตัด เพื่อยึดไม่ให้เข็มหมุนหรือเลื่อนหลุดออกจาก catheter จากตำแหน่งที่ต้องการ รอยฉีกขาด

6. ทดสอบการใช้งาน ก่อนนำไปใช้ ทำให้ปราศจากเชื้อ โดยวิธีอบแก๊ส

### การใช้งาน

ต่อสาย IV fluid ของ set Blower เข้ากับ น้ำเกลือ normalsaline solution ต่อสาย O<sub>2</sub> cannula เข้ากับแท่งคาร์บอนไดออกไซด์



### ค่าใช้จ่าย

- Spinal needle (ใช้เข็มเก่า)
- Catheter (ใช้เข็มเก่า)
- ปืนกาว อันละ 145 บาท
- ซิลิโคน แท่งละ 1 - 2 บาท

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น รวดเร็ว และปลอดภัย การเย็บต่อเส้นเลือดทำได้ง่ายขึ้น สามารถต่อได้เร็วขึ้น เนื่องจากไม่มีเลือดมารบกวน
2. ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณผ่าตัดชุ่มชื้นตลอดเวลา ไม่เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือดที่ทำการเย็บต่อ
3. ลดการผ่าตัดแบบใช้เครื่องปอด - หัวใจเทียม และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เครื่องปอด - หัวใจเทียมภายหลังการผ่าตัด
4. แพทย์ผ่าตัดและทีมผ่าตัดพึงพอใจ
5. ลดค่าใช้จ่ายในการจัดหาซื้อวัสดุอุปกรณ์มาเพิ่ม และใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้จัดทำนวัตกรรมขอขอบพระคุณ ผ.ศ. วีระชัย นาวารวงศ์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้คำปรึกษา และขอเสนอแนะในการจัดทำนวัตกรรม Blower

นวัตกรรม  
ผ้าผูกยึดผู้ป่วย  
(Physical Restraint)

เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ \*

หลักการและเหตุผล

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต มีความจำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยชีวิตและติดตามการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ระหว่างการรักษา เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การใส่ nasogastric tube (NG tube), Foley's catheter รวมทั้งการใส่ท่อหลอดลมคอ (endotracheal / nasotracheal tube) เพื่อใช้ต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ทีมการพยาบาลจำเป็นต้องดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล

สำหรับหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและมีความเสี่ยงสูงคือ การดึงท่อช่วยหายใจ (unplanned extubation) จะเห็นได้จากตัวเลขอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นที่พบว่า มีถึง 5 - 7 รายต่อเดือน ประกอบกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยทางระบบประสาท (cognitive impairment) มีอาการสับสนไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จึงจำเป็นต้องมีการผูกมัดหอผู้ป่วยได้ใช้ผ้ามัดตัว ผ้ามัดข้อมือขอเท้าของโรงพยาบาล และปฏิบัติตามแนวทางการผูกมัดของฝ่ายการพยาบาล

อย่างเคร่งครัด แต่ยังพบอุบัติการณ์ดึงท่อช่วยหายใจอยู่เป็นจำนวนมาก ประกอบกับผ้ามัดตัวของโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกสบาย และเป็นอุปสรรคต่อการประเมินอาการผิดปกติในช่องท้อง (abdominal sign) ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง การทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การทำ diagnosis peritoneal lavage เพื่อการวินิจฉัยการบาดเจ็บต่ออวัยวะในช่องท้อง และการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอก เป็นต้น (รูป 1) นอกจากนี้ ผ้าผูกข้อมือขอเท้าของโรงพยาบาลไม่แน่นหนา หลุด / ขาดง่าย (รูป 2)



รูป 1

\* หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



รูป 2

ตั้งนั้นผู้ประดิษฐ์ในฐานะพยาบาลประกันคุณภาพประจำหอผู้ป่วย จึงเห็นความสำคัญของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น จึงได้พัฒนาอุปกรณ์ที่ใช้ผูกมัดผู้ป่วย (physical restraint) เพื่อลดอุบัติเหตุดังกล่าว และป้องกันการเกิด advert event (AE) อีกทั้งยังเป็นการสนองนโยบายของโรงพยาบาลที่ส่งเสริมมุ่งสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย (patient safety)

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจ
2. เพื่อลดความเสี่ยงจากการร้องเรียนของผู้ใช้

บริการ

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. จำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจลดลง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ราย / เดือน)
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

**วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้**

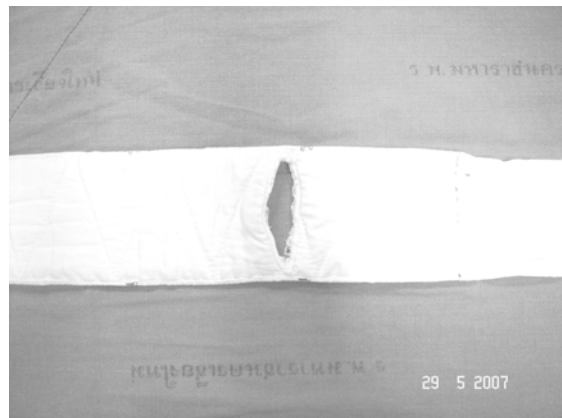
Physical restraint ประกอบด้วย

1. ผ้าผูกยึดตัว (vest restraint) (ดังรูป 3)
2. ผ้าผูกยึดแขนขา (wrist / ankle restraint)

(ดังรูป 4)



รูป 3



รูป 4

**ค่าใช้จ่ายต่อชุด**

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| ตัวล็อค 1 ตัว               | 20 บาท         |
| ผ้าติบความยาว 1 หลา         | 25 บาท         |
| ผ้าใส่ตะเกียงความยาว 17 หลา | 80 บาท         |
| คาด้ายเย็บ                  | 5 บาท          |
| <b>รวม</b>                  | <b>130 บาท</b> |



## วิธีปฏิบัติ

### Vest restraint (รูป 5)

1. วางผ้าผูกยึดตัวบนตัวผู้ป่วยโดยให้ locking restraint อยู่ตรงบริเวณกลางหน้าอก (sternum)
2. สอดปลาย A เข้าใต้ต้นแขนทั้งสองข้างของผู้ป่วย และมัดกับข้างเตียงทั้งสองข้าง (รูป 6)
3. สอดปลาย B เข้าใต้รักแร้ทั้งสองข้างของผู้ป่วย และมัดกับหัวเตียง (รูป 6)



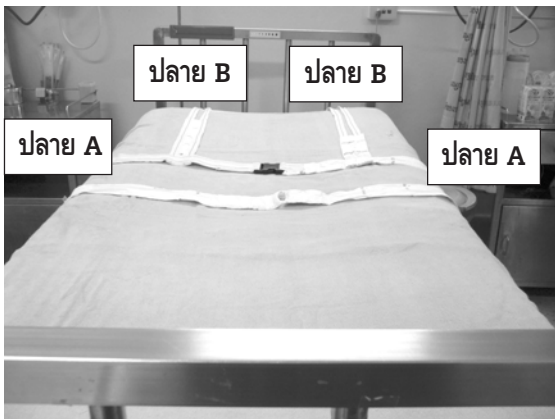
รูป 5

### Wrist / ankle restraint (ดังรูป 7)

1. ผูกยึดแขนขาโดยวางข้อมือ / เท้าลงบนผ้า และสอดปลายผ้าเข้าไปในรู (ดังรูป) และพันรอบข้อมือ / เท้า 1 รอบ
2. มัดเงื่อนตายบริเวณข้อมือ 1 เงื่อน
3. ดึงปลายผ้าทั้งสองข้างมัดข้างเตียงผู้ป่วย



