



วารสารพยาบาลสวนดอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2552 ISSN 0899-2993



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การพัฒนาและ การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก
Development and Implementation of Clinical Practice Guidelines for Fever
Management Among Pediatric Patients

เพชรภรณ์ ศิริทรัพย์ พย.ม.*

วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร D.N.**

อุษณีย์ จินตะเวช พย.ด.***

บทคัดย่อ

ภาวะไข้ในผู้ป่วยเด็กเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในหอผู้ป่วยเด็ก และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การจัดการไข้ให้กับผู้ป่วยเด็กตามหลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยลดผลกระทบจากการมีไข้แก่ผู้ป่วยเด็กลงได้ การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2551 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทาง

คลินิกใช้กรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 จำนวน 20 คน 2) ผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 15 ปีที่มีไข้ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 47 คนแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับ และกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก จำนวน 22 คน และ 25 คน ตามลำดับ และ 3) ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก จำนวน 47 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร สุขภาพ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก แบบบันทึกผลลัพธ์ของการปฏิบัติการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก และแบบสอบถามความคิดเห็น ของบุคลากรสุขภาพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณทรมาน คือ เทอร์โมมิเตอร์ ชนิดดิจิทัลสำหรับวัดทางรักแร้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบแมนวิทนียยู ผลการวิจัยพบว่า นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับกา รจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วยข้อปฏิบัติ 7 หมวด ได้แก่ การอบรมบุคลากรทางสุขภาพ การประเมินภาวะไข้ การจัดการลดไข้แบบไม่ใช้ยา การจัดการลดไข้แบบใช้ยา การจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กที่เคยมีภาวะชักจากไข้สูง การให้ ความรู้แก่ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็ก และการบันทึกข้อมูลการจัดการไข้อย่างเป็นระบบ เมื่อดำเนินการใช้ นโยบายปฏิบัติทางคลินิกพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก มีระดับอุณหภูมิร่างกายที่ลดลง หลังการจัดการลดไข้มากกว่าก่อนใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเกิดอาการไม่สุขสบายขณะจัดการลดไข้น้อยกว่า ก่อนใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ

.05 เมื่อใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กมีความพึงพอใจต่อการจัดการไข้ของบุคลากรสุขภาพ มากกว่าก่อนใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 บุคลากรสุขภาพแสดงความเห็นด้วยเกี่ยวกับนโยบายปฏิบัติทางคลินิกในเรื่องประสิทธิผล ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ประหยัดเวลา ความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ เนื้อหาเข้าใจได้ง่าย และมีความชัดเจน

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า นโยบายปฏิบัติทางคลินิกนี้ สามารถนำไปใช้ในการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กได้

คำสำคัญ : การพัฒนาและการใช้ นโยบายปฏิบัติทางคลินิก การจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไข้ คือ ภาวะที่อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น เป็นผลมาจากการกระตุ้นทางพยาธิสภาพของสมองส่วนไฮโปทาลามัสที่เกิดจากภาวะผิดปกติต่างๆทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น(1) เมื่อร่างกายมีไข้จะวัดอุณหภูมิทางรักแร้ได้มากกว่า 37.2 องศาเซลเซียส^(2,3,4,5) ภาวะไข้พบได้บ่อยในเด็ก เมื่อผู้ป่วยเด็กมีไข้จะมีอาการและอาการแสดง คือ ตัวร้อน เหงื่อออก ชีพ หนาวสั่น กระจายน้ำ อัตรการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อัตรการหายใจ เร็วขึ้น อ่อนเพลีย ร้องไห้งอแง สูญเสียน้ำและเกลือแร่ออกจากร่างกาย ถ้าผู้ป่วยเด็กมีอุณหภูมิ

ร่างกายสูงกว่า 42 องศาเซลเซียส จะทำให้สมองถูกทำลาย เกิดการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมของเซลล์ประสาททำให้ไวต่อการชักได้มากขึ้น เกิดภาวะชักจากไข้สูง (febrile convulsion) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีไข้สูงและเกิดภาวะชักมีร้อยละ 2 ถึง 5 ซึ่งพบได้มากในผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 3 เดือนถึง 5 ปี^(6,3)

การจัดการลดไข้ในผู้ป่วยเด็ก มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยเด็กให้ต่ำกว่าเดิม หรือให้อยู่ในระดับปกติ บรรเทาความไม่สบาย ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กได้พักผ่อน และ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการมีไข้สูง⁽⁷⁾ ต่อมาความต้องการของผู้รับบริการเพื่อ การรองรับการตรวจมาตรฐานโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยมีการจัดตั้งทีมพัฒนา และประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วยขึ้นเพื่อ ให้การบริการที่มีคุณภาพ มีความเป็นเลิศทางวิชาการ และตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย มีความพึงพอใจ เพิ่มประสิทธิผล ผู้วิจัย และ ทีมสุขภาพจึงมีความสนใจพัฒนา และ ดำเนินการใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก โดยใช้รูปแบบการพัฒนา และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของ สภาวิชาชีพด้านการแพทย์ และสาธารณสุข แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁽¹⁰⁾ และคาดว่า บุคลากรสุขภาพมีการปฏิบัติการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องมากขึ้น และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้มีประสิทธิภาพใน

การจัดการไข้ และบรรเทาอาการ ไม่สุขสบาย ที่อาจเกิดขึ้นจากการลดไข้ ได้แก่ อาการ ร้องไห้ หนาวสั่น ไม่ยอมนอนของผู้ป่วยเด็ก ตลอดจนผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กมีความพึงพอใจ ในการพยาบาลที่ได้รับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก หอผู้ป่วยกุมาร เวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กโดยบุคลากรสุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับ และกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก ในประเด็น

2.1 ระดับอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยเด็กที่ลดลง

2.2 อาการไม่สุขสบายที่เกิดจากการจัดการไข้ให้กับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อาการร้องไห้ หนาวสั่น

2.3 ความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กต่อการจัดการไข้ของบุคลากรสุขภาพ

3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก ในการวิจัยนี้ใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการแพทย์ของสาขาวิชาเวชศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁽¹⁰⁾ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ การกำหนดประเด็นปัญหา และขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก การกำหนดทีมพัฒนาในการดำเนินงาน การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย การกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ การสืบค้น และประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ และการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก ระยะที่ 2 เป็นระยะดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ การเผยแพร่ และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งการวิจัยนี้ประเมินผลลัพธ์ในเรื่อง ระดับอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยเด็กที่ลดลง อาการไม่สบายที่เกิดจากการจัดการลดไข้ให้กับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อาการร้องไห้ หนาวสั่น ความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กต่อการจัดการไข้ของบุคลากรสุขภาพ และความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) โดยการพัฒนาและดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2551 ถึง เดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2552

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประกอบด้วย แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 ที่ดูแลหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 12 คน และผู้ช่วยพยาบาล 7 คน รวม 20 คน
2. ผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 15 ปีที่มีไข้ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับ และกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก จำนวน 22 คน และ 25 คน ตามลำดับ
3. ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กที่มีไข้ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเด็กขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 จำนวน 22 คน และ 25 คน ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ บุคลากรสุขภาพ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยเด็ก แบบบันทึกผลลัพธ์ของการ ปฏิบัติการจัดการใช้ในผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครอง ผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามความคิดเห็นของ บุคลากรสุขภาพต่อการใช้นโยบายทาง คลินิก และเครื่องมือที่ใช้ในการวัดอุณหภูมิ ร่างกายผู้ป่วยเด็กใช้ เทอร์โมมิเตอร์ ชนิด ดิจิตอลสำหรับวัดอุณหภูมิทางรักแร้

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กต่อการจัดการใช้ตามแนว ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการใช้ใน ผู้ป่วยเด็กของบุคลากรสุขภาพ และ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อ การใช้นโยบาย ทางคลินิกสำหรับการจัดการใช้ใน ผู้ป่วยเด็กของบุคลากรสุขภาพ ได้ผ่านการ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดย ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี ความเที่ยงตรง ตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 ทดสอบความ ยากง่าย และความชัดเจน ในการบันทึก ใน แบบบันทึกผลลัพธ์ โดยทดลองใช้ กับผู้ป่วย เด็กที่มีไข้ จำนวน 10 ราย ไม่พบปัญหาใน การบันทึก และผลลัพธ์ที่บันทึกมีความ ชัดเจน ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัด ความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก โดย ทดลองใช้กับ ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการ จัดการไข้จากบุคลากรสุขภาพ จำนวน 10 ราย

ได้ค่าความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์ ความ เชื่อมั่นของ ครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.72 และ ตรวจสอบความเที่ยง ตรงของเทอร์โมมิเตอร์ ชนิดดิจิตอลจากผู้รับผิดชอบด้าน การควบคุม คุณภาพของบริษัท และจากหน่วยดูแล อุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนา และการใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการใช้ใน ผู้ป่วยเด็กตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ทางคลินิกสำหรับการจัดการใช้ในผู้ป่วยเด็ก เริ่มตั้งแต่ เดือนกันยายน พ .ศ. 2551 ถึง เดือน พฤษภาคม พ .ศ. 2552 ประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดหัวข้อเรื่องที่ต้องการ พัฒนา
2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทาง คลินิกในการดำเนินงาน ประกอบด้วย ผู้วิจัย อาจารย์กุมารแพทย์ เกศจักร หัวหน้าพยาบาล หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 พยาบาล ผู้ชำนาญการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ชั้นสูง พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ และ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 เป็น ระยะเวลา 10 ปี และหัวหน้าผู้ช่วยพยาบาล หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3
3. กำหนดวัตถุประสงค์ และ กลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติทาง คลินิก

4. กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยเด็กที่ลดลง อาการไม่สบายที่เกิดจากการจัดการลดไข้ ได้แก่ อาการร้องไห้ หนาวสั่น ไม่ยอมนอน ลดลง และความพึงพอใจของผู้ปกครอง ผู้ป่วยเด็กต่อการจัดการไข้ของบุคลากร สุขภาพเพิ่มขึ้น

5. สืบค้น และประเมินคุณภาพ หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัย และทีมพัฒนา ร่วมกันทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการไข้ในผู้ป่วย วยเด็ก ด้วยการสืบค้นด้วยมือ (hand searching) จากรายการเอกสารอ้างอิง และบรรณานุกรมของบทความงาน วิจัย สื่ออิเล็กทรอนิกส์จากฐานข้อมูลต่างๆ บริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตของสถาบัน หรือองค์กรที่ให้บริการเผยแพร่ ข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และวิจัยเรื่อง แนวปฏิบัติในการลดไข้ในผู้ป่วย เด็ก และจากผู้เชี่ยวชาญ

ผลการสืบค้น ได้รายงาน ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจำนวน 146 ฉบับ หลังจากนั้นทำการประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่สืบค้นได้ (critical appraisal) โดยทีมพัฒนาอย่างน้อย 2 คน ทำการประเมินงานวิจัยเรื่องเดียวกันอย่างอิสระ แล้วดูว่ามีความเห็นตรงกันหรือไม่ ในกรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกันให้บุคคลที่ 3 ในทีมพัฒนา เป็นผู้ร่วมอภิปรายลงความเห็น ผลการประเมิน ได้งานวิจัย และบทความวิชาการที่ผ่านเกณฑ์ 47

ฉบับ แบ่งเป็น หลักฐานที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 9 ฉบับ งานวิจัยที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองพร้อมทั้งมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 6 ฉบับ การศึกษาทดลองที่มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 3 ฉบับ การศึกษาเปรียบเทียบแบบติดตามไปข้างหน้า หรือแบบศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาตามช่วงระยะเวลา ที่มีกลุ่มควบคุม 10 ฉบับ การศึกษาเชิงพรรณนา 7 ฉบับ และตำรา บทความ หรือความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ที่มีประสบการณ์ทางคลินิก 12 ฉบับ

6. กำหนดร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก โดยกำหนดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of evidence) ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์^(11,12) พร้อมทั้งกำหนดระดับของข้อเสนอแนะตามความสามารถในการนำไปประยุกต์ใช้ (grade for recommendations) แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นจัดทำเป็นแบบประชาพิจารณ์แจกให้บุคลากรสุขภาพ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อทำประชาพิจารณ์ แนวปฏิบัติ และนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุง จากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กที่มีไข้ใน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 จำนวน 5 ราย แล้วรวบรวมปัญหา และอุปสรรคในการ

ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และนำมาแก้ไขปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กให้มีความชัดเจน และเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติในสถานการ ณ์จริง หลังจากนั้นจัดพิมพ์แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กไปใช้โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติใดๆ เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยเก็บข้อมูล ระดับอุณหภูมิ ร่างกายของผู้ป่วยเด็กที่ลดลง ภายหลังจากการจัดการไข้ อาการไม่สุขสบายที่เกิดจากการจัดการไข้ให้กับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อาการร้องไห้ หนาวสั่น และความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กต่อการจัดการไข้ของบุคลากรสุขภาพ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับกา รจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก เป็นระยะเวลา 1 เดือน ตามขั้นตอนดังนี้

1. เผยแพร่ และนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กไปใช้ โดยดำเนินการ ดังนี้ อบรม ติดตาม และกำกับการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล จัดทำโปสเตอร์แสดง แผนภูมิขั้นตอนการจัดการไข้ในผู้ ป่วยเด็กตามแนวปฏิบัติทางคลินิก สนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก และจัดทำวิดิทัศน์ และแผ่นพับให้ความรู้แก่ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก

2. การประเมินผล ลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก ภายหลังดำเนินการใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก ครบ 1 เดือน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นเดียวกับข้อมูล พื้นฐาน หลังจากนั้นผู้วิจัย แจกแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนา และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กให้บุคลากรสุขภาพ

วิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้โดยใช้สถิติ เิงพรรณนา และการทดสอบแมนวิทนีย์ ยู

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก มีเนื้อหาแบ่งเป็น 7 หมวด ได้แก่ การอบรมบุคลากรทาง สุขภาพ การประเมินภาวะไข้ การจัดการลดไข้แบบไม่ใช้ยา การจัดการลดไข้แบบใช้ยา การจัดการในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กเคยมีภาวะชักจากไข้สูง การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็ก และการบันทึกข้อมูลการจัดการไข้อย่างเป็นระบบ ซึ่งระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of evidence) มีความน่าเชื่อถือ เนื่ องจากส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 และระดับ 2 ซึ่งเป็นหลักฐานที่ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ที่เป็นการทดลองที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่ม

ตัวอย่างเข้ารับการทดลองทั้งหมด หรืออย่างน้อย 1 เรื่อง และระดับของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ อยู่ในระดับ A เกือบทั้งหมด

ภายหลังดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมีค่า มัชฌิมระดับอุณหภูมิ ร่างกายที่ลดลง ภายหลังการจัดการลดไข้ ใน 2 ชั่วโมงเท่ากับ 0.7 วัน ซึ่ง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ไม่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่มีมัชฌิมระดับอุณหภูมิร่างกายลดลงเท่ากับ 1.4 วัน โดยที่จำนวนวันที่ผู้ป่วยเด็กอยู่ในภาวะไข้จนลดลงสู่ระดับปกติ น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ไม่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก 0.7 วัน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก มีอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นขณะจัดการลดไข้ น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ไม่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก มีความพึงพอใจต่อการจัดการไข้ องบุคลากรสุขภาพที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และบุคลากรสุขภาพมีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในเรื่อง แนวปฏิบัติทางคลินิก มีประสิทธิผลในการลดไข้ให้ กับผู้ป่วยเด็ก มี

ความเหมาะสมในการนำไปใช้ใน

สถานการณ์จริง ประหยัดเวลา มีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ เนื้อหาเข้าใจได้ง่าย และมีความชัดเจน เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ พัฒนาขึ้น โดยทีมพัฒนาที่เป็นบุคลากรสุขภาพในหน่วยงาน ประกอบกับการพิจารณาพิจารณาโดย บุคลากรสุขภาพ ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงทำให้ได้รับการพิจารณาถึงความเหมาะสมกับสถานการณ์จริงมาแล้ว เมื่อนำมาปฏิบัติจึงสามารถนำไปใช้ได้จริง

การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วย เด็กจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพ ตลอดจนการเผยแพร่ และการส่งเสริมให้ บุคลากร มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างถูกต้อง โดยพิจารณาใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับหน่วยงาน ทั้งนี้ทีมพัฒนาควรเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนา รวมทั้งองค์กรควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย จึงจะทำให้การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกประสบผลสำเร็จ และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติและด้านบริหาร

1.1 โรงพยาบาลมหาราช

นครเชียงใหม่ ควรสนับสนุนให้บุคลากร
สุขภาพใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ
จัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กนี้ต่อไป และขยายการ
นำไปใช้ในหอผู้ป่วยเด็กอื่นๆ ด้วย เพื่อ
สนับสนุนนโยบายของโรงพยาบาลในด้าน
การส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อ
พัฒนาสู่หน่วยงานที่มีความเป็นเลิศในการ
ปฏิบัติ

1.2 ควรมีการอบรมการใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้
ในผู้ป่วยเด็ก ให้กับบุคลากรสุขภาพผู้ใช้นิ
ปฏิบัติก่อนนำไปใช้ เพื่อให้บุคลากรสุขภาพ
มีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหา และตระหนัก
ถึงความสำคัญในการปฏิบัติ ติดตาม
ข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งจะ
นำไปสู่การปฏิบัติอย่างถูกต้องมากขึ้น

1.3 ควรมีการส่งเสริมให้

บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทาง
คลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก
อย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์หลายวิธีในการ
ติดตามกำกับให้บุคลากรสุขภาพมีการปฏิบัติ
ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างถูกต้อง เช่น
การอบรม การให้ข้อมูลย้อนกลับ การใช้
โปสเตอร์กระตุ้นเตือน การประชุมกลุ่มเป็น
ระยะ เป็นต้น

1.4 ควรมีการทบทวน

ปรับปรุงเนื้อหาในแนวปฏิบัติทางคลินิก
สำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กให้ทันสมัย
ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นระยะ

1.5 การนำแนวปฏิบัติทาง

คลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก ไป
ใช้ในสถาบันอื่นๆ ควรมีการทำประชา
พิจารณาถึงบุคลากรที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ
ก่อน เพื่อปรับข้อปฏิบัติให้เหมาะสมกับ
บริบทของหน่วยงานนั้น

1.6 หน่วยงานที่ต้องการนำ

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ใน
ผู้ป่วยเด็กไปใช้ ควรมีทีมบุคลากรพยาบาลที่มี
สมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง
เช่นมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิก
มีทักษะริเริ่มให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีทักษะ
ในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทุกระดับ มี
ความสามารถในการทำวิจัย และการใช้
ผลการวิจัย เป็นต้น รวมถึงองค์กรควรมี
นโยบายชัดเจนในการสนับสนุนการพัฒนา
และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตาม
หลักฐานเชิงประจักษ์

2. ด้านการศึกษา ควรสอนทั้ง

นักศึกษาแพทย์ และพยาบาล ที่ฝึกปฏิบัติใน
การดูแลผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทาง
คลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก
เพื่อนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มี
ไข้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาติดตาม

ประสิทธิผลในการจัดการไข้ให้กับผู้ป่วยเด็ก
ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการ

ไข้ในผู้ป่วยเด็กที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาคั้งนี้
กับผู้ป่วยเด็กจำนวนมากขึ้น และเป็นผู้ป่วย
เด็กมีไข้จากสาเหตุที่แตกต่างกัน และในช่วง
อายุที่แตกต่างกัน

2. ควรทำการศึกษาเพื่อ
ทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทาง

คลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็กนี้ ใน
ผลลัพธ์อื่นๆ และทำการศึกษาในระยะเวลาที่
ยาวนานขึ้น เช่น ระยะเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยเด็ก
หายจากการมีไข้ จำนวนยาลดไข้ที่ผู้ป่วย
ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดไข้
เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

จิตร สิทธิอมร , อนุวัฒน์ สุขขุติกุล , สงวนสิน รัตนเลิศ , และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ . (2543).

