

# ความถูกต้องของวิธีการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว ด้วยวิธีสะอาดในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ

กัลยา อิงคະสุทธิ, พ.บ.\*

นลินทิพย์ ตำนานทอง, พ.บ.\*

กรองแก้ว หาญพานิชย์, วทบ.(พยาบาลและผดุงครรภ์)\*\*

\*ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กัลยา อิงคະสุทธิ, นลินทิพย์ ตำนานทอง, กรองแก้ว หาญพานิชย์, ความถูกต้องของวิธีการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว  
ด้วยวิธีสะอาดในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ, เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2547; 14 (2):

## บทคัดย่อ

ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์มีการสอนผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการให้สวนปัสสาวะเป็นครั้งคราวด้วยวิธี  
สะอาด (clean intermittent catheterization, CIC) โดยผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแล แต่ยังไม่มีการศึกษาว่า ผู้ป่วย  
เหล่านั้นยังคงสวนปัสสาวะด้วยวิธีที่ถูกต้องหรือไม่

**วัตถุประสงค์:** เพื่อประเมินความถูกต้องของวิธีการสวนปัสสาวะในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่ได้รับการสอน  
ให้ใช้วิธี CIC จากหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และยังคงสวนปัสสาวะอยู่

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยเชิงพรรณนา

**สถานที่ทำการวิจัย:** ห้องตรวจผู้ป่วยนอก และ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์

**กลุ่มตัวอย่าง:** ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ 25 คน ซึ่งเคยได้รับการสอนให้ใช้วิธี CIC มาแล้วอย่างน้อย 1  
เดือน ที่ยังคงสวนปัสสาวะอยู่ และมาติดตามการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาล  
ศรีนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 สิงหาคม 2545

**วิธีการ :** ประเมินความถูกต้องในขั้นตอนการสวนปัสสาวะของผู้ป่วยโดยพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู

**การวัดผล :** ตรวจสอบความถูกต้องในขั้นตอนการสวนปัสสาวะ

**ผลการวิจัย :** ผู้ป่วยสวนปัสสาวะด้วยตนเอง 14 คน และได้รับการสวนโดยผู้ดูแล 11 คน สามารถสวนปัสสาวะ  
ด้วยวิธีที่ถูกต้องตามขั้นตอนทั้งหมด 17 คน (ร้อยละ 68) ส่วนผู้ป่วยที่สวนปัสสาวะไม่ถูกต้องตามขั้นตอนนั้น  
ส่วนใหญ่ทำผิดในขั้นตอนของการล้างมือ การทำความสะอาดบริเวณฝีเย็บ และการใส่สายสวนเข้าท่อปัสสาวะ

**สรุป :** ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 32 ที่ทำการสวนปัสสาวะไม่ถูกต้องทุกขั้นตอนตามวิธีที่ได้รับการสอนไป  
จึงควรมีการปรับปรุงวิธีการสอน และเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการสวนปัสสาวะให้ถูกต้อง จากบุคลากร  
ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อไป

**คำสำคัญ :** การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราวด้วยวิธีสะอาด, กระเพาะปัสสาวะพิการ

## บทนำ

ภาวะเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic bladder dysfunction) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในการดูแลผู้ป่วยทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยเป็นภาวะที่มีการทำงานของกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ อาจเกิดจากการมีรอยโรคในระบบประสาทส่วนกลาง หรือระบบประสาทส่วนปลายก็ได้<sup>1,2</sup> เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ เพื่อรักษาการทำงานของไต ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และให้มีวิธีการขับถ่ายปัสสาวะที่ปลอดภัย คือ ไม่ให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงทั้งในช่วงที่ถ่ายและไม่ถ่ายปัสสาวะ รวมถึงเป็นวิธีที่ผู้ป่วยและสังคมยอมรับ<sup>2,3</sup> วิธีการที่จะทำให้มีการขับถ่ายปัสสาวะที่ปลอดภัยมีหลายวิธี รวมถึงวิธีการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว (intermittent catheterization) ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลาย สามารถทำได้ทั้งวิธีปราศจากเชื้อ (sterile technique) โดยพยาบาล และวิธีสะอาด (clean intermittent catheterization, CIC) โดยผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแล

CIC เป็นวิธีที่สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยกับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุในระยะยาว เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ หรือเหลือปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะในปริมาณมาก จากการศึกษาติดตามผู้ป่วยที่ใช้ CIC พบว่าถ้าใช้ CIC ร่วมกับการให้ยาเพื่อลดความดันในกระเพาะปัสสาวะ อัตราการเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบน เช่น vesicoureteric reflux, hydronephrosis น้อยมาก และในบางรายพบว่า ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบนที่เกิดก่อนที่จะใช้วิธี CIC นั้นดีขึ้น หรือกลับสู่ปกติได้ แต่ถ้าใช้ CIC โดยไม่ได้ใช้ยา จะพบว่าเกิดความผิดปกติดังกล่าวได้ในอัตราที่สูงขึ้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ, epididymitis, urethral stricture

และ false passage formation พบได้น้อย 4 และพบว่าเกิด asymptomatic bacteriuria ได้บ่อย แต่มักไม่พบ symptomatic urinary tract infection (UTI)<sup>3</sup>

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการใส่ CIC กับ sterile IC พบว่าอัตราการเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะไม่แตกต่างกัน<sup>5,6</sup> บางการศึกษารายงานว่าอัตราการเกิด UTI ในผู้ป่วยที่ใช้ CIC (42.4%) มากกว่าในผู้ป่วยที่ใช้ sterile IC (28.6%) แต่เมื่อพิจารณาในแง่ของค่าใช้จ่ายในการสวนของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม รวมถึงค่าใช้จ่ายชิวะในการรักษา UTI และการใช้อุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ พบว่าค่าใช้จ่ายในกลุ่ม sterile IC มากกว่ากลุ่ม CIC 277%<sup>7</sup>

สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยเด็กที่เป็น myelomeningocele และใช้ CIC ก็ได้ผลเช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ คือ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบนในผู้ป่วยที่มี vesicoureteric reflux ส่วนมากพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของ reflux และบางรายมีอาการดีขึ้นได้อัตราการเกิด bacteriuria 70% โดยเกิด symptomatic UTI น้อยมาก (5/323 patient-weeks) และพบว่าการใช้ CIC ยังช่วยให้ไม่มีปัสสาวะราดอีกด้วย<sup>8,9</sup>

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาว่ามีการคงสภาพการสวนปัสสาวะ 34-86% โดยสาเหตุที่เลิกสวนปัสสาวะ เช่น สามารถปัสสาวะออกได้อย่างปกติ, ได้รับการผ่าตัด sphincterotomy หรือ prostatectomy, ความไม่สะดวกที่จะสวนปัสสาวะต่อ<sup>4,10</sup> สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาเช่นเดียวกันนี้ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ามีการคงสภาพการสวนปัสสาวะ 35.5% และสาเหตุที่ทำให้เลิกสวนปัสสาวะส่วนใหญ่คือ สามารถเบ่งปัสสาวะออกได้ (67.2%)<sup>11</sup>

สำหรับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้มีการสอนให้ผู้ป่วยใช้วิธี CIC เช่นเดียวกัน<sup>12,13</sup> แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ติดตามว่าเมื่อกลับออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยจะยังทำการสวนปัสสาวะได้ถูกต้องตามวิธีที่ได้สอนให้หรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยในภาคอีสานอาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยในภาคอื่นๆ ทั้งในแง่ของระดับการศึกษาและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้, ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยคิดว่าถ้าผู้ป่วยสวนปัสสาวะด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง จะมีการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เสี่ยงต่อ UTI

และเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินประสาทส่วนบนได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาดิตตามผู้ป่วยที่ได้รับการสอนให้ใช้วิธี CIC จากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในครั้งนี้ ซึ่งข้อมูลที่ได้อาจแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการสวนปัสสาวะ และอาจนำมาใช้ในการพิจารณาปรับปรุงวิธีการสอน CIC ต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อประเมินความถูกต้องของวิธีการสวนปัสสาวะในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ ที่ได้รับการสอนให้ใช้วิธี CIC จากหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และยังคงสวนปัสสาวะอยู่
2. เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องของวิธีการสวนปัสสาวะ

**ระเบียบวิธีวิจัย**

**รูปแบบการวิจัย:**

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

**กลุ่มตัวอย่าง:**

ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่ได้รับการสอน CIC จากหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และยังคงสวนปัสสาวะอยู่ โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการสอน CIC ถึงวันที่ทำการศึกษาน้อยกว่า 1 เดือน และสามารถมาติดตามผลการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกได้ ในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 สิงหาคม 2545 การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**วิธีการดำเนินการวิจัย:**