รูป 7



รูป 6



## นวัตกรรม กระเป๋าคอมพิวเตอร์

ทีมสหสาขาวิชาชีพจิตเวช \*

จากบริบทของผู้ป่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาล  
มหาราชนครเชียงใหม่ ที่รับบุคคลออทิสติกไว้ในความดูแล  
และพบว่า ปัญหาด้านการสื่อสารของบุคคลออทิสติก  
เป็นปัญหาที่จะต้องแก้ไขด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูง  
และได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่ใช้ได้ผลดี ที่ผ่านมา  
การพัฒนาการสื่อสารของบุคคลออทิสติก ได้บำบัด  
ด้วยการแก้ไขการพูด ซึ่งได้ผลดีในกลุ่มบุคคลออทิสติก  
ที่มีความสามารถสูงและเริ่มฝึกอย่างเข้มข้นตั้งแต่  
อายุน้อย ทั้งในห้องฝึกและในสถานการณ์จริง  
จากประสบการณ์ในการดูแลบุคคลออทิสติกที่มีอาการมาก  
พบว่า การแก้ไขการพูดยังไม่สามารถช่วยให้บุคคลออทิสติก  
ริเริ่มสื่อสารเพื่อบอกความต้องการของตนเอง ตลอดจน  
สื่อสารในสังคมได้ ดังนั้นนางสาวนุชนาถ แก้วมาต  
รพยาบาลหอผู้ป่วยจิตเวชเด็ก จึงได้ศึกษาแนวคิด  
ในการพัฒนาการสื่อสารโดยใช้ระบบแลกเปลี่ยนภาพ  
เพื่อการสื่อสาร (The Picture Exchange Commu-  
nication System : PECS) ของฟรอสและบอนดี้ (Frost &  
Bondy) ซึ่งมีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ของสกินเนอร์  
(Skinner) และนำมาใช้พัฒนาการสื่อสารของบุคคล  
ออทิสติก ซึ่งพบว่า บุคคลออทิสติกทุกรายที่หอผู้ป่วย  
จิตเวชเด็ก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ สามารถ  
ริเริ่มสื่อสารได้เองโดยใช้ระบบแลกเปลี่ยนภาพเพื่อ  
การสื่อสาร และทำให้ผู้ที่เด็กสื่อสารด้วย เข้าใจว่า  
เด็กต้องการอะไร โดยไม่ต้องแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

### กระเป๋าคอมพิวเตอร์ คืออะไร

กระเป๋าคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือที่ใช้ติดตัวบุคคล  
ที่มีความบกพร่องในการสื่อสาร เพื่อใช้ในการสื่อสาร  
เสริมหรือการสื่อสารทดแทน

### กระเป๋าคอมพิวเตอร์ประกอบด้วยอะไรบ้าง

ประกอบด้วย

1. กระเป๋าใส่แผ่นซีดี
2. เวลโคร (แผ่นติดตุ๊กแกหรือแผ่นหนามเตย)  
ติดที่ช่องใส่แผ่นซีดี ให้เป็นแถบประมาณ 3 - 4 แถว
3. ภาพที่ใช้ในการสื่อสารที่แสดงทั้งภาพ  
และคำศัพท์ ขนาด 2.5 x 2.5 ซม. เคลือบด้วยพลาสติกใส
4. แผ่นสร้างประโยค
5. สารบัญ

### จะอย่างไรให้กระเป๋าคอมพิวเตอร์สามารถช่วยเหลือบุคคล ที่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร

ขั้นตอนในการฝึกที่จะช่วยให้บุคคลที่มีความ  
บกพร่องทางการสื่อสารมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน

**ขั้นตอนที่ 1** การแลกเปลี่ยนภาพ (how to  
communicate)

**ขั้นตอนที่ 2** การเพิ่มระยะทางในการแลกเปลี่ยน  
ภาพและการพยายามแลกเปลี่ยนภาพให้ได้ (distance  
and persistence)

**ขั้นตอนที่ 3** การแยกแยะภาพ (picture discrimination)

**ขั้นตอนที่ 4** การสร้างประโยค (sentence structure)

**ขั้นตอนที่ 5** การฝึกตอบสนองคำถาม “ต้องการอะไร?” Responding to what do you want? (responsive request)

**ขั้นตอนที่ 6** การแสดงความคิดเห็น (commenting)

### กระเป๋าคอมพิวเตอร์ใช้ได้อย่างไร

หลักการฝึกให้เด็กรู้วิธีสื่อสารโดยใช้ภาพ เริ่มจากการประเมินสิ่งเสริมแรงที่เด็กชอบ จากนั้นทำภาพขนาดประมาณ 4.5 x 4.5 ซม. พร้อมกับคำศัพท์นั้น ๆ ฝึกเด็กให้หยิบภาพ ยื่น และวางบนมือของผู้ฝึก โดยมีผู้คอยช่วยเหลือ เมื่อเด็กสามารถวางภาพบนมือให้สิ่งเสริมแรงทันที ให้ฝึกอย่างนี้ทุกวัน วันละประมาณ 30 ครั้ง จนเด็กเรียนรู้ว่า ก่อนที่จะได้สิ่งเสริมแรงเด็กต้องหยิบภาพ ยื่น และวางบนมือของผู้ฝึกก่อน

