

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือ (Carpal tunnel syndrome : CTS) หรือในบางครั้งอาจเรียกว่ากลุ่มอาการกดทับเส้นประสาทมีเดียนที่บริเวณข้อมือซึ่งเป็นโรคของการกดทับเส้นประสาทส่วนปลายที่พบมากที่สุด (กวี ภัทรามูร 2548: 521) มีอัตราการเกิดสูงในหลายประเทศ โดยพบว่าในยุโรป แรงงานที่มีการเจ็บป่วยบริเวณข้อมือส่วนบนอันมีสาเหตุจากงานที่ทำ ป่วยเป็นโรคกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือ มีมากกว่า ร้อยละ 60 ของแรงงานทั้งหมด และในประเทศอิตาลีมีความชุกเพิ่มขึ้นในผู้หญิง 9.2 % ในผู้ชาย 6 % และมีอุบัติการณ์การเกิดที่มีอัตราเกิดสูงถึง 276 คน ต่อแรงงาน 100,000 คน ต่อปี (Alfonso et al 2010: 244) การศึกษาอุบัติการณ์โรคนี้ในกองทัพสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการเกิด 3.98 คนต่อทหาร 1,000 คน/ปี และพบในผู้หญิงเป็น 3.29 เท่า โดยมีอายุมากกว่า 40 ปี (Wolf et al, 2009: 290) หลังจากได้มีการศึกษาหาสาเหตุของการเกิดซึ่งมักเกิดจากการทำงานจึงได้หาวิธีการป้องกันโรคโดยมีการจัดสภาพแวดล้อมการทำงาน (Work Station) ที่เหมาะสม แต่เนื่องจาก อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่มากขึ้นย่อมมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรค เพราะการที่เศรษฐกิจดี จะมีการจ้างงานมากขึ้น หรือมีการเพิ่มระยะเวลาการทำงานของแรงงานมากขึ้น การทำงานในลักษณะซ้ำๆ จึงยังคงทำให้เกิดการเจ็บป่วยและหยุดงานจากโรคกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือหรือกลุ่มอาการกดทับเส้นประสาทมีเดียนที่บริเวณข้อมือ ใน ประเทศไทย กระทรวงแรงงานประกาศกำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานโดยกำหนดให้โรคกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือเป็นโรคที่เกิดจากการทำงานในกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 14) และเมื่อศึกษาถึงความชุกและสาเหตุของโรคในกลุ่มของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่าเป็นโรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด 17 % รองจากปวดหลังระดับล่าง 54.2% และการอักเสบของเส้นเอ็นกล้ามเนื้อ 25% (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม 2555: 19) และจากสถิติจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ปี 2555 พบว่าตำแหน่งของอวัยวะที่เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานที่พบบ่อยที่สุดคือ (1) นิ้วมือ (2) คอ (3) บาดเจ็บหลายส่วน (4) มือ ตามลำดับ และผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณมือและข้อมือจากการทำงานปี 2554 มีจำนวน 12,324 ราย และในปี 2555 มีจำนวน 12,627 ราย

แต่เนื่องจาก รายงานนี้เป็นรายงานในกลุ่มของลูกจ้างที่ได้รายงานต่อ กระทรวงแรงงาน จึงไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มที่ทำงานอิสระเช่น ค้าขาย หรือเกษตรกรและในกลุ่มแม่บ้านที่ทำงานบ้าน ที่พบว่า มีอาการของโรคนี้เช่นกัน