Clinical practice guideline: การจัดทำและนำไปใช้. กรุงเทพฯ: ดีไซร์.

ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ , จันทนา รัตนฤทธิชัย , วิไลวรรณ ทองเจริญ , วินัส ลิพหกุล , และ พัสมณฑ์
(2543). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

สุวรรณมา เรื่องกาญจนเศรษฐ์ , ดวงฤดี วัฒนะศิริชัยกุล , และ กาญจนา ตั้งนรารัชชกิจ . (2544). *กุมาร
เวชปฏิบัติก้าวหน้า 3*. กรุงเทพฯ: เม็ดทราย.

D'Auria, J. B. (2002). Fever. In J. A. Fox (Ed.), *Primary health care of infant, children and
adolescents* (pp. 704-710). St. Louis, MO: Mosby.

Hay, W. W., Hayward, A. R., Levin, M. J., & Sondheimer, J. M. (1999). *Current pediatric
diagnosis & treatment* (14th ed.). CT: Appleton & Lange.

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. (2001). *Management of the
child with fever* [Electronic version]. *Best Practice*, 5(5), 1-6

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. (2008a). *JBIG grading of
recommendation*. Retrieved March 20, 2009, from [http://www.Joannabriggs.edu.au/
pubs/approach.php](http://www.Joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php)

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. (2008b). *JBIG level of
evidence*. Retrieved March 20, 2009, from [http://www. Joannabriggs.edu.au/pubs/
approach.php](http://www.Joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php)

- Kayman, H. (2003). Management of fever: Making evidence-based decisions. *Clinical Pediatrics*, 42(5), 383-393.
- National Health and Medical Research Council. (1998). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved February 5, 2007, from <http://www.health.gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp30pdf.html>
- Rosswurm, M., & Larrabee, J. (1999). A model for change in evidence based practice: Image. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, 317-322.
- Whaley, L., & Wong, D. L. (1987). *Nursing care of infants and children* (3rd ed.). St. Louis: The C.V. Mosby

ผลของการป้องกันการสูญเสียความร้อนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิกายของผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดกระดูกและข้อที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

วันเพ็ญ จันทรแจ่ม R.N.*

จันทรเรือง เตปิน R.N.** ลักษมี ศศิฉาย R.N.**

อัญชลีรัตน์ ก่อกิจสุนทรสาร R.N.** เลิศฤทธิ์ วุฒิตันติพงศ์ R.N.**

บทคัดย่อ

ภาวะอุณหภูมิกายต่ำเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งที่รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและแบบเฉพาะบริเวณ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญและรุนแรงต่อระบบต่างๆของร่างกาย ถ้าปล่อยให้เกิดอุณหภูมิกายต่ำเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลให้เกิดภาวะหนาว สิ้นตามมา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการป้องกันการสูญเสียความร้อนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและข้อที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและข้อแบบมีการเตรียมไว้ล่วงหน้าที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและแบบเฉพาะบริเวณจำนวน 166 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 83 ราย ใช้วิธีจับฉลากเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลอง จะ วางผ้าห่มอุ่นที่มีอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียสจำนวน 2 ผืน แนบติดกับลำตัวผู้ป่วยคลุมทับด้วยผ้าห่มพลาสติกอัดเม็ดฟองอากาศ 1 ผืนและคลุมทับด้วยผ้าห่มปกติอีก 1 ผืน ส่วนกลุ่มควบคุม วางผ้าห่มปกตินั้นติดกับลำตัวผู้ป่วยจำนวน 1 ผืนวางผ้าห่มไฟฟ้าที่มีอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียสบริเวณหน้าอก คลุมทับด้วยผ้าห่มพลาสติกอัดเม็ดฟองอากาศ 1 ผืนและคลุมทับด้วยผ้าห่มปกติ 1 ผืน ซึ่งวิธีการคลุม ทั้งสองกลุ่มจะ ผ้าห่มจะคลุมตั้งแต่คอลงมาจรดปลายเท้า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดอุณหภูมิทางช่องหูระบบดิจิตอล แบบบันทึกในการทดลอง นาฬิกาจับเวลา โดยตั้งอุณหภูมิ ผ้าห่ม ไฟฟ้า เทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดอุณหภูมิทางช่องหูระบบดิจิตอลและนาฬิกาจับเวลา ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยวิศวกรจากหน่วยอิเล็กทรอนิกส์ งานซ่อมบำรุง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติพรรณนา ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน(student's t-test for independent sample) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาที่อุณหภูมิกายเข้าสู่ภาวะปกติน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองเกิดภาวะหนาวสั่นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อนแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยการคลุมด้วยผ้าห่มอุ่นจำนวน 2 ผืนแล้วคลุมทับ ด้วยผ้าห่มพลาสติกอัดเม็ดฟองอากาศและผ้าห่มปกติ เป็นวิธีที่ช่วยป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำและการเกิดภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ การป้องกันการสูญเสียความร้อน ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

* หัวหน้าหน่วยพักฟื้นหลังผ่าตัด งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น

** พยาบาลชำนาญการ หน่วยพักฟื้นหลังผ่าตัด งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเป็นภาวะที่มีการลด อุณหภูมิแกนกลางของร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส¹ ซึ่งภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเป็นปัญหาที่เกิดขึ้น กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ที่ได้รับการยาระงับความรู้สึก² สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำคือการสูญเสียความร้อนจากร่างกายในขณะผ่าตัดทางผิวหนัง³ จากการได้รับสารน้ำและเลือดที่มีอุณหภูมิต่ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยได้รับการยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือแบบเฉพาะบริเวณ การทำความสะอาดผิวหนัง การสวนล้างในช่องโพรงของร่างกายด้วยน้ำเกลือที่เย็น การให้พื้นที่ผิวสัมผัสกับอุณหภูมิที่เย็นของห้องผ่าตัด และการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลา^{3,5} ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญและรุนแรงต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ผลกระทบต่อระบบหัวใจ ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงส่งผลให้อัตรา การเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง⁷ ผลต่อระบบหายใจทำให้ปริมาณการไหลออกซิเจนและการขับคาร์บอนไดออกไซด์ลดลงเป็นสัดส่วนกับเมตะบอลิสมที่ลดลง ส่งผลให้ออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ลดลง เลือดมีภาวะเป็นกรดเพิ่มขึ้น ผลต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยฟื้นจากยาระงับความรู้สึกช้า⁸ ผลต่อระบบภูมิคุ้มกันทำให้ความสามารถในการต่อต้านเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัสลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การหายของแผลช้าทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น⁹ นอกจากนี้ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำถ้าปล่อยให้เกิดเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลให้เกิดภาวะหนาวสั่นตามมา² ผลของการเกิดภาวะหนาวสั่นทำให้ร่างกายมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น 4-5 เท่าของระยะพักของร่างกายทำให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นถ้าร่างกายไม่สามารถปรับตัวเพื่อชดเชยกับภาวะหนาวสั่นได้ อาจทำให้เกิดการขาดออกซิเจน¹⁰ การเกิดภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกหนาว ไม่สบายกาย กระสับกระส่าย ไม่สามารถให้ความร่วมมือต่อกิจกรรมการพยาบาลได้¹¹ จากผลกระทบต่อร่างกายดังกล่าวการรักษาระดับอุณหภูมิร่างกายให้ปกติจึงเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับความสุขสบายของผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นการป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องกระทำอย่างเหมาะสมซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การให้ความอบอุ่นร่างกายภายนอกโดยให้ผู้ป่วยสร้างพลังงานความร้อนเอง (passive external warming) การให้ความอบอุ่นร่างกายภายนอกโดยใช้อุปกรณ์ที่ให้พลังงานความร้อน (active external warming) นอกจากนี้ยังมีวิธีการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายภายใน (active internal warming)¹² จะเห็นได้ว่าวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกายผู้ป่วยมีหลากหลายวิธีซึ่งวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจะส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาล ลดอัตราการเกิดผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลได้

หอผู้ป่วยพักฟื้น งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้ตระหนักถึงผลเสียและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจึงได้ศึกษาหาวิธีในการป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกายด้วยวิธีต่างๆ จนได้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำโดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยเริ่มใช้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน พบว่าในแต่ละเดือนผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวคิดเฉลี่ยร้อยละ 74.75 ต่อเดือนต่ำกว่าเกณฑ์ที่ทางหอผู้ป่วยพักฟื้นกำหนดไว้คือร้อยละ 90 นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยมีผื่นแดงจากความร้อนระดับแรก (first degree burn) จากการวางผ้าห่มไฟฟ้าที่นานมากกว่า

30 นาที เฉลี่ยเดือนละ 1 ราย ประกอบกับแนวทางปฏิบัติทางคลินิกยังมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดบริเวณหน้าอก เช่น ผ่าตัดเต้านม ผ่าตัดทรวงอกซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถวางผ้าห่มไฟฟ้าได้ จึงทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก หอผู้ป่วยพักฟื้นจึงมีแนวความคิดว่าควรมีการปรับปรุงวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายด้วยวิธีอื่นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและสะดวกต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามารับการดูแลในหอผู้ป่วยพักฟื้นโดยประยุกต์ใช้ผ้าห่มอุ่นที่ทำการอุ่นด้วยตู้อุ่นผ้าห่มที่มีอุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียสทดแทนผ้าห่มไฟฟ้าและได้ทำการศึกษานำร่องกับผู้ป่วยจำนวน 50 คน พบว่าผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายเพิ่มขึ้น ถึง 36 องศาเซลเซียส จำนวน 44 รายคิดเป็นร้อยละ 88 จากผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษานำร่อง หอผู้ป่วยพักฟื้นจึงมีแนวความคิดที่จะศึกษาประสิทธิภาพของวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจาก ร่างกายโดยใช้ผ้าห่มอุ่นแทนผ้าห่มไฟฟ้า ซึ่งผลที่ได้จะทำให้ คุณภาพการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลของการป้องกันการสูญเสียความร้อนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิกาย ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและข้อที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาที่อุณหภูมิกายเข้าสู่ภาวะปกติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบการเกิดภาวะหนาวสั่นขณะทำการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาที่อุณหภูมิกายเข้าสู่ภาวะปกติน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองเกิดภาวะหนาวสั่นขณะทำการศึกษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและวัดหลังการทดลอง(two groups posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและข้อแบบมีการเตรียมไว้ล่วงหน้าที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและแบบเฉพาะบริเวณและเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยพักฟื้น เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 166 รายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 83 ราย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการนำขนาดอิทธิพลมาประมาณขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป โดยใช้ขนาดอิทธิพล(effect size) 0.60 อำนาจการทดสอบ (power) 0.90 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.01$ ¹³

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยผ้าห่มไฟฟ้า ที่ควบคุมอุณหภูมิไว้ที่ 38 องศาเซลเซียส ผ้าห่มอุ่นที่เป็นผ้าฝ้ายเนื้อหนา ซึ่งควบคุมอุณหภูมิของผ้าห่มไว้ที่ 38 องศาเซลเซียส(จากการนำไปอุ่นในตู้อุ่นผ้าห่มนาน 30 นาที) ผ้าห่มพลาสติกอัดเม็ดป้องกันอากาศ และผ้าห่มที่เป็นผ้าฝ้ายเนื้อหนา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดอุณหภูมิทางช่องหู ระบบ ดิจิตอลรุ่น MC – 51 นาฬิกาจับเวลา 1 เรือน และแบบบันทึกข้อมูลในการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอุณหภูมิร่างกายในระยะเวลาต่าง ๆ ตั้งแต่แรกเริ่มในหอผู้ป่วยพัก

พื้น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้แก่ภาวะหนาวสั่น สัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผ้าห่มไฟฟ้าและตุ้มน้ำห่มตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นโดยวิศวกรจากหน่วยอิเล็กทรอนิกส์ งานซ่อมบำรุง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดอุณหภูมิทางช่องหูระบบดิจิทัลรุ่น MC - 510 ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นโดยวิศวกรจากหน่วยอิเล็กทรอนิกส์ งานซ่อมบำรุง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ส่วนแบบบันทึกข้อมูลในการทดลอง นำไปหาความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงเนื้อหาให้ได้เนื้อหาที่เหมาะสมกับการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผ่านหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดและพักฟื้น เพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดคุณสมบัติไว้ จากนั้น แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง 1 วันก่อนเข้าห้องผ่าตัด สุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ดำเนินการทดลองและรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้ **กลุ่มทดลอง** วางผ้าห่มอุ่นที่มีอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียสจำนวน 2 ผืนแนบติดกับลำตัวผู้ป่วย คลุมทับด้วยผ้าห่มพลาสติกอัดเม็ดฟองอากาศ 1 ผืนและคลุมทับด้วยผ้าห่มปกติอีก 1 ผืน ซึ่งวิธีการคลุมผ้าห่มทั้งหมดจะคลุมอย่างมิดชิดตั้งแต่คอลงมาจรดปลายเท้า **กลุ่มควบคุม** วางผ้าห่มปกติแนบติดกับลำตัวผู้ป่วยจำนวน 1 ผืนวางผ้าห่มไฟฟ้าที่มีอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียสบริเวณหน้าอก คลุมทับด้วยผ้าห่มพลาสติกอัดเม็ดฟองอากาศ 1 ผืนและคลุมทับด้วยผ้าห่มปกติ 1 ผืน ซึ่งวิธีการคลุมผ้าห่มจะคลุมตั้งแต่คอลงมาจรดปลายเท้า โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะถูก วัดอุณหภูมิร่างกายทางช่องหูของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่แรกรับและ ทุก 15 นาที จนอุณหภูมิเข้าสู่ภาวะปกติ คือ 36 องศาเซลเซียส และวัดต่อเนื่องจนผู้ป่วยย้ายกลับหอผู้ป่วย พร้อมทั้งสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะการเกิดภาวะหนาวสั่นขณะทำการศึกษ บันทึกรายการ และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำวิเคราะห์โดยแจกแจงเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาที่อุณหภูมิร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและเปรียบเทียบการเกิดภาวะหนาวสั่นขณะทำการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน(student's t-test for independent sample)

ผลการวิจัย พบว่าระยะเวลาที่อุณหภูมิร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ ของกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาที่อุณหภูมิร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองเกิดภาวะหนาวสั่นขณะทำการศึกษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาที่อุณหภูมิร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ

ลักษณะของข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p – value
	X	S.D	X	S.D	
ระยะเวลาที่อุณหภูมิร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ(นาที)	70.33	32.13	90.42	39.05	0.0003

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะหนาวสั่นขณะทำการศึกษา

ลักษณะของข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p – value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเกิดภาวะหนาวสั่น(ครั้ง)	2	12.0	10	24.0	0.016

อภิปรายผล ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่อุณหภูมิร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติเท่ากับ 70.33 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่อุณหภูมิร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ เท่ากับ 90.42 นาที และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาที่อุณหภูมิร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่อุณหภูมิร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่1) อธิบายเหตุผลได้ดังนี้

เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ามาในหอผู้ป่วยพักพื้นจะได้รับการอบอุ่นร่างกายเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย ซึ่งทั้งสองวิธีเป็นการถ่ายเทอุณหภูมิที่สูงสู่อุณหภูมิที่ต่ำกว่าจึงทำให้ร่างกายของกลุ่มตัวอย่างมีการปรับอุณหภูมิร่างกายให้สูงขึ้นจนเข้าสู่ภาวะปกติ แต่วิธีการอบอุ่นร่างกายที่กลุ่มทดลองได้รับใช้เวลาในการปรับอุณหภูมิร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติน้อยกว่า เนื่องจากกลุ่มทดลองจะได้รับการคลุมร่างกาย ด้วยผ้าห่มอุ่นจำนวน 2 ผืนที่มีอุณหภูมิประมาณ 38 องศาเซลเซียส ทำให้เกิดการถ่ายเทความร้อนจากผ้าห่มซึ่งมีอุณหภูมิที่สูงกว่าสู่ร่างกายกลุ่มทดลองที่มีอุณหภูมิที่ต่ำเป็นการถ่ายเทความร้อนด้วยการพาความร้อนสู่ร่างกายโดยให้ผู้ป่วยสร้างพลังงานความร้อนเอง(passive external warming) วิธีการนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำเล็กน้อย (35.2 – 36 องศาเซลเซียส)และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต¹ ผ้าห่มอุ่นจะเป็นฉนวนป้องกันไม่ให้ความร้อนและกระแสลมผ่านเข้าออกได้ ง่ายทำให้ร่างกายของกลุ่มตัวอย่างไม่สัมผัสกับอากาศที่เย็นของห้องพักพื้น ลำดับต่อมากลุ่มทดลองจะได้รับการคลุมทับด้วย ผ้าพลาสติกอัดเม็ดฟอง อากาศจำนวน 1

ผืนซึ่งเป็นวิธี การป้องกันการระบายความร้อนออกไปยังสิ่งแวดล้อมที่มีอุณหภูมิต่ำกว่าผ้าห่ม อุณหภูมิ โดย ผ้า พลาสติกอัดเม็ดฟองอากาศนำมาประดิษฐ์ให้มีลักษณะเหมือนผ้าห่มซึ่ง พลาสติกอัดเม็ดฟองอากาศเป็นวัสดุกัน กระทบในการบรรจุหีบห่อมีลักษณะเป็นแผ่นพลาสติกใสอัด เม็ดฟองอากาศที่แต่ละแผ่นของพลาสติกมี คุณสมบัติลดการสูญเสียความร้อนโดยการพาและการแผ่รังสีร้อยละ 30 รวมทั้งเม็ดฟองอากาศที่แทรกอยู่ ระหว่างชั้นของแผ่นพลาสติกยังเป็นเสมือนชั้นอากาศที่ขังนิ่งอยู่เหนือผ้าห่มทำให้เกิดฉนวนป้องกันการสูญเสีย ความร้อนออกไปได้ง่าย¹⁴ ลำดับสุดท้ายผู้วิจัยได้ใช้ผ้าห่มที่ไม่ได้อุ่นในตู้อุ่นผ้าห่มคลุมทับผ้าห่มพลาสติกอัดเม็ด ฟองอากาศอีกหนึ่งผืนเพื่อช่วย ในการป้องกันการระบายความร้อนออกสู่สิ่งแวดล้อม ประกอบกับ วิธีการคลุม ร่างกายกลุ่มทดลองดังกล่าวจะคลุมอย่างมี ดชิดตั้งคอจนถึงปลายมือปลายเท้า ซึ่งเป็นอวัยวะที่จะสัมผัสกับ อากาศที่เย็นของห้องได้ง่าย ทำให้เกิดการ สูญเสียความร้อนออกจากร่างกายได้ง่าย แต่เมื่อกลุ่มทดลองได้รับ การอบอุ่นปลายมือปลายเท้า ตามวิธีการศึกษา อย่างมีดชิด ส่งผลให้บริเวณดังกล่าวอบอุ่นปริมาตรเลือดจากส่วน แขนของร่างกายที่ มาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนี้ ลดลงจึงทำให้การสูญเสียความร้อน ออกจากร่างกาย โดยการแผ่รังสี ลดน้อยลง¹⁵ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการอบอุ่นร่างกายเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนด้วยการวางผ้าห่มไฟฟ้า บริเวณหน้าอกร่วมกับผ้าห่มพลาสติกอัดเม็ดฟองอากาศและผ้าห่ม ที่ไม่ได้อุ่นอีก 1 ผืน ผ้าห่มไฟฟ้านอกจากจะ ช่วยลด พื้นที่ที่เปิดเผยกับอุณหภูมิจากสิ่งแวดล้อมแล้วยังสามารถควบคุมอุณหภูมิของผ้าห่มไฟฟ้าให้คงที่อยู่ เสมอ ความแตกต่างของอุณหภูมิทำให้มีการเคลื่อนไหวของโมเลกุล เมื่อโมเลกุลของผ้าห่มไฟฟ้าที่มีอุณหภูมิสูง กว่าไปชนกับโมเลกุลของร่างกายกลุ่มตัวอย่างที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า จะมีการถ่ายพลังงานความร้อนให้ปริมาณ ความร้อนที่ออกมาเป็นสัดส่วนกับความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิของผ้าห่มไฟฟ้ากับพื้นที่ผิวกายของกลุ่ม ตัวอย่าง¹⁶ แต่การวางผ้าห่มไฟฟ้าบริเวณหน้าอก เป็นการให้ความอบอุ่นเฉพาะส่วนเท่านั้น ไม่สามารถวางคลุม ร่างกายได้ทั้งหมดทำให้พื้นที่ผิวกายได้รับความอบอุ่นเพียงบางส่วน จึงไม่สามารถป้องกันการสูญเสียความร้อน ได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะอวัยวะส่วนปลายของร่างกายซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการระบายความร้อนออกจาก ร่างกายได้ง่าย จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มทดลองใช้เวลาในการปรับตัวให้ร่างกายมีอุณหภูมิภา ยเข้าสู่ ภาวะปกติได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม

สำหรับการเกิดภาวะหนาวสั่นซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะทำการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลอง เกิดภาวะหนาวสั่นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 2) ภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วย หลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอุณหภูมิร่างกายที่เกิดจากการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย ซึ่งมีสาเหตุจากความเย็นทำให้หลอดเลือดไม่สามารถหดตัวได้ตามปกติ ทำให้หลอดเลือดบริเวณผิวหนังเกิดการ ขยายตัว เกิดการกระจายความร้อนจากส่วนกลางของร่างกายไปยังบริเวณส่วนปลายโดยเลือดอุ่นจากส่วนกลาง ของร่างกายไหลไปบริเวณส่วนปลายทำให้เกิดการสูญเสียความร้อนทางผิวหนังส่งผลให้อุณหภูมิผิวหนังลดลง¹¹ จากการเกิดภาวะหนาวสั่นของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่าวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย อาจจะทำให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายไม่เพียงพอทำ ให้กลุ่มตัวอย่างบางรายยังเกิด การสูญเสียความร้อนออกจาก ร่างกาย จนร่างกายต้องมีการปรับตัวตามกลไกการเกิดภาวะหนาวสั่นดังกล่าวโดยเฉพาะกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ อบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มไฟฟ้า เกิดภาวะหนาวสั่นมากกว่ากลุ่มทดลองทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มทดลองเป็น กลุ่มที่มีการป้องกันการสูญเสียความร้อน ออกจากร่างกายด้วยวิธีการที่ได้ รับความอบอุ่น อย่างครอบคลุม ทั่ว

ร่างกาย แต่กลุ่มควบคุมได้รับการอบอุ่นร่างกายเพียงบางส่วนเท่านั้น จึงสรุปได้ว่าการป้องกันการสูญเสียความร้อนนอกจากร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหนาวสั่นได้น้อย

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลจากการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยพักฟื้น เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนนอกจากร่างกาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของ งานวิจัย เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยพักฟื้นและความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยพักฟื้น ต่อวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อน รวมถึงศึกษาความคุ้มค่าคุ้มทุนของวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิกายของผู้ป่วย หลังผ่าตัดกระดูกและข้อที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำที่เข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยพักฟื้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการสูญเสียความร้อนในหอผู้ป่วยพักฟื้นในเชิงลึกเพื่อขยายผลถึงวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อนวิธีอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Lazar , H.L. The treatment of hypothermia . The New England Journal of Medicine 1997;21:337.
2. Witte , M.,& Sessler , D.J. Perioperative shivering. Anesthesiology 2002;96 :457-484 .
3. วรธนา ศรีโรจนกุล. ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างผ่าตัด.ใน:อังกฤษ ปราการรัตน์ และวราภา สุวรรณจินดา บรรณาธิการ , วิสัญญีวิทยา(พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2548 หน้า 602-603.
5. การุณพันธ์ สุพงษ์. ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีวิทยา. ใน ปวีณา บุญบุรพงษ์, อรุณฯ เกี่ยวข้อง,และเทวารักษ์ วีระวัฒน์ภานนท์, บรรณาธิการ, วิสัญญีวิทยาขั้นต้น.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2550 หน้า 222-223.
- 7.Sessler,D. I. Complication and treatment of mild hypothermia .Anesthesiology 2001;95 (2):534-543.
8. Buggy, D. J., & Crossly ,A .W.Thermoregulation, mild perioperative hypothermia and post anesthetic shivering. British Journal of Anesthesia 2000; 84(5):615-628.
9. Ng, S., Do, C., Loh, K., Lin , P., & Chan, Y . A comparative study of three warming intervention to determine the most effective in maintaining perioperative normothermia. Anesthesia & Analgesia 2003; 96:171- 176 .
- 10.ศิริพร สายัณห์ธรรษา. การป้องกันอาการหนาวสั่นในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. การบำบัดทางการพยาบาล: วิธีสู่การพัฒนาคณาภพ.กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2546.
11. พนารัตน์ จำปา. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลลำปาง[การค้นคว้าแบบอิสระ].เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
12. Sessler,D.I. Temperature monitoring.In R.D.Miller (Ed), Miller's Anesthesia 6th Philadelphia : Churchill Livingstons; 2005.
13. Polit,D.F,&Hungler,B.P. Nursing research :Principle and methods(4th .ed.). Nursing research

Philadelphia: J.B.Lippincott company.1987.

14. Sessler, D.I., Rubinstien,E.H,&Moayeri,A.Physiological response to mild peri anesthetic hypothermia in humans. *Anesthesiology* 1991; 75: 594-610.
15. Erickson, R.S.,Yount , S.T. Effect of aluminized cover on body temperature in patients having abdominal surgery . *Heart& Lung* 1991;20: 255 – 264.
16. พงษ์ธารา วิจิตรเวชไพศาล. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2544;1(7) :94-100.

ผลของรูปแบบการดูแลต่อภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด และความไม่สบายของผู้ป่วย

หลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

(Effects of Care Protocols on Vascular Complications and Patient Discomfort

after Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)

สิริภรณ์ หันพงศ์กิตติกุล* อรินทยา พรหมนธิกุล ** นฤมล สบบง* พะเยาว์ คำเพ็ง* ภาณุพงศ์ ศรีทิพย์*

* หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

** หน่วยวิชาวาระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับแนวทางกา รักษาของ แพทย์แต่ละราย และยังไม่มีความมาตรฐานการดูแลที่ดีที่สุด การวิจัยครั้งนี้จึง ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ของหลอดเลือด และความไม่สบายของผู้ป่วย โดยมีการดูแล 2 รูปแบบได้แก่ รูปแบบที่ 1 ได้รับการทับ หมอนทราย 2 ชั่วโมง การเฝ้าดูขา 3 ชั่วโมง และการจำกัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียง 4 ชั่วโมง (37 ราย) และ รูปแบบที่ 2 ได้รับการทับหมอนทราย 3 ชั่วโมง การเฝ้าดูขา 6 ชั่วโมง และการจำกัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียง 9 ชั่วโมง (15 ราย) โดยรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด และความไม่สุข สบาย ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ออกจากหอผู้ป่วย กึ่งวิกฤตและหลอดเลือดโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ ระหว่าง เดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2551 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบ เทียบ ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดและความไม่สุขสบายด้วยสถิติการทดสอบ ค่าเฉลี่ยด้วยค่าทีแบบอิสระ การทดสอบฟิชเชอร์ และสถิติแมนวิทนี-ยู พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อน ของ หลอดเลือดระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล 2 รูปแบบไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความไม่ สุขสบายของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบที่ 1 มีคะแนนความไม่สุขสบายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการ ดูแลรูปแบบที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนความเป็นไปได้ในการลด ระยะเวลาการทับหมอนทราย การเฝ้าดูขา และการจำกัดการนอนบนเตียงหลังได้รับการถ่างขยายหลอด เลือด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดบริเวณขาหนีบ และส่งเสริมความสบาย ของผู้ป่วย และเป็นประโยชน์ต่อองค์ความรู้ทางการแพทย์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจให้เหมาะสมเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล, ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด, ความไม่สุขสบายของผู้ป่วย, การถ่างขยาย หลอดเลือดหัวใจ

หลักการและเหตุผล

การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น (วงศ์ ลากานันต์, 2547) วิธีที่นิยมในการรักษาโรคนี้คือ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ และ/หรือร่วมกับการใส่ขดลวด (Shoulders-Odom, 2008) การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นหัตถการซึ่งทำได้สะดวก รุกค้ำเข้าร่างกายน้อย (Vaught & Ostrow, 2001) ค่าใช้จ่ายถูกกว่า จำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า และใช้ยาที่ไม่ต้องดมยาสลบ เหมือนการผ่าตัดหัวใจ (Vlasic, Almond, & Massel, 2001) แต่หลังทำอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดได้ เนื่องจากการเป็นกรใส่สายสวนหัวใจชนิดที่มีบอลลูนอยู่ตรงปลายผ่านท่อนำสายสวนขนาดใหญ่เข้าทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ (Vlasic et al., 2001) หลังการถ่างขยายบอลลูนเสร็จจะมีการคาท่อนำสายสวน 4-6 ชั่วโมง จากนั้นแพทย์ดึงท่อนำสายสวนออกจากหลอดเลือด กดแผลห้ามเลือด แล้วใช้หมอนทรายทับแผลไว้ และให้ผู้ป่วยนอนเฝ้าหยา และจำกัดให้นอนบนเตียงต่อ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการและสูญเสียชีวิตได้ (Amoroso, 2006)

รูปแบบการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดมี หลายวิธี ตั้งแต่เวลาในการทับหมอนทราย การห้ามงอเข่าและขาหนีบข้างที่ทำ และเวลาในการจำกัดให้นอนบนเตียง โดยยังไม่มีความมาตรฐานการดูแลที่ดีที่สุด (Reynold et al., 2001; Shoulders-Odom, 2008) จากการสำรวจในสถาบันที่มีการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจในประเทศแคนาดาได้มีการจำกัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียง 4-24 ชั่วโมง หลังถอดท่อนำสายสวน โดยร้อยละ 50 ของสถาบันจำกัดการนอนบนเตียง 6 ชั่วโมงหรือน้อยกว่า (Vlasic et al., 2001) ในขณะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้มีการจำกัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงหลังถอดท่อนำสายสวนแตกต่างกัน ตั้งแต่ 4-24 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับแนวทางการรักษาของแพทย์แต่ละราย (หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด, 2550) แนวโน้มการดูแลรักษาในปัจจุบันต้องการให้ผู้ป่วย ลูกจากเตียงให้เร็วที่สุด ซึ่งจะช่วยลดจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่าย และเพิ่มความสุขสบายของผู้ป่วย (Amoroso, 2006; Boztosun et al., 2007) รูปแบบการดูแลแต่ละวิธีถ้าระยะเวลาสั้นไปอาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด แต่หากระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องทับหมอนทราย เฝ้าหยา และนอนบนเตียงนานเกินความจำเป็น มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย จากอาการปวดหลัง เหวและขา (Chair et al., 2003) และการขับถ่ายลำบาก (Lunden et al., 2006)

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องทับหมอนทราย การเฝ้าหยา และการจำกัดให้นอนบนเตียงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด และความไม่สุขสบายของผู้ป่วยหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผล (cohort study)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

1) ผู้ป่วยที่แพทย์ถอดท่อนำสายสวนทางขาหนีบ และใช้มือกดแผลห้ามเลือด 2) ความดันเลือดระหว่าง 90/60-190/100 มิลลิเมตรปรอท 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตรวจสวนหัวใจและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ 4) ไม่มีภาวะเลือดออกง่าย โดยประเมินจากค่าการแข็งตัวของเลือด ค่าความเข้มข้นของเลือดและปริมาณเกร็ดเลือด 5) มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และ 6) ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2551 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเข้ากลุ่มตามรูปแบบการดูแลแต่ละวิธีของอาจารย์แพทย์ผู้ทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้รูปแบบที่ 1 37 ราย และรูปแบบที่ 2 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 ได้รับการทับหมอนทราย 2 ชั่วโมง การเหยียดขา 3 ชั่วโมง และการจำกัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียง 4 ชั่วโมง และรูปแบบที่ 2 ได้รับการทับหมอนทราย 3 ชั่วโมง การเหยียดขา 6 ชั่วโมง และการจำกัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียง 9 ชั่วโมง รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดโดยใช้แบบประเมินของนิตยา ภิมุข (2548) ส่วนที่ 4 แบบประเมินความไม่สุขสบาย ใช้มาตรวัดความไม่สุขสบายแบบเปรียบเทียบด้วยสายตา เป็นมาตรวัดแบบเส้นตรง มีความยาว 100 มิลลิเมตร ของพัชรภรณ์ อุ้นเต๊ะ (Untaja, 2000) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยสถิติทดสอบพิสเซอร์ และการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยค่าที่แบบอิสระ เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด ด้วยสถิติทดสอบพิสเซอร์ และคะแนนความไม่สุขสบายระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติแมนวิทนีย์-ยู โดยเปรียบเทียบพื้นที่ใต้โค้งของทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ หอผู้ป่วยถึงวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 52 ราย โดยได้รับการดูแล รูปแบบที่ 1 37 ราย และรูปแบบที่ 2 15 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองรูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย และปัจจัยเสี่ยงของโรค หลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความดันเลือดสูง เบาหวาน และการสูบบุหรี่ ยกเว้น ภาวะไขมันในเลือด รูปแบบที่ 2 สูงกว่ารูปแบบที่ 1 (ตารางที่ 1) ผลการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่หลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น และได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือด หัวใจและใส่ขดลวดชนิดธรรมดา (PCI with bare metal stent) ผลการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้ผลดี ทั้งสองรูปแบบ (ตารางที่ 2) นอกจากนี้ขนาดของท่อนำสายสวน ผู้ทำการกดแผล และ ระยะเวลารวมทั้งใช้ในการกดแผล อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ส่วน