เมื่อเด็กรู้ระบบ จะขยายระยะทางออกไป เพื่อให้เด็กสามารถหยิบภาพไปสื่อสารกับผู้อื่นได้ ไม่ว่าจะอยู่ส่วนใดของบ้านหรือโรงเรียน ดังนั้นเด็กจะต้องมีกระเป๋าสำหรับเก็บภาพ และสามารถเลือกภาพมาสื่อสารได้

เมื่อเด็กชำนาญในการแยกแยะภาพ จากนั้นจะฝึกให้เด็กสื่อสารโดยการสร้างประโยคในแผ่นประโยค เพื่อเพิ่มความสามารถในการสื่อสาร เมื่อเด็กใช้ภาพได้คล่องขึ้น จะลดขนาดภาพลงเป็น 2.5 X 2.5 ซม. เพื่อเก็บภาพในกระเป๋าได้ ดังนั้นเด็กที่พอสื่อสารได้โดยการพูดจะรู้ว่า ควรจะพูดอย่างไรในแต่ละสถานการณ์ ดังนั้นกระเป๋าภาพจะช่วยในการสื่อสารเสริม ส่วนเด็กที่พูดไม่ได้ จะใช้กระเป๋าภาพติดตัวเพื่อเป็นการสื่อสารทดแทน

### เหตุแห่งการพัฒนาแฟ้ม

#### แฟ้มแบบเก่า

1. ยากต่อการใช้งานของเด็ก ทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการใช้
2. ภาพไม่มีความคงทน
3. เด็กพกพาลำบาก
4. ลักษณะที่เก็บภาพรบกวนสายตา
5. ภาพหล่นหายจากแฟ้มได้ เด็กไม่มีภาพที่จะใช้สื่อสารเมื่อถึงสถานการณ์จริง
6. ไม่มีสารบัญชภาพ ทำให้เด็กมีความยากลำบากในการหาภาพที่จะสื่อสาร



เดิมเป็นแฟ้มแบบสอต

#### แฟ้มแบบใหม่

1. ง่ายต่อการใช้งานของเด็ก เด็กมีแรงจูงใจที่จะพยายามสื่อสาร
2. ภาพคงทนไม่เสียหายง่าย
3. เด็กพกพาได้สะดวก กะทัดรัด
4. ลักษณะที่เก็บไม่รบกวนสายตา เพราะด้านหลังปิดพื้นหลังไว้
5. ภาพไม่หายเนื่องจากมีซิปปิดที่กระเป๋า เด็กหยิบภาพสื่อสารได้ตลอดเวลา

6. มีสารบัญภาพ เพื่อช่วยในการค้นหาภาพ และป้องกันการสูญหาย ทั้งยังจัดตำแหน่งตามเดิม ง่ายต่อการใช้งานของเด็ก



ปัจจุบันเป็นกระเป๋าแบบใช้เวลโคร

## ผลการนำไปใช้

เสียงสะท้อนจากผู้ปกครอง

“น้อง...สนุกในการใช้ภาพ เพราะใช้แล้ว คนอื่นเข้าใจ เขาเลยอยากใช้อีก”

“เมื่อน้อง...อยากไปโรงเรียน น้องจะหยิบภาพโรงเรียนมาส่งให้แม่ แต่มีอยู่วันหนึ่งภาพโรงเรียนหาย น้องก็เลยหยิบภาพเสาธงมาส่งให้ เราก็เลยรู้ว่าเขาอยากไปโรงเรียน”

“น่าจะมีการใช้ภาพแบบนี้ตั้งนานแล้ว เพราะทำให้ลูกเข้าใจภาษายิ่งขึ้น”

## กระเป๋าพุดได้ในปัจจุบัน



แผ่นเวลโคร



สารบัญภาพด้านหลังของกระดานสื่อสาร



ตัวอย่างภาพที่ใช้ในการสื่อสาร

## นวัตกรรม ยกทรงจันทรีทิมา

จันทรีทิมา ศรีวิชัย \*

### หลักการและเหตุผล

หออผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัด modified radical mastectomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดเอาเต้านมข้างที่เป็นมะเร็งออกทั้งหมด เต้านมเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับผู้หญิง เนื่องจากเต้านมเป็นอวัยวะที่มีการเจริญเติบโตไปตามพัฒนาการของร่างกายอย่างเห็นได้ชัด เป็นสิ่งมีค่าและความภาคภูมิใจของผู้หญิงทุกคน การสูญเสียเต้านม จึงส่งผลกระทบต่ออภลักษณ์ของความเป็นหญิง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง ความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ที่พบได้บ่อย คือผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในเรื่องของการสวมเสื้อผ้ามืด มีความรู้สึกไม่สบายใจและไม่มั่นใจต่อรูปร่างของตัวเองที่ปรากฏ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดคุณค่าและความภาคภูมิใจในตัวเอง ถ้าผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือและมีการส่งเสริมภาพลักษณ์ของตน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคนที่มีคุณค่า