เมื่อผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู จะให้ผู้ป่วยตอบคำถามจากแบบสอบถาม และทบทวนหาข้อมูลบางส่วนจากเวชระเบียน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความถูกต้องในขั้นตอนการสวนปัสสาวะ 6 ขั้นตอน โดยพยาบาลที่หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู

**การวัดผล:**

ความถูกต้องในขั้นตอนการสวนปัสสาวะ 6 ขั้นตอน คือ การจัดทำ, การล้างมือ, การทำความสะอาด

บริเวณฝีเย็บ, การล้างสายสวนและหล่อลื่นสาย, การใส่สายสวนเข้าท่อปัสสาวะ และการไล่น้ำปัสสาวะ โดยใช้แบบประเมินการสอนสวนปัสสาวะด้วยตนเอง ซึ่งพยาบาลที่หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูใช้ประเมินในช่วงที่สอน CIC ให้ผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

**การรวบรวมข้อมูล:**

\* ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ, เพศ, การศึกษา, อาชีพ, ที่อยู่, การวินิจฉัยโรค และชนิดของกระเพาะปัสสาวะพิการ

\* ข้อมูลเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะ ได้แก่ ผู้ทำการสวนปัสสาวะ, ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการสอน CIC ถึงวันที่ทำการศึกษา, ความถี่ในการสวนปัสสาวะในปัจจุบัน, ประวัติการมีไข้ร่วมกับมีปัสสาวะขุ่นในช่วงเวลาไม่เกิน 1 ปีที่ผ่านมา, ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการสวนปัสสาวะเองที่บ้าน

**\* คะแนนความถูกต้องในขั้นตอนการสวนปัสสาวะ การวิเคราะห์ทางสถิติ:**

สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้โปรแกรม JMP version

3.1.4

**ผลการวิจัย**

**ข้อมูลทั่วไป:**

	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ระดับการศึกษา</b>	
* ไม่ได้เรียน	1 (4)
* ประถมศึกษา	12 (48)
* มัธยมศึกษา, อาชีวศึกษา	9 (36)
* ปริญญาตรี	3 (12)
<b>อาชีพ</b>	
* ไม่ได้ประกอบอาชีพ, แม่บ้าน, กำลังศึกษา	15 (60)
* รับราชการ	3 (12)
* ค้าขาย, รับจ้าง	6 (24)
* เกษตรกร	1 (4)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย

	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การวินิจฉัยโรค</b>	
* รอยโรคที่ไขสันหลังจากการบาดเจ็บ	12 (48)
* รอยโรคที่ไขสันหลังที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ	10 (40)
* มะเร็งปากมดลูก หลังผ่าตัด RHND	2 (8)
* อื่นๆ	1 (4)
<b>ชนิดของกระเพาะปัสสาวะพิการ</b>	
* Flaccid	5 (20)
* Spastic	20 (80)

**ตารางที่ 2** แสดงการวินิจฉัยโรค และชนิดของกระเพาะปัสสาวะพิการ

จำนวนผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 25 คน อายุระหว่าง 8-64 ปี (ค่าเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 38.6+15.3 ปี) เป็นหญิง 14 คน และ ชาย 11 คน อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง 8 คน และนอกเขตอำเภอเมือง 17 คน ส่วนใหญ่เรียนจบในชั้นประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ ดังแสดงในตารางที่ 1 การวินิจฉัยโรค และ ชนิดของกระเพาะปัสสาวะพิการ ดังแสดงในตาราง 2

**ข้อมูลเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะ:**

ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการสอน CIC ถึงวันที่ทำการศึกษาเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 15.2+12.2 เดือน ความถี่ในการสวนปัสสาวะในช่วงที่ทำการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สวนปัสสาวะ 1-2 ครั้งต่อวัน ดังแสดงในตารางที่ 3 ประวัติการมีไข้ร่วมกับมีปัสสาวะขุ่น ซึ่งแสดงถึงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI) ในช่วงเวลาไม่เกิน 1 ปีที่ผ่านมา พบมีผู้ป่วยที่ไม่เกิด UTI เลย จำนวน 18 คน (ร้อยละ 72) เกิด UTI 1 ครั้ง และ 3 ครั้ง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 20) และ 2 คน (ร้อยละ 8) ตามลำดับ และมีผู้ป่วย 2 คนที่พบปัญหาในการสวนปัสสาวะที่บ้าน คือ พบว่ากระบอกฉีดยาที่ใช้ใช้สวนปัสสาวะซึ่งเป็นพลาสติกนั้นผิวดมมาก, ใช้น้ำยาก และน้ำยาที่ใช้ในการสวนปัสสาวะที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ไม่เพียงพอซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 คนสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง โดยคนแรกได้ใช้กระบอกฉีดยาที่ทำจากแก้วแทน และ ผู้ป่วยอีกคนได้ไปขอรับน้ำยาที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน เป็นผู้ป่วยที่สวน