ใหญ่ใช้ท่อนำสายสวน ขนาด 6 Fr. แพทย์เป็นผู้ทำการกดแผล ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำบ้านอายุรกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการกด แผลส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15-30 นาที (ตารางที่ 3) อีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ คือ ระดับความดันเลือดสูง กลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองรูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกันของระดับความดันเลือดทั้งก่อน และหลังการกดแผลห้ามเลือด

ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ หลังทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่พบ จากการวิจัยครั้งนี้ คือ การเกิดภาวะเลือดออก (bleeding) บริเวณแผล และการเกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (hematoma) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองรูปแบบเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4) โดยกลุ่มตัวอย่างรูปแบบที่ 1 มีภาวะเลือดออกและภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังเล็กน้อยบริเวณขาหนีบแรกรับจากห้องตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด (Cath lab) ชนิดละ 1 ราย ได้รับการแก้ไขด้วยการกดแผลห้ามเลือด และนอนพักบนเตียง ห้ามงอเข้า ขาหนีบ ก่อนถอดท่อนำสายสวนออก ระยะเวลาถอดท่อนำสายสวนรูปแบบที่ 1 มีภาวะเลือดออกและมีภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังเพิ่มอย่างละ 2 ราย แต่เมื่อได้รับการดูแลตามแนวทาง ระยะเวลาถอดท่อนำสายสวนเหลือเพียง 1 ราย มีภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังขนาด 8x9 ซม. ได้รับการแก้ไขด้วยการกดแผลรีดเลือด แล้วให้การดูแลตามรูปแบบที่ 1 ก่อนกลับบ้านพบภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังมีขนาดลดลงเหลือ 3x3 ซม. และเกิดรอยจ้ำเลือดของผิวหนังรอบแผล (ecchymosis) เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลรูปแบบที่ 2 พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนชนิดเดียว คือ ภาวะ เลือดออกบริเวณแผลที่ถ่างขยายสายสวนแรกรับจากห้องตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด 2 ราย และระยะก่อนถอดท่อนำสายสวน 1 ราย เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดทั้งสองรูปแบบไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความไม่สุขสบายในแต่ละระยะของการดูแล ระยะเวลาที่ยังถ่างขยายสายสวน คะแนนความไม่สุขสบายเกิดมากและทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังถอดท่อนำสายสวนได้ติดตามคะแนนความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่ 1 และที่ 2 นาน 9 ชั่วโมง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความไม่สุขสบายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแล 2 รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความไม่สุขสบายของการดูแลรูปแบบที่ 1 น้อยกว่ารูปแบบที่ 2 (รูปที่ 1 และตารางที่ 5)

อภิปราย

1. ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดจากการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าจะมีอัตราการเกิดน้อย แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ ตามมามากมาย เช่น เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล (Amoroso, 2006; Boztosun et al., 2007) เกิดความพิการและสูญเสียชีวิตได้ (Amoroso, 2006) เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวประกอบด้วย ภาวะเลือดออกบริเวณขาหนีบ ภาวะมีก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณขาหนีบ ภาวะหลอดเลือดแดงโป่งพอง ภาวะลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดง ภาวะเลือดคั่งจางระหว่างหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ และภาวะมีก้อนเลือดในช่องเยื่อช่องท้อง (Davis et al., 1997) ดังนั้นการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก

ภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียงหลัง ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งสามารถ ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ แต่การจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายตามมา (Reynold et al., 2001; Vaught & Ostrow, 2001; Vlastic et al., 2001) การศึกษาครั้งนี้พบว่า การปรับรูปแบบการดูแลภายหลังการถอดท่อนำสายสวนบริเวณขาหนีบ โดย 1) ลดระยะเวลาของการทับหมอนทราย นาน 3 ชั่วโมง เหลือ 2 ชั่วโมง 2) ลดระยะเวลาในการเหยียดขา ห้ามงอเข่าและขาหนีบนาน 6 ชั่วโมง เหลือ 3 ชั่วโมง และ 3) ลดระยะเวลาในการจำกัดให้นอนบนเตียงจาก 9 ชั่วโมง เหลือ 4 ชั่วโมง พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4) ซึ่งสอดคล้องกับหลาย ๆ งานวิจัยที่ รายงานว่า การลดระยะเวลาในการจำกัดให้นอนบนเตียง 2-4 ชั่วโมง ปลอดภัยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของหลอดเลือด (Reynold et al., 2001; Vaught & Ostrow, 2001; Vlastic et al., 2001; Tagney & Lackie, 2005; Boztosun et al., 2007)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด 2 ชนิด ได้แก่ภาวะเลือดออกบริเวณแผล และภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (ตารางที่ 4) การดูแลรูปแบบที่ 1 มีภาวะเลือดออกเล็กน้อย ในแต่ระยะ 3 รายและภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณขาหนีบ 5 ราย ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยจำนวน 5 ราย เป็นเพศหญิง 4 ราย อายุมากกว่า 60 ปี ได้รับยาต้าน glycoprotein IIb/IIIa ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด (Sabo, Chlan, & Savik, 2008) และในกลุ่มนี้มี 3 ราย ที่เกิดภาวะเลือดออกและภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังซ้ำกัน 2 ระยะ ได้แก่ ในระยะแรกรับจากห้องตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด ได้รับการกดแผลห้ามเลือดจนหยุด และเกิดเลือดออกซ้ำ และเกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนังซ้ำ ก่อนถอดท่อนำสายสวนในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดหลังถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Andersen et al., 2005) และอีก 1 ราย เกิดภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนัง หลังถอดท่อนำสายสวน ขนาด 8x9 ซม. ในเพศชาย ซึ่งมีปัจจัยส่งเสริมการเกิดก้อนเลือด ได้แก่ คำนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² และได้รับยาต้าน glycoprotein IIb/IIIa (Andersen et al., 2005) ภายหลังได้รับการ กดแผล ริดเลือด และ ดูแลตามรูปแบบที่ 1 จนก่อนกลับบ้านยังมีภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังขนาด 3x3 ซม. และเกิดรอยจำเลือดรอบ ๆ แผล เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลรูปแบบที่ 2 พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนเพียงชนิดเดียวคือ ภาวะเลือดออกบริเวณแผลที่ถอดท่อนำสายสวนแรกรับจากห้องตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด 2 ราย ร้อยละ 13.3 (ตารางที่ 4) ในผู้ป่วยเพศหญิง สูงอายุ คำนีมวลกายน้อยกว่า 20 กิโลกรัม/เมตร² และเพศชาย คำนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งได้รับการใส่ท่อนำสายสวนขนาด 7 Fr. ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยาต้าน glycoprotein IIb/IIIa ขณะถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนถอดท่อนำสายสวนเกิดภาวะเลือดออกเล็กน้อย ในผู้ป่วยเพศชายรายเดิมซึ่งได้รับการกดแผลห้ามเลือด และถอดท่อนำสายสวน จากนั้นให้การดูแลตามรูปแบบ ที่ 2 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 รูปแบบมีปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดอย่างน้อย 2 อย่างขึ้นไป และ เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดทั้ง 2 รูปแบบไม่แตกต่างกัน และภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบไม่พบกลุ่มตัวอย่างรายใดเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (ตารางที่ 4)

ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดอาจเกิดได้ทุกระยะของรูปแบบการดูแล หลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ก่อนถอดท่อनाสายสวนจนก่อนกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซาโบและคณะ (Sabo et al., 2008) พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนถอดท่อनाสายสวน ชนิดภาวะก้อนเลือดได้ผิวหนัง ภาวะเลือดออก และรอยจ้ำเลือดของผิวหนัง ร้อยละ 19.3 19 และ 18 ตามลำดับ ในขณะที่ 24 ชั่วโมงหลังถอดท่อनाสายสวนหรือก่อนกลับบ้าน พบ ร้อยละ 14.7 2 และ 35 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลการวิจัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดที่รุนแรง แต่ทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะ พยาบาลควรให้ความสำคัญ ในการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง ทุกระยะของการดูแลผู้ป่วยหลัง ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือด หัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด เพื่อความปลอดภัย และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

2. คะแนนความไม่สุขสบาย ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองรูปแบบ แตกต่างกัน (ตารางที่ 5) ความไม่สุขสบายของผู้ป่วยหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือด หัวใจ เป็นปัญหาที่พบบ่อย หลังการหดยึดขาจำกัดการเคลื่อนไหว และการจำกัดให้อนบนเตียงเป็นเวลานาน (Reynolds et al., 2001) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดบริเวณขาหนีบ ซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการปวดหลัง (Vaught & Ostrow, 2001) ปวดเอวและขา (Lunden et al., 2006) การจำกัดให้อนบนเตียงเป็นเวลานานทำให้กล้ามเนื้อบริเวณหลังอ่อนเพลียและอ่อนล้า เกิดจากแรงกดอย่างต่อเนื่องลงบนกล้ามเนื้อ คมเดิม เป็นสาเหตุให้กล้ามเนื้อเกร็งและปวดหลัง การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความไม่สุขสบายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแล 2 รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่ 1 และที่ 2 หลังถอดท่อनाสายสวน 9 ชั่วโมง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลตาม รูปแบบที่ 1 ซึ่งนอนบนเตียงสั้นกว่า มีความไม่สุขสบายน้อยกว่า (รูปที่ 1 และตารางที่ 5) สอดคล้องกับการศึกษา ในประเทศตุรกี (Yilmaz, Gürgün, & Dramali, 2007) ที่ศึกษาผลของการทับหมอนทรายบริเวณแผลที่ขาหนีบหลังทำการตัดการของหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่ได้รับ และไม่ได้รับการทับหมอนทราย ส่วนอาการปวดหลังพบบ่อยในกลุ่มที่ไม่ได้รับการเปลี่ยนท่านอนและไม่ได้ นอน ยกศีรษะขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ คริสเตนเซ่นและคณะ (Christensen et al., 1998) ศึกษาเปรียบเทียบความ ไม่สุขสบายในผู้ป่วยที่ได้รับการทับหมอนทราย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการทับหมอนทรายรู้สึกไม่สุขสบายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทับหมอนทราย 2.6 เท่า และไม่พบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดในทั้งสองกลุ่ม ในขณะที่ วลาซิกและคณะ (Vlasic et al., 2001) ศึกษาการลดระยะเวลาการจำกัดให้อนบนเตียง สั้นลง จาก 6 ชั่วโมงเป็น 2 และ 4 ชั่วโมง ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายขึ้นเมื่อลดเวลาจำกัดการเคลื่อนไหว โดยพลิกตะแคงตัวและลุกจากเตียงให้เร็วขึ้น ดังนั้นเพื่อเพิ่มความสุขสบายและลดอาการปวดหลัง ควรเปลี่ยนท่านอนและจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา และลุกจากเตียงโดยเร็วหลังทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ของพยาบาลในการส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย ยิลมาซและคณะ (Yilmaz, Gürgün, & Dramali, 2007)

พบว่าผู้ป่วยที่นอนหงายเป็นเวลานานและไม่ได้เปลี่ยนท่านอนมีคะแนนปวดหลังสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนท่านอนและยกศีรษะสูง ($P < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแชร (Chair et al., 2003) ที่พบว่า การนอนหงายโดยไม่เปลี่ยนท่านอนเพิ่มอาการปวดหลัง เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดหลังน้อยลง ภาระงานของบุคลากรจะลดลง และช่วยป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดมาก การเคลื่อนไหวได้เร็วทำให้ จำหน่ายผู้ป่วยได้เร็ว ประหยัดค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาทำให้พยาบาลเข้าใจความต้องการทางร่างกายของผู้ป่วย จึงมีการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยหลังทำหัตถการ นอกจากนี้ยังช่วยให้พยาบาลมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย หลังทำหัตถการ ส่งเสริมการลุกจากเตียงโดยเร็ว และส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ให้ทุนอุดหนุน โครงการวิจัย รศ.ดร.รอนนพ. ชัยนรินทร์ ปทุมานนท์ , รศ. ชไมพร ทวีศรี และทีมนักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรระบบ าดวิชา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่กรุณา ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะในการใช้สถิติ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อาจารย์แพทย์ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัย คุณนิคดา โขคนุญยสิทธิ์ และทีมหน่วยวิจัยทางการแพทย์ ที่จัดอบรมการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย และให้ความช่วยเหลือตลอดการอบรม

เอกสารอ้างอิง

- นิตยา ภิมุข. (2548). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วยภายหลังการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาล บาลมหาราชนคร เชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วงศ์ ลาภานันต์. (2547). *เกาะติดสถานการณ์การรักษาโรคหัวใจขาดเลือด : Coronary revascularization. เมดิคอลไทม์, 16-31 พฤษภาคม, 44.*
- หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ . (2550). *สถิติหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2549-2550*. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Amoroso, G. (2006). Why cardiology nurses should worry about vascular complications and arterial access. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 5*, 3-4.
- Andersen, K., Bregendahl, M., Kaestel, H., Skriver, M., & Ravkilde, J. (2005). Haematoma after coronary angiography and percutaneous coronary intervention via the femoral artery frequency and risk factors. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 4*, 123-127.

- Boztosun, B., et al. (2007). Early ambulation after percutaneous coronary interventions. *Turkish Society of Cardiology (Turk Kardiyol Dern Ars)*, 35, 227-230.
- Chair, S. Y., Taylor-Pillae, R. E., Lam, G., & Chan, S. (2003). Effect of positioning on back pain after coronary angiography. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 470-478.
- Christensen, B. V., et al. (1998). Vascular complications after angiography with and without the use of sandbags. *Nursing Research*, 47, 51-53.
- Davis, C., VanRiper, S., Longstreet, J., & Moscucci, M. (1997). Vascular complications of coronary intervention. *Heart & Lung*, 26, 118-127.
- Lunden, M. D., Bengtson, A., & Lundgren, S. M. (2006). Hours during and after coronary intervention and angiography. *Clinical Nursing Research*, 15, 274-289.
- Reynolds, S., Waterhouse, K., & Miller K. H. (2001). Head of bed elevation, early walking, and patient comfort after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Dimension of Critical Care Nursing*, 20, 44-51.
- Sabo, J., Chlan, L. L., & Savik, K. (2008). Relationships among patient characteristics, comorbidities, and vascular complications post-percutaneous coronary intervention. *Heart & Lung*, 37, 190-195.
- Shoulders-Odom, B. (2008). Management of patients after percutaneous coronary interventions. *Critical Care Nurse*, 28(5), 26-42.
- Tagney, J., & Lackie, D. (2005). Bed-rest post femoral arterial sheath removal - What is safe practice? A clinical audit. British Association of Critical Care Nurses. *Nursing in Critical Care*, 10, 167-173.
- Untaja P. (2000). *Duration of sheath remain, complications, pain, and discomfort of patients with sheath left in femoral artery after percutaneous transluminal coronary revascularization*. M. S. Thesis in Nursing Science (Adult nursing), Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Vaught, K. B., & Ostrow, C. L. (2001). Bed rest after percutaneous transluminal coronary angioplasty: How much is enough? *Dimension of Critical Care Nursing*, 20, 46-50.
- Vlasic, W., Almond, D., & Massel, D. (2001). Reducing bedrest following arterial puncture for coronary interventional procedures-impact on vascular complications: The BAC trial. *Journal of Invasive Cardiology*, 13(12), 788-792.
- Yilmaz, E., Gürgün, C., & Dramali, A. (2007). Minimizing short-term complications in patients who have undergone cardiac invasive procedure: a randomized controlled trial involving position change and sandbag. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 7, 390-396.