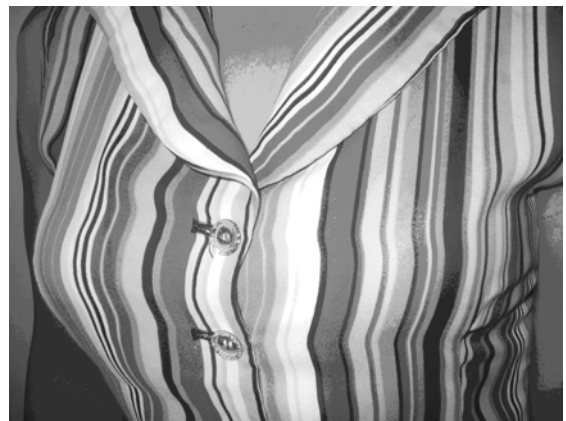
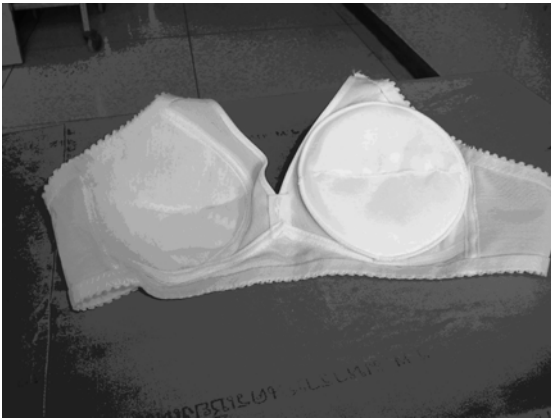
จากการสอบถามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการคำแนะนำและการช่วยเหลือที่จะทำให้ตนเองดูดีขึ้นในการแต่งตัวหลังการผ่าตัดเอา

เต้านมออกไปแล้ว จากปัญหาดังกล่าว ทางหออผู้ป่วยจึงได้ประดิษฐ์ **ยกทรงจันทรีทิมา** ซึ่งเป็นยกทรงที่มีอุปกรณ์เสริมเต้านม ทำให้ผู้ได้รับการสวมใส่แล้วมีรูปทรงของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้างเมื่อสวมเสื้อตัวนอกแล้ว ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมจะมีทรวงอกเหมือนหญิงปกติทั่วไป เป็นการส่งเสริมภาพลักษณ์ให้เกิดความพึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง ก่อให้เกิดความมั่นใจและปราศจากความวิตกกังวลในการติดต่อสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

### รูปถ่ายนวัตกรรม

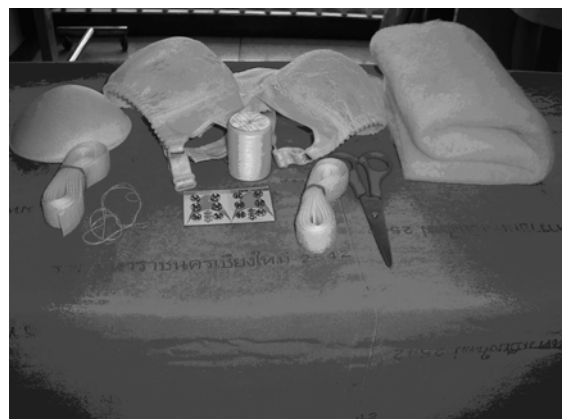


\* ผู้ช่วยพยาบาล ระดับ 4 หออผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2 งานพยาบาลหออผู้ป่วยศัลยกรรม  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



### วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้

1. เลื้อยชั้นใน
2. เข็ม ด้าย กระดุม กรรไกร
3. โยโฟลลี
4. อุปกรณ์เสริมตกแต่ง





### ขั้นตอนการประดิษฐ์ยกทรงจันทร์ทิมา

1. เตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ทำยกทรงจันทร์ทิมาให้ครบ ได้แก่ เลื่อยชั้นใน เข็ม ด้าย กระดุมก๊ีบ กรรไกร ไยสังเคราะห์ อุปกรณ์เสริมเท่านั้น
2. นำอุปกรณ์เสริมเท่านั้นที่มีขนาดพอดีกับเต้านมของผู้ป่วยซึ่งที่ไม่ได้ผ่าตัด โดยเลือกตามขนาดเบอร์ M, L, XL
3. ใช้กรรไกรตัดผารองด้านในของอุปกรณ์เสริมเท่านั้น ให้ยาวประมาณ 1.5 นิ้ว
4. ใช้ไยสังเคราะห์ยึดด้านในของอุปกรณ์เสริมเท่านั้นให้มีขนาดพอดีไม่มากหรือน้อยจนเกินไปแล้วใช้เข็มสอดด้ายเย็บซ่อนปลายปิดให้สนิทสวยงาม
5. นำกระดุมก๊ีบ 2 อัน เย็บติดกับอุปกรณ์เสริมเท่านั้นที่เย็บแล้ว โดยติดกระดุมก๊ีบที่ขอบด้านนอกบนและล่างให้ตรงกัน และห่างจากขอบประมาณ 0.5 เซนติเมตร
6. นำกระดุมก๊ีบ 2 อันที่เหลือติดกับขอบด้านบนและด้านล่างของเลื่อยชั้นใน วัดให้มีขนาดพอดีกับอุปกรณ์ที่เย็บไว้
7. นำอุปกรณ์เสริมทรงอกที่เย็บเรียบร้อยแล้วมาติดกับเลื่อยชั้นในที่เย็บกระดุมไว้ จัดให้เรียบร้อยสวยงาม

### ค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายในการเตรียมอุปกรณ์ที่นำมาสาธิตให้ผู้ป่วย

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| 1. เลื่อยยกทรง 1 ตัว       | 100 บาท |
| 2. เข็ม ด้าย กระดุม กรรไกร | 40 บาท  |
| 3. อุปกรณ์เสริมเท่านั้นละ  | 30 บาท  |

### ผลลัพธ์

1. จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมจำนวน 5 ราย ตั้งแต่เดือนกันยายน 2548 ถึงเดือนตุลาคม 2548 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ **ระดับมาก**
2. ประหยัดค่าใช้จ่าย อุปกรณ์เสริมเท่านั้นสำเร็จรูปราคาประมาณ 1,000 บาทต่อชิ้น ยกทรงจันทร์ทิมา ราคาประมาณ 80 บาทต่อชิ้น
3. ผู้ป่วยสามารถประดิษฐ์ใช้ได้เองจากการแนะนำการใช้อุปกรณ์จากเจ้าหน้าที่
4. จากการสอบถามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ผู้ป่วยทุกคนต้องการคำแนะนำในการทำอุปกรณ์ยกทรงจันทร์ทิมา และนำยกทรงที่เคยใช้มาประกอบเป็นยกทรงจันทร์ทิมา

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจในการสวมใส่ยกทรงจันทร์ทิมา เกิดความมั่นใจในการสวมใส่เสื้อและมีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
2. เกิดสัมพันธภาพที่ดีมากระหว่างบุคลากรในหอผู้ป่วยและผู้ป่วยระหว่างการแนะนำการทำยกทรงจันทร์ทิมา
3. ผู้ป่วยสามารถประดิษฐ์ยกทรงจันทร์ทิมาใช้เองได้เนื่องจากอุปกรณ์หาง่าย ราคาถูก
4. กิจกรรมการแนะนำการทำยกทรงจันทร์ทิมาเป็นกิจกรรมหนึ่งใน Care maps ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด MRM ทุกราย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคุณพรจิต ดำรงมณี หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ เป็นอย่างสูงที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการทำนวัตกรรมยกทรงจันทร์ทิมา

|      |                     |                   |
|------|---------------------|-------------------|
| กรรม | ดีด็ย้อมสร้า        | ผลบุญ             |
| ใด   | กอกอกเกื้อหนุน      | สุขล้ำ            |
| ใคร  | ทำกุศลคุณ           | มากคำ ควรวแฮ      |
| กอ   | ตั้งถอเรือคำ        | เร่งคำคุณคณา      |
| กรรม | ชั่วกลัวเกลือกกร้าย | มารยา             |
| นั้น | ยอมติดตริงตรา       | แน่นแพ้น          |
| ตาม  | ตัวไม่เลิกรา        | รานโทษ ทัณฑ์เฮย   |
| สนอง | ดุจเขาคังแค้น       | แค้นเค้นเดนประหาร |