ความถี่ในการสวนปัสสาวะ	จำนวน (ร้อยละ)
1 ครั้ง/เดือน	1 (4)
1 ครั้ง/สัปดาห์	2 (8)
1 ครั้ง/วัน	8 (32)
2 ครั้ง/วัน	5 (20)
3 ครั้ง/วัน	4 (16)
4 ครั้ง/วัน	4 (16)
5 ครั้ง/วัน	1 (4)

**ตารางที่ 3** แสดงความถี่ในการสวนปัสสาวะของผู้ป่วยในช่วงที่ทำการศึกษา

ขั้นตอนของการสวนปัสสาวะ	จำนวน
การจัดท่า	0
การล้างมือ	3
การทำความสะอาดบริเวณฝีเย็บ	3
การล้างสายสวนและหล่อลื่นสาย	2
การใส่สายสวนเข้าท่อปัสสาวะ	3
การไล่น้ำปัสสาวะ	1

**ตารางที่ 4** แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ทำผิดในแต่ละขั้นตอนของการสวนปัสสาวะ

ปัสสาวะด้วยตนเองจำนวน 14 คน (ร้อยละ 56) และสวนปัสสาวะโดยผู้ดูแล จำนวน 11 คน (ร้อยละ 44) มีผู้ป่วยที่สามารถสวนปัสสาวะได้ถูกต้องตามขั้นตอนทั้งหมด จำนวน 17 คน และผู้ป่วยที่สวนปัสสาวะไม่ถูกต้องในบางขั้นตอนจำนวน 8 คน (ร้อยละ 32) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำผิดในขั้นตอนของการล้างมือ การทำความสะอาดบริเวณฝีเย็บ และการใส่สายสวนเข้าท่อปัสสาวะ ดังแสดงในตารางที่ 4 ลักษณะของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน คือ ล้างมือไม่ครบทุกขั้นตอนหรือล้างมือแล้วไปจับสิ่งของที่ไมสะอาด, เช็ดทำความสะอาดบริเวณฝีเย็บไม่ครบตามขั้น

การสวนปัสสาวะ	หญิง	ชาย	รวม
ผิดบางขั้นตอน	4	4	8
ถูกต้อง	10	7	17
รวม	14	11	25

Fisher's exact test p=1.00

ตารางที่ 5 แสดงความถูกต้องของการสวนปัสสาวะแยกตามเพศ

การสวนปัสสาวะ	ในเขต	นอกเขต	รวม
	อ.เมือง	อ.เมือง	
ผิดบางขั้นตอน	1	7	8
ถูกต้อง	7	10	17
รวม	8	17	25

Fisher's exact test p = 0.21

ตารางที่ 7 แสดงความถูกต้องของการสวนปัสสาวะแยกตามที่อยู่

การสวนปัสสาวะ	1-12	มากกว่า	รวม
	เดือน	12 เดือน	
ผิดบางขั้นตอน	2	6	8
ถูกต้อง	9	8	17
รวม	11	14	25

Fisher's exact test p = 0.23

ตารางที่ 9 แสดงความถูกต้องของการสวนปัสสาวะแยกตามระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการสอน CIC

ตอนที่กำหนดไว้, ลิมบีบ KY-jelly ที่ก่อน, ไม่ระวังการปนเปื้อนของสายสวนปัสสาวะ พบว่าเพศ ระดับการศึกษา ที่อยู่ ผู้ทำการสวนปัสสาวะ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการสอน CIC ไม่มีผลต่อความถูกต้องของขั้นตอนการสวนปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความถูกต้องของการสวนปัสสาวะกับการเกิด UTI ดังแสดงในตารางที่ 5-10

การสวนปัสสาวะ	ประถมศึกษา	สูงกว่า	รวม
	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา	
ผิดบางขั้นตอน	5	3	8
ถูกต้อง	8	9	17
รวม	13	12	25

