



วารสารโรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์

Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital

ISSN 1686-8579

เจ้าของ ที่ปรึกษา	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์		
	พญ.เลิศลักษณ์	ลีลาเรืองแสง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	นพ.ศุภวิช	สุวัฒน์พิมพ์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์
	ร.อ.พญ.สิริสรพวงค์	ยอดอาวุธ	หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยา
บรรณาธิการ	นพ.ทิวา	เกียรติปานอภิกุล	

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย		คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ศ.นพ.ชนพ ช่างโชติ		ศ.นพ.วีระพล จันทรดียิ่ง
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์		
รศ.ดร.กัญญาดา ประจักษ์ศิลป		
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร		
นพ.อนันต์ มโนชัยพิบูลย์	พญ.ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล	พญ.ธันดา ตระการวณิช
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร		
ดร.ศศิพัชร จำปา		

โรงพยาบาลกลาง

นพ.ชัยพร สุวิชากุล	นพ.มนตรี สิริไพบูลย์กิจ	พญ.อารีรัตน์ ชัยเรืองยศ
พญ.จิรัฐคณา จันทรงาม	นพ.สุทัศน์ ภัทรวรรณ	ดร.ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ
นางสาวสุวดี สุชนิตย์		

โรงพยาบาลตากสิน

ทพญ.อังคณา ลีโทขวลิต	พญ.วรวรรณ ชัยน่านาม	พญ.สุพรรณิ จิระจิยาเวช
นางเพลินดา สิริมานูวัฒน์		

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

นายรุจิโรจน์ ไบมาก

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พ.ต.หญิง สรวิทย์ จินตนา

โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

นพ.สุรพจน์ เมฆนาวัน

กองบรรณาธิการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

นพ.วันชัย จันทราพิทักษ์	พญ.อภิชาดา พึ่งจิตต์ประไพ	นางชวพร ลีลาเวทพงษ์
นางสาวอารีย์ บุรพาวิจิพงษ์	นางสาวดิรัตน์ สายัณห์ธรรษา	นางกิกภรณ์ ไชยพันธ์
นางสำเนียง วสันต์ชื่น	นางสาวชนุตพร รัตนมงคล	

เลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวเพ็ญพิชญ์ ภู่งศ์พันธ์	พญ.อังคณา เทพเลิศบุญ	นางสาวพัชรา สิริวัฒน์เกตุ
นายธาวิต บวรกุล		

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม

สำนักงาน

กลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โทร. 0-2289-7106

พิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัด นำงการพิมพ์

74 ซ.16 ถ.สาธุประดิษฐ์ แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กรุงเทพฯ 10120

โทร. 0-2211-1998, 0-2211-9664 Email: namkangltd@yahoo.com



วารสารโรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์

Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital

• ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562 •

• Volume 15 Number 2 July - December 2019 •

สารบัญ

CONTENTS

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการดูแลเชื้ออาหารต่อความวิตกกังวลและ
การรับรู้พฤติกรรมการดูแลเชื้ออาหารจากพยาบาลในผู้ป่วยที่
ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ภัทธราวุฒิ บุตรคุณ ทิพา ต่อสกุลแก้ว วินัส ลิฬหกุล

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความ
เสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่มีภาวะ
เมตาบอลิกซินโดรมในโรงพยาบาลเอกชน

กฤติจิรา เตชะรุจิรา วินัส ลิฬหกุล ศากุล ช่างไม้

ผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2

กมลวรรณ วงวาส ศากุล ช่างไม้ วินัส ลิฬหกุล

การรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผลกระทบที่ตามมา
การควบคุมโรคส่วนบุคคลและการควบคุมโรคด้วยการรักษา
ในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ
ชลบุรี อรุณ ฤทธิ

กรณ์ นงค์กระโทก

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการบริการด้วยระบบ
SERVQUALของหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

เปรมฤดี ศิริคุปต์ พัชรา สิริวัฒนเกตุ

ประวิทย์ ทองไชย

บทความปริทัศน์

บทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในระยะ
สุดท้ายของชีวิต

พทุธรวรรณ ชูเชิด เพ็ญสุข ไพศาลกอบฤทธิ์
นิสาพร สว่างสิงห์

รายงานผู้ป่วย

Unicentric Castleman disease, hyaline-vascular type ในผู้ป่วย
ที่มาด้วยก้อนหลังเยื่อช่องท้อง: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

วัลลภา รัตนสวัสดิ์ ราวิณ วงษ์สถาปนาเลิศ
สิริสรพวงค์ ยอดอาวู

RESEARCH ARTICLE

1 The effects of Swanson's caring program on anxiety and
caring behavior perception of patients with lumbar spine
surgery

Phattarawadi Butkhun Tipa Toskulkao Venus Leelahakul

14 The outcome of behavior change program to reduce the
risks of cardiovascular disease in the staffs with metabolic
syndrome at a private hospital

Kritjira Techarujira Venus Leelahakul Sakul Changmai

34 The effects of diabetic foot ulcer risk reduction program of
type 2 diabetic patients

Kamonwan Wongwas Sakul Changmai Venus Leelahakul

46 Perception of the illness about identity, consequences,
personal control & treatment control in older person with
benign prostatic hyperplasia

Korn Nongkrathok

55 Service quality in central sterile supply department of
Charoenkrung Pracharak Hospital via SERVQUAL

Pramreudee Sirikoopta Patchara Sirivattanaket

Prawit Tongchai

REVIEW ARTICLE

69 The nurse's role in end-of-life care in newborn infants

Puthawan Choochard Fueangsuk Paisankobrit

Nisaporn Salangsing

CASE REPORT

82 Unicentric Castleman disease: hyaline-vascular type presented
with retroperitoneal mass: A case report

Wanlapa Rattanasawat Rawin Vongstapanalert

Sirisarnpang Yodavudh



วารสารโรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์

Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital

คำชี้แจงการส่งบทความ



วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เป็นวารสารการแพทย์ของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีการพิมพ์เผยแพร่อย่างสม่ำเสมอปีละ 2 ฉบับ (มกราคม-มิถุนายน และกรกฎาคม-ธันวาคม) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการทางการแพทย์ ผลงานวิจัย รายงานผู้ป่วย และรายงานการสำรวจทางระบาดวิทยา รวมทั้งผลงานวิชาการด้านแพทยศาสตรศึกษา และวิทยาศาสตร์สุขภาพโดยตีพิมพ์บทความฉบับละประมาณ 6 - 8 เรื่อง ซึ่งจะได้รับการกลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ (peer review) 2 ท่าน โดยใช้รูปแบบ double-blinded ทั้งผู้พิจารณาและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน ทั้งนี้ข้อความและความคิดเห็นในบทความนั้น ๆ เป็นของเจ้าของบทความโดยตรง ในด้านความเหมาะสมทางจริยธรรมความถูกต้องวิธีการดำเนินการวิจัย ความชัดเจนของการนำเสนอ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขบทความก่อนตีพิมพ์

การเตรียมและส่งต้นฉบับ

ประเภทบทความ

1. บทความวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่ใช้การวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ ทั้งการทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบจนสามารถสรุปเป็นประเด็นได้
2. บทความวิจัย (Research article) บทความวิจัยเป็นบทความที่สรุปจากผลงานวิจัยของผู้นิพนธ์ที่มีสาระทางวิชาการที่ทันสมัย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้
3. บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รายงานความรู้ และหลักการที่เกี่ยวข้องจากหนังสือหรือวารสารต่าง ๆ หรือจากผลงาน และประสบการณ์ของผู้นิพนธ์มาเรียบเรียง โดยมีการวิเคราะห์ วิวิจารณ์เปรียบเทียบ

4. รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่พบไม่บ่อยหรือพบได้น้อยหรือโรคที่เกิดขึ้นใหม่

หลักเกณฑ์ทั่วไปและเงื่อนไข

การส่งบทความ ให้ส่ง file ข้อมูล มายังกองบรรณาธิการโดยให้ระบุข้อมูลชื่อบทความ ชื่อผู้นิพนธ์ หมายเลขโทรศัพท์ มาที่...

นพ.ทิวา เกียรติปานอภิกุล กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
เลขที่ 8 ถนนเจริญกรุง แขวงบางคอกแหลม
เขตบางคอกแหลม กรุงเทพมหานคร 10120
E-mail: mdping143@gmail.com
และแนบไฟล์ต่อมาที่ น.ส.เพียงพิชญ์ ภู่งศ์พันธุ์
กลุ่มงานแพทยศาสตรศึกษา e-mail: pppp.rmckp@gmail.com และนายธาวิต บวรกุล email: Nothing2fear@outlook.com

หรือส่งผ่านระบบจัดการวารสารของ Thaijo (สามารถเข้าดูขั้นตอนการส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์ได้ที่ www.ckphosp.go.th)

หมายเหตุ วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ รับบทความที่ส่งตีพิมพ์เฉพาะบทความที่เป็นภาษาไทย ยกเว้นกรณีถ้าเป็นบทความภาษาอังกฤษจะต้องมีการแปลเป็นภาษาไทยควบคู่เท่านั้น

การเตรียมบทความ

1. การพิมพ์ต้นฉบับ ใช้กระดาษ A4 โดยใช้ตัวอักษรชนิด Angsana New ขนาด 16 เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้วทุกด้าน และใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า มุมขวาบน

ผู้พิมพ์ควรเตรียมบทความตามแนวทางการเขียนบทความทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของคณะกรรมการวารสารนานาชาติ (International Committee of Medical Journal Editors) คือ บทความที่เขียนส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ ควรเขียนเรียงลำดับ ดังนี้ ชื่อเรื่อง และผู้พิมพ์บทคัดย่อ เนื้อหาหลัก กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

2. **ชื่อเรื่อง (Title page)** เขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยแต่ละภาษาประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้

- ชื่อเรื่อง (title) สั้น กระชับรัด ไม่ใช้คำย่อ

- ชื่อผู้พิมพ์ (authors) เขียนชื่อ-สกุล พร้อมวุฒิการศึกษา และสังกัดสถานที่ทำงาน คุณวุฒิภาษาไทย ให้เขียนตัวอักษรตามพจนานุกรม คุณวุฒิภาษาอังกฤษ เขียนตัวย่อโดยไม่ต้องมีจุด

3. **บทคัดย่อ (Abstract)** เนื้อหาต้องมีความสมบูรณ์ในตัวเองโดยเขียนให้ได้ใจความนิพนธ์ต้นฉบับ ให้เขียนบทคัดย่อแบบ Structured abstract เขียน 5 หัวข้อหลัก ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุป และคำสำคัญ ส่วนบทความวิชาการและรายงานผู้ป่วยให้เขียนบทคัดย่อแบบ standard abstract ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

4. **เนื้อเรื่อง** หัวข้อหลักควรประกอบด้วย

- **บทนำ** กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาที่นำมาศึกษา รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย

- **วิธีดำเนินการวิจัย** บอกรูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่างและขนาด แสดงวิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบสั้น ๆ เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก บอกรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งบอกรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

- **ผลการวิจัย** นำเสนอให้เข้าใจง่าย โดยใช้ตารางแผนภูมิหรือรูปภาพประกอบ และชื่อกำกับมีคำอธิบายโดยสรุป ส่วนตารางให้มีเฉพาะเส้นแนวขวาง 3 เส้น ที่ด้านบนสุด ด้านล่างสุด และเส้นแบ่งหัวข้อตารางกับเนื้อหาเท่านั้นรูปภาพควรเป็นรูปที่จัดทำขึ้นเอง ถ้าเป็นรูปจากแหล่งอื่น จะต้องระบุที่มา รวมทั้งเอกสารลิขสิทธิ์จากสำนักพิมพ์ต้นฉบับด้วย สำหรับผู้ป่วยต้องไม่ทราบว่าเป็นบุคคลใด และอาจต้องมีคำยินยอมจากผู้ป่วยด้วย

- **วิจารณ์** ให้วิจารณ์ผลงานวิจัยที่น่าเสนอ สรุปผลการวิจัยทั้งหมดสั้น ๆ เปรียบเทียบผลการวิจัยกับ

การศึกษารองอื่น ๆ ให้ความเห็นเกี่ยวกับการวิจัย วิจารณ์วิธีการดำเนินการวิจัย ความน่าเชื่อถือทางสถิติ ข้อจำกัดการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะนำไปใช้ การวิจัยที่ควรพัฒนาต่อไปในอนาคต

รายงานผู้ป่วย ควรมีหัวข้อบทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ และสรุป ส่วนบทความวิชาการให้ปรับหัวข้อหลักตามความเหมาะสมกับบทความนั้น ๆ

5. **กิตติกรรมประกาศ** แสดงความขอบคุณผู้สนับสนุนการวิจัย และผู้ให้คำแนะนำด้านต่าง ๆ

6. **เอกสารอ้างอิง** ให้ใส่หมายเลข 1,2,3 ...ไว้ท้ายประโยคที่พิมพ์ตัวพิมพ์ยกสูงโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ เอกสารที่อ้างอิงเป็นอันดับแรกให้จัดเป็นหมายเลขหนึ่ง และเรียงลำดับอันดับก่อนหลังต่อไป และไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินไปการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม Vancouver guideline ซึ่งกำหนดโดย International Committee of Medical Journal Editors โดยมีหลัก ดังนี้

ชื่อผู้เขียน ชื่อภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อสกุลตามตัวอักษรแรกของชื่อต้นและชื่อกลางเป็นตัวพิมพ์ใหญ่ ชื่อภาษาไทย ให้เขียนชื่อเต็มทั้งชื่อตัวและชื่อสกุล ใส่ชื่อผู้เขียนทุกคนค้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ถ้าเกิน 6 ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al หรือคณะ

อ้างอิงวารสาร ให้ใส่ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสารตาม index medicus (ถ้าเป็นภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็ม) ปี ค.ศ. (ภาษาไทยใช้ พ.ศ.); ปีที่ (volume): หน้าแรกจนถึงหน้าสุดท้าย. โดยเลขหน้าที่ซ้ำกันไม่ต้องเขียน เช่น 152 ถึงหน้า 158 ให้เขียน 152-8.

อ้างอิงหนังสือตำรา ให้เขียนชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (ถ้าพิมพ์ครั้งแรกไม่ต้องเขียน). ชื่อเมือง (ใช้ชื่อเมืองแรกเมืองเดียว): ชื่อโรงพิมพ์; ค.ศ. p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

อ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือตำรา ให้เขียน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. In: ชื่อบรรณาธิการ, editor (s). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (ถ้าพิมพ์ครั้งแรกไม่ต้องเขียน). ชื่อเมือง: ชื่อโรงพิมพ์; ปี ค.ศ. p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

อ้างอิงหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม ให้เขียน ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; สถานที่จัดประชุม; เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

การอ้างอิงบทคัดย่อจากที่ประชุมวิชาการ (published proceedings paper) บทความที่น่าเสนอ ในการประชุมหรือสรุปการประชุม ให้เขียน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/ln: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงรายงานทางวิชาการหรือรายงานทางวิทยาศาสตร์เอกสารที่จัดพิมพ์โดยเจ้าของทุน (issued by funding) ให้เขียน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงาน ที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

การอ้างอิงข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ[ประเภทสื่อ]. ปีพิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

การอ้างอิงวิทยานิพนธ์ ให้เขียนชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภทปริญญา]. ภาควิชา, คณะ, เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

การแก้ไขบทความเพื่อส่งตีพิมพ์

ผู้พิมพ์แก้ไขและอธิบายข้อสงสัยตามที่ผู้เชี่ยวชาญ และกองบรรณาธิการให้ข้อเสนอแนะให้ครบทุกประเด็น และระบุว่า ได้แก้ไขประเด็นใดบ้างรวมทั้งอธิบายประเด็นที่ไม่ได้แก้ไข

ผู้พิมพ์ส่งกลับให้กองบรรณาธิการภายใน 4 สัปดาห์หลังได้รับเอกสาร ถ้าไม่ได้ส่งกลับตามที่กำหนดหรือแก้ไขตามข้อเสนอแนะ กองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการถอนบทความออกจากการพิจารณาการตีพิมพ์ในฉบับที่ตอบรับนั้น โดยจะพิจารณาการลงฉบับต่อไป (ที่บทความยังไม่เต็ม) แต่ต้องส่งฉบับที่แก้ไขแล้วเสร็จภายใน 12 สัปดาห์เท่านั้น

จริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิจัย (Publication Ethics)

บทความต้องเป็นบทความที่ไม่เคยพิมพ์ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อพิมพ์ที่ใด ในกรณีที่เรื่องนั้นเคยพิมพ์ในรูปแบบคัดย่อ หรือวิทยานิพนธ์ หรือเคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการใด ๆ จะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ และต้องอ้างอิงหากมีการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ สำหรับเรื่องที่ทำการศึกษาในคนจะต้องมีหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ แนบมาด้วย

บทบาทและหน้าที่ของผู้พิมพ์

1. ผู้พิมพ์ต้องเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “การเตรียมบทความ”

2. ผู้พิมพ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ไม่บิดเบือนข้อมูล

3. ผู้พิมพ์ต้องรับรองว่าผลงานที่ส่งมานั้นเป็นผลงานใหม่และไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน

4. ผู้พิมพ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้

5. ผู้พิมพ์ต้องเขียนบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษให้ถูกต้อง

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการวารสารต้องให้คำแนะนำผู้เข้ามาขอลงตีพิมพ์

2. บรรณาธิการต้องตัดสินใจเลือกบทความมาตีพิมพ์ โดยพิจารณาจากความสำคัญ ความชัดเจน และความสอดคล้องของเนื้อหาที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของวารสาร

3. บรรณาธิการต้องเผยแพร่บทความ เมื่อผ่านการประเมินบทความจากผู้เชี่ยวชาญ และได้แก้ไขหรืออธิบายข้อสงสัยตามที่ผู้เชี่ยวชาญ และกองบรรณาธิการให้ข้อเสนอแนะแล้ว

4. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้พิมพ์และผู้ประเมินบทความ แก่บุคคลอื่น ๆ

5. บรรณาธิการต้องมีการตรวจสอบบทความในด้านการคัดลอกผลงานของผู้อื่น

6. บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความเพื่อตีพิมพ์ให้ออกมาตามมาตรฐาน

7. บรรณาธิการต้องไม่ตีพิมพ์บทความที่เคยตีพิมพ์ที่อื่นมาแล้ว

8. บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์ และผู้ประเมิน

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความ ควรประเมินบทความในสาขาวิชา ที่ตนมีความเชี่ยวชาญ

2. ผู้ประเมินบทความ ต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความ และส่งกลับภายในระยะเวลาการประเมินบทความ