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	รูปแบบที่ 1 (n = 37)	รูปแบบที่ 2 (n = 15)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.760
ชาย	24 (64.9)	9 (60.0)	
หญิง	13 (35.1)	6 (40.0)	
อายุ (ปี)	62.7 (10.5) ⁿ	65.9 (9.9) ⁿ	0.325
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	23.2 (3.6) ⁿ	23.4 (4.1) ⁿ	0.865
ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ			
ความดันเลือดสูง	24 (64.9)	7 (46.7)	0.226
เบาหวาน	12 (32.4)	1 (6.7)	0.052
ไขมันในเลือดสูง	21 (56.6)	13 (86.7)	0.040*
สูบบุหรี่	25 (65.6)	11 (73.3)	0.683

ⁿ ตัวเลขที่แสดงในตาราง คือ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด การรักษาที่ได้รับ และผลการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	รูปแบบที่ 1 (n = 37)	รูปแบบที่ 2 (n = 15)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ผลการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด			1.000
หลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น	14 (37.9)	6 (40.0)	
หลอดเลือดหัวใจตีบ 2 เส้น	13 (35.1)	5 (33.3)	
หลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น	10 (27.0)	4 (26.7)	
การรักษาที่ได้รับ จำนวน (ร้อยละ)			0.273
POBA	5 (13.5)	2 (13.3)	
PCI with bare metal stent	25 (67.6)	7 (46.7)	
PCI with drug eluting stent	7 (18.9)	6 (40.0)	
ผลการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ			0.563
ได้ผล	34 (91.9)	13 (86.7)	
ไม่ได้ผล	3 (8.1)	2 (13.3)	

ตารางที่ 3 ขนาดท่อนำสายสวน แพทย์ผู้กดแผล และระยะเวลาในการกดแผล จำแนกตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	รูปแบบที่ 1 (n = 37)	รูปแบบที่ 2 (n = 15)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ขนาดของท่อนำสายสวน (Fr.)			0.196
6 Fr.	36 (97.3)	13 (86.7)	
7 Fr.	1 (2.7)	2 (13.3)	
แพทย์ผู้ทำการกดแผล			0.104
Resident	32 (86.5)	14 (93.3)	
Cardiologist	5 (13.5)	0	
Resident และ Cardiologist	0	1 (6.7)	
ระยะเวลาในการกดแผล (นาที)			0.667
≤ 14 นาที	11 (29.7)	6 (40.0)	
15-30 นาที	25 (67.6)	9 (60.0)	
> 30 นาที	1 (2.7)	0	

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดที่เกิดในแต่ละระยะ จำแนกตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

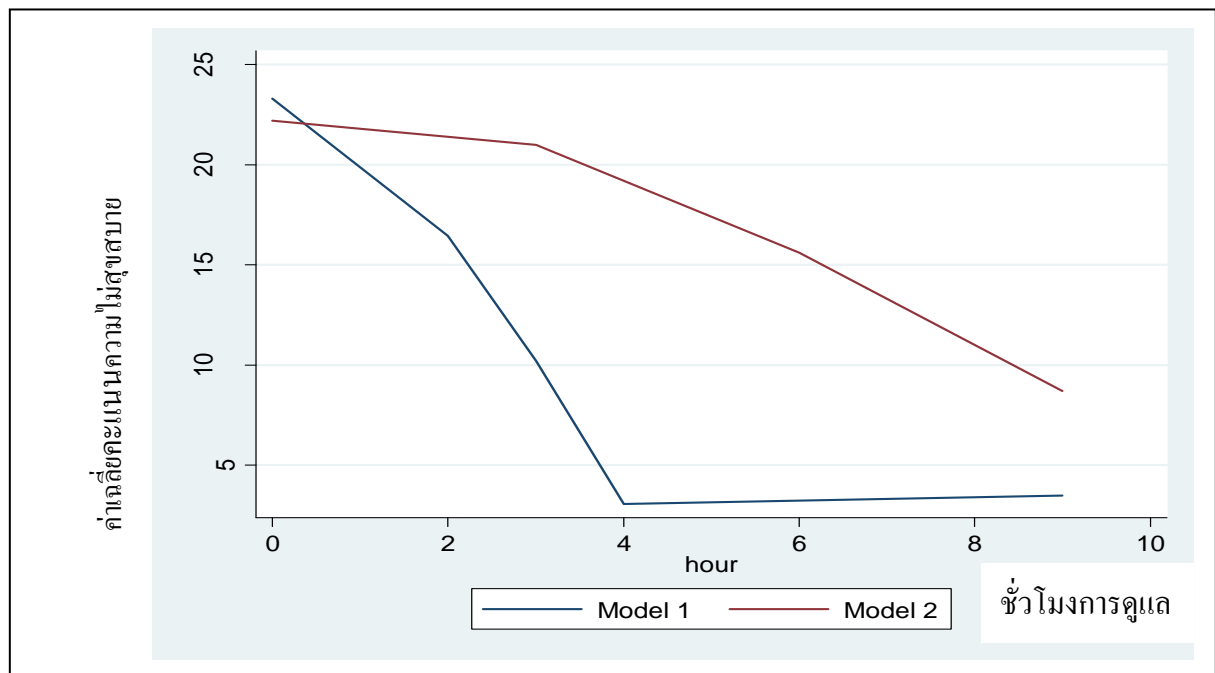
ภาวะแทรกซ้อน	รูปแบบที่ 1 (n = 37)	รูปแบบที่ 2 (n = 15)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
แรกรับจาก Cath Lab			0.433
Bleeding	1 (2.7)	2 (13.3)	
Hematoma	1 (2.7)	0	
ก่อนถอดท่อนำสายสวน			1.000
Bleeding	2 (5.4)	1 (6.7)	
Hematoma	2 (5.4)	0	
หลังถอดท่อนำสายสวน			1.000
Hematoma	1 (2.7)	0	
ก่อนกลับบ้าน			1.000
Hematoma	1 (2.7)	0	

ตารางที่ 5 คะแนนความไม่สุขสบายจำแนกตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ระยะ	รูปแบบที่ 1 (n = 37)	รูปแบบที่ 2 (n = 15)	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
ก่อนถอดท่อน้ำสายสวน	21.4 (24.2)	21.2 (22.9)	0.944
หลังถอดท่อน้ำสายสวน	22.0 (20.5)	22.2 (23.2)	0.952
หลังทับหมอนทราย	19.6 (23.0)	21.0 (21.4)	
หลังเหยียดขา	7.5 (11.9)	15.6 (21.1)	
หลังครบเวลาจำกัดให้นอนบนเตียง	3.5 (6.9)	8.7 (15.2)	
ตลอดระยะเวลาติดตาม 9 ชั่วโมง *	78.6 (61.8)	156.2 (133.0)	0.032*
ก่อนกลับบ้าน	3.7 (9.1)	5.0 (6.4)	0.218

*พื้นที่ใต้เส้นกราฟ = f (คะแนนความไม่สุขสบาย X ระยะเวลา)

รูปที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่ 1 และ ที่ 2



1. “การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโดยการกำหนดสัญญาณเตือน (Alarm signals)”

2. คำสำคัญ : สัญญาณเตือน, Alarm signals

3. เจ้าของโครงการ

นางสาวนฤมล วงศ์มณีโรจน์ หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นหัวหน้าทีม

นางสายฝน บุญเลิศ พยาบาล สมาชิกทีมคนที่ 1

นางสาวกนกวรรณ จำก้าง พยาบาล สมาชิกทีมคนที่ 2

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด งานการพยาบาล
ผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-945967

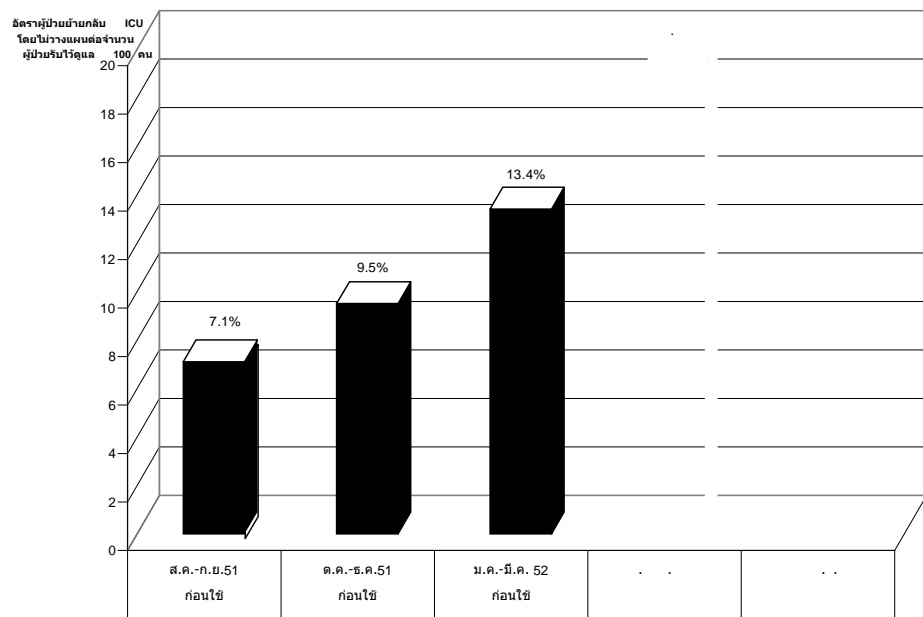
E-mail : nwongman@med.cmu.ac.th

4. เป้าหมาย :

- ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหัวใจ ที่รับ
การโดยใช้ alarm signals เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเพื่อสังเกตและดักจับอาการผิดปกติ
ตั้งแต่เริ่มแรกเปลี่ยนแปลง (early detection) ซึ่งจะนำไปสู่การให้การรักษาดังแต่เริ่มต้นที่
มีอาการผิดปกติไม่มาก (early treatment)
- ลดอัตราการย้ายกลับ ICU CVT โดยไม่ได้วางแผน
- พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

5. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเป็นศาสตร์และศิลป์สาขาหนึ่ง ที่ต้อง
นำองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ใ้ใน การให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม
ประสบการณ์ในการทำงานจะช่วยให้พยาบาลผู้มีความรู้สามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหา คาดการณ์
สิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างแม่นยำ ทำให้สามารถดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการดูแลผู้ป่วย หลังผ่าตัดหัวใจที่อยู่ในระยะกึ่งวิกฤตที่มีปัญหาและมีความ
ซับซ้อนมากมาย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานยังต้องมีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ทำงาน
อย่างมาก ยิ่งไปกว่านั้นต้อง มีการตัดสินใจที่ดีและสามารถ แก้ไขปัญหาทันต่อเหตุการณ์ ในการ
ช่วยเหลือผู้ป่วย ที่อาจมี อการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤต แต่เนื่องจากประสบการณ์และ
ความสามารถดังกล่าวต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนาและสั่งสมประสบการณ์ จึงทำให้พยาบาลที่มี
ความรู้และประสบการณ์การทำงาน 1-2 ปี (ระดับ novice) เกิดปัญหาความล่าช้าในการช่วยเหลือ
ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน นหลังผ่าตัดได้ มากกว่าพยาบาลที่มี ความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์
มาก (expertise) อย่างไรก็ตาม ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลที่มีทั้งความรู้และประสบการณ์ใน
การให้การพยาบาลซึ่งมีสาเหตุจากการย้ายสถานที่ทำงานและการเปลี่ยนลักษณะงานของพยาบาล
ที่หน่วยงานหลายแห่งกำลังประสบ ในปัจจุบัน พบว่า เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ เกิดช่องว่างในการ
ดูแลผู้ป่วยแต่ละช่วงเวลาระหว่างพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์มาก กว่า 10 ปี พยาบาลที่

มีความรู้และประสบการณ์ 3-5 ปี และพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ การทำงาน 1-2 ปี หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยเปิดใหม่ที่รับดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจที่อยู่ในระยะกึ่งวิกฤต รวม 8 เตียง ก็ประสบปัญหาดังกล่าวแล้วข้างต้น เนื่องจากในขณะที่เปิดหอผู้ป่วยในวันที่ 1 สิงหาคม 2551 นั้น ทีมพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเพียง ร้อยละ 37.5 (3 คน ในจำนวนพยาบาลทั้งหมด 8 คน) และยังพบว่าอัตราการย้ายผู้ป่วยกลับเข้า ICU-CVT โดยไม่ได้วางแผนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 1



จากปัญหาควา มสามารถของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจในระยะ กึ่งวิกฤตที่แตกต่างกันหลายระดับจาก novice ถึงระดับ expertise จึงได้นำแนวคิดของ rapid response team และ pre-arrest sign โดยนำหลักวิชาที่เป็น องค์ความรู้ด้านการพยาบาลและ ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตฉุกเฉินเป็นหลัก ผสมผสานกับประสบการณ์ทางการพยาบาลที่สั่งสม มาเป็นระยะเวลา นาน มาออกแบบ Alarm signals เพื่อเป็นเครื่องมือเฝ้าระวังอาการ เปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของผู้ป่วย โดย ถ่ายทอดออกมา ในรูปแบบของสัญญาณเตือน ซึ่งใช้โทน สีเขียว เหลืองและแดง เพื่อสื่อสารถึงอันตรายของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ดูแลและ ความเร่งด่วนในการบริหารจัดการตามบริบทของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอกและ หลอดเลือด เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการตัดสินใจและบริหารจัดการเพื่อช่วยเหลือ ผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานโดย มีการดักจับอาการตั้งแต่เริ่มแรกเปลี่ยนแปลง (early

detection) ซึ่งจะนำไปสู่การให้การรักษาดังแต่เริ่มมีอาการไม่มาก (early treatment) นำสู่การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องโดยใช้วงล้อของ PDCA

Plan รวบรวมข้อมูลการย้ายผู้ป่วยกลับเข้า ICU-CVT โดยไม่ได้วางแผน ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย กำหนดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโดยอ้างอิงจากหน่วยงานต่างประเทศและประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานโดยการประเมินตนเองและโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งพบปัญหาความแตกต่างในการบริหารจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเปลี่ยนแปลงและบางครั้งเกิดความล่าช้ากรณีพยาบาลผู้ดูแลมีประสบการณ์ 1-2 ปีและคาดการณ์ล่วงหน้าไม่ถูกต้อง

Do นำเสนอ “สัญญาณเตือน Alarm signals” (ดังตารางในภาคผนวก) และใช้เป็นเครื่องมือในการพยาบาลดูแลและประเมินผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด จากนั้นรวบรวมข้อมูลการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลอุบัติการณ์ย้ายผู้ป่วยกลับเข้า ICU-CVT โดยไม่ได้วางแผน ผลดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและเฝ้าระวังโดยใช้ Alarm signals จำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2552

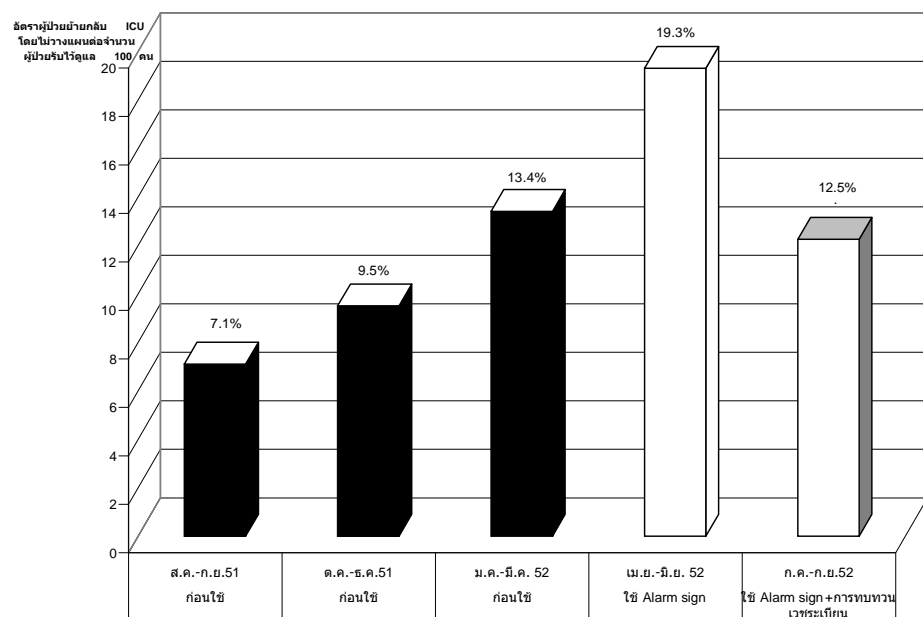
กลุ่มโรค	Green zone (%)	Yellow zone (%)	Red zone (%)	Total (%)
Coronary artery disease	26 คน (66.7%)	4 คน (10.2%)	9 คน (23.1%)	39 คน (32.2%)
Valvular heart disease	29 คน (51.8%)	11 คน (19.6%)	16 คน (28.6%)	56 คน (46.3%)
Congenital heart disease	11 คน (64.7%)	5 คน (29.4%)	1 คน (5.9%)	17 คน (14.1%)
aneurysm	0 คน (0.0)	3 คน (60.0%)	2 คน (40.0%)	5 คน (4.1%)
อื่น ๆ	3 คน (75.0%)	1 คน (25.0%)	0 คน (0.0)	4 คน (3.3%)
รวม	69 คน (57.0%)	24 คน (19.8%)	28 คน (23.2%)	121 คน (100%)

6. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

Study

- ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ในการเปิดให้บริการระยะเวลา 1 ปี (1 สิงหาคม 2551 ถึง 31 กรกฎาคม 2552) มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0.12 ของผู้ป่วยจำหน่าย 821 คน (ผู้ป่วยวินิจฉัย Marfan' s syndrome และเสียชีวิตจาก rupture aneurysm ในเดือนพฤษภาคม 2552)
- อัตราผู้ป่วยย้ายเข้า ICU-CVT โดยไม่ได้วางแผนในระยะเริ่มใช้เครื่องมือระยะเดือนเมษายนถึง มิถุนายน 2552 ยังไม่ลดลงเนื่องจากเป็นระยะของการทำความเข้าใจการนำเครื่องมือมาใช้ ในกลุ่มของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ประกอบกับ การกำหนด parameter ที่สำคัญยังไม่ครอบคลุม จึงมีการปรับเพิ่ม ในส่วนของค่า serum potassium (green zone: $K=4$, yellow zone: $K<4$, $K \geq 5$, red zone : $K \geq 6$) หลังจากนั้นอัตราผู้ป่วยย้ายเข้า ICU-CVT โดยไม่ได้วางแผนจึง ลดลงในระยะเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2552 (ดังตารางที่ 2) และพบว่าการบริหารจัดการและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการเข้าสู่ red zone ทุกรายได้ทันเวลาที่และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต (unexpected dead)

กราฟที่ 1 แสดงอัตราผู้ป่วยย้ายกลับเข้า ICU-CVT โดยไม่ได้วางแผน เปรียบเทียบระยะ ก่อนใช้ alarm signals ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงธันวาคม 2551 และหลังการใช้ alarm signals ระหว่างเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน และระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน 2552