Fisher's exact test p = 0.67

ตารางที่ 6 แสดงความถูกต้องของการสวนปัสสาวะแยกตามระดับการศึกษา

การสวนปัสสาวะ	สวนด้วย	สวนโดย	รวม
	ตนเอง	ผู้ดูแล	
ผิดบางขั้นตอน	5	3	8
ถูกต้อง	9	8	17
รวม	14	11	25

Fisher's exact test p = 1.00

ตารางที่ 8 แสดงความถูกต้องของการสวนปัสสาวะแยกตามผู้ทำการสวนปัสสาวะ

การติดเชื้องของทางเดินปัสสาวะ	สวนผิด	สวนถูกต้อง	รวม
	บางขั้นตอน		
ไม่มี	5	13	18
มีอย่างน้อย 1 ครั้ง	3	4	7
รวม	8	17	25

Fisher's exact test p = 0.64

ตารางที่ 10 แสดงการติดเชื้องของทางเดินปัสสาวะในช่วงเวลาไม่เกิน 1 ปีที่ผ่านมา แยกตามความถูกต้องของการสวนปัสสาวะ

บทวิจารณ์

หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้มีการสอน CIC ให้แก่ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะเองได้ หรือเหลือปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะในปริมาณมาก ซึ่งวิธีการสวนปัสสาวะที่ใช้สอนอยู่นี้อาจมีความแตกต่างจากวิธีที่ใช้ในสถาบันอื่นๆบ้าง แต่เคยมีการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อสวนปัสสาวะด้วยตนเองไม่

แตกต่างจากการสวนบัสสาวะโดยพยาบาล 6 เป้าหมายในการสอนให้ใช้ CIC ที่ต้องการคือ ให้ผู้เรียนสามารถสวนบัสสาวะได้ถูกต้องทุกขั้นตอน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนบัสสาวะ เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ หรือ การบาดเจ็บต่อท่อปัสสาวะ โดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจะต้องสามารถสวนบัสสาวะได้ถูกต้องตามขั้นตอนทั้งหมดก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 68 เท่านั้น ที่สามารถสวนบัสสาวะได้ถูกต้องตามขั้นตอนการสวนบัสสาวะทุกขั้นตอน และร้อยละ 32 ทำไม่ถูกต้องในบางขั้นตอน โดยส่วนใหญ่จะทำผิดในขั้นตอนของการล้างมือ การทำความสะอาดบริเวณฝีเย็บ และการใส่สายสวนเข้าท่อปัสสาวะ ซึ่งอาจเกิดจากขั้นตอนการสวนบัสสาวะดังกล่าวซับซ้อนเกินไป ทำให้ยากต่อการจำหรืออาจจะมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของแต่ละขั้นตอนของการสวนบัสสาวะที่สอนให้ ทำให้ละเลยขั้นตอนเหล่านั้นไป

ในการศึกษานี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความถูกต้องในขั้นตอนการสวนบัสสาวะ รวมถึงวิธีการสวนบัสสาวะที่ต่างกันของเพศชายและหญิง ก็ไม่ได้มีผลต่อความถูกต้องของการสวนบัสสาวะด้วยเช่นกัน และในการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่ได้เอาปัจจัยเรื่องอายุมาวิเคราะห์ด้วย เนื่องจากคิดว่าอายุน่าจะมีผลต่อความถูกต้องของขั้นตอนการสวนบัสสาวะในแง่ความจำ และสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วย ซึ่งถ้าจะมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ควรจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมาก เช่น มากกว่า 60 ปี แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี และมีผู้ป่วยที่อายุเกิน 60 ปีเพียง 3 คนเท่านั้น ซึ่งถ้านำมาวิเคราะห์จะทำให้ได้ข้อสรุปที่ผิดพลาดได้

การสวนบัสสาวะไม่ถูกต้องในบางขั้นตอนก็ไม่ได้ทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษานี้มีจำนวนน้อยกว่าที่คำนวณได้ จึงทำให้การสรุปผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว เกิดความผิดพลาดได้ และมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลนี้ไปใช้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งถ้าสามารถติดตามผู้ป่วยทุกคนที่เคยเรียน CIC ได้ อาจพบว่าผู้ป่วยที่สวนบัสสาวะด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้องมากขึ้นกว่านี้

เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดการติดตามการรักษา มักเป็นผู้ป่วยที่ไม่ค่อยใส่ใจในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้มีพยาบาลหลายคนช่วยประเมินความถูกต้องของขั้นตอนการสวนบัสสาวะ อาจทำให้มีอคติเกิดขึ้นได้

มีผู้ป่วยเพียง 2 คนเท่านั้นที่พบปัญหาในการสวนบัสสาวะเองที่บ้าน ซึ่งก็เป็นปัญหาเล็กน้อยเท่านั้น ผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาที่พบว่ายังมีผู้ป่วยที่สวนบัสสาวะไม่ถูกต้องอยู่เป็นจำนวนมาก จึงควรมีการพิจารณาปรับปรุงทั้งขั้นตอนของการสวนบัสสาวะ โดยลดความซับซ้อนของขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำมากขึ้น และเทคนิคการสอน เพื่อให้จำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น มีการเน้นในขั้นตอนสำคัญต่างๆ ที่ผู้ป่วยมักจะทำผิด รวมถึงบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และใส่ใจต่อการเรียนรู้วิธีการสวนบัสสาวะที่ถูกต้อง นอกจากนี้น่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องของขั้นตอนการสวนบัสสาวะ รวมถึงอัตราการเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อนำมาประกอบการปรับปรุงการสอนสวนบัสสาวะให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

## สรุป

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่า ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 32 ที่สวนบัสสาวะไม่ถูกต้องตามขั้นตอนทุกขั้นตอนที่สอนให้ ดังนั้นจึงควรมีการปรับปรุงขั้นตอนการสวนบัสสาวะ, เทคนิคการสอนให้สวนบัสสาวะ และต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจดจำขั้นตอนต่างๆ ได้ง่ายขึ้น และเห็นความสำคัญของการสวนบัสสาวะที่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถสวนบัสสาวะได้ตามขั้นตอนที่ถูกต้องและปลอดภัยต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่ให้การสนับสนุนในการทำการศึกษารั้งนี้ และขอขอบคุณพยาบาลและผู้ช่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการประเมินความถูกต้องของขั้นตอนการสวนปัสสาวะเป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Stover SL. Epidemiology of neurogenic bladder. *Phys Med Rehabil Clin North Am* 1993; 4: 211-20.
2. ไกรวัชร ธีรเนตร. ความผิดปกติในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ. ใน: เสก อักษรานุเคราะห์, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู, พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค, 2539: 415-49.
3. Mark SD, Webster GD. Neurogenic bladder. In: Resnick MI, Older RA, eds. *Diagnosis of genitourinary disease*, 2nd ed. New York: Thieme Stratton, 1997: 501-15.
4. Maynard FM. Long-term management of neurogenic bladder: Intermittent catheterization. *Phys Med Rehabil Clin North Am* 1993; 4: 299-310.
5. Cravens DD, Zweig S. Urinary catheter management. *Am Fam Physician* 2000; 61: 369-76.
6. Tamnanthong N, Manimmanakorn N, Chobcheun R, Hanpanich K. Rate of urinary tract infection in self-catheterization compared to nurse-catheterization for bladder training in patients with spinal cord lesion. *J Thai Rehabil* 1996; 6: 24-34.
7. Prieto-Fingerhut T, Banovac K, Lynne CM. A study comparing sterile and nonsterile urethral catheterization in patients with spinal cord injury. *Rehabil Nurs* 1997; 22: 299-302.
8. Schlager TA, Dilks S, Trudell J, Whittam TS, Hendley JO. Bacteriuria in children with neurogenic bladder treated with intermittent catheterization: Natural history. *J Pediatr* 1995; 126: 490-6.
9. Lin-Dyken DC, Wolraich ML, Hawtrey CE, Doja MS. Follow-up of clean intermittent catheterization for children with neurogenic bladders. *Urology* 1992; 40: 525-9.
10. Perkash I, Giroux J. Clean intermittent catheterization in spinal cord injury patients: A followup study. *J Urol* 1993; 149: 1068-71.
11. Paileeklee S, Suethanapornkul S, Khunadorn F. Continued Intermittent Catheterization Program in Spinal Cord Injured Patients: A Follow up Study. *J Thai Rehabil* 1997; 6: 12-17.
12. กรองแก้ว หาญพานิชย์. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ. หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
13. กรองแก้ว หาญพานิชย์. คู่มือการใช้แบบบันทึกการสวนสวนปัสสาวะด้วยตนเอง. หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.