3. ผู้ประเมินบทความ ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบหากบทความนั้นมีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ

4. ผู้ประเมินบทความ ต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์

บรรณาธิการแถลง

วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เล่มนี้ เป็นปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562 ซึ่งวารสารได้ผ่านกระบวนการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพตามเกณฑ์ของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre: TCI) โดยมีระยะเวลาการรับรอง 5 ปี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2562 และอยู่ระหว่างรอผลการประเมินคุณภาพวารสารรอบที่ 4

ในวาระที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ครบรอบ 48 ปี เพื่อตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาล ดังคำที่ว่า รอบรู้เรื่องสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน Health literacy for sustainable life วารสารฉบับนี้ จึงเน้นเนื้อหาสาระที่เป็นผลงานวิจัยที่มีความหลากหลาย มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งหมายรวมถึงทั้งผู้ป่วยและบุคลากร โดยเฉพาะโรคที่เป็นปัญหาต่อระบบบริการทางสาธารณสุข คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ Non Communicable Diseases (NCDs) โดยเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมหรือการดำเนินชีวิต ได้แก่ เรื่อง ผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในโรงพยาบาลเอกชน และยังมีผลงานวิจัยที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ เรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผลกระทบที่ตามมา การควบคุมโรคส่วนบุคคลและการควบคุมโรคด้วยการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศักดิ์ ชูตินุโร อุทิศ และการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นการดูแลทางด้านจิตใจ ได้แก่ เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และบทความปริทัศน์ เรื่อง บทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ ยังมีผลงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนางานและตอบสนองผู้ให้บริการด้านบริการซึ่งจะส่งผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีเพิ่มขึ้น ได้แก่ เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการบริการด้วยระบบ SERVQUAL ของหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และท้ายที่สุดเป็นรายงานผู้ป่วยที่ช่วยในการวินิจฉัยและพยากรณ์แยกโรคเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันเวลาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น ได้แก่ เรื่อง Unicentric Castleman disease, hyaline-vascular type ในผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนหลังเยื่อช่องท้อง: รายงานผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งแต่ละบทความผู้นิพนธ์หรือผู้วิจัยมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการค้นคว้าหาความรู้ทางวิชาการใหม่ ๆ เพื่อช่วยในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุขให้มีความก้าวหน้าและทันสมัย บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารเหล่านี้ได้ผ่านการตรวจสอบและพิจารณาคุณภาพของเนื้อหาทุกขั้นตอน โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตามเนื้อหาของบทความนั้น ๆ กองบรรณาธิการวารสารหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้อ่านทุกท่านจะได้รับความรู้และประโยชน์จากวารสารฉบับนี้อย่างเต็มที่ รวมทั้งสามารถนำไปใช้ในการอ้างอิงได้ต่อไป

ท้ายนี้ขอขอบคุณเจ้าของบทความทุกท่านที่ได้นำบทความมาลงตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้เกียรติพิจารณาบทความเพื่อช่วยให้วิชาการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีการพัฒนาให้ทันสมัยยิ่งขึ้น ตลอดจนเป็นการสร้างแรงจูงใจในการศึกษาค้นคว้างานวิจัยและงานด้านวิชาการ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลงานที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาทางการแพทย์ต่อไป

ทิวา เกียรติปานอกกุล

บรรณาธิการ



บทความวิจัย

Research Article

ผลของโปรแกรมการดูแลเชื้ออาหารต่อความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเชื้ออาหารจากพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ภัทราวดี บุตรคุณ พย.ม.* ทิพา ต่อสกุลแก้ว ปร.ด.** วินัส ลิฬหกุล วท.ด.***

* พยาบาลวิชาชีพ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทคัดย่อ

รับบทความ: 23 เมษายน 2562

ปรับแก้บทความ: 20 พฤศจิกายน 2562

ลงตีพิมพ์: 16 ธันวาคม 2562

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์ผลของโปรแกรมการดูแลเชื้ออาหารในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (two group pre test-post test research design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลเชื้ออาหารตั้งแต่วันที่ก่อนผ่าตัด 1 วันจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลเชื้ออาหาร แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลเชื้ออาหารตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลเชื้ออาหาร มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัดและหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการรับรู้พฤติกรรมกรดูแลเชื้ออาหารพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้พฤติกรรมกรดูแลแบบเชื้ออาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 5 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: การให้การพยาบาลตามโปรแกรมการดูแลเชื้ออาหารสามารถความวิตกกังวลลดลงของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวทั้งในระยะรอผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด และยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้พฤติกรรมกรดูแลเชื้ออาหารจากพยาบาลผู้ดูแลด้วย

คำสำคัญ: การดูแลเชื้ออาหาร ความวิตกกังวล การรับรู้พฤติกรรมเชื้ออาหาร ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว



บทความวิจัย

Research Article

The effects of Swanson's caring program on anxiety and caring behavior perception of patients with lumbar spine surgery

Phattarawadi Butkhun RN* Tipa Toskulkao D.Sc.** Venus Leelahakul Ph.D.***

* Registered Nurse.

** Associate Professor, Major advisor, Faculty of Nursing. Christian University of Thailand

*** Associate Professor, Co- advisor, Faculty of Nursing. Christian University of Thailand

Abstract

Received: April 23, 2019

Revised: November 20, 2019

Accepted: December 16, 2019

Objective: To purpose of the study was to examine effects of Swanson's Caring Program on Anxiety and Caring Behavior Perception of Patients undergoing Lumbar Spine Surgery.

Materials and Methods: The study was a Quasi-experimental research with a two groups, pretest-posttest designed. To purpose of the study was to examine effects of Swanson's Caring Program on Anxiety and Caring Behavior Perception of Patients undergoing Lumbar Spine Surgery. This program was developed based on Swanson's caring theory. The sample comprises 50 Laminectomy patients at Bangkok Christian Hospital, Bangkok Province. The sample were conveniently selected according to the specific criteria. They were assigns into a control and an experimental group with 25 cases in each group. The control group received routine nursing care and the experimental group received a Swanson's caring program one day before Lumbar surgery until discharge. The research instruments were consisted of Swanson' caring program, the demographic data record and Illness information record, The State-trait Anxiety Inventory (STAI form Y-1), and caring behavior perception questionnaire. The data were analyzed by using descriptive statistics and Repeated measure ANOVA.

Result: The results revealed that the experimental group had lower mean score for Anxiety than those in the control group at ($p < 0.05$) and the experimental group had higher mean score for 5 part of Caring Behavior Perception than those in the control group at ($p < 0.05$).

Conclusions: The Swanson's caring program causing patients undergoing lumbar spine surgery to have reduced anxiety and perceived more caring behavior.

Keywords: Swanson's caring program, anxiety, caring behavior perception, lumbar surgery

บทนำ

อาการปวดหลังเป็นกลุ่มอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยของโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 70 ของประชากรทั่วไปมีอาการปวดหลังระดับเอวอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต อาการปวดหลังระดับเอวเป็นอาการที่พบบ่อยในช่วงอายุ 20-60 ปี¹ ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของอาการปวดหลังระดับเอวในผู้ที่มีอายุน้อยลง² นอกจากนี้จากการศึกษาของ Waterman BR, et al.³ พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการเกิดสูงถึง 1.39 ต่อ 1,000 คน ทำให้ความต้องการในการรักษาและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามมา และจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังภายใน 3 ปีของ Alshami AM.⁴ พบผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังมากถึงร้อยละ 28.1 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า เป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอว ร้อยละ 53.1 และพบผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับคอรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 27.1⁴ ในประเทศไทยจากการสำรวจปัญหาสุขภาพของคนในวัยทำงานอายุ 15-59 ปี พ.ศ. 2552 พบว่า อาการปวดหลังและกล้ามเนื้อพบถึง ร้อยละ 20.7⁵ สำหรับโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงผลกำไรขนาด 200 เตียงให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยโรคและปัญหาที่ซับซ้อน ในปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจำนวน 212 , 305 และ 387 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีอายุ 40-60ปี^{6,7,8}

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) จุดประสงค์ที่สำคัญของการผ่าตัดเพื่อขจัดเอาสิ่งกดทับเส้นประสาทออกเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสันหลัง และเพื่อขจัดเอาสิ่งกดทับออกพร้อมกับยึดตรึงกระดูกสันหลัง

ให้มั่นคง⁹ ซึ่งการผ่าตัดใหญ่ตามความรู้สึกของผู้ป่วยแล้วเป็นเรื่องที่สำคัญมากเพราะการผ่าตัดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีโอกาสเสี่ยงต่อชีวิต อีกทั้งการผ่าตัดกระดูกสันหลังยังคงเป็นสถานการณ์ที่คุกคามและมีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม ซึ่งความวิตกกังวลเหล่านี้เกิดจากความกลัวการผ่าตัด ได้แก่ กลัวหกล้มไม่สนิทขณะผ่าตัด กลัวความตาย กลัวการดมยาสลบ กลัวว่าเมื่อได้ยาสลบแล้วจะไม่ฟื้นขึ้นมาอีก โดยต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือ ความกลัวและการไม่ได้รับข้อมูลตามความต้องการ นอกจากนี้ระยะหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

การจัดการกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั่วไปมีหลายวิธี เช่น การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้หลายวิธีร่วมกัน การใช้เทคนิคการสัมผัส การใช้กระบวนการกลุ่ม การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี และการพูดคุยให้กำลังใจ เป็นต้น¹⁰ โดยการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะจัดการกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดเท่านั้น โดยผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลในระยะรอผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่ยังไม่ได้รับการจัดการทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการความวิตกกังวลพบว่า การใช้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลเชื้ออาหารในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง

ปัจจุบันพยาบาลประจำหน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเฉพาะในระยะรอผ่าตัดเท่านั้น ทำให้

ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดยังไม่ได้รับการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดและการประเมินความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลประจำห้องผ่าตัดเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลนำมาวางแผนในการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งในปัจจุบันหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดจะเน้นดูแลความพร้อมของเครื่องมือเครื่องใช้ในการเตรียมการผ่าตัด โดยอาจคำนึงปัจจัยต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลน้อยเกินไป นอกจากนั้นในระยะหลังการผ่าตัดพยาบาลประจำห้องผ่าตัดยังมีแนวทางตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ยังไม่เป็นแบบแผนชัดเจน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจึงยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมทั้งสามระยะของการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การให้การดูแลจากพยาบาลห้องผ่าตัดน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวและประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลเอื้ออาทร

ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ จะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวแบบองค์รวม โดยการศึกษาในครั้งนี้ เลือกศึกษาทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะรอผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งการดูแลทั้ง 3 ระยะนี้ จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลในระยะรอผ่าตัดที่เป็นระยะที่คุกคามต่อความรู้สึกของผู้ป่วยเพราะเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นชินและรู้สึกโดดเดี่ยวมากที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการให้ข้อมูลที่เฉพาะต่อการผ่าตัดและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในแต่ละระยะของการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิด

ความไว้วางใจ รับรู้ถึงการดูแลเอื้ออาทรที่พยาบาลปฏิบัติแก่ผู้ป่วย เกิดความร่วมมือในการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟู การดูแลแบบเอื้ออาทรจึงมีความแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลจะดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเฉพาะในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดเท่านั้น รวมทั้งยังสามารถสะท้อนให้เห็นคุณภาพของการพยาบาลต่อไป

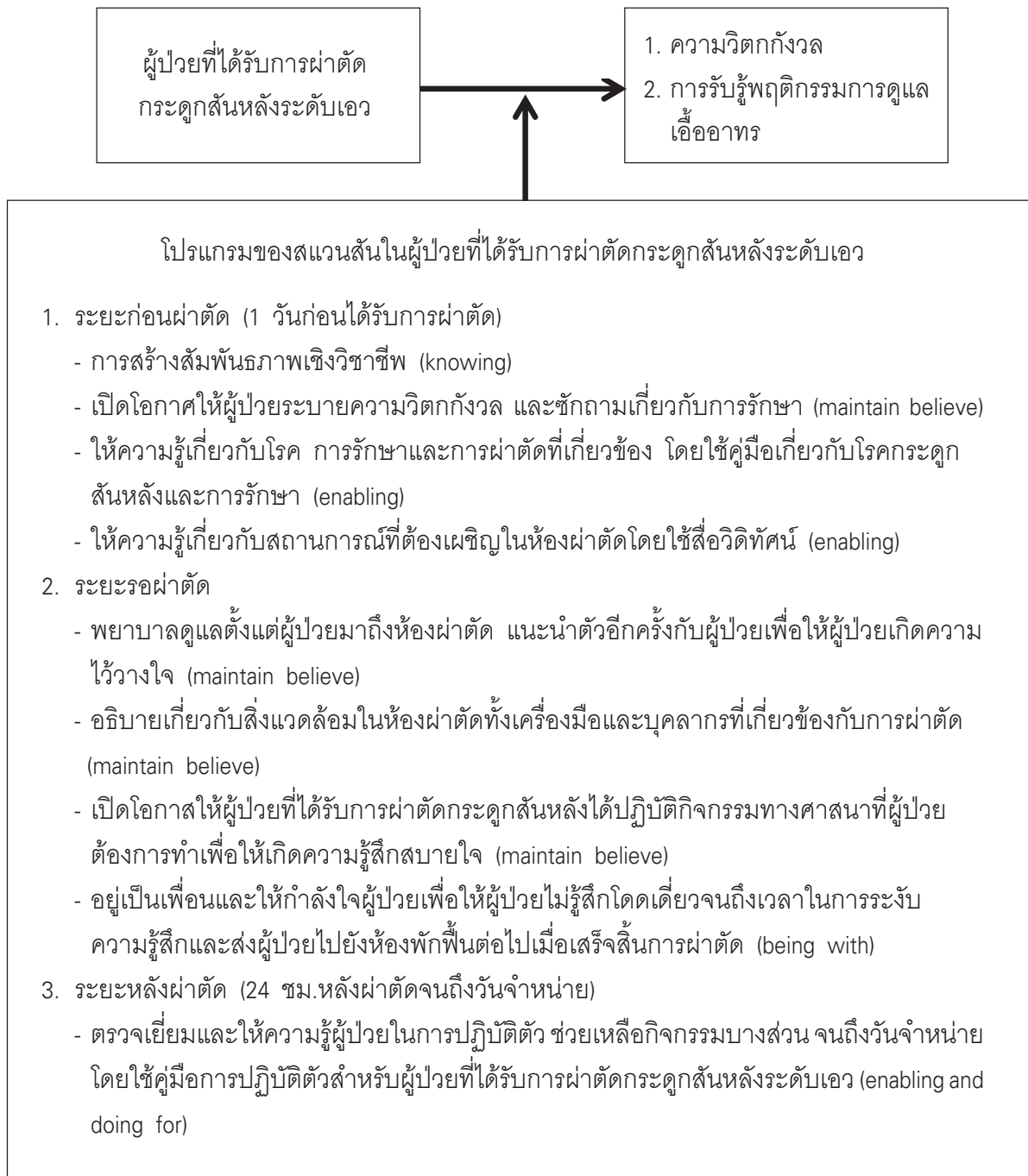
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวหลังได้รับโปรแกรมกับระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมของสแกนสันมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมของสแกนสันมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดงานวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการนัดผ่าตัดล่วงหน้า (elective case) เพื่อเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 20-60 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กรุงเทพมหานคร ระยะเวลาศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) จากประชากร โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนวันนัดผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน 2) ไม่เคยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมามาก่อน 3) เข้าใจภาษาไทย สามารถฟัง พูดและสื่อสารได้ และ 4) ไม่เป็นผู้พิการทางสายตา เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ แพทย์งดผ่าตัดกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว

ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.2 เลือกการทดสอบชนิด independent t- test ใช้การทดสอบแบบทางเดียวคำนวณค่าขนาดของอิทธิพลโดยใช้สูตรของกลาสและคณะ การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด¹¹ จากการคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 ราย ผู้วิจัยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณีมีผู้สูญหายหรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 10 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 47 ราย ปรับขนาดให้เป็นเลขที่ลงตัวได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลโดยใช้

เครื่องมือแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ STAI Form X-1 ของสปีลเบิร์กเกอร์^{12,13}

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และดัชนีความสอดคล้อง (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI ทั้งฉบับของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว = 0.97 ค่า IOC = 0.8 จากนั้นนำไปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.91 จึงสรุปได้ว่า เครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลเอื้ออาทรของสแกนสันที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ประกอบด้วย

2.1 แผนการสอนเรื่องโรคกระดูกสันหลังระดับเอว

2.2 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการทดลอง หลังได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น.16/2560 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวตามเกณฑ์เพื่อคัดเข้าโครงการ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาร่วม เมื่อเข้าร่วมในการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาพยาบาล

ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและถูกทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดโครงการ

ระยะดำเนินการทดลอง ในขณะดำเนินการวิจัยผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกประการด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนเมื่อเสร็จแล้วจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการดูแลเอื้ออาทร เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระยะก่อนผ่าตัด ระยะรอผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด หลังการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 51.84 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 66.88 กิโลกรัม มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92 จบการ

ศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 48 ประกอบอาชีพทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 44 และใช้สิทธิการรักษาโดยชำระเงินเอง ร้อยละ 80 สำหรับกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64 มีอายุเฉลี่ย 51.04 ปี น้ำหนักตัวเฉลี่ย 66.90 กิโลกรัม มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52 ประกอบอาชีพทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 36 และใช้สิทธิการรักษาโดยชำระเงินเอง ร้อยละ 68

ข้อมูลความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรมดูแลเอื้ออาทรในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวพบว่า กลุ่มและช่วงเวลาในการทดลอง มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 100.35$, $df = 2$, $p < 0.05$) รวมทั้งมีความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในแต่ละช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 1160.77$, $df = 2$, $p < 0.05$) และมีความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 191.06$, $df = 1$, $p < 0.05$) สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่โดยวิธี least significant difference ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามช่วงระยะเวลาต่าง ๆ

ช่วงระยะเวลา	$\bar{X}$	ก่อนผ่าตัด		รอผ่าตัด		หลังผ่าตัด	
		กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
		ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง
ก่อนผ่าตัด							
กลุ่มควบคุม	64.00		-				
กลุ่มทดลอง	62.24	-1.76					
รอผ่าตัด							
กลุ่มควบคุม	73.36				-		
กลุ่มทดลอง	52.52			-20.84*			
หลังผ่าตัด							
กลุ่มควบคุม	43.40						-
กลุ่มทดลอง	27.72					-15.68*	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 1 พบว่า ระยะก่อนผ่าตัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนระยะเวลารอผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระยะหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test

พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ด้านการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคล	2.31	0.20	3.85	0.12	32.81	0.000
ด้านการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ	2.30	0.22	3.99	0.03	37.97	0.000
ด้านการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ	2.65	0.33	3.56	0.14	12.97	0.000
ด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ	2.06	0.29	3.90	0.10	30.28	0.000
ด้านการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา	2.28	0.24	3.45	0.25	16.91	0.000
รวม	2.33	0.13	3.74	0.07	46.61	0.000

จากตารางที่ 2 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรเท่ากับ 2.33 คะแนน (SD=0.13) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ รองลงมาคือ ด้านการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคล ด้านการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ ด้านการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา และด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ ตามลำดับ

กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรโดยเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.74 คะแนน (SD=0.07) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ รองลงมาคือด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ ด้านการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคล ด้านการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ และด้านการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการดูแลเอื้ออาทร มีความวิตกกังวลลดลงภายหลังได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลทั้ง 3 ช่วงเวลาได้แก่ ช่วงระยะเวลาก่อนผ่าตัด ระยะรอผ่าตัดและระยะเวลาก่อนผ่าตัดพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในช่วงเวลาขณะรอเข้าผ่าตัด ($\bar{X}=52.52$) และช่วงระยะเวลาหลังผ่าตัด ($\bar{X}=27.72$) ลดลงกว่าระยะก่อนผ่าตัด ($\bar{X}=62.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการดูแลเอื้ออาทร มีความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัดและหลังผ่าตัด ในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับการดูแลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวลดลงเนื่องจากการดูแลเอื้ออาทรที่ผู้ป่วยได้รับมีการดูแลที่เอาใจใส่และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้ง 3 ระยะ โดยระยะก่อนผ่าตัดพยาบาลมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ในระยะรอผ่าตัดพยาบาลให้การดูแลและอยู่เป็นเพื่อนตลอดระยะเวลารอผ่าตัด รวมทั้งในระยะหลังผ่าตัดพยาบาลมีการตรวจเยี่ยมอาการและให้การช่วยเหลือให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อสถานการณ์การได้รับการผ่าตัดที่คุกคามต่อชีวิต และทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นและกล้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู

การได้รับการดูแลแบบเอื้ออาทรจากพยาบาลตามแนวคิดของสแวนสัน จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้รับการดูแลจากพยาบาลแบบองค์รวมและสามารถปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลเอื้ออาทรจึงมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของผลการศึกษาของสุภาพพันธ์ เหมือนวัดไพร¹⁴ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของสแวนสันต่อระดับความเศร้าโศกของหญิงที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง ผลการวิจัยดังกล่าวพบว่าภายหลังให้โปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของสแวนสันร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเศร้าโศกก่อนกลับบ้านและเมื่อมารับการตรวจหลังแท้ง 2 สัปดาห์

ลดต่ำลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเศร้าโศกก่อนกลับบ้านและเมื่อมารับการตรวจหลังแท้ง 2 สัปดาห์ลดต่ำลงมากกว่าก่อนได้รับการการดูแลเอื้ออาทร และสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลีไชยวงศ์น้อย¹⁵ ที่ได้ศึกษาผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกและการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่า ผลของการนำการพยาบาลเอื้ออาทรของสแกนสันไปใช้ ผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกในการใช้ชีวิตและลดความวิตกกังวลได้ รวมทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาภรณ์ กวดแก้ว¹⁶ ที่ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา โดยผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของกลุ่มทดลอง มีค่าน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 รวมทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของจรินทร์น์ วงษ์สมบัติ¹⁷ ที่ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลของสแกนสันต่อความเศร้าโศกจากการแท้งของสตรีมีบุตรยาก ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลของสแกนสันร่วมกับการพยาบาลตามปกติกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเศร้าโศกเท่ากับ 1.88 คือ อยู่ในระดับค่อนข้างน้อยต่ำกว่า กลุ่มควบคุมที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยความเศร้าโศกเท่ากับ 2.78 ซึ่งอยู่ในระดับเศร้าโศกปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเอื้ออาทรจะมีความวิตกกังวลลดลงแตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตาม

ปกติ เนื่องจากการดูแลเอื้ออาทรสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ที่ต้องเผชิญในแต่ละระยะของการผ่าตัดสามารถปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและยังสามารถปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดรวมไปถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

สำหรับการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกลิ้นหลังระดับเอวพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในระดับที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งค่าเฉลี่ยรวมและในรายด้านทั้ง 5 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร โดยเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.74 คะแนน และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร โดยเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.33 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของกลุ่มทดลอง พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 เนื่องจากการดูแลโดยใช้การดูแลเอื้ออาทร พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะรอผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัด ซึ่งในระยะก่อนผ่าตัดพยาบาลมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วย และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกลิ้นหลังระดับเอว ให้ชมวิดีโอที่นำเสนอเกี่ยวกับสถานการณ์ในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดที่ถูกต้อง ในระยะรอผ่าตัดที่เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามกับความรู้สึกผู้ป่วยมากที่สุดเพราะผู้ป่วยจะไม่มีญาติคอยอยู่เป็นเพื่อน จึงทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวในระยะนี้ การดูแลเอื้ออาทรพยาบาลผู้ดูแลจะคอยอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย สอบถามความต้องการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วย

รู้สึกไว้วางใจและคลายความวิตกกังวลลงได้ และในระยะหลังผ่าตัดพยาบาลผู้ดูแลมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อสอบถามอาการและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในแต่ละวัน การดูแลเฝ้าอาหารนี้จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมดูแลด้านการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมออยู่ในระดับมาก ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยในด้านนี้เท่ากับ 2.30 เนื่องจากการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง กล่าวคือในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการดูแลทั่วไปตามมาตรฐานการพยาบาลคือการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับผ่าตัดตามขั้นตอน ในระยะรอผ่าตัดจะได้รับการดูแลจากพยาบาลห้องผ่าตัดที่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดและช่วยแพทย์ในการผ่าตัดให้สำเร็จเท่านั้น การปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยและพยาบาลค่อนข้างน้อย รวมทั้งในระยะหลังผ่าตัดจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลเพียงเท่านั้น และในระยะหลังผ่าตัดพยาบาลประจำห้องผ่าตัดยังไม่มีการติดตามตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยเพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง แบ่งแยกไปตามระยะของการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในกลุ่มควบคุมนี้มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอในระดับน้อย

ด้านที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมาคือด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและประกอบอาชีพค้าขายเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดและยังไม่เคยได้รับข้อมูลในการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมาก่อน จากข้อมูลส่วนนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวใน

ชีวิตประจำวัน ดังนั้น การให้การดูแลเฝ้าอาหารจะมีความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวทั้งก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูของตนเอง การให้การดูแลดังกล่าวจึงสามารถทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ ด้านการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง ด้านการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ และด้านการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธา ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเฝ้าอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบเฝ้าอาหารได้รับการดูแลจากพยาบาลแบบองค์รวมครบทั้ง 5 ด้านตามทฤษฎีของสเวนสัน ซึ่งในทุกกิจกรรมการพยาบาลจะให้ความสำคัญและมองผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดเป็นศูนย์กลางในการดูแล มีการประเมินปัญหาอย่างละเอียดและครอบคลุมในทุกมิติจึงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการรับรู้พฤติกรรมดูแลเฝ้าอาหารมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของเฉลิมศรี ททรัพย์ทอง¹⁸ ที่ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันในผู้สูงอายุต่อการรับรู้พฤติกรรมดูแลเฝ้าอาหารของผู้ป่วย โดยผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า ระดับการรับรู้พฤติกรรมดูแลเฝ้าอาหารของผู้ป่วยสูงอายุโรคตา ภายหลังการให้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมอบหมายงานตามหน้าที่ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยการ

รับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของผู้ป่วยสูงอายุ โรคตาภายหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของสแวนสันสูงกว่า การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมอบหมายงานตามหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลโดยใช้โปรแกรมของสแวนสันสามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเอื้ออาทรนี้สามารถรับรู้ถึงพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรที่พยาบาลปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ นำมาสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมตลอดกระบวนการผ่าตัดจนถึงสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้การให้การดูแลตามโปรแกรมของสแวนสันยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการให้การบริการอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการดูแลเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพา ต่อสกุลแก้ว อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม คือ รองศาสตราจารย์ ดร.วินัส ลิฬหกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปรานี แดงวงษ์ ที่ได้ช่วยเหลือให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางตลอดจนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ มาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอขอบพระคุณอย่างสูงได้ ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สุพร ดนัยคุชฎีกุล ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น

ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลงไปได้ด้วยดี และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยและให้คำแนะนำต่าง ๆ

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน หัวหน้ากลุ่มงานห้องผ่าตัด ที่กรุณาอนุญาตและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยรวมทั้งพยาบาลทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัวญาติพี่น้องทุกท่านที่สนับสนุน และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา จนงานวิจัยสำเร็จลงได้ด้วยดี คุณประโยชน์นี้เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ขอบแต่บุพการี และคณาจารย์ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Biglarian A, Seifi B, Bakhshi E8“Mohammad K, Rahgozar M, Karimlou M, et.al. Low back pain prevalence and associated factors in Iranian population: Findings from the national health survey. Pain Res Treat 2012; Article ID 653060.
2. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The epidemiology of low back pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2010; 24(6): 769-81.
3. Waterman BR, Belmont PJ, Schoenfeld AJ. Low back pain in the United States: incidence and risk factors for presentation in the emergency setting. The Spinal Journal 2012; 12(1): 63-70.
4. Alshami AM. Prevalence of spinal disorders and their relationships with age and gender. Saudi Med J 2015; 36(6): 725-30.

5. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขสาเหตุการเจ็บป่วยรายภาคต่อประชากร 1,000 คน. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/statistic54.html>.
6. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน; 2557.
7. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน; 2558.
8. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน; 2559.
9. ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. โรคข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม. เอกสารประกอบการบรรยาย ศูนย์โรคปวดหลัง โรงพยาบาลลานนา; 2554.
10. ไมตรี ยอดแก้ว, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ, ศรีสุดาวนาลีสิน. การทบทวนวรรณกรรม: แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและระดับความรู้สึกลทางช่องน้ำไขสันหลัง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2553; 2(3): 50-70.
11. สุภาพรณ กวัดแก้ว. ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความวิตกกังวลของสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา. วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29: 55-66.
12. นิตยา ศษภักดี, สายฤดี วรจิโกคาทร, มาลี นิสสัยสุข. แบบประเมินความวิตกกังวล. กรุงเทพมหานคร; 2533.
13. Spielberger CD, Sydeman SL. State trait anxiety inventory and state-trait anger expression inventory. In: Maruish ME, editor. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Hillsdale: LEA; 1994.
14. สุภาพรณ เหมือนวัดไพร. ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของสแกนสันต่อระดับความเครียดของหญิงที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง. วารสารการพยาบาล 2553; 4: 86-94.
15. อัญชลี ไชยวงศ์น้อย. ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
16. สุภาพรณ กวัดแก้ว. ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความวิตกกังวลของสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา. วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29: 55-66.
17. จรินทร์ วงษ์สมบัติ. ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลของสแกนสันต่อความเครียดจากการแท้งของสตรีมีบุตรยาก. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2558.
18. เฉลิมศรี ทรัพย์ทอง. ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของสแกนสันในผู้สูงอายุต่อการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของผู้ป่วย [การศึกษาระดับมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยเซนต์หลุยส์; 2550.



บทความวิจัย

Research Article

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในโรงพยาบาลเอกชน

กฤติจิรา เตชะรุจิรา* วินัส ลิฬหกุล** ศากุล ช่างไม้***

*นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทคัดย่อ

รับบทความ: 21 พฤษภาคม 2562

รับแก้บทความ: 22 พฤศจิกายน 2562

ลงตีพิมพ์: 16 ธันวาคม 2562

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในด้านการรับประทานอาหาร และด้านการมีกิจกรรมทางกายในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการดำเนินการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ราย กลุ่มควบคุม 35 ราย ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับเอกสารคู่มือการดูแลตนเองตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในด้านการรับประทานอาหาร และด้านการมีกิจกรรมทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบด้วย chi-square, t test และ ANCOVA

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังได้รับโปรแกรมฯ จาก 1.44 (SD=0.19) เป็น 1.65 (SD=0.19) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในด้านพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Thai CV risk score (%) จาก 5.30 (SD=3.37) เป็น 3.76 (SD=2.40) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)



บทความวิจัย

Research Article

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในโรงพยาบาลเอกชน

กฤติจิรา เตชะรุจิรา* วินัส ลิฬหกุล** ศากุล ช่างไม้***

*นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทคัดย่อ (ต่อ)

สรุปผลการวิจัย: โปรแกรมฯ สามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าในคนที่ มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ดังนั้น ควรส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลและบุคคลที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการติดตามประเมินผลในระยะยาวเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด



บทความวิจัย

Research Article

The outcome of behavior change program to reduce the risks of cardiovascular disease in the staffs with metabolic syndrome at a private hospital

Kritjira Techarujira*, Venus Leelahakul D.Sc **, Sakul Changmai Ph.D***

*Student Master of Nursing (Adult) Faculty of Nursing, Christian University

**Thesis Advisors: Associate Professor, Christian University

***Thesis Advisors: Assistant Professor, Christian University

Received: May 21, 2019

Revised: November 22, 2019

Accepted: December 16, 2019

Abstract

Objective: To study the outcomes of a behavior change program to reduce the risks of cardiovascular disease in the staffs with metabolic syndrome at a private hospital in Samutsakorn, Thailand.

Material and Methods: This research was quasi-experiment research with two groups pre-posttest design. The sample were 70 staff with metabolic syndrome and were divided into two groups: 1) The experimental group, included 35 staff who received the behaviors change program to reduce cardiovascular disease risks of staff based on the Transtheoretical Model, for 12 weeks, and 2) The control group, included 35 staff who received the usual care. The instruments used in this study consisted of Transtheoretical Model support program, Cardiovascular disease risk reduction behavior questionnaire and Thai CV risk score application. Data were analyzed by using descriptive statistics, pair t-test, independent t-test and ANCOVA.

Measurement and result: The experimental group had significantly higher mean score of cardiovascular disease risks reduction behavior from 1.44 (SD=0.19) to 1.65 (SD=0.19) than the control group at 12 weeks ($p<0.05$) but there was no significant difference in the mean score of cardiovascular disease risk reduction behavior in physical activities between the experimental and control group. The experimental group had score of Thai CV Risk (%) from 5.30 (SD=3.37) to 3.76 (SD=2.40) it significantly lower mean score of Thai CV risk score (%) than the control group at 12 weeks ($p<0.05$).



บทความวิจัย

Research Article

The outcome of behavior change program to reduce the risks of cardiovascular disease in the staffs with metabolic syndrome at a private hospital

Kritjira Techarujira*, Venus Leelahakul D.Sc **, Sakul Changmai Ph.D***

*Student Master of Nursing (Adult) Faculty of Nursing, Christian University

**Thesis Advisors: Associate Professor, Christian University

***Thesis Advisors: Assistant Professor, Christian University

Abstract (Cont.)

Conclusion: The research findings show this program decreased CV risk score in staff with metabolic syndrome, but long-term follow-up of behavior change program is necessary in order to change behavior and reduce the incidence of cardiovascular disease.

Keywords: Behavior Change Program, Metabolic Syndromed, Cardiovascular Risk

บทนำ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) หรือกลุ่มอาการอ้วนลงพุง เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความผิดปกติด้านการเผาผลาญพลังงาน (metabolism) ส่งผลต่อภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับการมีไขมันในเลือดผิดปกติ (เอช ดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำ ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง) ความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ปกติ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด¹ ภาวะอ้วนลงพุงกำลังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนทั่วโลกในปัจจุบัน เนื่องจากมีอัตราการเกิดเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานความชุกของเมตาบอลิกซินโดรมในตอนกลางของประเทศสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 30.3² ส่วนการสำรวจของประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 เทียบกับปี พ.ศ. 2552 พบความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในผู้หญิงจากร้อยละ 45 เพิ่มขึ้นเป็น 51.3 ส่วนในผู้ชายจากร้อยละ 18.6 เพิ่มขึ้นเป็น 26 โดยความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ และสูงสุดในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป³ นอกจากนี้โรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด 3 อันดับ คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดมีอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรในรอบปี พ.ศ. 2549-2553 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.4 เป็น 20.5 และยังพบว่า ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมร่วมกับเป็นเบาหวาน มีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเพียงอย่างเดียว⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jahangiry L, et al.⁵ พบว่า กลุ่มเมตาบอลิกซินโดรมที่ BMI > 25.0 กิโลกรัมต่อเมตร² และไม่มีภาวะดูแลสุขภาพ จะส่งผลต่อภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง การทำงานของไตผิดปกติ การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ มากกว่ากลุ่มที่มีปัญหาเมตาบอลิกแต่มีค่า BMI < 25.0 กิโลกรัมต่อเมตร² ถึง 3 เท่า การศึกษาของ Han TS, Lean ME.⁶

พบว่า การรักษาและจัดการกับเมตาบอลิกซินโดรมด้วยการลดน้ำหนัก 5-10 กิโลกรัมการออกกำลังกาย รวมถึงการใช้น้ำตาลควบคุมระดับน้ำตาล และไขมันจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเบาหวานได้ถึงร้อยละ 50 เห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นจะลดความเสี่ยงการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ จึงได้มีมาตรการเชิงรุกในการป้องกัน และควบคุมอุบัติการณ์โดยค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และจัดการให้กลุ่มเหล่านี้สามารถจัดการตนเองได้ ลดปัจจัยเสี่ยง และปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง⁷ ทำให้ในปัจจุบันนี้หน่วยงานต่าง ๆ ทั่วโลกเน้นให้ประชาชนสามารถประเมินตนเองเบื้องต้น และพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรับการรักษา แก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ

การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า มีหลายงานวิจัย และนำมาคำนวณเป็นคะแนนความเสี่ยง ได้แก่ ASCVD risk score^{8,9}, Mendis F.¹⁰ เป็นต้น ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เป็นประชากรทั่วโลกไม่จำเพาะเชื้อชาติ จึงได้มีการศึกษาในประชากรไทย และนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรม Thai CV risk score โดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ทำขึ้นเพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด¹¹ ในประชากรที่มีอายุ 35-70 ปีโดยกรอกข้อมูลที่กำหนดและแสดงผลเป็นร้อยละความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า มีเป้าหมายเพื่อ 1) เป็นตัวกำหนดแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันโรค 2) เป็นเครื่องมือช่วยให้ประชาชน ได้เห็นผลของการควบคุมความเสี่ยงด้วยตนเอง และ 3) ใช้เป็นสื่อการสอนให้ประชาชนได้เห็นว่าอะไรคือปัจจัยเสี่ยง และควรมีการดูแลตนเองต่อเนื่อง

บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ในด้านสุขภาพ ควรให้คำแนะนำในการป้องกันปัญหา

สุขภาพ เช่น ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ตามมาได้ ดังนั้น บุคลากรควรมีความรู้ในการป้องกัน และจัดการภาวะสุขภาพ ทั้งของตนเองซึ่งเป็นผู้ให้บริการ และเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ผู้รับบริการ จากผลการตรวจสุขภาพปี พ.ศ. 2560 ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า บุคลากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีการตรวจเลือด และผลการตรวจร่างกายมีภาวะ เมตาบอลิกซินโดรม แต่ยังไม่เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 18 ซึ่งหากปล่อยไว้โดยไม่ได้มีการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว บุคลากรกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรงพยาบาล และครอบครัวของบุคลากรเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงจึงมีความจำเป็น จากการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง¹² ได้อธิบายถึงความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่า ควรคำนึงถึงระยะความพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลง ความสนใจในปัญหาและกล่าที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งแต่ละบุคคลมีไม่เท่ากัน จึงควรศึกษาแนวคิดของระยะและกระบวนการเปลี่ยนแปลง (stage and process of change) ร่วมกับแนวคิดของ Bandura ที่เน้น 1) ปรับพฤติกรรมที่จำเพาะเจาะจงที่เป็นปัญหา 2) จัดกิจกรรมผ่านการเรียนรู้ 3) กำหนดเป้าหมายชัดเจน 4) คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล 5) เน้นความเป็นมนุษย์ไม่บังคับ และ 6) ใช้วิธีการทางบวกมากกว่าลงโทษสอดคล้องกับการศึกษาของธนิดาโอฬาริชาติ¹³ เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมออกกำลังกายต่อระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมภายใต้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska J, et al.¹⁴ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระยะหลังทดลองสูงที่สุดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) และระดับโคเลสเตอรอลรวม ระยะหลังทดลองมีค่าต่ำสุด อย่าง

มีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) และสอดคล้องกับนิตยา สุขชัยสงค์¹⁵ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสุขภาพและเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลนี้ มีความสนใจในการจัดทำโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยงในบุคลากรกลุ่มนี้ จึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีขั้นตอน (Transtheoretical Model : TTM) ซึ่งมีขั้นตอนและกระบวนการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน TTM เป็นรูปแบบที่พัฒนาจากงานศึกษาวิจัยของ Prochaska J, et al.¹⁴ จุดเด่นของโมเดลนี้ คือ มีการระบุขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ชัดเจนทำให้ทราบว่า แต่ละบุคคลอยู่ในระยะใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และให้กิจกรรมที่เหมาะสมกับขั้นของพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นระบบ และมีความถาวรมากขึ้น ความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีภาพลักษณ์ มีสุขภาพที่ดีเพื่อเป็นแบบอย่างแก่องค์กรอื่นแก่ผู้มารับบริการและที่สำคัญเป็นการปรับพฤติกรรมที่ดีเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่ทำให้เสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา ภาพลักษณ์ และคุณภาพชีวิตในอนาคตได้ หากยังไม่มีป้องกัน หรือวางแผนสุขภาพที่ดีพอ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ร่วมกับการมีกิจกรรมทางกายตามแบบแผน ด้วยระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงในการทำกิจกรรมตามความตระหนัก การรับรู้ความสามารถตนเอง ความสมดุลในการตัดสินใจ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า

วัตถุประสงค์

1. วิเคราะห์และเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และด้านการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. วิเคราะห์และเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตาม Thai CV risk score ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

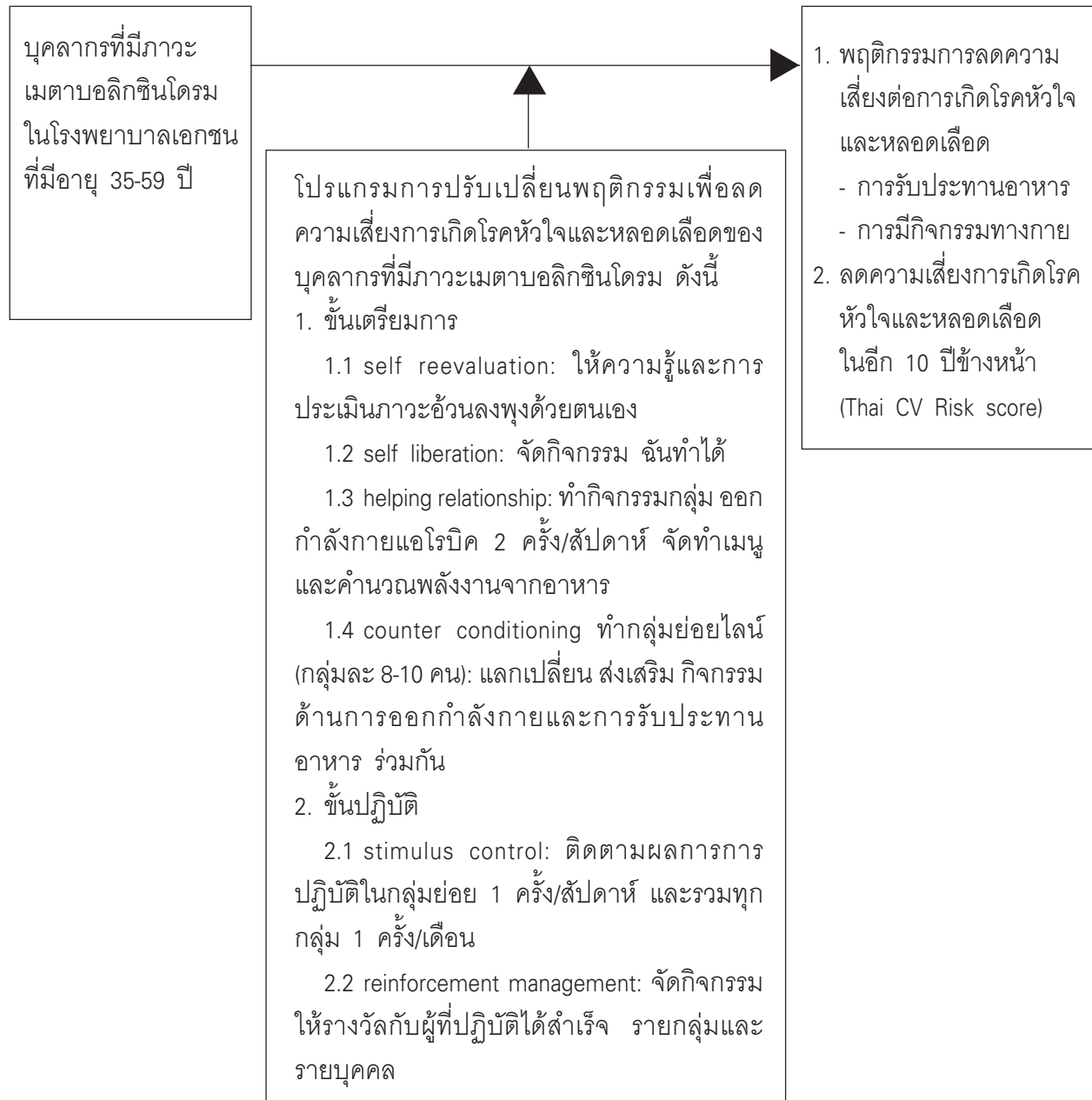
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

4. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยในการศึกษารั้งนี้ ได้ประยุกต์จากโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model (TTM) ของ Prochaska J, et al.¹⁴ โดยเลือกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (stages of change) ตั้งแต่ขั้นเตรียมการ (preparation) จนถึงขั้นปฏิบัติการ (action) และให้โปรแกรมตามขั้นด้วยกระบวนการเชิงประสบการณ์ (experiential processes) และกระบวนการเชิงพฤติกรรม (behavioral processes) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละขั้น (stage of change) โมเดล TTM ช่วยให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปทีละขั้นตอนจากผู้ที่อยู่ในขั้นระยะขั้นเตรียมการ (preparation) เมื่อผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (processes of change) จะมีการเปลี่ยนและสนใจที่จะปรับพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเข้าสู่ขั้นปฏิบัติ (action) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในการนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาจัดทำเป็นโปรแกรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และประเมินผลจากพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าตาม Thai CV Risk score (%)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre- posttest design)

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยใช้เกณฑ์ NCEP ATPIII ที่กระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นเกณฑ์สำหรับการ

วินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง ปี พ.ศ 2550¹⁶ ร่วมกับไม่มี การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และมี ขั้นตอนของพฤติกรรมตามแนวคิด stages of change model¹⁴ อยู่ในขั้นเตรียมการ และขั้นปฏิบัติ ช่วงอายุ 35-59 ปี ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จำนวน 70 ราย เลือกให้มีสัดส่วน

ของจำนวนเพศชาย-หญิงใกล้เคียงกัน และสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ตลอดการวิจัย คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน¹⁷ กำหนดช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval, 95% CI) กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) = 0.8 ค่า effect size จากการศึกษาของอรรธรณ ประภาศิลป์¹⁸ เกี่ยวกับภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะ เมตาบอลิกซินโดรมซึ่งมีความคล้ายคลึงกัน เท่ากับ 0.54 นำไปเปิดตารางจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 ราย ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ¹⁹ รวมกลุ่มตัวอย่างเป็น 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ราย และกลุ่มควบคุม 35 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีความผิดปกติ 3 ใน 5 ข้อ ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ NCEP ATP III และมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามโมเดล TTM อยู่ในระยะขั้นเตรียมการ และขั้นปฏิบัติ
2. ไม่มีความพิการทางการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่าน-ออกเขียนได้ เข้าร่วมกิจกรรมและสามารถติดต่อได้ตลอด 12 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก

ไม่สนใจเข้าทำกิจกรรม หรือไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 12 สัปดาห์

เกณฑ์พิจารณาหยุดการวิจัย

มีปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไชมันสูง ความดันโลหิตผิดปกติที่คุมไม่ได้ แพทย์ให้งดกิจกรรมหรือลาออกจากโรงพยาบาล

การดำเนินการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานหน่วยงานฝ่ายบุคคลเพื่อเข้าเก็บข้อมูล และหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อขอความร่วมมือประกาศให้บุคลากรเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการประเมินกลุ่มอาการเมตาบอลิกซินโดรม และความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า จากนั้นผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูลรวมถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยระยะการศึกษา 12 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้รับคู่มือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จากนั้นนัดประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 12 ส่วนในกลุ่มทดลอง ได้รับคู่มือ และเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องจนครบ 12 สัปดาห์ตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการประเมินตนเอง: “รู้จักและตระหนักกับภาวะอ้วนลงพุง” โดยให้ความรู้เอกสารคู่มือการดูแลตนเอง เพื่อกลับไปประเมินตนเองต่อเองที่บ้าน และกิจกรรมการให้คำมั่นสัญญากับตนเอง: “ฉันทำได้” ให้ตั้งเป้าหมายระยะสั้นสำหรับการปฏิบัติตนให้บรรลุเป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 2,3,4 ทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมแรงและสนับสนุนกัน แบ่งกลุ่มย่อยเป็น 4 กลุ่ม โดยภายในแต่ละกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการปฏิบัติกิจกรรมควบคุมการรับประทานอาหาร และการทำกิจกรรมทางกายด้วยตนเองในแต่ละสัปดาห์ตามแผน ดังนี้ 1) ให้การช่วยเหลือสนับสนุน: ข้อมูลด้านสถานที่ อุปกรณ์ออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ข้อมูลแคลอรีอาหารที่ใช้ในการคำนวณแคลอรีที่นำมาใช้ควบคุมตามข้อมูลแต่ละบุคคล 2) การควบคุมสิ่งเร้า: จัดให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้แสดง และผลการเปลี่ยนแปลง

ของตนเอง โดยติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมประเมินตนเองซ้ำ: พบปะกันระหว่างกลุ่มย่อย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความสำเร็จของการทำการเปลี่ยนแปลงตนเองเปรียบเทียบค่าน้ำหนัก รอบเอว ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 6 ใช้กระบวนการทดแทนด้วยสิ่งอื่น: ติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมในไลน์ และแผนกที่ปฏิบัติงาน ในกรณีคนที่ไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างน้อย 1 ครั้งต่อ 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 7, 8, 9 กระตุ้นให้ปรับเป้าหมาย แล้วมีการติดตามโดยใช้กระบวนการควบคุมสิ่งเร้า เพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเอง จัดให้ทุกกลุ่มได้พบกันภายในกลุ่มอย่างน้อย 1 ครั้งต่อ 3 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 10, 11 ใช้กระบวนการเสริมแรง: จัดกิจกรรมให้รางวัลกับผู้ปฏิบัติได้สำเร็จ ระบายกลุ่มรายบุคคล และส่งเสริมให้กับคนที่กล้าเปลี่ยนแปลงเป็นตัวอย่างที่ดีต่อพนักงานอื่น ๆ ในหน่วยงาน

สัปดาห์ที่ 12 (สิ้นสุดการทดลอง) ประเมินผลหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม: น้ำหนัก เส้นรอบวงเอว ความดันโลหิต คะแนนจากแบบสอบถามพฤติกรรม และ คะแนนจาก Thai CV risk score(%)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่

1.1 แบบประเมินการคัดกรองบุคลากรที่มีปัญหาอยู่ในกลุ่มเมตาบอลิกซินโดรม โดยใช้เกณฑ์ NCEP ATPIII สำหรับชาวเอเชีย²⁰ และเข้าเกณฑ์ 3 ใน 5 ข้อดังต่อไปนี้ 1) มีเส้นรอบวงเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตรขึ้นไปในผู้ชาย และตั้งแต่ 80 เซนติเมตรขึ้นไปในผู้หญิง 2) triglyceride $\geq$ 150 mg/dl 3) HDL-cholesterol $<$ 40 mg/dl ในผู้ชาย หรือ $<$ 50 mg/dl (1.29 mmol /L) ในผู้หญิง 4) systolic blood pressure $\geq$ 130 mmHg หรือ diastolic blood pressure $>$ 85 mmHg 5) fasting blood

sugar $\geq$ 100 mg/dl

1.2 แบบประเมินขั้นของพฤติกรรมที่นำมาจากแบบประเมินความพร้อมของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มภาวะน้ำหนักเกินพัฒนาจากแนวคิด stage of change model และแบบวัดความพร้อม readiness of stage to change measure ของ Farkas และคณะ ปี ค.ศ. 1996 ซึ่งแปลและปรับปรุงโดย อังคินันท์ อินทรกำแหง¹² โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่อยู่ในขั้นเตรียมการและขั้นปฏิบัติเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่

2.2 แบบสอบถาม พฤติกรรมการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามงานวิจัยของ จีราวรรณ เผื่อแผ่ และคณะ²¹ และทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมด้านการมีกิจกรรมทางกายต่อการจัดการภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ทั้งหมด 31 ข้อ ให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ 0 ถึง 4 คะแนน ประกอบด้วย

2.2.1 ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 24 ข้อ

2.2.2 ด้านการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 7 ข้อ

2.3 การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าโดยใช้โปรแกรม Thai CV risk score ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยลงข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตตัวบน การเป็นโรคเบาหวาน เส้นรอบวง (นิ้ว) ส่วนสูง (เซนติเมตร) แล้วประมวลผลเป็นร้อยละความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแปลผลโดยคำนวณเป็นร้อยละความเสี่ยงให้กับผู้เข้า

ร่วมโปรแกรมฯ เปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลองดังนี้ ช่วงร้อยละ 0-10 มีความเสี่ยงระดับ ต่ำ ร้อยละ 11-20 มีความเสี่ยงระดับ ปานกลาง มากกว่า ร้อยละ 20 ขึ้นไปมีความเสี่ยงระดับ สูง¹¹

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประกอบด้วย กิจกรรมตามกระบวนการเชิงประสบการณ์ และกระบวนการเชิงพฤติกรรม

3.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ตามโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีขั้นตอน (transtheoretical model) ของ Prochaska J, et al.¹⁴ ซึ่งประกอบด้วยทำให้กิจกรรมตามกระบวนการเชิงประสบการณ์ และกระบวนการเชิงพฤติกรรม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

3.2 คู่มือความรู้และการจัดการภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และพฤติกรรมลดความเสี่ยงเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด

3.3 สมุดบันทึก น้ำหนัก เส้นรอบวงเอว รายวัน และข้อมูลการรับประทานอาหาร และการมีกิจกรรมทางกาย สำหรับการบันทึก 12 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการทดลอง ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน นำไปคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item - Object Congruence Index: IOC) เท่ากับ 0.94 นำไปทดลองหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าดัชนีเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเปรียบเทียบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบด้วย chi-square, independent t-test และวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยสถิติ ANCOVA และเปรียบเทียบร้อยละความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ข้างหน้า ด้วยสถิติ pair t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 35 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 35 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 35-56 ปี ไม่สูบบุหรี่เฉลี่ย ร้อยละ 91 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย ร้อยละ 70 ปฏิบัติงานในตำแหน่งบุคลากรสายวิชาชีพด้านสุขภาพ ร้อยละ 60 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 54.3 มีสถานภาพสมรส คู่ร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 62.9 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 68.6 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่ต่างกัน

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการมีกิจกรรมทางกาย ก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยรวมของกลุ่มทดลอง 1.42 (SD=0.18) กลุ่มควบคุม 1.34 (SD=0.26) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม กลุ่มทดลอง 1.65 (SD=0.19) กลุ่มควบคุม 1.44 (SD=0.17) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=22.75$, $df=1$, $p<0.001$) เมื่อวิเคราะห์ในรายด้านพบว่า หลังการทดลองมีพฤติกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกายที่ ไม่มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนพฤติกรรมด้าน
การรับประทานอาหารมีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($F=22.05$, $df=1$, $p<0.01$) (ตาราง
ที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบของคะแนนพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจด้านการรับประทานอาหาร
และการมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ เปรียบเทียบกับก่อนได้รับ
โปรแกรมฯ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
พฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด (ก่อนได้รับโปรแกรมฯ)	0.53	1	0.05		
ระหว่างกลุ่ม	0.72	1	0.72	22.75	0.000
ค่าความคลาดเคลื่อน	2.11	67	0.03		
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร อาหารก่อนได้รับโปรแกรมฯ	0.02	1	0.02		
ระหว่างกลุ่ม	0.64	1	0.64	20.05	0.000
ค่าความคลาดเคลื่อน	2.15	67	0.03		
พฤติกรรมด้านการมีกิจกรรมทาง กายก่อนได้รับโปรแกรมฯ	5.496	1	5.496		
ระหว่างกลุ่ม	0.027	1	0.027	0.279	0.599
ค่าความคลาดเคลื่อน	6.457	67	0.096		

3. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของ Thai CV risk
score (%) ก่อนได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ย Thai CV
risk score (%) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังได้รับ
โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ย Thai CV risk score (%) ของ

กลุ่มทดลองลดลงเหลือ 3.76 (SD=2.40) ส่วนกลุ่ม
ควบคุมเพิ่มขึ้นเป็น 6.59 (SD=2.67) ซึ่งกลุ่มทดลอง
มีค่าเฉลี่ย Thai CV risk score (%) ต่ำกว่าก่อนทดลอง
และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p<0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ Thai CV risk score (%) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ระยะการทดลอง	Thai CV risk score (%)				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
	(min-max)		(min-max)			
ก่อนได้รับโปรแกรม	5.30	± 3.37	6.22	± 2.64	1.28	0.21
	(1.73-14.31)		(1.73-12.78)			
หลังได้รับโปรแกรม	3.76	± 2.40	6.59	± 2.67	-4.67	0.00
	(1.48-13.23)		(1.73-13.10)			
p- value	0.00		0.01			

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยข้างต้นผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานที่ 2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อนำมาวิเคราะห์รายด้านภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้านพฤติกรรมรับประทานอาหารมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ที่ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในขั้นปฏิบัติ (preparation) ขึ้นไปนั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพียงผู้วิจัยให้ข้อมูลและจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้มีความต่อเนื่องในการปฏิบัติ และเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมที่ดีมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ภิชฐจิรัชญ์ พัทธกุลธนา²² ที่อธิบายถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p = 0.048$) โรคประจำตัว ($p < 0.001$) การรับรู้ภาพลักษณ์หรือรูปร่างตนเอง ($p < 0.001$) พฤติกรรมรับประทานอาหาร ($p < 0.001$) และกรรมพันธุ์ ($p < 0.001$) ร่วมกับในเข้ากิจกรรมกลุ่มใหญ่นั้น เหตุผลหลักที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ คือ การที่มีรูปร่างภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี และอยากมีสุขภาพที่แข็งแรง ทำให้ผู้เข้าร่วมนั้นมีเป้าหมายในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสำเร็จการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมฯ ประยุกต์จากทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska J, et al.¹⁴ ซึ่งการออกแบบกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนนั้น อธิบายความสอดคล้อง และผลลัพธ์ของกิจกรรมในแต่ละกระบวนการดังนี้

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2 นั้นมีกิจกรรม 1) self-

revaluation: ให้ความรู้และการประเมินภาวะอ้วนลงพุงด้วยตนเอง 2) self-liberation: ฉันทาได้ เพราะการให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ตระหนักในผลดีผลเสียของภาวะอ้วนลงพุง และประกอบกับการให้สมุดบันทึก มีการตั้งเป้าหมายระยะสั้นรายสัปดาห์ กำหนดในสิ่งที่สามารถทำได้เป็นนามธรรมก่อให้เกิดกำลังใจในการทำกิจกรรมให้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิตา โอฟาริกชาติ¹³ ที่ได้ทำกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร/การมีกิจกรรมทางกาย ของพนักงานโรงแรมที่มีระดับไขมันในเลือดสูง โดยให้สุศึกษาพร้อมกับทำกิจกรรมประเมินตนเองและทำพันธสัญญากับตนเองเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม 3) ในกิจกรรม helping relationships: จัดกิจกรรม หาสิ่งสนับสนุนให้ทำร่วมกันการสอนเมนูอาหารแลกเปลี่ยนการคำนวณแคลอรีอาหาร หรือการให้ภายในกลุ่มช่วยกันคิดเมนู หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลในการปฏิบัติกิจกรรมให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล รวมถึงด้านการออกกำลังกาย แหล่งสนับสนุนในการทำกิจกรรม เช่น ที่ออกกำลังกายของโรงพยาบาลที่สามารถใช้บริการได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของทรัพย์ทวี หิรัญเกิด²³ ได้ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ช่วยลดโอกาสในการเกิดความดันโลหิตสูง ด้วยการให้คำชี้แนะ การสนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อม ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น 4) กิจกรรม counter conditioning โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วยการแลกเปลี่ยน การสอบถาม การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรมด้านอาหาร และออกกำลังกาย โดยมีการพูดคุยกันทุกวัน หรือสามารถส่งข้อมูลทิ้งไว้ให้ผู้วิจัยช่วยตอบคำถามในช่วงที่ไม่สะดวกในการพูดคุย 5) การใช้ stimulus Control: ทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เห็นพัฒนาการของเพื่อนร่วมกิจกรรม และมีกำลังใจ มีการปรับเป้าหมายของตนเองเพื่อให้สามารถทำได้โดยไม่เคร่งครัดเกินไป สอดคล้องกับแจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์²⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกิน ที่ได้ใช้การติดตามทางโทรศัพท์เพื่อติดตามการทำกิจกรรม และนัดพบที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการเพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีผลทำให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากกิจกรรมดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหารที่เห็นได้ชัดเจน และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านน้ำหนักด้วย เน้นการรับประทานผัก ผลไม้ ลดน้ำตาล น้ำหวาน ในระหว่างวัน ทำให้เกิดการควบคุมพลังงานจากการรับประทานเข้าไปในร่างกายให้น้อยกว่าที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ตามหลักการจะทำให้สามารถลดน้ำหนักและรอบเอวได้ สอดคล้องกับพรศิริ พันธสี²⁵ การลดน้ำหนักที่ได้ผลในระยะยาวมากที่สุด คือ การลดพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับประมาณวันละ 500-1000 แคลอรี เป้าหมายที่เหมาะสมในการลดน้ำหนักคือ สัปดาห์ละ 0.5-1 กิโลกรัม ทำให้ช่วยลดการสร้างไขมันสะสมในเนื้อเยื่อไขมันและช่วยให้ปริมาณอินซูลินเข้าสู่กระแสเลือดในระดับที่เหมาะสม

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีน้ำหนัก เส้นรอบเอวที่ลดลง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นไปตามระดับคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร รายข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางบวกมากขึ้น ได้แก่ ข้อที่มีการคำนึงถึงประโยชน์ โทษ และมีการคำนวณปริมาณแคลอรี เกลือโซเดียม ที่มีอยู่ที่ฉลากของบรรจุภัณฑ์มากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร

อาหารเปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ในส่วนพฤติกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกาย กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น แต่ยังไม่มีความแตกต่างทางสถิติ เมื่อพิจารณาในรายข้อคำถามที่มีคะแนนเปลี่ยนแปลงดีขึ้น ได้แก่ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในส่วนของความเข้าใจ และการออกกำลังกายให้ได้ตามซีพจรที่กำหนด มีการทำกิจกรรมออกแรงที่มากกว่า 30 นาที ซึ่งอธิบายได้จากการทบทวนวรรณกรรม การมีกิจกรรมทางกายที่มีผลต่อความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ต้องมีรูปแบบกิจกรรมที่หนักปานกลางขึ้นไป และมีการทำกิจกรรมที่ระยะเวลาตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป สอดคล้องกับปุนยวีร์ ประเสริฐไทย²⁶ ศึกษาถึงผลการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง โดยกลุ่มควบคุมให้ออกแรงปกติ กลุ่มทดลองให้ออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยานวันละ 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ออกกำลังกายมีระดับความดันโลหิตทั้งซิสทอลิกและไดแอสทอลิกลดลงและต่ำกว่ากลุ่มออกแรงปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสุพิชญา หวังปิณฑิพนธ์ และคณะ²⁷ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแรงสามสัปดาห์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 30 ราย เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกันการทำกิจกรรมที่ควรต้องมีระยะเวลาที่เพียงพอ สอดคล้องกับในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีน้ำหนักที่ลดลง รอบเอวลดลง เมื่อวิเคราะห์ในการปฏิบัติกิจกรรมพบว่า ผลการบันทึกในสมุด

กิจกรรม ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นพนักงานซึ่งทำงานเป็นกะทำงาน 10-16 ชั่วโมง และการมีกิจกรรมทางกายอาจไม่ได้ระยะเวลาที่กำหนด ทำได้ 30 นาที เพียง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้ไม่สอดคล้องกับรูปแบบการประเมินที่กำหนด ผู้วิจัยให้คำแนะนำเป็นการออกแรง เช่น แกว่งแขน เกร็งหน้าท้อง บนเก้าอี้แทน อาจจะได้ติดต่อกัน 30 นาที แต่เป็นการเพิ่มการเผาผลาญ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น สะสมให้ครบ 30-60 นาทีต่อวัน และอาจเนื่องด้วยระยะเวลาในการจัดกิจกรรม เช่น แอโรบิค ที่ผู้วิจัยจัดให้ช่วงเวลา 16.00-17.00 น. 2 วันต่อสัปดาห์ เนื่องด้วยข้อจำกัดเรื่องสถานที่ อาจทำให้ไม่สะดวกแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ในระยะเวลาที่เข้าร่วมเนื่องจากในสายวิชาชีพอาจเป็นช่วงเปลี่ยนเวร หรือเป็นช่วงที่มีการให้บริการผู้ป่วยหน้างาน ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ ประกอบกับการศึกษาของ รุสนี วาอาอีตา และคณะ²⁸ ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา 31 ราย เป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นถึงว่า การทำกิจกรรมเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องมีระยะเวลาที่เหมาะสม

สรุปในพฤติกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกาย คะแนนพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี ข้างหน้า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมที่มีแนวโน้มดีขึ้นในข้อที่ควรตระหนักและต้องปฏิบัติได้ คือ การออกกำลังกายที่ต้องมีระยะเวลาตั้งแต่ 30 นาที และมีรูปแบบที่ถูกต้อง มีตั้งแต่การอบอุ่นร่างกาย การออกแรง และการยืดเหยียด แต่พฤติกรรมดังกล่าว นั้นยังปฏิบัติได้ไม่เพียงพอ เนื่องด้วยระยะเวลา และ

ลักษณะของกิจกรรมที่ผู้วิจัยไม่ได้บังคับให้มีรูปแบบชัดเจนเหมือนกันทุกคน เน้นเป็นการทำกิจกรรมตามความต้องการ เหมาะสมของแต่ละบุคคล ทำให้มีความแตกต่างเรื่องระยะเวลาที่ต้องได้ตามกำหนด รูปแบบการมีกิจกรรมต้องได้ครบทั้งการอบอุ่นร่างกาย แอโรบิก และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำได้ครบ และเป็นประจำด้วยความแตกต่างของภาระงาน และเวลาของงานบริการ ซึ่งควรต้องมีการส่งเสริมให้ปฏิบัติต่อเนื่อง และให้เวลามากขึ้นกว่า 12 สัปดาห์

สมมติฐานที่ 3 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานที่ 4 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามสมมติฐานด้วยการเปลี่ยนแปลงของ น้ำหนัก เส้นรอบเอว และความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่าง แล้วเมื่อนำมาคำนวณแอฟลิเคชั่น Thai CV risk score ทำให้ผลลัพธ์มีการเปลี่ยนแปลง อภิปรายผลได้ว่า ร้อยละความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เนื่องจากในกลุ่มอาการของเมตาบอลิกซินโดรม คือ ความดันโลหิตสูง รอบเอวที่ผิดปกติ น้ำตาลในเลือดผิดปกติ ระดับไขมันที่ผิดปกติ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้นำผลการตรวจเลือดมาประเมินผลหลังจากการให้โปรแกรมฯ ตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ระดับความดันโลหิตตัวบน สัมพันธ์กับการศึกษาของปุนยวีร์ ประเสริฐไทย²⁶ พบว่า การกระตุ้นการออกกำลังกายต่อเนื่องอย่าง

น้อย 4 สัปดาห์ในผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูง มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป (ความดันซิสโตลิก 116-135 และความดันไดแอสโตลิก 76-85 มิลลิเมตรปรอท) ร่วมกับไม่ได้มีการออกกำลังกายมาก่อนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 30 ราย โดยออกกำลังกายในระดับปานกลางได้แก่ เดินเร็ว วิ่งเหยาะ รำพลอง และปั่นจักรยาน เป็นต้น ร่วมกับให้มือตราการเต้นของหัวใจสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 60-70 ภายหลังการทดลองมีค่าความดันลดลงมากที่สุดที่สัปดาห์ที่ 4 ดังนี้ ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 5.57 และไดแอสโตลิกลดลง 4.22 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ค่าความดันโลหิตตัวบนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับ 2) น้ำหนักที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณนิภา บุญเทียร และคณะ²⁹ ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในบุคลากรตำรวจแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 รายอายุเฉลี่ย 50 ปีโดยการให้ความรู้และฝึกควบคุมพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายด้วยการบันทึกในคู่มือ และร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ของผู้วิจัยเป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนการทดลอง จาก 26.87 เหลือ 26.61 และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง จาก 7.88 เหลือ 5.84 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แต่ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) สอดคล้องกับ ละอองดาว คำชาตา และคณะ¹ ผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อเส้นรอบวงเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ที่มีอาการเมตาบอลิกอายุ 35-60 ปี จำนวน 60 ราย ในระยะเวลา 12 สัปดาห์พบว่า การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ ลดเส้นรอบวงเอว ลดระดับ

น้ำตาลในเลือด และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีขั้นตอนสนับสนุนสมมติฐานของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น รอบวงเอวที่ลดลง น้ำหนักลดลง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง ทำให้ลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าได้อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปโดยรวมการมีกิจกรรม และดำเนินการตามโปรแกรมฯ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ส่วนพฤติกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกายไม่ชัดเจน แต่พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ส่งผลให้ค่าร้อยละความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า Thai CV risk score (%) ลดลงในระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนการนำโปรแกรมฯ ไปปรับใช้ในองค์กร สถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพระยะยาวของบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

มีการจัดโปรแกรมฯ กระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมกับงานประจำ และเวลาการทำงานของแต่ละกลุ่มบุคลากร และมีข้อตกลงร่วมกันเรื่องระยะเวลาเพื่อให้การปฏิบัติได้ระยะเวลาที่เหมาะสมกับการป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นำผลการตรวจเลือดมาใช้ในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง และจำเป็นต้องเจาะเลือดติดตามผล มาใช้ในการคำนวณ Thai CV Risk

เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการติดตามและประเมินผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.2 ด้านการศึกษา

ควรมีการส่งเสริมในด้านกระบวนการเรียนการสอนในด้านการส่งเสริมสุขภาพต่อประชากรในชุมชน เพื่อส่งเสริม และ เน้นให้เกิดการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า

1.3 ด้านการวิจัยทางพยาบาล

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรมีการกำหนดรูปแบบของกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม และมีเกณฑ์ประเมินเพื่อให้สามารถนำไปใช้ และประเมินผลได้ด้วยตนเอง ตามความเหมาะสมของกลุ่มที่จะนำกิจกรรมไปใช้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรปรับรูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรมฯ ในการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไปวิเคราะห์ถึงระยะเวลาที่เหมาะสม และกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มงานของการให้โปรแกรมฯ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ที่เหมาะสมกับกิจกรรมของกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล

2.2 ควรเพิ่มระยะเวลาของการติดตามผลอย่างต่อเนื่องของโปรแกรมฯ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากขั้นปฏิบัติ สู่ขั้นคงที่ซึ่งจะมีผลให้บุคลากรมีการปฏิบัติพฤติกรรมลดความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องเป็นการป้องกันการกลับมาเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. ละอองดาว คำชาติา, ชดชัย วัฒนะ และ อีรณัฐ หานันธิ์ชัย. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเส้นรอบวงเอว ระดับน้ำตาลในเลือดและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก. วารสารพยาบาลสาร 2560; 44: 65-76.
2. Wong-McClure RA, Gregg EW, Barceló A, Lee K, Abarca-Gómez L, Sanabria-López L, et al. Prevalence of metabolic syndrome in Central America: a cross-sectional population-based study. Rev Panam Salud Pu blica 2015; 38: 202-8.
3. วิชัย เอกพลากร, บรรณานิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2559.
4. Grundy SM. Pre-diabetes, metabolic syndrome, and cardiovascular risk. J Am Coll Cardiol 2012; 59: 635-43.
5. Jahangiry L, Farhangi MA, Fatemeh R. Framingham risk score for estimation of 10-years of cardiovascular diseases risk in patients with metabolic syndrome. J Health Popul Nutr 2017; 36: 1-6.
6. Han TS, Lean ME. A clinical perspective of obesity, metabolic syndrome and cardiovascular disease. JRSM Cardiovascular Disease 2016; 5: 1-13
7. ณัฐวิวัฒน พันธ์มุง, นิตยา พันธุเวทย์, ลินดา จำปาแก้ว. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
8. American Heart Association. 2013 Prevention guidelines tools CV risk calculator [Internet]. 2013 [cited 2019 April 17]. Available from <https://professional.heart.org/professional>.
9. Goff Jr DC, Lloyd-Jones DM, Bennet G, Coady S, D'Agostino RB, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. Circulation 2014; 129: S49-73.
10. Mendis F. The contribution of the framingham heart study to the prevention of cardiovascular disease: A global perspective. Progress in Cardiovascular Diseases 2010; 53: 10-4.
11. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. Thai CV risk score [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2561] เข้าถึงได้จาก <https://med.mahidol.ac.th/cvmc/th/thaicv>.
12. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
13. ธนิดา โอฟาริกชาติ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
14. Prochaska J, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good: A revolutionary Six-Stage Program for overcoming bad habits and moving you, life positively forward. New York: Haper Collins Publishers Inc; 2010.