CTS เป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีนาน มักพบมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (Alfonso et al, 2010; Rosenbaum and Ochoa, 1993: 47; Wolf et al, 2009: 290; สุพัฒน์ หลายวัฒนะไพศาล 2548; ลิทธิพงศ์ อุปถัมภ์ 2550) และพบมากในช่วงอายุ 40-60 ปี (Rosenbaum and Ochoa, 1993: 47) เกิดจากการที่เส้นประสาทมีเดียน (Median Nerve) ที่เดินทางตั้งแต่บริเวณต้นคอจนถึงปลายนิ้วมือวิ่งผ่านท่อนแขนจากข้อศอกไปยังข้อมือจะต้องลอดช่องอุโมงค์ที่เป็นเส้นเอ็นทอดขวางอยู่ที่บริเวณใต้กระดูกข้อมือเรียกว่า Carpal Tunnel เมื่ออุโมงค์นี้เกิดการแคบลงจากสาเหตุต่างๆ เช่นการอักเสบ การบวม น้ำ การได้รับแรงกดซ้ำ ๆ หรือ เกิดจากการเพิ่มหนาขึ้นของพังคืดเอ็นยึดที่บริเวณอุโมงค์ข้อมือก็จะเป็นผลให้มีกดทับเส้นประสาทมีเดียนซึ่งเป็นเส้นประสาทที่เลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณมือ และเป็นเส้นประสาทที่รับความรู้สึกบริเวณฝ่ามือ นิ้วโป้ง นิ้วชี้ นิ้วกลาง และครึ่งหนึ่งของนิ้วนาง เมื่อถูกกดทับจะทำให้มีอาการที่สำคัญคือ อาการปวด (pain) บริเวณนิ้วมือ มือ และข้อมือ บางครั้งอาจปวดไปที่แขนและข้อไหล่ อาการชา (numbness) รู้สึกชานคล้ายถูกไฟช็อต (tingling) และอาการร้อน (burn) ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือเกิดขึ้นพร้อมกันก็ได้ บางรายอาจมีอาการได้ทั้งฝ่ามือ มักมีอาการชาในมือข้างที่ถนัด บางรายอาจเป็นทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการในช่วงเวลากลางคืน และอาจเกิดขึ้นเมื่อทำกิจวัตรประจำวันซ้ำๆ หรือทำงานลักษณะใช้มือเคลื่อนไหวซ้ำๆ หากเป็นมากทำให้ความสามารถในการกำมือลดลง มีการอ่อนแรง หยิบจับของลำบาก จนสังเกตเห็นได้ว่ามักทำของตกบ่อยๆ สาเหตุส่วนใหญ่มาจาก การใช้มือทำเดียวกันนาน ๆ เช่น การกำมือ การบีบ การกดหรือการงอข้อมือ เป็นต้น ทำให้พังคืดเอ็นยึดที่บริเวณอุโมงค์ข้อมือ เกิดการบวม ตรงบริเวณกึ่งกลางใกล้ข้อมือ ซึ่งจะเพิ่มการ กดทับเส้นประสาททำให้เกิดอาการปวด ชา ชานคล้ายถูกไฟช็อต ถึงแม้ว่าอาการของโรคจะไม่รุนแรงแต่ถ้าไม่รักษาหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ก็มีผลให้เส้นประสาทถูกกดทับมากขึ้น จะทำให้อาการอ่อนแรงของมือ หยิบจับของลำบาก หรือถื่นของหล่นบ่อยๆ และทำให้กล้ามเนื้อบริเวณฝ่ามือลีบลงจนเกิดความพิการของมือขึ้นได้

กวี ภัทราดุลย์ (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่มีผลต่ออาการของผู้ป่วย CTS ผลการศึกษา พบว่ากิจวัตรประจำวันของคนไทยส่วนมาก ทำให้อาการของโรคแย่ลง โดยเฉพาะการยกหรือเคลื่อนย้ายสัมภาระและกิจกรรมที่ข้อมืออยู่ในท่าอ้อมมีผลมากกว่ากิจกรรมที่ข้อมืออยู่ในท่าเหยียดตามธรรมชาติ

ชนิตา จันทรตรี (2552) พบว่าปัจจัยทาง ความถี่ในการทำงาน และช่วงเวลาในการทำงานมีผลกระทบต่ออาการเกิดโรค CTS จัดจำกัดสูงสุดของการทำงานที่ไม่เป็นอันตรายภาระงานไม่เกิน 1 ปอนด์และความถี่รอบงานซ้ำไม่เกิน 60 รอบ/นาที่ควรกำหนดช่วงเวลาในการทำงานต่อเนื่องในท่างอข้อมือและเหยียดออก ไม่เกิน 1.49-1.57 ชั่วโมงและการทำงานในท่าเบนข้อมือเข้าและเบนออก ไม่เกิน 2.03-2.52 ชั่วโมง