- นอกจากนี้หอผู้ป่วยยังได้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนิน โครงการการทบทวน เวชระเบียนและการดูแลผู้ป่วยขณะพักในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด ในรายที่มีอุบัติการณ์ย้ายกลับICU-CVTโดยไม่ได้วางแผนทุกราย เพื่อนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา และติดตามผลการจัดการและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงจาก green zone เข้าสู่ red zone แบบกะทันหัน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

- บุคลากรเกิดการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่มีมาตรฐาน รวมถึง สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้เร็วขึ้น
- บุคลากรผู้ปฏิบัติรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถพัฒนาและแก้ไขปัญหาเป็นประจำทำให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยวิธีทางศัลยกรรมมากขึ้น

การขยายผลสู่หน่วยงานอื่น

- มีการนำเสนอรูปแบบการใช้ alarm signals ในการดูแลผู้ป่วยในโรคอื่น เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ในบริบทของหอผู้ป่วยอื่น ๆ โดยมีฝ่ายการพยาบาลเป็นตัวเชื่อม แต่ยังไม่ทราบผลการดำเนินงาน

การเผยแพร่

- นำเสนอเครื่องมือ alarm signals ให้แก่พยาบาลผู้เข้าอบรมดูงานจากโรงพยาบาลลำปาง 4 รุ่น
- มีการนำเสนอในงานการจัดการความรู้และนวัตกรรมของคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งได้รับความสนใจจากแพทย์และพยาบาลต่างโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 แสดงเครื่องมือ Alarm signals ใช้เพื่อเป็นกรอบในการสังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของผู้ป่วย

Monitor	Green zone	Yellow zone	Red zone
Rhythm	NSR AF with Ventricular rate 60-100 ครั้ง/นาที	HR 50-60 , 100-120 Brady arrhythmia Tachy arrhythmia Atrial Flutter Frequent PVC	< 50 , > 130 V-tachycardia Short run PVC Couplet PVC Triplet PVC
Systolic Blood Pressure	100-140 mmHg	90-99, > 150 mmHg	< 89, > 160
CVP	8-12 mmHg	พิจารณาเป็นรายกรณี	
Perfusion	Warm Urine > 1ml/kg/hr	Not warm Urine < 1 ml/kg/hour	เย็น & ชื้น Urine 0.5/kg/hour
Drain	< 50 ml / hr < 200 ml / 24 hr	100 ml / hr	> 100 ml/hr ติดกัน 2 ชั่วโมง
Consciousness	Oriented	Confusion	Drowsiness, unconsciousness
Respiration	rate 12 – 22 ครั้ง/นาที O2 sat 95-100 %	rate > 24 ครั้ง/นาที O2 sat 90-95 %	rate > 30 ครั้ง/นาที O2 sat < 85 %
การบริหารจัดการ	เฝ้าระวัง Monitor ทุก 2 ชั่วโมง	•Monitor q 30-60 นาที •รายงานแพทย์ •ประเมินและดำเนินการตาม standing order ตามระบบ	•Pacemaker •CPR •ตามแพทย์ร่วมดูแล

การให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางจิตใจแก่หญิงให้นมบุตร

สมชาติ ศรีจันทร์ตา *

พัชรี วรกิจพูนผล**

ดาราวรรณ ศิระกมล***

บทนำ

การรณรงค์ให้ทารกได้รับการเลี้ยงด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิด ถึง 6 เดือน ไม่ได้เป็นเพียงนโยบายระดับประเทศ แต่เป็นการรณรงค์ทั่วโลกเพื่อให้ทารกได้รับสารอาหาร ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย อย่างครบถ้วน ช่วยสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการป้องกันการติดเชื้อ การลดโอกาสการเกิดภูมิแพ้ และ ทำให้มีพัฒนาการสมวัย ทั้งนี้ในกลุ่มทารก เกิดก่อนกำหนดมีรายงาน อัตราการได้รับนมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งพบว่าทารกที่อยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ได้รับนมแม่เป็นอาหารมื้อแรกร้อยละ 41 และ ร้อยละ 83 ที่ได้รับนมแม่เป็นอาหารขณะที่รับการรักษา อยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต และลดลงเหลือร้อยละ 64 ขณะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาถึงอายุครรภ์ พบว่า อายุครรภ์มาก ขึ้น การได้รับนมแม่เป็นอาหารมื้อแรก ลดลง เช่น ทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 29 สัปดาห์และทารกอายุครรภ์ 33-34

สัปดาห์ ได้รับนมแม่ เป็นอาหารมื้อแรกร้อยละ 73 และ 21 ตามลำดับ (Yip, Lee, & Sheehy, 2006) ส่วน ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ อัตราการได้รับนมแม่ของ ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 เท่ากับร้อยละ 18.24, 26.32 ตามลำดับ (หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ , 2551) ซึ่ง จะเห็นได้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้ปัญหาอาจเกิดจากการ ไม่มี นำนม มีน้านมไม่เพียงพอ ความเครียดและ กังวลของหญิงให้นมบุตร ทั้งนี้ มีการศึกษาที่พบว่า เจตคติต่อการให้นมแม่ และบรรทัดฐานของกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการให้นมแม่เป็นตัวแปรในการทำนาย ความตั้งใจในการให้นมบุตร ของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด (ขวัญ หทัย กัณเฑาะโรจน์ , ศรีพรรณ กันธวังและมาลี เอื้ออำนวย , 2550 ; Wheeler, Chapman, Johnson, & Langdon, 2000)

* ผู้ช่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด 2 และคลินิกนมแม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** หัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด 2 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดังนั้นการช่วยเหลือหญิงให้นมบุตร และสร้างทัศนคติที่ดี ต่อการให้นม จึงเป็นเรื่อง ที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่อย่างมาก การช่วยเหลือหญิงให้นมบุตร นั้นไม่ได้สำเร็จทันทีในการช่วยเหลือเพียงครั้ง เดียวแต่หากต้องใช้เวลาหลายครั้ง ทั้งนี้การ ช่วยเหลือนั้นต้องได้รับความร่วมมือจากหญิง ให้นมบุตร แม้ว่าในหน่วยงานต่างๆ จะมีแนว ปฏิบัติในการช่วยเหลือแต่หาก หญิงให้นมบุตร ไม่ให้ความร่วมมือ การประสบความสำเร็จก็ เป็นไปได้ค่อนข้างช้า รวมทั้งบุคลากรผู้ที่ให้ ความช่วยเหลือถือว่าเป็นกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการ ให้นมแม่และมีอิทธิพลอย่างสูงต่อ ความสำเร็จ

หญิงให้นมบุตร โดยเฉพาะ ในระยะ หลังคลอดใหม่ ๆ มักอยู่ในช่วงที่มี ความรู้สึก เจ็บปวด จากการเจ็บบาดแผลหลังคลอดของ ตนเอง กังวลกับ การเจ็บป่วยของบุตรที่ต้อง ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต กิจกรรมการรักษายาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อแพทย์มีคำสั่งว่า ต้องนำนมแม่ 1 ซีซี เพื่อให้เป็น อาหารมื้อแรกของบุตรเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อในทางเดินอาหาร หญิงให้นมบุตร ในรายที่ให้นมยังไม่มา ไม่รู้สึกคัดตึง ไม่มี นม จะมีความเครียดสูง ทีมผู้ดูแลทารกทั้ง พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลควรใช้เทคนิค ช่วยเหลือโดยวิธีการดูดนมด้วยกระบอกสูบ (syringe) ขั้นตอนการปฏิบัติ ดังกล่าวนี้ไม่ ยุ่งยากแต่ในการลงมือปฏิบัติ ตลอดจนที่ท่าของ บุคลากรมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อ ความเครียดและ ความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด การ

อธิบายถึงขั้นตอนว่าการช่วยเหลือจากที่ไม่มี นม ให้มีนม นั้นทำได้อย่างไร และการ ช่วยเหลือใน กรณี ที่มีอาการคัดตึงเต้านม แต่ไม่ สามารถบีบเอาน้ำนมออกได้นั้น ควรทำอย่างไร บ้าง นอกจากนี้ การประเมินความรู้สึกของ หญิง ให้นมบุตรในระยะ หลังคลอดตลอดเวลาของ การช่วยเหลือ เช่น การแนะนำว่าหากมารดา รู้สึกเจ็บปวดควรพูดและระบายออกมามากกว่า การอดทนเก็บไว้ ดังตัวอย่างการพูดดังนี้ “ถ้า เจ็บก็ต้องบอกว่าเจ็บ อย่าเก็บไว้ ความเจ็บจะได้ อยู่ที่ปากและพูดออกมา แต่ถ้าไม่พูดแล้วแสดง อาการเจ็บ เช่น เกร็งตัว ก็จะทำให้กล้ามเนื้อหด รัศตัว ยิ่งทำให้เจ็บมากขึ้น พยายามอย่าฝืน หรือ ขัดขึ้นธรรมชาตินะค่ะ การผ่อนคลายจะช่วยให้ นมไหลได้ดี ” ความเจ็บปวดของหญิงที่มี อาการคัดตึง เต้านม นั้น รุนแรงมากจนผู้หญิง หลายคน บอกว่า “เจ็บยิ่งกว่าคลอดลูกอีก ” อิทธิพลทางจิตใจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญดังนั้น บุคลากรที่ช่วยเหลือต้องเข้าใจและปฏิบัติตาม ขั้นตอนตามแนวปฏิบัติโดยคำนึง ปัจเจกบุคคล และความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นด้วยเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อ ความ สะดวกในการนำองค์ความรู้ ไปใช้ บทความนี้จึงสรุปขั้นตอนในการช่วยเหลือ และ สนับสนุน ด้านจิตใจ จากประสบการณ์ของ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยทารกแรกเกิดและคลินิก นมแม่ดังนี้

1. การแนะนำตนเอง อย่างเป็นกันเอง เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย อบอุ่นและ เป็นกันเอง โดยใช้สรรพนามแทนตัวเองว่า ป้า น้ำ เช่น “สวัสดีค่ะ คุณแม่ ป้าชื่อ สมชาติ ปฏิบัติงานอยู่ในห้องนี้ คุณแม่มี อะไรให้ป้า

ช่วยเหลือบ้างมั้ยคะ” เพราะการมารับบริการในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ตลอดจน การพบปะกับเจ้าหน้าที่ที่ไม่รู้จัก อาจทำให้หญิงให้นมบุตรรู้สึกประหม่าว่าจะวางตัวหรือ ทำตัวเองอย่างไรดี การกล่าวทักทายก่อนช่วยให้การสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพขึ้นต่อไป ทำได้ราบรื่นขึ้น เพราะจากปฏิกิริยาของเจ้าหน้าที่ที่ให้การต้อนรับอย่างเป็นกันเองจะช่วยทำให้หญิงให้นมบุตรรู้สึกดีขึ้น

2. การแนะนำสถานที่บริเวณที่ จะ ประคบและนวดเต้านมและการให้คำแนะนำในการใช้งาน สิ่งของต่างๆ ในห้อง อย่างละเอียด เช่น น้ำดื่ม ซึ่งอุปกรณ์ที่ควร มีคือ กระจกน้ำ ร้อน แก้วน้ำ น้ำดื่มสุก ภาชนะใส่ น้ำ ผ้าขนหนู ผืนเล็ก ที่อำนวยความสะดวกให้สามารถทำได้ ด้วยตนเอง ภาชนะ สะอาดที่เตรียมใส่ นม แม่ อุปกรณ์เครื่องปั๊มนม ประกอบด้วยฝาครอบนม ขวดนม และ เครื่องปั๊มนมไฟฟ้า ที่สามารถ เตรียม ได้ด้วยตนเอง ตลอดจน การเก็บสิ่งของต่างๆ หลังใช้แล้ว โดยผ่านขบวนการ “พูดให้ เขาทำ ทำให้เขาดู ให้เขาทำให้เราดู”

3. การสอนการปฏิบัติ ไม่ว่าจะเรื่อง การล้างมือ การนวดประคบ เต้านม ปั๊มนมแม่ ด้วยเครื่อง หรือ การ ป้อนนมจากเต้า ควรยึด หลักการสาธิต ให้หญิงให้นมบุตร ดูและให้ สาธิตย้อนกลับ หรืออาจกล่าวว่าเป็นการ “พูด ให้เขาทำ ทำให้เขาดู ให้เขาทำให้เราดู ” ถ้าหาก ผ่านขั้นตอนนี้แล้วหญิงให้นมบุตร ยังทำได้ไม่ดี พอดีก็ควรสอนหรือสาธิตซ้ำ

4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหญิงให้นมบุตรเพื่อส่งเสริมบทบาทความเป็นมารดาซึ่ง มีผลต่อความต่อเนื่องหรือการคงอยู่ของ การ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Franck & Spencer, 2003) ทั้งนี้อาจให้หญิงให้นมบุตร ช่วยเหลือในการเก็บน้ำนม เจียนป้าย ติดภาชนะใส่ นมซึ่งควรระบุ ชื่อตนเอง ชื่อของบุตร วันที่ เวลา จำนวน น้ำนมที่ได้แต่ละครั้ง เป็นซีซี เพื่อนำส่ง หอผู้ป่วยที่ บุตร นอน การเน้นให้มีส่วนร่วมดังกล่าวจะทำให้ หญิงให้นมบุตรรู้สึก มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือมากขึ้น และยังทำให้ได้ตระหนัก รับทราบปริมาณน้ำนมตนเองได้ ในแต่ละวันว่าเพิ่มมากขึ้น ลดลง หรือมีปัญหาอย่างไร เพื่อร่วมวางแผน ในการให้ความช่วยเหลือต่อไปได้

5. อธิบายขั้นตอนการช่วยเหลือและ ประเมินขณะที่ให้การ ช่วยเหลือ ขณะที่หญิงให้นมบุตรเข้ามาใช้บริการในแต่ละครั้ง ไม่ว่าจะ เป็นหญิงให้นมบุตร หรือเจ้าหน้าที่ทุกๆ ระดับ ผู้ปฏิบัติงานต้องใส่ใจติดตามประเมินทุกครั้งว่า มีปัญหาอะไรบ้าง เช่น ปริมาณน้ำนมลดลง คล้ำ ได้ก่อนแข็งที่เต้านม ที่ลานนม หรือที่หัวนม รู น้ำนมเปิดไม่หมด การ ประเมิน สภาพผู้มารับ บริการทุกๆ ครั้งว่ามีสีหน้าท่าทางอย่างไร เช่น เงียว ๆ หรือพูดน้อยกว่าที่เคยเป็น สีหน้ามีปัญหา วิตกกังวล ในการเข้าหาก็คิดเสมือน ดูแลคนในครอบครัว ควรถามด้วยความห่วงใย เช่น “เมื่อคืนหลับสบายดีไหม ลูกเป็นไงบ้าง เข้านี้ไปหาลูกมาหรือยัง วันนี้ไม่ค่อยสดชื่นเลยนะมีอะไรให้พี่ช่วยไหม” เป็นต้น อย่างน้อยก็ทำให้หญิงให้นมบุตร รู้ว่า มีคนอื่นคนหนึ่งที่คอยเอาใจใส่เขาอยู่ข้างๆ ถึงแม้จะไม่ใช่ญาติก็ตามและควรพูดคุยให้สม่ำเสมอทุกๆ วัน ทุกๆ ครั้งที่เข้ามาใช้บริการไม่ใช่พอวันนี้ อารมณ์ดีอยาก ทักก็ ทัก เมื่อ ไม่พอใจก็ ไม่ทัก การเปลี่ยนแปลง

อารมณ์ทำให้หญิงให้หมมบุตรยิ่งรู้สึกไม่
ปลอดภัย อาจนำไปสู่การเพิ่มความเครียดได้
และควรบอกเวลาที่คลินิกเปิดให้บริการว่าเวลา
ใดบ้างให้หญิงให้หมมบุตรทราบ ตลอดจน เบอร์
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เมื่อมีปัญหา หญิง
ให้หมมบุตรส่วนใหญ่ มาขอความช่วยเหลือ
เพราะมี ปัญหาของอาการคัดตึงเต้านม ซึ่งมี
ความเจ็บปวดเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือ การกระตุ้น
ให้หญิงให้หมมบุตร มีน้ำนม หรือ ทำอย่างไรให้
หญิงให้หมมบุตร สามารถให้นม แม่แก่ทารกได้
ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งสิ้น เช่น
อาการ คัดตึงเต้านม อธิบายให้แม่ทราบว่า “ป้า
จะช่วยประคบนมวดทำให้เกิดการคลายตัวของ
กล้ามเนื้อ ขณะที่ ป้าประคบ นวดด้วยฝ่าขนหนู
ชุบน้ำอุ่นจัด พอที่คุณแม่จะทนได้ ถ้าเจ็บให้รีบ
บอกว่าเจ็บ เพราะความเจ็บปวดจะออกมา กับ
คำพูด แต่ถ้าไม่พูดแล้วเรื้อรังกล้ามเนื้อ ยิ่งจะทำ
ให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้น ทำให้
เกิดความเครียดมากขึ้น ต้องเริ่มการช่วยเหลือ
ใหม่ เพราะถ้าป้าลงน้ำหนักมือของการนวดแรง
ไปก็จะได้น้ำหนักมือน้อยลง ” ในการทำอาจ
ค่อยๆ ทำทีละข้าง พร้อมทั้งสอบถามมารดา
ตลอดเวลาที่ให้การช่วยเหลือ เพราะเมื่อหญิงให้
หมมบุตร รู้สึกดี หมายถึง กล้ามเนื้อจะเกิดการ
คลายตัวมากขึ้น การผ่อนคลายนั้นคือ อาการ คัด
ตึงเต้านมก็จะค่อยๆ เบาลง และทำให้เต้านมเริ่ม
นิ่มลงตามลำดับ เมื่อเต้านมนิ่มก็จะค่อยๆ เลื่อน
ลงมานวดที่ลานนม โดยวางนิ้วชี้และ
นิ้วหัวแม่มือวางนอกลานนมประมาณ 1 – 2
เซนติเมตร คลึงไปรอบๆ ลานนมจะทำให้
น้ำนมเริ่มไหลออกมาและคลึงไล่ลงมาจนถึง
ลานนม ขณะทำควรบอกถึงขั้นตอนการทำและ