15. นิตยา สุขชัยสงค์. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการส่งเสริมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร [วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
16. จูรีพร คงประเสริฐ, ธิติรัตน์ อภิญา, บรรณานิกร. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
17. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด; 2553.
18. อรวรรณ ประภาศิลป์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
19. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2558.
20. Ramli AS, Daher AM, Nor-Ashikin MK, Mat-Nasir N, Ng NK, Miskan M, et al. JIS definition identified more Malaysian adults with metabolic syndrome compared to the NCEP-ATP III and IDF criteria. BioMed Research International 2013; 1: 1-10.
21. Phuaphae J, Jitramontree N, Leelahakul V. Factors predicting self-management behaviors among older persons with cardiovascular risks. J Nurs Sci 2015; 33: 41-50.
22. ภิชฐ์จิรัญญ์ พัทธกุลธนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ เขตเทศบาลตำบลบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลทหารบก 2558; 16: 131-9.
23. ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, พร้อมจิตร ห่อนบุญheim, สุรชาติ สิทธิปกรณ์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556; 31: 97-104.
24. แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกิน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
25. พรศิริ พันธสี. โรคอ้วนลงพุง: ภัยมืดที่ป้องกันได้. วารสาร มชก.วิชาการ 2556; 33: 151-64.
26. ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย. ผลของการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง. วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25: 80-95.
27. สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์, แสงทอง ธีระทองคำ, มะลิวัลย์ ภาคพยัคฆ์. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบเรณูสามสิบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกายและค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วของผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน. Rama Nurs J 2560; 23: 358-70.

28. รุสนี วาอาอีตา, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, บุญสิทธิ์ ไชยชนะ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา. วารสารกระทรวงสาธารณสุข 2558; 24: 90-104.
29. พรรณิภา บุญเพียร, จงจิต เสน่ห์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, จงกลวรรณ มุสิกทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรตำรวจ. วารสารพยาบาลทหารบก 2560; 18: 346-56.



บทความวิจัย

Research Article

ผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กมลวรรณ วงวาส* ศากุล ช่างไม้* วินัส ลิฬหกุล*

*มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

รับบทความ: 23 เมษายน 2562

รับแก้บทความ: 6 พฤศจิกายน 2562

ลงตีพิมพ์: 16 ธันวาคม 2562

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเท้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ 2) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าดัชนีความดันหลอดเลือดแดงที่แขนเมื่อเทียบกับขาในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre test - Post test design) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้าเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้า มีค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) = 0.93 และค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient = 0.76 และส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 - กันยายน พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย: พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีความดันของหลอดเลือดแขนเมื่อเทียบกับขา ภายหลังการทดลองพบว่าภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$)

สรุปผลการวิจัย: โปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมในการช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันของแขนเมื่อเทียบกับขา (ABI) โปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



The effects of diabetic foot ulcer risk reduction program of type 2 diabetic patients

Kamonwan Wongwas*, Sakul Changmai Ph.D*, Venus Leehalakul D.Sc *

*Christian University of Thailand

Abstract

Received: April 23, 2019

Revised: November 6, 2019

Accepted: December 16, 2019

Objective: The purpose of this study were to 1) evaluate the effectiveness of the foot ulcer risk reduction program in Diabetic type 2 patients and 2) to compare the Ankle - Brachial Index between arms and legs in control group before and after receive the program.

Material and Methods: The research design of this study was Quasi - Experimental; Pre test - Post test design. A drawing was used to assign subjects into two groups: experimental and control. The number of the subjects in each group was 30, comprising the total number of 60. The research instruments were 1) Foot care behavior for the foot ulcer risk reduction in Diabetic Type 2 patients questionnaire and the Validity of Foot care behavior for the foot ulcer risk reduction in Diabetic Type 2 patients questionnaire were used CVI =0.93 and the reliability were used Cronbach's alpha coefficient = 0.76 and 2) The foot ulcer risk reduction program in Diabetic type 2 patients. The data were collected between July 2019 - August 2019 and analyzed by using descriptive statistics, Independent t - test.

Measurement and result: The results were as follow: The average scores of foot care behavior of the experimental group after training were statistically significantly higher than before training ($p<0.05$). The average score of the Ankle - Brachial Index between arms and legs of the experimental group after training were not statistically difference significantly ($p>0.05$).

Conclusion: The foot ulcer risk reduction program in Diabetic type 2 patients is suitable for reducing foot ulcer risk in Diabetic type 2 patients.

Keywords: Diabetic foot ulcer risk, Diabetic type 2, Ankle Brachial Index (ABI), The foot ulcer risk reduction program in Diabetic type 2 patients

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจหลอดเลือด ตาบอด โรคเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลาย ซึ่งทั้งหมดเป็นโรคแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้เส้นประสาทที่เสื่อมลงยังเป็นสาเหตุของความพิการจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าและถูกตัดเท้ามากกว่าคนปกติหลายเท่า และเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การตีบตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อที่เท้า จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันทั่วร่างกายมากกว่าคนทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน 2 เท่าของคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน และเป็นหลอดเลือดที่ขาอุดตันเป็น 20 เท่าของคนที่ไม่เป็นเบาหวาน สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน คือ ภาวะตีบตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อที่เท้าทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันทั่วร่างกายมากกว่าคนทั่วไป พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเป็น 2 เท่าของคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวานและเป็นโรคหลอดเลือดที่ขาอุดตันเป็น 20 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน¹

ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่พบบ่อยเกิดจากความเสียหายของระบบประสาทส่วนปลาย และระบบหลอดเลือดส่วนปลาย ปัญหาภาวะแทรกซ้อนบริเวณเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดและระบบประสาทส่วนปลาย พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 10-20 ปี จะเป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันที่ขาซ้ายในระดับรุนแรงถึงปานกลางมากที่สุด และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันที่ขาขวาได้มากที่สุดเช่นกัน โดยเป็นผลกระทบจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเบาหวาน

ที่ควบคุมโรคไม่ได้ จากรายงานวิจัยของเกดศิริวงศ์คงคำ และคณะ² ซึ่งสอดคล้องกับปีเตอร์ เจ ดิกดี³ ที่กล่าวว่า หากมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดจะสามารถป้องกันและทำให้ระบบประสาทรับความรู้สึกส่วนปลายดีขึ้น ทั้งนี้ ในคนปกติสาเหตุเหล่านี้จะไม่ทำให้เกิดปัญหา แต่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีปัจจัยสำคัญอื่น ๆ ที่เกิดจากตัวเบาหวานเองทำให้แผลที่เกิดขึ้นกลายเป็นปัญหาใหญ่ในการรักษา¹

ดังนั้น เมื่อเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอร่วมกับภาวะของปลายประสาทเสื่อมจึงทำให้เท้ามีโอกาสเกิดการบาดเจ็บได้ง่ายและแผลที่เท้าจึงหายช้า บางครั้งแผลไม่หายแต่กลับลุกลามจนทำให้นิ้วและเป็นแผลเรื้อรังไม่หายขาด อย่างไรก็ตามพบว่า ประมาณร้อยละ 85 ของการสูญเสียขาจากเบาหวานสามารถป้องกันได้⁴ ดังนั้น ความสำคัญในการรักษาโรคปลายประสาทเสื่อมจากเบาหวาน (diabetic peripheral neuropathy) โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการปวดจากความผิดปกติจากปลายประสาทอักเสบทั้งสองด้าน (symmetric peripheral pain) อยู่ ที่การจัดการที่ดีโดยมีการกำหนดเป้าหมายของการรักษา คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมไขมัน ควบคุมความดันโลหิตและการเลิกสูบบุหรี่⁴

การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การวัดการไหลเวียนของ หลอดเลือดโดยใช้ค่าดัชนีความดันข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขน (Ankle Brachial Index: ABI) จากการศึกษาค้นคว้าวิจัยพบว่าปัญหาการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญเพราะมีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีแผลที่เท้าจะถูกตัดเท้าจากแผลเรื้อรังและรักษาไม่หาย โดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่เคยรับรู้หรือตระหนักว่าตนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่เกิดแผลหรือถูกตัดขา และไม่เคยได้รับความรู้ที่ตนต้องดูแลเท้าอย่างไรเพื่อไม่ให้เกิดแผลและถูกตัดขาในที่สุด⁵ ดังนั้น จากปัญหาการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด

แผลที่เท้า ซึ่งการใช้โปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการใช้ มะกูดแห้งและมีการติดตามผลโดยใช้การตรวจความดันแขนเมื่อเทียบกับขา หรือ Ankle Brachial Index (ABI)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเท้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าดัชนีความดันหลอดเลือดแดงที่แขนเมื่อเทียบกับขาในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองที่ได้รับโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pre test - post test design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการประเมินเท้ามีค่า ABI ตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้เกณฑ์ โพลิตและฮังเลอร์⁶

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

1. หาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis โดยทำการเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน⁷ กำหนดระดับความเชื่อมั่น 0.05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) = 0.80 ขนาดของ

กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (effect size) การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มจากงานวิจัยที่มีการศึกษาใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยได้ศึกษาจากการศึกษาของ จิตรา จันทรโกตุ และคณะ⁸ ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานและมีการวัดตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน คือ วัดคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 2.46 (SD=0.23) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 3.33 (SD 0.26) จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าอิทธิพลได้ ดังนี้

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

$$d = \frac{47.76 - 42.80}{7.14}$$

$$d = 0.69$$

จากการคำนวณค่า effect size = 0.7 เมื่อเปิดตารางของโคเฮน⁷ ค่า power analysis ที่ 0.80 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลองจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10⁹ จึงได้ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

2. เลือกตัวอย่างโดยการคัดเลือกกลุ่มทดลองแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีสัดส่วนเท่ากันทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการเก็บกลุ่มทดลองจนครบจำนวน 30 ราย และทำการเก็บกลุ่มควบคุม 30 ราย เพื่อป้องกันการพบกันของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจมีผลต่อการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก

1. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
3. แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้ร่วมการทดลองได้
4. กลุ่มตัวอย่างไม่มีข้อห้ามดังต่อไปนี้
 - 4.1 เท้าบวม แดง ร้อน อักเสบ

4.2 เป็นโรคผิวหนัง มีบาดแผล บริเวณเท้า

4.3 มีประวัติแพ้ยาฆ่าเชื้อ

5. ผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านมีเครื่องเล่น CD หรือ มี smart phone

เกณฑ์การคัดออก

1. มีแผลที่เท้า

เกณฑ์พิจารณาหยุดการวิจัย

1. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นการวิจัย

2. ผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในด้วยภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างการเก็บข้อมูล

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยเบาหวานออกจาก การวิจัย 2 คน เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล

การดำเนินการวิจัย

กิจกรรมที่ 1 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าร่วมกับการใช้มะกรูด ผงไข่เพิ่มการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าโดยการ สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย มีการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า เพื่อการป้องกันการ เกิดแผลที่เท้าร่วมกับการใช้มะกรูดผงไข่เพิ่มการ ไหลเวียน ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับบัญญัติ 10 ประการ

2. ติดตามผล ABI และการประเมินด้วย monofilament เข้าร่วมโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการ เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการ ดูแลเท้าของผู้ป่วยโดย

1. ให้ความรู้ในการดูแลเท้ากับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการใส่ รองเท้า การทาครีม การตรวจเท้าด้วยตัวเอง

2. การใช้มะกรูดผงไข่เพื่อเพิ่มการไหลเวียน คือให้ผู้ป่วยเบาหวานฝึกการเหยียบมะกรูดผงไข่

เวลา 20 นาที โดยใช้เท้าเหยียบขึ้นลงสลับซ้าย-ขวา เนื่องจากการเหยียบมะกรูดผงไข่ช่วยเพิ่มการไหล เวียนของเลือดบริเวณเท้าและช่วยลดอาการชา ปลายประสาทจากโรคเบาหวาน

3. แจกคู่มือวิดีโอเกี่ยวกับการดูแลเท้าในผู้ป่วย เบาหวานและการใช้มะกรูดผงไข่ เพื่อเพิ่มการไหล เวียนของเลือดบริเวณเท้า

กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมการจัดการกับอุปสรรค ในการปฏิบัติกรดูแลเท้าตามที่ผู้ป่วยรับรู้

1. แนะนำการตรวจเท้าโดยใช้อุปกรณ์ ช่วยเหลือ เช่น กระบอกเพื่อช่วยให้การมองเห็นชัดเจน มากขึ้น

2. แนะนำการสวมถุงเท้าในบ้าน

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมความรู้สึที่ดีต่อ พฤติกรรมการดูแลเท้า คือ ความรู้สึกในทางบวก หรือทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังปฏิบัติ พฤติกรรม โดยมีกิจกรรม คือ ส่งเสริมความรู้สึกที่มี ต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าเพื่อลดความเสี่ยง คือ การ ปฏิบัติของผู้ป่วยเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการส่ง เสริมความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าเพื่อลด ความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อพฤติกรรมโดย ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหาก ปฏิบัติตามโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่ เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อประเมินผลเกี่ยว กับพฤติกรรม การดูแลเท้าเพื่อลดความเสี่ยงต่อการ เกิดแผลที่เท้า และค่าดัชนีความดันของหลอดเลือด แดงของขาเมื่อเทียบกับแขน หรือของเท้าเมื่อเทียบ กับแขน (Ankle Brachial Index: ABI)

1. ทำการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแล เท้าหลังได้รับโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิด แผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. ทำการตรวจ Ankle Brachial Index (ABI) ประเมินอาการชาด้วย monofilament ขนาด 10 กรัม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการดัดแปลงจาก งานวิจัยของ จันทรีญา พัววิริยะพันธ์ และคณะ¹⁰ ได้แก่ เลขประจำตัวผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วยเมื่อจำเป็น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้าเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากเครื่องมือของ จันทรีญา พัววิริยะพันธ์และคณะ¹⁰ โดยประกอบไปด้วย แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหา CVI (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.76 และค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Object Congruence) เท่ากับ 0.80-1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า เท้า มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหา CVI (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.93 และค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Object Congruence) เท่ากับ 0.80-1.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมกรรับรู้ของผู้ป่วยตามรูปแบบของเพนเดอร์¹¹ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าโดยใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมนับจากกลุ่มตัวอย่างการคัดเลือกกลุ่มทดลองแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ (inclusion criteria) จนเมื่อ

สิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมการตรวจวัดค่าดัชนีความดันของหลอดเลือดของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขน (Ankle Brachial Index: ABI) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม คือ 6 สัปดาห์ต่อราย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ได้แก่

1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน 1 คน

1.2 แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป 1 คน

1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านเบาหวาน 1 คน

1.4 พยาบาลเฉพาะทางเบาหวาน 1 คน

1.5 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเบาหวานและดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

2. การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันและมะเร็งกระดูกไขเพิ่มเติมการไหลเวียน แผนการสอน แผ่นพับ และวิดีโอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบพิจารณาหาความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรมทั่ว ๆ ไปในโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนนำไปใช้จริง

3. ความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการทำวิจัย ซึ่งประยุกต์จากเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยของจันทรีญา พัววิริยะพันธ์และคณะ¹⁰ คือ พฤติกรรมกรดูแลเท้าเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน พิจารณา เมื่อผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้คะแนนมา ผู้วิจัยจะนับข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน 1 คะแนนเท่านั้น มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตาม

เนื้อหา CVI (Content validity index: CVI) และค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Object Congruence) ดังนี้ CVI=0.93

จากนั้นตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับข้อคำถามที่สร้างขึ้น ดัชนีความสอดคล้อง เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item - Object Congruence Index: IOC) IOC=1

4. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลทำเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วไปทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยการทดสอบใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ที่มีคุณลักษณะเดียวกันกับกลุ่มที่จะศึกษาวิจัย จำนวน 30 ราย จากนั้นหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 33.30 ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 ยาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ ยา metformin (500 mg) คิดเป็นร้อยละ 60 สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.30 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 43.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเพียงพอต่อการใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 83.30 ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย คิดเป็นร้อยละ 86.70 และเคยได้รับความรู้เรื่องการดูแลเท้า

ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 60

กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.30 อายุ 51-60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 90 มีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 56.70 ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 93.30 ยาที่ผู้ป่วยได้รับคือ ยา glipizide (5 mg) คิดเป็นร้อยละ 40 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 83.30 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด การศึกษาไม่ได้ศึกษาและการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา 33.30 มีการประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเพียงพอต่อการใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 53.30 ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย คิดเป็นร้อยละ 70 และเคยได้รับความรู้เรื่องการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 70 เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะด้านเพศ อายุ BMI โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และได้การได้รับความรู้เรื่องการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

สำหรับการทดสอบสมมุติฐานนั้นได้ผลดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุม (n=30) และกลุ่มทดลอง (n=30) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลาการทดลอง	พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2					
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	32.06	5.23	28.93	5.57	2.24	0.29
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	29.06	5.38	32.60	4.92	4.00	0.01

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 29.06 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.38 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของ

กลุ่มทดลองเท่ากับ 32.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.92 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าดัชนีความดันของเท้าเมื่อเทียบกับแขน (Ankle Brachial Index: ABI) ข้างซ้ายและข้างขวา ของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ABI	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
ซ้าย	1.09	0.06	1.08	0.88	-0.13	0.89
ขวา	1.07	0.07	1.09	0.08	1.63	0.10
หลังเข้าร่วมโปรแกรม						
ซ้าย	1.09	0.06	1.08	0.88	-0.13	0.89
ขวา	1.07	0.07	1.09	0.08	1.63	0.10

จากตารางที่ 2 แสดงว่าค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีความดันของเท้าเมื่อเทียบกับแขน (Ankle Brachial Index: ABI) ข้างซ้ายของกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 1.09 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.06 คะแนน ค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีความดันของเท้าเมื่อเทียบกับแขน (Ankle Brachial

Index: ABI) ข้างซ้ายของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 1.08 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.88 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$)

ส่วนค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีความดันของเท้าเมื่อเทียบกับแขน (Ankle Brachial Index: ABI) ข้างขวาของกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 1.07 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.07 คะแนน ค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีความดันของเท้าเมื่อ

เทียบกับแขน (Ankle Brachial Index: ABI) ข้างขวาของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 1.09 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.08 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$)

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบอาการชาด้วยการตรวจ monofilament 4 จุด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ระยะเวลาในการทดลอง	อาการชาจากการตรวจด้วย monofilament 4 จุด					
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.06	1.38	2.16	1.17	0.30	0.76
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	1.93	1.25	0.63	0.99	-3.93	0.00

แม้ว่าผลการทดสอบสมมุติฐานในข้อที่ 2 ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจึงได้ทดสอบเปรียบเทียบอาการชาที่เท้าจากการตรวจด้วย monofilament 4 จุด ด้วยสถิติ independent t-test ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอาการชาจากการตรวจด้วย monofilament 4 จุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.25 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการชาจากการตรวจด้วย monofilament 4 จุด เท่ากับ 0.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.99 เมื่อเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนจุดที่ชาที่เท้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้ามากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้ในการดูแลเท้าโดยการบรรยาย สาธิต การฝึก

ปฏิบัติตาม รวมถึงการใช้สื่อต่าง ๆ และคู่มือในการดูแลเท้าทำให้กลุ่มตัวอย่างนำไปศึกษาและทบทวนเมื่อกลับไปถึงบ้าน รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามและแสดงความคิดเห็น หากได้รับความรู้จากผู้วิจัยจนเกิดความชัดเจนในเนื้อหาความรู้ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเท้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี นุ่มพล¹² ที่พบว่า การให้ความรู้ในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญมากเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องสอดคล้องกับงานวิจัยของ McInnes A, et al.¹³ การให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ดีขึ้น จากงานวิจัยของ Ahmed AA, et al.¹⁴ พบว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการดูแลเท้าที่ดีขึ้น เช่น การตรวจเท้าด้วยตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fam L, et al.¹⁵ พบว่า เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีประสบการณ์การตรวจเท้าด้วยตนเองทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ดีขึ้น ซึ่งจะ

เห็นได้ว่า ผลการให้ความรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเท้าสามารถรู้แนวทางในการดูแลเท้าที่ถูกวิธีดีกว่าก่อนการทดลองโดยยึดหลักบัญญัติ 10 ประการในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้หากกลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้มากขึ้นกลุ่มทดลองสามารถนำความรู้ในการดูแลเท้ามาใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพของเท้ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเท้าที่เหมาะสม เช่น การสวมรองเท้าที่เหมาะสมขึ้น โดยการให้นุตรหลานซื้อรองเท้าที่ถูกต้องมาทดแทนรองเท้าเดิม เริ่มมีการทาโลชั่นทาผิวหนังบริเวณเท้าที่มีลักษณะแห้ง เป็นต้น ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลเท้าที่เหมาะสม และผลการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้นไม่มีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีความดันของเส้นเลือดของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขน (Ankle Brachial Index: ABI) เท้าทั้ง 2 ข้าง ทั้งนี้จากการสอบถามกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการขาดดลงในสัปดาห์ที่ 5 หรือบางรายมีอาการขาดดลงสัปดาห์ที่ 6 และบางรายอาการขาดดลงเลยหลังจากเหยียบมะกรูดสอดคล้องกับงานวิจัยของทักษิณา ไกรราช และคณะ¹⁶ จากการเปรียบเทียบผลผู้สูงอายุที่มีอาการขาดดลงเท้าก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 1-6 พบว่า มีอาการขาดดลง

จากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน หากเป็นเบาหวานเป็นเวลานานจะเกิดภาวะเส้นเลือดตีบแข็งจนอุดตัน เนื้อเยื่อที่เท้าขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemic foot ulcer) ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Clayton W, Elasy TA¹⁷ พบว่า ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงส่วนล่างเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมที่ทำให้การตีบตันเร็วและมากขึ้นอีก คือ การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือด และความดันโลหิตสูง เป็นต้น¹ สอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่พบว่า

เป็นโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน¹⁸ และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกศศิริ วงษ์คงคำ และคณะ² ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เป็นเบาหวานกับระดับความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันของเท้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานในช่วง 10-20 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันของเท้าซ้ายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yusof NM, et al.¹⁹ พบว่า ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี และการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีทำให้หลอดเลือดแดงปลายประสาทเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน

แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาผลการรายงานค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขน (Ankle Brachial Index: ABI) หลังการทดลองพบว่า ถึงแม้ผลการวิจัยเกี่ยวกับค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขน (Ankle Brachial Index: ABI) ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่ตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

1. โปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ 3 เดือน
2. โรงพยาบาลควรมีการจัดทำคลินิกในการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง เน้นในเรื่องการตรวจและประเมินเท้าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลเท้าที่เหมาะสม

ด้านการวิจัย

ทำการติดตามผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความอยู่ของพฤติกรรมการดูแลเท้า และเป็นการกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้า เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การเหยียบมะกรูดบนแผ่นไข่อาจจะเกิดอุบัติเหตุได้ ควรทำราวจับเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
2. สามารถประยุกต์จากแผ่นไข่ออกเป็นกล่องไม้สี่เหลี่ยมได้ เนื่องจากในหน้าแล้งมะกรูดจะมีลูกเล็กทำให้เท้าสัมผัสกับแผ่นไข่อที่เป็นพลาสติกแข็งโดยตรงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้

กิจกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงแล้ว ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่าง ๆ ในระหว่างการศึกษที่ทำให้เกิดปัญญาพร้อมทั้งคำแนะนำและกำลังใจตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์วรวิฑูฒิ พิทยศิริ นายแพทย์อนุพันธ์ สารมณี นางสาวนงนุช ศิริรัตน์ อาจารย์ ดร.เกศศิริ วงษ์คงคำ และนางน้ำเพชร สายบัวทอง ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ที่อนุญาตให้ทดสอบการใช้เครื่องมือและการเก็บข้อมูลจริง และให้การสนับสนุนส่งเสริมและแรงใจที่ศึกษาครั้งนี้และที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณผู้ร่วมวิจัยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. เทพ หิมะทองคำ. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วิทย์พัฒน์ จำกัด; 2552.
2. เกศศิริ วงษ์คงคำ, อรพรรณ โตสิงห์, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, Riegel B, เจริญน เรืองเศรษฐกิจ, ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเป็นเบาหวานกับความระดับความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในผู้ป่วยไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาล 2554; 29(2): 124-32.
3. Duck P. How far have we come in prevention and treatment of peripheral neuropathy. comparison to peripheral neuropathy. Scientific report 2010.
4. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า). กรุงเทพมหานคร: บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2555.
5. สุมาลี เชื้อพันธ์. ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25: 77-87.
6. Polit DF, Hungler BP. Nursing research principles and methods. 6thed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
7. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associate; 1998.

8. จิตรา จันทรเกตุ, ศากุล ช่างไม้, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา. ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การปรับตัวทางด้านโภชนาการต่อระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2ที่โรงพยาบาล เอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ พยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง]. นครปฐม: บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2556.
9. อรุณ จิรวัดณ์กุล. ชีวสถิติที่ใช้ในการวิจัยทาง วิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะ สาธารณสุข; 2551.
10. จันทรญา พัววิชัยพันธุ์, ศากุล ช่างไม้, เจือจันทร์ วัฒนกิจเจริญ. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริม สุขภาพของเท้าต่อภาวะหลอดเลือดอุดตันใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสาร มหาวิทยาลัยคริสเตียน 2558; 21(3): 587-600.
11. Pender N, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. Person Education; 2011.
12. จารุณี นุ่มพล. บทบาทพยาบาลกับการป้องกัน แผลที่เท้าเบาหวาน. วารสารพยาบาลสมาคมไทย 2554; 4: 27-38.
13. McInnes A, Jettcoate W, Vileikyle L, Game F, Lucas K, Higson N. Foot care education in patients with diabetes at low risk of complication: a consensus statement. Diabetic Med 2011; 28(2): 162-7.
14. Ahmed AA, Algamdi SA, Alguradhi A, Alzhriani AM, Khalid KA. Risk factors for diabetic foot ulceration among patient attending primary health care service. The journal of diabetic foot complication 2014; 6(2): 40-7.
15. Fam L, Sidani S, Cooper-Brathwate A, Metcalfe k. Effects of foot self-care education intervention on improving footwear choices in those with type 2 diabetes at low risk of foot ulceration Diabetic foot Canada; 2014.
16. ทักษิณาร์ ไกรราช, ดิษฐพล ใจซื่อ, นวลจันทร์ มาตยภูธร, ชาลี ศิริพิทักษ์ชัย, กานต์วี โบราณมูล. ผลของการเหยียบแผ่นโซ่กระดูกเพื่อลดอาการ ชาปลายเท้าของผู้สูงอายุที่มีอาการชาปลาย ประสาทจากเบาหวาน. วารสารการพยาบาล และการศึกษา 2556; 6(2): 64-72.
17. Clayton W, Elasy TA. A review of the pathophysiology, classification and treatment of foot ulcers in diabetic patients. Feature Article; 2009.
18. Anderson JL, Halperin JL, Albert NM, Bozkurt B, Brindis RG, Curtis LH, et al. Management of patient with peripheral artery disease. A report of American College of cardiology Foundation/ American Health Association Task Force on Practice; 2013.
19. Yusof NM, Rahman JA, Zulkifly AH, Che-Ahmad A, Khalid KA, Sulong AF. Predictors of major lower limb amputation among type 2 diabetic patients admitted for diabetic foot problems Singapore Med J 2015; 56(11): 626-31.



บทความวิจัย

Research Article

การรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผลกระทบที่ตามมา การควบคุมโรคส่วนบุคคลและการควบคุมโรคด้วยการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชูตินุธโร อุทิศ

กรณ นงค์กระโทก พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)*

*โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชูตินุธโร อุทิศ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

รับบทความ: 9 กรกฎาคม 2562

ปรับแก้บทความ: 26 กันยายน 2562

ลงตีพิมพ์: 16 ธันวาคม 2562

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผลกระทบที่ตามมา รับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคส่วนบุคคล และการควบคุมโรคด้วยการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

วิธีการศึกษา: เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม illness perception questionnaire ด้านอาการเจ็บป่วย, ผลที่เกิดขึ้นตามมา, การควบคุมโรคส่วนบุคคลและการควบคุมโรคด้วยการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคต่อมลูกหมากโต จำนวน 60 คน

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 84.86 ปี ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเฉลี่ย 6.11 ปี ร้อยละ 66.67 มีความรุนแรงของโรค (IPSS) ระดับน้อย ร้อยละ 44.44 มีการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.90 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.49 ไม่เคยรู้จักบุคคลที่เป็นต่อมลูกหมากโต และร้อยละ 61.90 ยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยพบว่า ส่วนมาก (ร้อยละ 80.95) มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.38 รับรู้ผลกระทบที่ตามมาอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้การควบคุมโรคส่วนบุคคลและการควบคุมโรคด้วยการรักษาในระดับสูง ร้อยละ 71.43 และร้อยละ 74.60 ตามลำดับ

สรุป: การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุคคลมีความแตกต่างกันตามระดับของความสามารถในการรับรู้ หากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ดีและถูกต้องอาจทำให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้

คำสำคัญ: การรับรู้การเจ็บป่วย โรคต่อมลูกหมากโต ผู้สูงอายุ



บทความวิจัย

Research Article

Perception of the illness about identity, consequences, personal control & treatment control in older person with benign prostatic hyperplasia

Korn Nongkrathok M.N.S. (Gerontological of nursing) *

*Venerable Thawisak Jutindharo Hospital, Medical Service Department, Bangkok

Abstract

Received: July 9, 2019

Revised: September 26, 2019

Accepted: December 16, 2019

Objective: To describe perception of the illness about identity, consequences, personal control & treatment control in older person with Benign Prostatic Hyperplasia (BPH).

Methods: Data were collected by using Illness Perception Questionnaire Component Identity, Consequences, Personal control & Treatment control. Data were analyzed using descriptive statistics. Participants were 60 people with BPH aged 60 years old and older receiving medical care from outpatient clinics.

Results: The demographic characteristics of the samples were average age 84.86 years, average duration of diagnosis 6.11 years, IPSS score of participants were mostly low severity (66.67%), highest education level were finished primary school (44.44%), unemployed (61.90%), never known person with BPH (63.49), and drinking caffeine and alcohol (61.90). Illness Perception of identity mainly highest level (80.95%), Illness Perception of consequences mainly were moderate level (52.38) and Illness Perception of personal control & treatment control mainly were highest level (71.43%, 74.60%).

Conclusions: The illness perception in individual were difference according to the level perceived ability. Those who had a good and accurate perception of illness, may cause the correct behavior of the disease.

Keywords: illness perception, BPH, older people

บทนำ

ปัจจุบันกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุร้อยละ 17.98 ของประชากรทั้งหมด¹ จึงเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเนื่องจากผู้สูงอายุมีแบบแผนการเจ็บป่วยที่แตกต่างจากวัยอื่น โรคต่อมลูกหมากโตเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุเพศชายมากถึงร้อยละ 80² อุบัติการณ์การเกิดโรคต่อมลูกหมากโตสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้นพบว่า ในเพศชายที่มีอายุมากกว่า 40 ปี 60 ปี และ 90 ปี มีอุบัติการณ์ร้อยละ 8 ร้อยละ 50 และร้อยละ 80 ตามลำดับ³ จากข้อมูลทางสถิติพบว่า อัตราการเกิดโรคต่อมลูกหมากโตในประเทศไทย เท่ากับ 221.73 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ส่วนในกรุงเทพมหานคร พบอัตราการเกิดเท่ากับ 331.03 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ⁴ ต่อมลูกหมากโตเกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์และเอสโตรเจนที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ต่อมโตขึ้นมีการเพิ่มการหลั่งโปรแลคตินเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโปรแลคตินจะไปกระตุ้นให้ เทสโทสเตอโรนมีประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะต่อมลูกหมากโต ส่งผลให้มีการตีบแคบหรือการอุดตันของท่อปัสสาวะที่ทอดผ่านต่อมลูกหมากจนเกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ⁵ อาการผิดปกติจะเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้นอย่างช้า ๆ ตามขนาดของต่อมลูกหมากที่โตขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไหล ๆ หยุด ๆ ปัสสาวะบ่อยทั้งเวลากลางวันและเวลากลางคืน ต้องออกแรงเบ่งตอนเริ่มถ่ายปัสสาวะ ต้องรอนานกว่าปัสสาวะจะออก และอาจมีอาการปัสสาวะรดกก่อนเดินทางไปถึงห้องน้ำเนื่องจากกลั้นปัสสาวะไม่อยู่^{6,7,8} บุคคลจะมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามความคิดความเข้าใจของบุคคลนั้น ๆ โดยอาจมีผลมาจากประสบการณ์การสังเกต หรือการสื่อสารกับบุคคลอื่น แล้วนำมาคิดวิเคราะห์และแสดงออกมาทาง

พฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของโรค การรับรู้ผลที่เกิดตามมา การควบคุมโรคส่วนบุคคลและการควบคุมโรคด้วยการรักษา⁹ ซึ่งการศึกษาของ Leventhal H, et al.¹⁰ พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ทางสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม มีความสามารถในการดูแลตนเองและควบคุมความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้ Klinklom S, et al.¹¹ ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคล หากผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโตที่ถูกต้องเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการจะมีการจัดการตนเองเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคต่อมลูกหมากโตได้ สำหรับโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ พบว่า ยังมีผู้ป่วยบางรายไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่แยลง ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นจนต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อรักษา ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่ดีในผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผลกระทบที่ตามมา การควบคุมโรคส่วนบุคคล และการควบคุมโรคด้วยการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผลกระทบที่ตามมา การควบคุมโรคส่วนบุคคลและการควบคุมโรคด้วยการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีศักดิ์ ชูตินุวัธน์ อุทิศ จำนวน 1,237 คน มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต
2. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก
3. มีสติสัมปชัญญะดีโดยใช้แบบทดสอบสติปัญญา (mental status questionnaire; MSQ)
4. มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Cochran WG.¹²

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2}$$

เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
P คือ สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่มโดยใช้สัดส่วน 30% หรือ 0.30

Z คือ ระดับนัยสำคัญ 0.10 เท่ากับ 1.65 (ความเชื่อมั่น 90%) Z=1.65

d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.10

คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 57 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง 5% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 คน

การวิจัยนี้ได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และคาเฟอีนในปัจจุบัน การสูบบุหรี่ การรู้จักบุคคลที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต และระดับความรุนแรงของโรค

2. แบบวัดการรับรู้การเจ็บป่วย ของ Moss-Morris R, et al.¹³ ซึ่งผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทย และทดสอบความถูกต้องของการแปลโดยวิธีการแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 2 ท่าน ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอาการเจ็บป่วย ผลกระทบที่ตามมา การควบคุมโรคส่วนบุคคลและการควบคุมโรคด้วยการรักษา โดยดัดแปลงเครื่องมือด้านอาการเจ็บป่วยให้มีความสอดคล้องกับโรคต่อมลูกหมากโต คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของทั้งชุดจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่านได้เท่ากับ 0.98 เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 27 ข้อ ด้านอาการเจ็บป่วยจำนวน 10 ข้อ มีตัวเลือกให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ส่วนด้านที่เหลือลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยด้านผลที่เกิดตามมา จำนวน 6 ข้อ การควบคุมโรคส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ และการควบคุมโรคด้วยการรักษา จำนวน 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) แต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0.65-0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในคนกรุงเทพมหานครเรียบร้อยแล้ว บันทึกที่ กท 0602.5/วค.92 รหัสโครงการ U022q/61_EXP มีการเก็บข้อมูลที่ได้อัปเดตเป็นความลับสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผู้วิจัยใช้การรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพยาบาลประจำคลินิกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ

เก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงเกี่ยวกับการยกเลิกหรือถอนตัวจากการร่วมทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามแบบวัดที่กำหนดในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผลกระทบที่ตามมา รับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคส่วนบุคคลและการควบคุมโรคด้วยการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย หาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย วิเคราะห์การรับรู้การเจ็บป่วยโดยการแจกแจงความถี่ และ คำนวณค่าร้อยละ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษานี้มีผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตทั้งสิ้น 60 คน อายุเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 84.43 ± 4.21 ปี ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเฉลี่ย 6.17 ± 3.74 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (min-max = 80-98, $\bar{X}$ = 84.43, SD = 4.21)		
80-90 ปี	51	85.00
91-100 ปี	9	15.00
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (min-max = 1-20, $\bar{X}$ = 6.17, SD = 3.74)		
1-5 ปี	37	61.67
6-10 ปี	20	33.33
มากกว่า 10 ปี	3	5.00
สถานภาพสมรส		
คู่	23	38.33
หม้าย / แยก / หย่าร้าง	37	61.67
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	3.33
ประถม	25	41.67
มัธยม	25	41.67
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	13.33