แมคเคบีและซู่ (McCabe and Xue, 2010) ได้ศึกษาถึงท่าทางในการนอน พบว่า การนอนตะแคงทับด้านใดด้านหนึ่งเป็นเวลานานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด CTS ได้

ดังนั้นแนวทางในการรักษากลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือเน้นไปที่การแก้ไขที่สาเหตุ เพื่อลดการกดทับเส้นประสาท โดย หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ข้อมือซ้ำๆ การกระดกข้อมือขึ้นลงในกิจกรรมประจำวันเปลี่ยนมาใช้ข้อศอกหรือข้อไหลในการทำกิจกรรม เพื่อลดอาการอักเสบของพังผืดบริเวณข้อมือ การทำกายภาพบำบัดเป็นการบริหารมือเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเอ็นของข้อมือ การใช้วัสดุช่วยพยุงมือในเวลากลางคืน ให้อยู่ในท่าธรรมชาติคือไม่งอและแอ่นข้อมือมากเกินไปที่จะทำให้เกิดการกดทับเส้นประสาทในขณะที่นอน (McCabe and Xue, 2010) การรับประทานยาแก้ปวดและยาในกลุ่มต้านการอักเสบ (NSAID) จะช่วยลดการอักเสบของเอ็น ในบางรายอาจให้ยาวิตามินบำรุงปลายประสาท (vitamin B1-6-12) และหากมีอาการมากขึ้นคือปวดชามาก รับประทานยาไม่ดีขึ้น การรักษาต้องเปลี่ยนเป็นการฉีดยากลุ่มสเตียรอยด์ที่บริเวณอุโมงค์ข้อมือ เพื่อลดอาการอักเสบภายในอุโมงค์ข้อมือ ส่วนการรักษาขั้นสุดท้ายในรายที่มีอาการมากและมีกล้ามเนื้อบริเวณฝ่ามือลีบลง ก็คือ การผ่าตัดพังผืดเอ็นยึดเพื่อลดการกดทับเส้นประสาท โดยแพทย์จะทำการผ่าตัดพังผืดให้ขาด ในปัจจุบันจะมีการผ่าตัด 2 วิธี คือ ผ่าตัดแบบดั้งเดิม แพทย์จะทำการผ่าตัดตั้งแต่ข้อมือถึงฝ่ามือ ซึ่งแผลจะยาวประมาณ 5-6 เซนติเมตร เพื่อเลาะพังผืดและเนื้อเยื่อออกมา ทำให้เส้นประสาทไม่ถูกกดทับ การผ่าตัดแบบใหม่โดยการส่องกล้อง แพทย์จะสอดกล้องเข้าไปในโพรงข้อมือ แล้วตัดพังผืดออกมา โดยแผลจะมีขนาดเล็ก และไม่ค่อยปวดแผลมากนัก การผ่าตัดแบบนี้แผลจะหายไว และสามารถกลับไปทำงานได้หลังจากผ่าตัด 3 วัน ซึ่งจากการศึกษาของอิบบราฮิมและคณะ (Ibrahim et al, 2009) พบว่า ผลการผ่าตัดจะทำให้อาการดีขึ้น 70-95% เนื่องจากลดการกดทับเส้นประสาทโดยอายุ เพศและอาชีพไม่มีอิทธิพลต่อผลการผ่าตัด จะเห็นได้ว่าแนวทางการรักษามีทั้งแบบที่ต้องผ่าตัดและไม่ต้องผ่าตัดซึ่งต้องเลือกให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ผลในการรักษาอาจให้ผลในระยะเวลาต่างกัน ในการรักษาบางครั้งอาจต้องใช้วิธีผสมผสานกันเพื่อให้ผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้น จากการศึกษางานวิจัยมีดังนี้

อูแคนและคณะ (Ucan et al, 2006) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาในระยะสั้นและระยะยาวในผู้ป่วย CTS กลุ่มที่ 1 รับการรักษาแบบใช้วัสดุพยุงมือ กลุ่มที่ 2 รับการรักษาแบบใช้วัสดุ