สิ่งที่จะเกิดขึ้น เช่น “บริเวณนี้จะมีเส้นประสาท
อยู่รอบๆ ทำให้เร็วต่อความเจ็บปวด คุณแม่จะ
รู้สึกปวดมาก ถ้ารู้สึกปวดหรือปวดมากขึ้นให้
บอกด้วยนะคะ ” ต้องประเมินความรู้สึก
ตลอดเวลา ขณะที่ช่วยเหลือ สอบถามถึงข้อมูล
ต่างๆ เช่น มีลูกกี่คน คลอดที่ไหน ลูกน้ำหนัก
เท่าไร ลูกเพศอะไร เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ
และเพื่อได้ข้อมูลเก็บลงแฟ้มประวัติคนไข้ หรือ
อาจเล่าถึงหญิงให้หมมบุตร คนก่อนๆ ที่เข้ามารับ
บริการ หรือ หากมี หญิงให้หมมบุตร ที่มารับรับ
บริการอยู่ก็แนะนำให้รู้จักกัน ให้กำลังใจ และ
ความมั่นใจว่าทุกๆ คนก็เคยผ่านเหตุการณ์
เช่นนี้มาก่อน จะช่วยทำให้รู้สึกดีขึ้นว่าไม่ใช่มี
เพียงตนเองที่รู้สึกและต้องเผชิญกับปัญหา
ดังกล่าว เมื่อน้ำนมเริ่มไหลและเต้านมนิ่มการ
เริ่มด้วยการบีบด้วยมือหรือปั๊มด้วยเครื่องขึ้นอยู่กับ
ลักษณะของหญิงให้หมมบุตร เช่น หากรู้สึก
อ่อนล้าเนื่องจากปวดมากและไม่ได้พักมาทั้งคืน
ขณะที่ทำยังปวดมากและบุตรยังไม่ได้อุณม
จากเต้า ควรบีบกระตุ้นด้วยเครื่องไฟฟ้า ขณะที่
บีบและน้ำนมไหลควรประเมินความพึงพอใจ
พร้อมกับเปิดโอกาสให้หญิงให้หมมบุตรสะท้อน
ความรู้สึกทันทีว่าการช่วยเหลือดังกล่าวทำให้รู้
ดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างไรบ้าง แต่ทั้งนี้การ
ช่วยเหลือเต้านมคัดตึงนั้นไม่ได้เสร็จสิ้นเพียง
ครั้งเดียวจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที
หากแต่ต้องติดตามประเมินผลและบอกแนว
ทางการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดขึ้นอีก

6. คำนี้ถึงด้วยว่ามารดาหลัง คลอด
ทุกคนที่เข้ามาใช้บริการไม่เคยมีประสบการณ์
ไม่ว่าหญิงให้หมมบุตรที่เข้ามาใช้บริการเป็นครั้ง
แรกหรือ บางคนเคยมีประสบการณ์การมีบุตร

มาแล้ว เจ้าหน้าที่ควรประเมินอย่างละเอียดทุก ครั้งเพราะ ในแต่ละวันอาจมีปัญหาคือใหม่เกิดขึ้น เช่น การมีท่อน้ำนมอุดตันเกิดเป็นก้อนไตแข็ง ในเต้านม น้ำนมลดลง การเก็บน้ำนมหรือการ อุ่นนม การประเมินและให้ ความช่วยเหลือต้อง คำนึงถึงปัจเจกบุคคลเป็นสำคัญ บุคลากรต้อง ประเมินความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติและการ ปฏิบัติตัวเพื่อจะได้ให้ความรู้ คำแนะนำในการ ปฏิบัติตัวเพื่อช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนมได้ตรง กับปัญหาของหญิงให้นมบุตรแต่ละราย ได้แก่ การให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ครบ ทั้ง สามมื้อ ดื่มน้ำอุ่นหรือนม พักผ่อนอย่างเพียงพอ ประคบและนวดเต้านมก่อนบีบนมหรือ ให้นมบุตร

7. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ต่างๆ ที่ พบเห็น หรือปัญหาอุปสรรค มาแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในระหว่างบุคลากรและ หญิงให้นมบุตร โดยการทำการกลุ่มสนับสนุน (self help group) แนะนำให้หญิงให้นมบุตรรู้จักกัน หาตัวแทน กลุ่มเพื่อเล่าประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความ คิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นหากได้รับการช่วยเหลือแล้วจะ ดีขึ้น เกิดเป้าหมายที่ชัดเจน ความสำเร็จในการ แก้ไขปัญหาและการให้กำลังใจ จซึ่งกันและกัน ตัวอย่างหญิงให้นมบุตรบางคน มีน้ำนม ประมาณ 0.5 ถึง 1 มิลลิลิตร บอกว่าตนไม่มี น้ำนม น้ำนมยังไม่มา ในกลุ่มหญิงให้นมบุตร ด้วยกันก็จะสามารถเล่าประสบการณ์ให้ฟังได้ ว่า ตอนแรกๆ หลังคลอดใหม่ๆ ทุกๆ คนก็เป็น แบบเดียวกันต้องขยันบีบออก ประคบนวดเต้านม น้ำนมก็จะมามากขึ้นเอง เจ้าหน้าที่อาจพูดเสริม

ว่า น้ำนมแม่ไม่ว่าจะเพียงหยดเดียวก็มีคุณค่า สำหรับลูกโดยเฉพาะทารกที่ต้องอยู่ในภาวะ วิกฤต และเมื่อทารกมีอาการดีขึ้น น้ำหนักและ การดูดกลืนพร้อม น้ำนมของคุณแม่ก็จะเพิ่มขึ้น ตามความต้องการของลูกเอง

คุณลักษณะของผู้ให้ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนหญิงให้นมบุตร

1. การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดมนุษย สัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับหญิงให้นม บุตร การแสดงที่ทำ กริยา วาจาที่เป็นกันเอง โดย การกล่าวทักท ายเชื้อ อเชิญ คนไข้ด้วย ความ อ่อนโยน การกล่าวคำว่าสวัสดิ ด้วยน้ำเสียง อบอุ่นไม่กระแทกกระทั้น ที่มาจากความรู้สึก ภายใน การมอง ด้วย สายตาเป็นมิตร เช่น “สวัสดิ ค่ะ คุณแม่มีอะไรให้ ป้าช่วย บ้างมั๊ยคะ ป้าจะขอแนะนำการเข้า มาใช้บริการห้องนี้ นะ ค่ะ ก่อนอื่นขอคุณแม่ล้างมือให้สะอาดตาม ขั้นตอน”

2. การเป็นผู้ฟังที่ดีและการแนะนำให้

หญิงให้นมบุตร คิดในด้านบวก เมื่อหญิงให้นม บุตรมีปัญหาและมีเรื่องเล่าให้ฟัง ต้องตั้งใจฟัง ปัญหาให้จบ ถ้าแนะนำได้ให้แนะนำ ถ้าแนะนำ ไม่ได้ปรึกษาผู้ เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ควรให้ กำลังใจตามความเหมาะสม เช่น ถ้าหญิงให้นม บุตรบอ กว่านอนโรงพยาบาล นอนไม่หลับ ก็ ควรแนะนำทางในการแก้ไขและชี้แนะ ให้คิดไป ในทางบวก เช่น “ก่อนนอนให้นับ 1 – 100 หรือ ท่องพุท (โธ) ตามการหายใจเข้าออก หรือ ถ้านอนไม่หลับเพราะลูก ของคน ข้างๆ เตียง ร้องให้ ก็ชวนให้ คิดว่าลูกขำ งเตียงคง ไม่สุข สบายจากเปียกชื้น หรือหิวนม อีกไม่นานแม่

ของเด็กก็จะดูแล เด็กก็จะเจ็บไปเอง และถ้าเรา
เอาลูกมาเลี้ยงบ้าง ลูกเราก็ คงร้องไห้ไม่ต่างจาก
เตียงข้างๆ ที่เราเจอ ตอนนี้อะไรคือที่มีแพทย์
และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด ” ควรบอกหญิง
ให้หันมบุตรเสมอว่า อย่าเก็บคำถามไว้ เพราะ การ
วิตกกังวลกับเรื่องใดๆ ก็ตามจะ มีผลต่อการ
สร้าง การหลั่งน้ำนม แนะนำให้หญิงให้หันมบุตร
พูดคุย และ ให้กำลังใจลูกทุกๆ ครั้งที่ขึ้นไป
เยี่ยม บอกลูกว่า “นี่เสียงแม่นะลูก นี่มือแม่นะ
แม่อยู่ใกล้ๆ ลูก แม่ไม่ได้ไปไหน ขอให้ลูก
เข้มแข็ง อดทนนะจ๊ะ แม่รอลูกอยู่ บีบนม หรือ
บีบนมมาให้ลูกทุกๆ มื้อที่ลูกได้อาหารทุกวันนี้
ก็คือ นมแม่นะจ๊ะ ลูกจะจำเสียงแม่ได้ กลิ่นของ
แม่ได้” ไม่ควรแสดงความรู้สึก ท้อแท้ให้ ลูกรู้
เพราะความรู้สึกของเราส่งถึงลูกได้ การคิดบวก
จะทำให้มุมมองโลกให้กว้างขึ้น ไม่คิดแคบๆ มอง
แต่ปัญหาของตนที่เผชิญอยู่ หญิงให้หันมบุตรที่มี
บุตรเจ็บป่วยหรือน้ำหนักน้อย เกิดก่อนกำหนด
ทำให้เกิดความเครียด ท้อแท้ บางคนคิดน้อยใจ
ว่าทำไมเรื่อง ร้ายๆ จึงเกิดขึ้นกับครอบครัวของ
ตน หากประเมินได้ว่ามีความรู้สึกดังกล่าวควร
รีบให้ความช่วยเหลือ โดยการซักถาม
ปลอบโยน หรืออาจกล่าว ให้กำลังใจว่า “อย่าง
น้อย ยัง โชคดีที่ได้รับดูแลทันทั่วทั้งที ขณะนี้
ลูกได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลที่มี
ความเชี่ยวชาญ คุณแม่ก็โชคดี ที่มีโอกาสได้อยู่
ดูแลลูกอย่างใกล้ชิด เพื่อเป็นกำลังใจให้ลูก
แข็งแรง ดังนั้นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของคุณ
แม่คือ การเตรียมน้ำนมแม่ที่มีคุณค่าเหนือสิ่ง
อื่นใด เสมือนหนึ่งยาที่หมอคนไหนก็จัดให้
ไม่ได้” หลังจากนั้นก็ควรเริ่มเชิญชวนให้หญิง
ให้หันมบุตรเตรียมพร้อมสำหรับการทำ บทบาท

หน้าที่ของมารดา “จากนี้ไปขอให้คุณแม่ หัน
กลับมาดูแล ตัวเอง เพื่อจะได้ร่วมมือกับแพทย์
ในการช่วยดูแลรักษาลูกด้วยการเตรียมน้ำนม
แม่ให้ลูก ความเครียดและความวิตกกังวลของ
แม่จะทำให้ น้ำนมหลังคลอดและลดน้อยลง ”
(Zelkowitz & Papageorgiou, 2005)

3. การมีจิตใจที่พร้อ มให้ความ
ช่วยเหลือ ไม่ทำเพราะมีหน้าที่ การมีจิตใจที่
พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ ไม่ใช่ ทำเพราะ
หน้าที่ ไม่แสแสสร้าง การทำงานมีแนวทางปฏิบัติ
ทุกๆ การทำงาน แต่ ผู้ให้บริการ ต้องใส่ใจจิตวิ
ญาณของการเป็นผู้ให้การช่วยเหลือซึ่งสิ่ง
เหล่านี้ เราสัมผัสได้โดยพฤติกรรม และ การ
กระทำที่ควบคู่กัน

4. การนำมาปรัชญาหรือ ความเชื่อ
ด้านศาสนาเข้ามาประยุกต์ ใช้เพื่อเป็นแรงจูงใจ
การปฏิบัติให้เห็นจริงถึงสัจธรรม การนำหลัก
คิดมาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อเพิ่มพลังหรือ
เป็นการให้กำลังใจตนเอง ในพุทธศาสนาเชื่อว่า
จิตนำกายหรือจิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว ส่วนใน
หลักปรัชญาของท่านเมฆุซามะเชื่อว่า มนุษย์เรา
เป็นอย่างไรขึ้นกับความรู้สึกนึกคิด (มูลนิธิ
บำเพ็ญสาธารณประโยชน์ด้วยกิจกรรมทาง
ศาสนา องค์การศาสนาเซโกลิวเซเคียว
สำนักงานประเทศไทย , 2550) เช่น ถ้าหญิงให้
นมบุตรคิดว่าตนไม่มีน้ำนมพอให้บุตร น้ำนมก็
จะไม่มี ถ้าคิดว่า ตนเองมีน้ำนมเพียงพอเหมือน
หญิงให้นมบุตรคนอื่นๆ น้ำนมก็จะมีเพียงพอ
เหมือนดังที่คิด

บทวิเคราะห์

ขั้นตอนในการช่วยเหลือและ
สนับสนุนด้านจิตใจ เป็นเรื่องละเอียดอ่อน

บุคลากรจึงไม่ควรมองข้ามแม่เป็นเรื่องเล็กน้อย เพราะเรื่องดังกล่าว อาจมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของหญิงให้นมบุตร ดังนั้นขั้นตอนในการช่วยเหลือและสนับสนุน หญิงให้นมบุตร จึงเริ่มตั้งแต่ การแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย อบอุ่นและเป็นกันเอง ซึ่งช่วยให้ ขั้นตอน ในลำดับ ต่อๆ ไปราบรื่นขึ้น การ เน้นให้ มีส่วนร่วม และการอำนวยความสะดวก เอื้ออำนวยทรัพยากรต่างๆ การยึดหลักการสาริตและสาริตย้อนกลับ หรือ “พูดให้เขาทำ ทำให้เขาดู ให้เขาทำให้เราดู ” โดยคำนึงถึงว่ามารดาหลังคลอดทุกคนที่เข้ามาใช้บริการอาจไม่เคยมีประสบการณ์การให้นมบุตรมาก่อน ในการปฏิบัติจึงควร อธิบาย

สรุป

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมเพราะน้ำนมแม่มีประโยชน์ต่อทั้งทารกที่มีภาวะสุขภาพปกติ และทารกที่เจ็บป่วย มีผลดีต่อมารดา ครอบครัว สังคมและระดับประเทศ แต่ทั้งนี้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มักมีปัญหาและอุปสรรคสำคัญ ทำให้ การได้รับนมแม่ต่ำกว่าเกณฑ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกที่เจ็บป่วย กล่าวคือ มารดาหลังคลอดมักเครียดจากหลายปัจจัยทำให้น้ำนมมาช้า มีน้ำมน้อย บางคนบุตรเจ็บป่วยหรือมีข้อจำกัดไม่สามารถดูดนมจากเต้าได้ แต่หากหญิงให้นมบุตรมีเจตคติที่ดีต่อการให้นมแม่ ก็จะทำให้มีความตั้งใจในการให้นมบุตร ดังนั้น พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลมีหน้าที่ที่ต้องประเมินช่วยเหลือ สนับสนุนและติดตามให้ทารกทุกคน

ขั้นตอนการช่วยเหลือและประเมินความเจ็บปวดขณะที่ให้การช่วยเหลือ บุคลากรผู้ให้ความช่วยเหลือหญิงให้นมบุตรจึงต้อง เป็นผู้ที่มีจิตใจที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ เป็น ผู้ฟังที่ดี เพื่อจะสามารถแนะนำให้หญิงให้นมบุตรคิดในด้านบวก โดยอาจนำมาปรัชญาหรือ ความเชื่อด้านศาสนาเข้ามาประยุกต์ ใช้เพื่อเป็นแรงจูงใจและที่สำคัญควรมี การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ต่างๆ ที่พบเห็น หรือปัญหาอุปสรรค มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระหว่างบุคลากรและ หญิงให้นมบุตรโดยการทำกลุ่มสนับสนุน เพื่อพัฒนางานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ได้รับนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง กาสับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจแก่หญิงให้นมบุตรจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะ มีอิทธิพลอย่างมากต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กาสสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจเป็นเรื่องที่ทำได้ง่ายทุกคนควรมีส่วนร่วมทุกคนทำได้ โดยไม่ต้องลงทุน

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญหทัย กัณเฑาะโรจน์ , ศรีพรรณ กันธวัง และ มาลี เอื้ออำนวย . (2550). ปัจจัยทำนายความตั้งใจของมารดาในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร*, 34(1):1-10.
- มูลนิธิบำเพ็ญสาธา รณประโยชน์ด้วยกิจกรรมทางศาสนา องค์การศาสนาเซไค คิวเซเคียว สำนักงานประเทศไทย . (2550). *ปรัชญาท่านเมฆุชามะรากฐานแห่งสวรรค์เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: บริษัท ก. พล.
- Franck, L. S., & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth*, 30: 31–35.
- Wheeler, J., Chapman, C., Johnson, M., & Langdon, R. (2000). Feeding outcomes and influences within the neonatal unit. *International Journal of Nursing Practice*, 6(4): 196-206.
- Yip, E., Lee, J., & Sheehy, Y. (2006). Breast-feeding in neonatal intensive care. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 32(4): 296-298.
- Zelkowitz, P., & Papageorgiou, A. (2005). Maternal anxiety: an emerging prognostic factor in neonatology. *Acta Paediatric*, 94: 1704–1705.