พยางมือร่วมกับการนวด สเตียรอยด์ และกลุ่มที่ 3 รับการผ่าตัด ผลการรักษาพบว่าในระยะ 3 เดือนแรกในผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม การรักษาช่วยลดอาการของโรคได้ทุกวิธี แต่ในระยะยาว หลังการรักษา 6 เดือนพบว่ากลุ่มที่ 3 ที่ได้รับการผ่าตัดอาการจะดีขึ้นมากกว่าอีก 2 กลุ่ม

บาตัก และคณะ (Bardak et al, 2009) ได้ศึกษาการรักษาประคับประคองแบบไม่รับการผ่าตัดโดย ศึกษาในผู้ป่วย 3 กลุ่มที่ได้รับการรักษาต่างกันคือกลุ่มที่ 1 ได้รับการนวดและการใช้วัสดุพยางมือกลุ่มที่ 2 รับการนวดและใช้วัสดุพยางมือร่วมกับการบริหารมือเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของประสาทและเอ็น และกลุ่มที่ 3 รับการบริหารมืออย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 ที่รับการบริหารมืออย่างเดียว

โอคอนนอร์ และคณะ (O'Connor et al, 2003) ได้ทำการศึกษาผลการรักษาแบบไม่ผ่าตัดโดยวิธีต่างๆกเว้นการนวดสเตียรอยด์ พบว่า การใช้วัสดุตามข้อมือนิ้วมีอาการดีขึ้นหลัง 4 สัปดาห์ การทำโยคะสามารถลดปวดได้หลัง 8 สัปดาห์

จากสถิติจำนวนผู้มารับบริการ ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ด้วยโรค CTS ในปี 2555 ข้อมูลจากกลุ่มงานวิชาการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และจากสมุดบันทึกจำนวนผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดCarpal tunnel release พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือนิ้วมารับบริการจำนวน 557 ราย เป็นเพศชาย 109 รายและเป็นเพศหญิง 448 ราย โดยมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 986 ครั้ง จัดเป็นอันดับที่ 4 รองจาก กลุ่มข้อเข่าเสื่อม กลุ่มปวดกล้ามเนื้อ และกลุ่มปวดหลัง ผู้ป่วยมารับการรักษา โดยวิธีการใช้ยาแก้ปวดร่วมกับยาวิตามินบี 1-6-12 บางรายได้รับการนวด สเตียรอยด์ขึ้นอยู่กับแนวทางการรักษาของแพทย์ผู้รักษาและตามอาการความรุนแรง และบางรายรับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งมีผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เป็นจำนวน 188 ราย นัดผู้ป่วยติดตามอาการหลังผ่าตัด 2-3 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าอาการปวดชามือดีขึ้น และจะมีบางรายที่ยังคงมีอาการชามือหลงเหลืออยู่ในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงมาก จะเห็นได้ว่า อัตราการผ่าตัดเพื่อลดการกดทับเส้นประสาทสูงถึง 33.75% แต่หากสามารถให้การรักษาแบบไม่ต้องผ่าตัดน่าจะเป็นทางเลือกอีกทางสำหรับผู้ป่วยในรายที่มีอาการไม่รุนแรง หรือไม่ต้องการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวทางการรักษาแบบไม่ต้องผ่าตัด โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากการทบทวนงานวิจัยของอัลฟอนโซและคณะ(Alfonso et al, 2010) ซึ่งได้สรุปแนวทางการรักษาแบบไม่ต้องผ่าตัดประกอบด้วย 1) การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสม 2) การให้ยากลุ่มต้านการอักเสบ 3) การทำอุตราสเวด 4) การใส่วัสดุตามข้อมือ แต่การบริหารมือไม่ได้มีการสรุปไว้ และเมื่อศึกษางานวิจัยอื่นเพิ่มเติมพบว่า ผลของการบริหารกล้ามเนื้อ เอ็นและเส้นประสาทในผู้ป่วย CTS ร่วมกับการให้การรักษาแบบไม่ผ่าตัดโดยวิธีอื่นๆผสมผสานกัน ช่วยส่งเสริมให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น เช่น การใส่วัสดุตามข้อมือร่วมกับการบริหารเส้นประสาทมือ (Pinar et al, 2005)

การใช้วัสดุตามข้อมือและแช่พาราฟินร่วมกับการบริหารเส้นประสาทมือ (Hornig et al, 2011) การนวดและการใช้วัสดุตามข้อมือร่วมกับการบริหารมือเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของประสาทและเอ็น (Bardak et al, 2009) การใช้วัสดุตามข้อมือร่วมกับการบริหารเอ็นและประสาทมีเดียนและอุลตราซาวด์ (Baysol et al, 2006) และการใช้วัสดุตามข้อมือร่วมกับการบริหารมือเพิ่มความแข็งแรงมือ (Baker et al, 2012) ผู้วิจัยจึงปรึกษากับแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อจัดทำโปรแกรมบริการพยาบาลที่เสริมสร้างความรู้และความสามารถในการบริหารกล้ามเนื้อด้วยตนเองในผู้ป่วย CTS ซึ่งเป็นโปรแกรมผสมผสานแนวทางการรักษาแบบไม่ผ่าตัดประกอบด้วย 1) การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 2) การบริหารกล้ามเนื้อ เอ็นและเส้นประสาท 3) การใช้วัสดุตามข้อมือ 4) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง แล้วนำมาศึกษาเปรียบเทียบ ผู้วิจัยคาดว่า การนำโปรแกรมนี้นี้มาใช้ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากการปวดข้อมือได้ ช่วยชะลออาการไม่ให้มีความรุนแรงมากขึ้นจนอาจเกิดความพิการจากกล้ามเนื้อโคนนิ้วหัวแม่มือลีบแบนทำให้ความสามารถในการกำมือลดลง มีการอ่อนแรง หยิบจับของลำบาก จนสังเกตเห็นได้ว่ามักทำของตกบ่อยๆ และเป็นแนวทางการรักษาแบบไม่ต้องผ่าตัด ลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการขาดและลางานได้

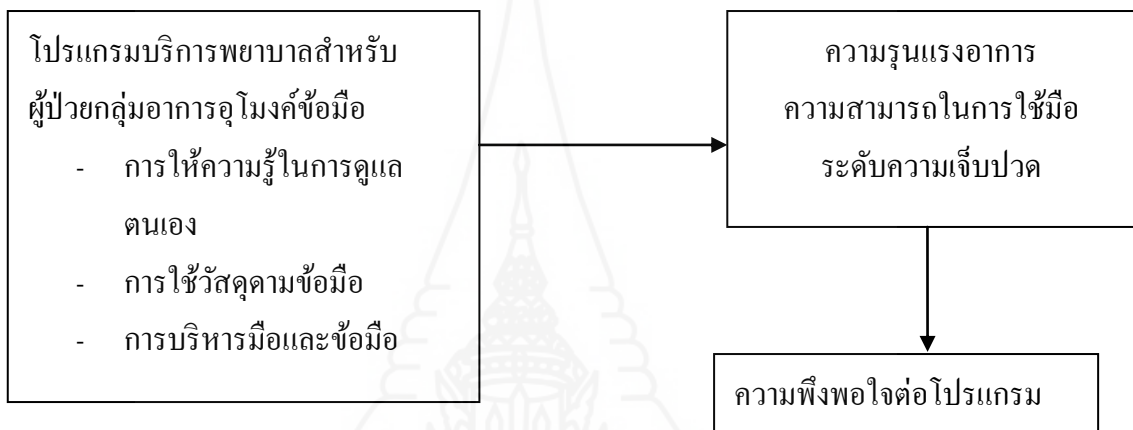
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการและความสามารถในการใช้มือผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการตามโปรแกรมและได้รับการตามกิจวัตร
- 2.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการตามโปรแกรมและได้รับการตามกิจวัตร
- 2.3 เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือที่ได้รับการตามโปรแกรม

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดทำโปรแกรมบริการพยาบาลที่เสริมสร้างความรู้และความสามารถในการบริหารมือด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือที่บำบัดแบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงอาการที่เป็น สาเหตุ การแก้ไขที่สาเหตุ หรือหาทางหลีกเลี่ยงสาเหตุ การใช้วัสดุตามข้อมือให้อยู่ในท่าปกติ ป้องกันการงอหรือแอ่น

ข้อมือมากเกินไปจนกดเส้นประสาท การบริหารข้อมือซึ่งเป็นการบริหารเฉพาะส่วนให้เอ็นและเส้นประสาทมีการขยับตามปกติ จากการศึกษางานวิจัย กล่าวได้ว่าการจัดโปรแกรมนี้ได้ เป็นการ จัดโปรแกรมที่ผสมผสานกันซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถสวมใส่ วัสดุตามข้อมือได้ถูกต้องเหมาะสม และการบริหารเอ็นและเส้นประสาทสามารถลดอาการกดทับ ของเส้นประสาท อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดชามือดีขึ้น คือ มีความรุนแรงของอาการลดลง ความสามารถในการใช้มือดีขึ้น ระดับความเจ็บปวดลดลงและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือที่ได้รับการบริการตามโปรแกรมมีความรุนแรงของอาการลดลงและความสามารถในการใช้มือดีขึ้นหลังใช้โปรแกรม

4.2 ผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือที่ได้รับการบริการตามโปรแกรมมีมีระดับความเจ็บปวดลดลงหลังใช้โปรแกรม

4.3 ผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือที่ได้รับการบริการตามโปรแกรมมีระดับความพึงพอใจมาก

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือโดยการประเมินจากความรุนแรงของอาการของโรค ความสามารถในการใช้มือในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน ระดับความเจ็บปวดและความพึงพอใจต่อการบริการในผู้ป่วยที่ได้รับการบริการตามโปรแกรม โดยเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการใช้มือและระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือที่ได้รับการบริการตามโปรแกรมและได้รับการบริการตามกิจวัตร ในผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือที่มาใช้บริการห้องตรวจคัดสรรกระดูกและข้อ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555- เดือนกันยายน พ.ศ.2556

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 โปรแกรมการจัดบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือ หมายถึง รูปแบบในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือที่มาใช้บริการห้องตรวจคัดสรรกระดูกและข้อ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งจะประกอบด้วยการให้ความรู้โรคกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือตั้งแต่ สาเหตุ อาการ การรักษา และการดูแลตนเอง เป็นการให้ความรู้ร่วมกับการใช้ภาพพลิก การสอนวิธีบริหารมือและข้อมือ การสวมวัดตามข้อมือ และมอบคู่มือการดูแลตนเอง

6.2 ผู้ป่วยกลุ่มอาการผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอาการปวด ชา มือ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการของกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือในระยะแรกที่มาใช้บริการห้องตรวจคัดสรรกระดูกและข้อ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

6.3 ความรุนแรงของอาการโรคกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือ หมายถึง อาการแสดงของโรค ประกอบด้วยอาการปวด ชา เหน็บชา ซึ่งบอกถึงระดับความรุนแรงที่แสดงอาการ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามบอสตัน (Boston carpal tunnel questionnaires) ที่ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการจำนวน 11 ข้อ ซึ่งถ้ามีระดับคะแนนสูง แสดงว่ามีอาการรุนแรงมาก

6.4 ความสามารถในการใช้มือในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความแข็งแรงของมือและการทำหน้าที่ของมือในการทำกิจวัตรประจำวันในการกำ การถือค้ำไว้ การหยิบจับสิ่งของขนาดเล็ก การหิ้วสิ่งของ รวมทั้งการอาบน้ำแต่งตัว ประเมินโดยใช้แบบสอบถามบอสตัน (Boston carpal tunnel questionnaires) ใช้วัดความสามารถในการใช้มือ 8 ข้อ ซึ่งถ้ามีระดับคะแนนสูง แสดงว่ามีความสามารถในการใช้มือลดลง ซึ่งหมายถึงมีอาการรุนแรง

6.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมจัดบริการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความพึงพอใจที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือ ที่มีส่วนช่วยให้อาการจากโรค CTS ดีขึ้น ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามวัดความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น