อุปกรณ์ที่ยึดนิ้วมือ (Hand splint)

สุภาณี สมหวังประเสริฐ*วทบ.(วิทยาศาสตร์บัณฑิต พยาบาลและผดุงครรภ์)

ความเป็นมา

การผ่าตัดที่มือ บางครั้ง จำเป็นต้องให้นิ้วมืออยู่นิ่งและ เหยียดออกรวมทั้งการจับนิ้วมือที่ ไม่เกี่ยวข้องเพื่อไม่ให้รบกวนการผ่าตัดนั้น เนื่องจากศัลยแพทย์และผู้ช่วยศัลยแพทย์มีจำนวนน้อยการจัด นิ้วมือให้เหยียดออกและอยู่ในสภาพที่ผ่าตัดได้สะดวกนั้นเป็น ไปด้วยความยุ่งยาก จำเป็นต้องใช้ เครื่องมือในการช่วยทำให้นิ้วมือเหยียด การใช้อุปกรณ์ที่ยึดนิ้วมือ (Hand splint) จะช่วยเพิ่มความสะดวก ในการผ่าตัด ผู้ประดิษฐ์เป็นพยาบาลห้องผ่าตัดได้ตระหนักถึงความจำเป็นของอุปกรณ์เครื่องมือช่วย ผ่าตัดชนิดนี้ เพื่อให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดได้สะดวก ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วปลอดภัยมีประสิทธิภาพ จึงคิดประดิษฐ์ อุปกรณ์ที่ยึดนิ้วมือ (Hand splint) เพื่อใช้งานทดแทน อุปกรณ์ที่ยึดนิ้วมือ (Lead Hand) อันเดิม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อความสะดวกของศัลยแพทย์ขณะผ่าตัด
2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วขึ้น มีประสิทธิภาพ

วิธีการทำ

1. เตรียมแผ่นพลาสติกแข็งสีขาวขนาดกว้าง 20 เซนติเมตรยาว 30 เซนติเมตร หนา 0.5 เซนติเมตร จำนวน 1 ชิ้น
2. ใช้เลื่อยไฟฟ้า ตัดแผ่นพลาสติกเป็นรูปมือ (ดังรูปที่ 1)
3. ใช้กระดาษทรายละเอียดขัดขอบแผ่นพลาสติกให้เรียบ
4. เตรียมยางรัดหรือใช้กรรไกรตัดถุงมือบริเวณนิ้วมือให้เป็นลักษณะเหมือนยางรัด (ดังรูปที่ 2)
5. ใช้ยางรัดคล้องกับแผ่นพลาสติกบริเวณนิ้วมือ (ดังรูปที่ 3)

* พยาบาล 6 ระดับ 6 หน่วยผ่าตัด 4 งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิธีการใช้

1. นำแผ่นพลาสติกมาวางใต้มือที่ต้องการยึดให้เหยียด
2. ใช้ยางรัดหรือถุงมือที่ตัดไว้มารัดนิ้วมือที่ต้องการให้เหยียดออก (ดังรูปที่ 4)
3. ทำการผ่าตัดโดยใช้ Hand splint (ดังรูปที่ 5)
3. หลังการใช้นำไปล้าง ทำความสะอาดและนำไปทำให้ปราศจากเชื้อโดยการอบแก๊ส และนำกลับมาใช้ใหม่ได้ (ดังรูปที่ 6)



รูปที่ 1 แผ่นพลาสติกกรุปมือ



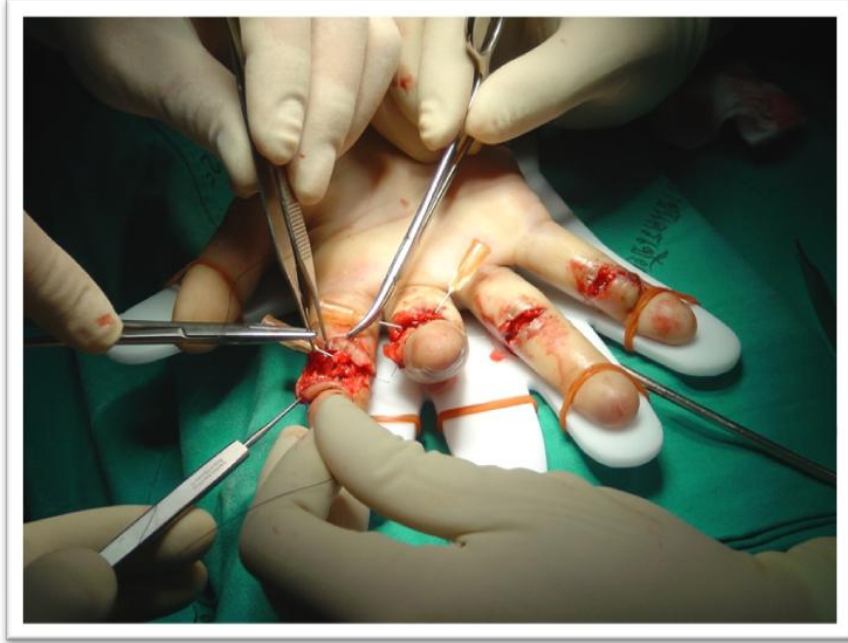
รูปที่ 2 ยางรัดและถุงมือที่ตัดเป็นวง



รูปที่ 3 Hand splint ที่คล้องด้วยยางรัด เปรียบเทียบกับ Lead Hand



รูปที่ 4 นิ้วมือที่ยึดด้วย Hand splint เปรียบเทียบกับ Lead Hand



รูปที่ 5 การผ่าตัดโดยใช้ Hand splint



รูปที่ 6 Hand splint ที่อบแก๊สแล้ว

นำ Hand splint ที่ประดิษฐ์แล้วมาใช้ในผู้ป่วยตั้งแต่เดือนกันยายน 2549 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2552 รวมทั้งหมด 20 รายพบว่าสามารถใช้ได้ ทุกราย สำหรับอุปกรณ์ที่ยึดนิ้วมือ (Lead Hand) ที่ซื้อจากบริษัทตัวแทนจำหน่ายราคาอันละประมาณ 10,000 บาท แต่อุปกรณ์ Hand splint ราคาอันละประมาณ 400 บาทเป็น การลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 96

สรุป

การใช้ Hand splint ที่ประดิษฐ์ขึ้นนี้ สามารถช่วยเพิ่มความสะดวกในการผ่าตัดได้ ศัลยแพทย์พึงพอใจ อีกทั้งสามารถกลับมาใช้ได้ใหม่ เป็นการลดต้นทุนในการผ่าตัด เป็นประโยชน์ในการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลอีกทางหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

- พงษ์ศักดิ์ วัฒนา . ศัลยกรรมอุบัติเหตุและออร์โธปิดิกส์ . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ครุสภาลาดพร้าว , 2524: 247
- ธนิต วัชรพุกต์. ศัลยศาสตร์ฉุกเฉิน. ใน: โกสิทธิ์ เปรียบจรรย์วัฒน์. กรุงเทพฯ: บริษัทศาสตร์การพิมพ์, พิมพ์ครั้งที่ 2, 2531: 56
- วิวัฒน์ วิสุทธิโกศล . ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุทางมือ . กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร , พิมพ์ครั้งที่ 2, 2532: 379
- สรנית ศีลธรรม อนันต์ ตันมุขยกุล . ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 9. ใน: สำเรง เนติ . กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2541: 127
- มานิตย์ ลิมปพยอม. กระดูกและข้อเคลื่อนสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ. 2550: 244

บุคคลเด่นวันนี้

ประวัติส่วนบุคคล

1. ชื่อ – นามสกุล
นางสาว รัชฎา วิหครัตน์
2. เชื้อชาติ/สัญชาติ
ไทย / ไทย
3. วัน เดือน ปีเกิด /อายุ
20 พฤศจิกายน 2503 อายุ 49 ปี

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2526 หลักสูตรปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2526 รับราชการพยาบาลหน่วยคลอด จนถึงปัจจุบัน

รางวัลที่ได้รับ

พยาบาลวิชาชีพด้านสูติกรรมดีเด่น ปี 2552 ในโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก เพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทย ในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายา ในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร



ผลงาน/โครงการ /วิจัย ดีเด่น

1. ชื่อเรื่อง โครงการ Pain management

ความเป็นมา

การคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติที่มีผลกระทัดรัดตัว เพื่อขับเคลื่อนทารกออกสู่โรภภายนอก และการคลอดเป็นช่วงเวลาที่สำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยแต่ละบุคคลอาจผ่านช่วงเวลานี้ไปด้วยประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป จากความเจ็บปวดในระยะคลอดซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด เนื่องจากความไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์คลอดทำให้ผู้คลอดรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และท้อแท้ทรมาณ หากผู้คลอดไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด การตกเลือดหลังคลอด ตลอดจนส่งผลถึงสัมพันธภาพของมารดาและทารกหลังคลอด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่พยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญ ต่อการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด
2. เพื่อให้ผู้คลอดพึงพอใจต่อการดูแลจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด
3. เพื่อให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี

ตัวชี้วัด / เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้คลอดพึงพอใจต่อการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด ระดับมาก มากกว่า 80 %
2. เพื่อให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี ระดับมาก มากกว่า 80 %

กระบวนการดำเนินงาน

1. สืบค้นงานวิจัยต่างๆ จากคณะพยาบาลเกี่ยวกับ การจัดการกับความเจ็บปวดจากเจ็บครรภ์คลอด
2. จัดทำคู่มือการบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอด จากการสืบค้นงานวิจัยต่างๆ
3. จัดอบรมเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับ เพื่อทำความเข้าใจแนวทางการดูแลและตระหนักเห็นความสำคัญ
4. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ หมอนพิง ถูประคบร้อน อุปกรณ์นวด
5. ติดตามการให้ดูแลจัดการความเจ็บปวดของผู้คลอดตามแนวทาง
6. ติดตามประเมินผลความพึงพอใจต่อการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด และประสบการณ์การคลอด

ประโยชน์หรือผลที่ได้รับ

- ได้จัดทำโครงการตลอดคุณภาพ ซึ่งเป็นโครงการเตรียมความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากแนวทางการดูแลในหัวข้อเรื่องการให้ความรู้ ผู้คลอดอยู่ในช่วงเจ็บครรภ์ ไม่สามารถรับความรู้จากการสอนเมื่อมาคลอด และไม่สามารถนำเทคนิคการบรรเทาเจ็บครรภ์คลอดมาใช้ได้
- นวัตกรรมถุงผ้าประคบร้อนประยุกต์ใช้แทน hot pack jel ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและมีประสิทธิภาพในการดูแลเพื่อบรรเทาเจ็บครรภ์คลอด
- มีการจัด COP (ชุมชนนักปฏิบัติ) แลกเปลี่ยนวิธี/เทคนิคการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด เพื่อพัฒนาการดูแลผู้คลอด
- เป็นการจัดการกับความทุกข์ทรมานจากการคลอด ทำให้ผู้คลอดสามารถผ่านการคลอดไปได้ด้วยดี ทำให้มีประสบการณ์การคลอดที่ดี ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพแม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- จัดทำโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานการเจ็บครรภ์คลอด โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) เริ่มโครงการ พ.ศ. 2550 ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ



อย่าไปแพะพื่อน... พุดคุย...
ชอบ ไหมตอนเอ...
ชอบ..ชอบทำ



ประหม่นความรุ...เมื่อมาคลอด



เดินเล่นเดี๋ยว่า..จะได้
ไม่ปวดและคลอดง่าย



นี้ก็ดี ไม่ปวดหลัง
...สบาย..สบาย



2. ชื่อเรื่อง โครงการลดคุณภาพ

ความเป็นมา

การคลอดเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของสตรี เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมาก จะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ แต่สิ่งที่สำคัญประการหนึ่ง คือความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด ดังนั้นเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดระยะคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ หญิงตั้งครรภ์ควรมีการเตรียมตนเองให้พร้อม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่ก่อนคลอด การให้ความรู้ในช่วงรอคลอดนั้นผู้คลอดรับรู้และนำไปปฏิบัติได้น้อย และเพิ่มความเครียดมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและเทคนิคบรรเทาเจ็บครรภ์คลอด
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้เหมาะสม
3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติและประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการคลอด
4. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความเจ็บปวด

ตัวชี้วัด / เป้าหมาย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เข้าร่วมโครงการมากกว่า 50 %
2. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการลดคุณภาพ มีความพึงพอใจต่อโครงการ ในระดับมากกว่า 80%
3. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการลดคุณภาพ ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่า 80 %
4. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการลดคุณภาพ มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมมากกว่า 80 %
5. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการลดคุณภาพ มีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความเจ็บปวดมากกว่า 80 %

กระบวนการดำเนินงาน

1. จัดทำแผนการสอน สื่อการสอน แผ่นพับ
2. จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการสอน
3. นำเสนอโครงการเข้าที่ประชุม PCT สุธิตฯ เพื่อขอความร่วมมือแพทย์ตรวจครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ที่ต้องเข้าอบรมหน่วยคลอด ช่วงเวลา 08.30 น. เพื่อส่งหน่วยคลอด 09.30 น.

4. ประสานงานหน่วยฝากครรภ์เพื่อช่วยคัดกรองและนัดหญิงตั้งครรภ์เพื่อเข้าโครงการ โดยรับสมัครหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และต้องการคลอด ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อายุครรภ์ประมาณ 34 - 36 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และ สนใจเข้าร่วมโครงการคลอดคุณภาพ จำนวน 4 - 6 คนต่อวัน
5. อบรมพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมในการสอน โดยทำการสอนแบบกลุ่ม และประเมินผู้สอน เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้คลอดเข้าใจง่ายและนำไปปฏิบัติได้
6. อบรมหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการคลอดคุณภาพ จำนวน 4 - 6 คนต่อวัน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที สถานที่ห้องสอนสุขศึกษาหน่วยคลอด

ประโยชน์หรือผลที่ได้รับ

- หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมในการคลอด และสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ดี ส่งผลให้ร่างกายไม่อ่อนล้า สามารถส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประสิทธิภาพ สร้างเสริมสายใยรักภายในครอบครัว
- ได้จัดทำโครงการส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะรอคลอด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการอบรม



3. ชื่อเรื่อง โครงการส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะรอคลอด

ความเป็นมา

การคลอด ถือเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ในอดีตสตรีส่วนใหญ่คลอดเองที่บ้านจึงได้รับความช่วยเหลือและประคับประคองจากสามี/พี่น้อง แต่ปัจจุบันการคลอดบุตรได้เปลี่ยนจากบ้านสู่โรงพยาบาล ทำให้สตรีระยะคลอดต้องเผชิญการคลอดโดยลำพังปราศจากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าคลอด ทำให้สตรีระยะคลอดต้องเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด การปรับตัวให้เข้ากับสถานที่สิ่งแวดล้อมและบุคลากรโดยลำพัง ส่งผลให้สตรีในระยะคลอดมีความรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนที่จะเผชิญกับกระบวนการคลอด การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับกระบวนการคลอดอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดขณะรอคลอด
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสมและพึงพอใจต่อการจัดการกับความเจ็บปวด
3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

ตัวชี้วัด / เป้าหมาย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีสามี พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ระดับมาก มากกว่า 90 %
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีสามี พึงพอใจต่อการจัดการกับความเจ็บปวด ระดับมาก มากกว่า 90%
3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีสามี พึงพอใจต่อโครงการสามีเฝ้าคลอด ระดับมาก มากกว่า 90%
4. สามีมีส่วนร่วมและพึงพอใจต่อโครงการ ระดับมาก มากกว่า 90%

กระบวนการดำเนินงาน

1 จัดตั้งคณะกรรมการของหน่วยคลอดและประชุมวางแผนการดำเนินงาน เดือนมีนาคม 2551 โดย

* เตรียมสถานที่ / อุปกรณ์ในการสอน / แผ่นพับ

* ประสานงานหน่วยฝากครรภ์ เพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความสนใจเข้าร่วมโครงการและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเข้าร่วมโครงการ ทุกวันจันทร์ กลุ่มละ 3-4 คู่

* สื่อสารที่มพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการเตรียมพร้อมดูแลผู้ร่วมโครงการ

* เตรียมความพร้อมพยาบาลผู้สอน โดยเข้าร่วมสังเกตการณ์ในการสอน

* ดำเนินงานและติดตามประเมินผล

* นำเสนอโครงการเข้าสู่ PCT สุนัข เพื่อพัฒนาการบริการหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการการฝากครรภ์และการคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ประโยชน์หรือผลที่ได้รับ

1. ผู้คลอดสามารถเผชิญเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างมีความสุข เป็นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพครอบครัว ความเห็นอกเห็นใจคู่สามี-ภรรยา ทำให้สามีเห็นความอดทนของภรรยา ส่งผลให้สามีมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกหลังคลอด ซึ่งช่วยลดความเครียดของภรรยาทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ผลดียิ่งขึ้น ครอบครัวยั่งยืน

2. นำเสนอโครงการให้ PCT สุนัข พิจารณาเพื่อพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง โดยจัดตั้งโครงการพัฒนาการบริการหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการการฝากครรภ์และการคลอดในโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ เป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง แพทย์ หน่วยฝากครรภ์ หน่วยคลอด และ หน่วยหลังคลอด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์และสามีจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 และ 2 ที่หน่วยฝากครรภ์ / ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ที่หน่วยคลอด (อายุครรภ์ 34 สัปดาห์) และการเลี้ยงลูก/การให้นมแม่ที่ตึกหลังคลอด (อายุครรภ์ 36 สัปดาห์)

3. มีการพัฒนาโครงการนี้ โดยการทำวิจัย (routine to research) เรื่อง การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในสตรีตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มีสามีมีส่วนร่วมในการดูแลขณะรอคลอด ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล