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์		
ดื่ม	36	60.00
ไม่ดื่ม	24	40.00
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	25	41.67
เคยสูบแต่หยุดสูบแล้วมากกว่า 1 ปี	35	58.33
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	2	3.33
มีโรคประจำตัว*	58	96.67
- เบาหวาน	32	53.33
- ความดันโลหิตสูง	52	86.67
- ไขมันในเลือดสูง	37	61.67
- หัวใจ	5	8.33
- เก๊าท์	4	6.67
การรู้จักบุคคลที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต		
รู้จัก	23	38.33
ไม่รู้จัก	37	61.67
ความรุนแรงของโรค (IPSS)		
ระดับน้อย	39	65.00
ระดับปานกลาง	21	35.00
อาชีพ		
ประกอบอาชีพ	29	48.33
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	31	51.67
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	20	33.33
มากกว่า 5,000 บาท	40	66.67
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	50	83.33
ไม่เพียงพอ	10	16.67

หมายเหตุ* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้การเจ็บป่วยผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตทั้งสิ้น 60 คน พบว่า การรับรู้อาการ

เฉพาะของโรคผลกระทบที่ตามมา การควบคุมโรคส่วนบุคคล และการควบคุมโรคด้วยการรักษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้อาการเฉพาะของโรค ผลกระทบที่ตามมา การควบคุมโรคส่วนบุคคล และการควบคุมโรคด้วยการรักษา

ตัวแปรการรับรู้	ระดับคะแนน (เฉลี่ย)			$\bar{X}$	SD
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
อาการเฉพาะโรค	3 (5.00)	8 (13.33)	49 (81.67)	8.55	2.21
ผลกระทบที่ตามมา	6 (10.00)	30 (50.00)	24 (40.00)	21.65	4.50
การควบคุมโรคส่วนบุคคล	0	15 (25.00)	45 (75.00)	24.48	3.29
การควบคุมโรคด้วยการรักษา	0	15 (25.00)	45 (75.00)	20.07	2.45

จากตารางที่ 2 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับอาการเฉพาะของโรคต่อมลูกหมากโตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 8.55 \pm 2.21$) โดยรับรู้ว่าการที่ขณะปัสสาวะจะมีลำปัสสาวะขาดเป็นช่วง ๆ คิดเป็นร้อยละ 93.33 และรับรู้ภายหลังจากปัสสาวะเสร็จยังรู้สึกปวดปัสสาวะอยู่เป็นอาการแสดงของโรคต่อมลูกหมากโต คิดเป็นร้อยละ 91.67 และที่รับรู้ว่าการปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลันเป็นอาการของโรคต่อมลูกหมากโต มีเพียงร้อยละ 65 สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่ตามมาจากการเป็นโรคต่อมลูกหมากโตพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 21.65 \pm 4.50$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการต่อมลูกหมากโตเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิต โดยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีผลก่อให้เกิดปัญหาทางด้านการเงิน คิดเป็นร้อยละ 41.67 และรับรู้ว่าการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดที่คอยให้การดูแล คิดเป็นร้อยละ 76.67 ในส่วนการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคส่วนบุคคลพบว่า อยู่ใน

ระดับสูง ($\bar{X} = 24.48 \pm 3.29$) โดยรับรู้ว่า สามารถควบคุมการดำเนินของโรคไม่ให้รุนแรงเพิ่มขึ้นได้ คิดเป็นร้อยละ 88.33 และรับรู้ว่า ตนเองสามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคได้ คิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคด้วยการรักษาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 20.07 \pm 2.45$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการรักษาในปัจจุบันส่งผลต่อการหายของโรค คิดเป็นร้อยละ 71.67 และรับรู้ว่าการรักษาสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ คิดเป็นร้อยละ 96.67

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ เป็นการศึกษเชิงพรรณนา การรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผลกระทบที่ตามมา รับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคส่วนบุคคลและการควบคุมโรคด้วยการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต โรงพยาบาลหลวงพ่อดำวัดศักดิ์ ชุติโนโร อู่ทิศ จำนวน 60 คน การศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของโรค การควบคุมส่วนบุคคล และการควบคุมด้วยการรักษาในโรคต่อมลูกหมากโตอยู่ใน

ในระดับสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่แสดงถึงลักษณะเฉพาะของโรคต่อมลูกหมากโตอย่างถูกต้อง สามารถบอกได้ว่าอาการใดเป็นอาการแสดงของโรคต่อมลูกหมากโต ซึ่งอาจเกิดความใส่ใจในภาวะทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากพยาบาลประจำคลินิกและได้รับการประเมินความรุนแรงของโรคด้วย IPSS score จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการของโรค นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์มากกว่า 1 ปี และมีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป ทำให้มีกระบวนการคิดวิเคราะห์และแยกแยะข้อมูลได้เหมาะสม ซึ่งการศึกษาของ Bijsterbosch J, et al.¹⁴ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในด้านอาการเฉพาะของโรคเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ส่วนการรับรู้ด้านการควบคุมโรค ส่วนบุคคลและการควบคุมโรคด้วยการรักษาอยู่ในระดับสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตว่าสามารถรักษาหรือควบคุมอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และรับรู้ว่าการรักษาในปัจจุบันส่งผลต่อการหายของโรค จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่และหยุดสูบบุหรี่แล้วมากกว่า 1 ปี แสดงถึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค ซึ่ง Aldo EC, et al.¹⁵ พบว่า การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีน หรือการสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างกับความเสี่ยงต่อการเกิดต่อมลูกหมากโต จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป และมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากพยาบาลประจำคลินิกมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง เนื่องจากพยาบาลประจำคลินิกมีการสอนสุขศึกษา

และให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตเป็นประจำ ซึ่งการศึกษาของ Katavic SS, et al.¹⁶ พบว่า การให้ข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมและการรักษาโรคในผู้ป่วยที่มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์และตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเองและอาจนำไปสู่การปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่วนการรับรู้ผลกระทบที่ตามมาอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับน้อย และยังไม่มีการแทรกซ้อนจากการเกิดโรคส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้โรคต่อมลูกหมากโตไม่ได้มีผลกระทบที่รุนแรงกับการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Majoor B, et al.¹⁷ ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ผลกระทบที่ตามมาแสดงให้เห็นว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะส่งผลให้รับรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่ตามามากขึ้นด้วย

ข้อจำกัดงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ชุมชนวัด ฤทธิไกร อุทิศ เท่านั้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรค (IPSS score) ระดับสูง เนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรค (IPSS score) ระดับต่ำ หรือศึกษาการรับรู้ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ครั้งแรก

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons. Older statistics [Internet]. 2018[cited 2019 May 3]. Available from <http://www.dop.go.th/th/know/1/159>.
2. Pietrzyk B, Glinianowicz MO, Owczarek A, Gabryelewicz T, Rachtan AA, Prajsner A, et al. Depressive symptoms in patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia. *Int Urol Nephrol* 2015; 47: 431-40.
3. Lim KB. Epidemiology of clinical benign prostatic hyperplasia. *Asian J Urol* 2017; 4(3): 148-51.
4. Bureau of Policy and Strategy. Public health statistics [Internet]. 2015[cited 2019 May 3]. Available from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf.
5. Tanagho EA, McAninch JW. Smith's general urology 12thed. East Norwalk CT: Appleton & Lange; 1988.
6. Bruskewitz RC. Quality of life and sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia. *Reviews in urology* 2003; 5(2): 72-80.
7. Harry C. Benign prostatic hyperplasia. *Am J Med Sci* 1997; 314(4): 239-44.
8. McNicholas T, Swallow D. Benign prostatic hyperplasia. *Surgery (oxford)* 2011; 29(6): 282-86.
9. Leventhal H, Yu J, Leventhal E. International encyclopedia of the social & behavioral sciences. Illness behavior and care-Seeking 2015; 596-602.
10. Leventhal H, Meyer D, Nerenz DR. The common sense representation of illness danger. *Medical Psychology* 1980; 11: 17-30.
11. Klinklom S, Panuthai S, Nanasilp P. Self-management behaviors and related factors among older persons with benign prostatic hyperplasia. *Nursing Journal* 2017; 44(3): 52-64.
12. Cochran WG. Sampling techniques. 3rded. New York: John Wiley & Sons; 1977.
13. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17: 1-16.
14. Bijsterbosch J, Scharloo M, Visser AW, Watt I, Meulenbelt I, Huizinga TW, et al. Illness perceptions in patients with osteoarthritis: change over time and association with disability. *Arthritis Rheum* 2009; 61(8): 1054-61.
15. Aldo EC, Giovanni B, Rosita AC, Rossella C, Sandro LV. Epidemiology and risk factors of lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia and erectile dysfunction. *The Aging Male* 2019; 22(1): 12-9.
16. Katavic SS, Tanackovic SF, Badurina B. Illness perception and information behavior of patients with rare chronic diseases. *Information Research: An International Electronic Journal* 2016; 21(1): n1.
17. Majoor B, Andela CD, Quispel CR, Rotman M, Dijkstra P, Hamdy N, et al. Illness perceptions are associated with quality of life in patients with fibrous dysplasia. *Calcified tissue international* 2018; 102(1): 23-31.



การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการบริการด้วยระบบ SERVQUAL ของหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

เปรมฤดี ศิริคุปต์*, พัทธรา สิริวัฒนเกตุ*, ประวิทย์ ทองไชย ปรต.**

* ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

** สาขาวิชาวิจัยเชิงสำรวจ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

รับบทความ: 22 ตุลาคม 2562

ปรับแก้บทความ: 3 ธันวาคม 2562

ลงตีพิมพ์: 16 ธันวาคม 2562

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการบริการด้วยระบบ SERVQUAL ของหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพการบริการด้วยระบบ SERVQUAL ของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประกอบด้วยคาดหวังของผู้ใช้บริการ (customer expectation) และการรับรู้บริการของผู้ใช้บริการ (customer perception) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลในหน่วยผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ที่ต้องติดต่อกับหน่วยจ่ายกลาง จำนวน 223 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิแบ่งตามสัดส่วนประชากร คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie and Morgan

ผลการวิจัย: ปรากฏว่า 1) ระดับคุณภาพการบริการด้วยระบบ SERVQUAL ของหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ อยู่ในระดับมากที่สุด และการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมาก และ 2) ความคาดหวังของคุณภาพการให้บริการจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลไม่ต่างกัน แต่การรับรู้คุณภาพการให้บริการของเพศชายและเพศหญิงต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป: คุณภาพการบริการของหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์จากผู้ใช้บริการพบว่า ค่าช่องว่างติดลบมากที่สุด คือ ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ รองลงมาเป็นด้านความเชื่อถือไว้วางใจและด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ การที่ช่องว่างติดลบหมายความว่าผู้ใช้บริการรับรู้ถึงคุณภาพการให้บริการน้อยกว่าความคาดหวัง

คำสำคัญ: หน่วยจ่ายกลาง ระบบ SERVQUAL โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ คุณภาพการบริการ



บทความวิจัย

Research Article

Service quality in central sterile supply department of Charoenkrung Pracharak Hospital via SERVQUAL

Pramreudee Sirikoopta*, Patchara Sirivattanaket*, Prawit Tongchai Ph.D**

* Charoenkrung Pracharak Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration

** Survey research methodology program of College of Research Methodology and Cognitive Science, Burapha University

Abstract

Received: October 22, 2019

Revised: December 3, 2019

Accepted: December 16, 2019

Objectives: This research were 1) to study the service quality level of The Central Supply Sterile Department of Chareonkung Phacharuk hospital measure by SERVQUAL system and 2) to compare the service quality level of The Central Supply Sterile Department of Chareonkung Phacharuk hospital measure by SERVQUAL system consisting of Customer expectation and perception separate by individual factors.

Method: The sample were register nurse in outpatient, inpatient, officer of dentist department and laboratory center of Chareonkung Phacharuk hospital among 223 people that calculate by Krejcie and Morgan, used stratified random sampling.

Result: The results were as follows: 1) The customer via service quality has expectation highest level and perception has high level and 2) The comparison of the service quality of The Central Supply Sterile Department of Chareonkung Phacharuk hospital were the expectations of users classified by personal factors are not different in statistically significant ($p > 0.05$). For the result that compare about perception of service quality between male and female were statistically significant different ($p < 0.05$) and other factor were not different.

Conclusions: The service quality of the Central Sterile Supply Department of Charoenkrung Pracharak Hospital from the service users found that the most negative GAP value was the response to service users. Next is the truth and the tangibles. GAP's negative means that users perceive service quality is less than expected.

Keywords: The central supply sterile department, SERVQUAL, Chareonkung Phacharuk Hospital, Service quality.

บทนำ

หน่วยจ่ายกลาง (Central Sterile Supply Department: CSSD) เป็นหน่วยงานที่สำคัญที่สุดในสถานพยาบาลซึ่งเป็นศูนย์กลางรวบรวมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้แล้ว เข้าสู่กระบวนการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อก่อโรคที่ปนเปื้อนก่อนนำไปใช้ในการตรวจรักษาผู้ป่วย จึงเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง ถ้าหน่วยจ่ายกลางที่มีระบบและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพจะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากอุปกรณ์การแพทย์ ลดต้นทุนค่าใช้จ่าย ด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี

หน่วยจ่ายกลางในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันตามภาวะเศรษฐกิจและความพร้อมของโรงพยาบาลนั้น ๆ โรงพยาบาลที่พัฒนาแล้ว นิยมใช้อุปกรณ์ชนิดใช้ครั้งเดียวโดยไม่นำกลับมาใช้อีกแต่ อุปกรณ์บางชนิดมีราคาแพง และถูกออกแบบให้สามารถนำกลับมาใช้ได้ใหม่ ได้แก่ กล้องส่องตรวจต่าง ๆ เครื่องมือทางทันตกรรม นอกจากนี้ ยังมีวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการ เช่น สายสวนหลอดเลือด ไหมเย็บแผล ผ้าสำหรับห่ออุปกรณ์ รวมถึงเสื้อคลุม ผ้าเช็ดมือ ผ้าที่ใช้ในการทำผ่าตัดต่าง ๆ เป็นต้น โรงพยาบาลในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น อินเดีย เลบานอน และประเทศไทย เป็นต้น มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ จึงมีการนำอุปกรณ์หลายชนิดที่ควรใช้ครั้งเดียว มาทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อนำกลับไปใช้ใหม่ อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ สายออกซิเจน อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือสำหรับผ่าตัด อุปกรณ์สำหรับการตรวจและการรักษาพยาบาล เสื้อผ้าที่ใช้ในการทำผ่าตัด เป็นต้น จึงต้องมีภาระงานในการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ และเนื่องจากอุปกรณ์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ซ้ำ จึง

ทำให้ไม่สะดวกต่อการทำความสะอาดและเสี่ยงต่อความบกพร่องของอุปกรณ์ในการนำไปใช้งาน โดยเฉพาะโรงพยาบาลในระดับชุมชนยังมีข้อจำกัดในหลาย ๆ ด้าน ดังนั้น การพัฒนางานจ่ายกลางจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นงานที่เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ (infection control) เป็นงานที่ทำเกี่ยวกับเครื่องมือที่ราคาแพงและเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์²

จากความสำคัญของหน่วยจ่ายกลางที่ต้องเกี่ยวข้องกับความปลอดภัย การให้บริการถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะหน่วยจ่ายกลางมีหน้าที่ให้บริการจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามมาตรฐานโดยเน้นความปลอดภัย เพียงพอ และพร้อมใช้ จากการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุง-ประชารักษ์มีผู้ให้บริการแจ้งปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการในด้านอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ เช่น ล้างไม่สะอาด จัดอุปกรณ์ไม่ครบตามรายการ และมีการจ่ายอุปกรณ์ผิดหน่วยงาน เพื่อการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการในด้านต่าง ๆ ให้มีคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ Parasuraman A, et al.³ อธิบายว่า ขึ้นอยู่กับสองส่วนที่แตกต่างกัน คือ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (customer expectation) และการรับรู้ที่ผู้ใช้บริการได้รับ (customer perception) โดยความคาดหวังของผู้ใช้บริการ หมายถึง ความต้องการของผู้ใช้บริการที่รู้สึกว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ ส่วนการที่ผู้ใช้บริการได้รับรู้ หมายถึง การประเมินหรือตัดสินผู้ให้บริการจากการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ดังนั้น หากองค์กรทราบถึงความคาดหวังในการรับบริการของผู้ใช้บริการว่าคืออะไร ก็จะสามารถออกแบบการบริการให้ตรงกับความต้องการหรือมากกว่าความคาดหวังของผู้ใช้บริการได้ คุณภาพการบริการนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ต่อบริการที่จัดให้ว่าสามารถตอบสนองความต้องการ และ

ความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งคุณภาพในการบริการจะมีค่าสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นกับว่าผู้ใช้บริการประเมิน การรับรู้บริการที่ได้รับจริงว่าตรงกับที่คาดหวังไว้หรือไม่ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่จะทำ ให้มีความคาดหวังแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล สำหรับการวัดคุณภาพของระบบบริการสุขภาพนั้นแต่เดิมจะวัดคุณภาพจากใบอนุญาตประกอบกิจการและการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรอง³

ต่อมาได้มีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพการบริการที่เรียกว่า SERVQUAL เป็นความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (customer expectation) และการรับรู้ที่ผู้ใช้บริการได้รับ (customer perception) โดยพัฒนามาจาก 5 มิติ ประกอบด้วย 1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ 2. ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 3. การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ 4. การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้บริการ และ 5. การเอาใจใส่ผู้ใช้บริการ เพื่อประเมินความคาดหวังในบริการของผู้ใช้บริการ และการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อบริการที่ได้รับรู้จริงโดยการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (expectation) และการรับรู้บริการ (perception) ของผู้ใช้บริการซึ่งสะท้อนให้เห็นคุณภาพบริการโดยช่องว่าง (gap) ระหว่างความคาดหวังและการรับรู้บริการมี 5 ช่องว่าง (gap) ช่องว่างที่ 1 คือ ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้ใช้บริการและการรับรู้บริการของผู้ให้บริการ ช่องว่างที่ 2 คือ ช่องว่างระหว่างการรับรู้การบริการของผู้ให้บริการและการกำหนดลักษณะคุณภาพบริการ ช่องว่างที่ 3 คือ ช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้ให้บริการมีให้และคุณภาพบริการที่ผู้ให้บริการกำหนดไว้ ช่องว่างที่ 4 คือ ช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้ให้บริการมีให้และการสื่อสารของผู้ให้บริการ และช่องว่างที่ 5 คือ ช่องว่างระหว่างการรับรู้บริการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

จากระบบคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์มีผู้ใช้บริการแจ้งปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการในด้านอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ เช่น ล้างไม่สะอาด จัดอุปกรณ์ไม่ครบตามรายการ และมีการจ่ายอุปกรณ์ผิดหน่วยงาน ซึ่งผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาด้านคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางให้ได้มาตรฐานสากลและเป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการต่อไป

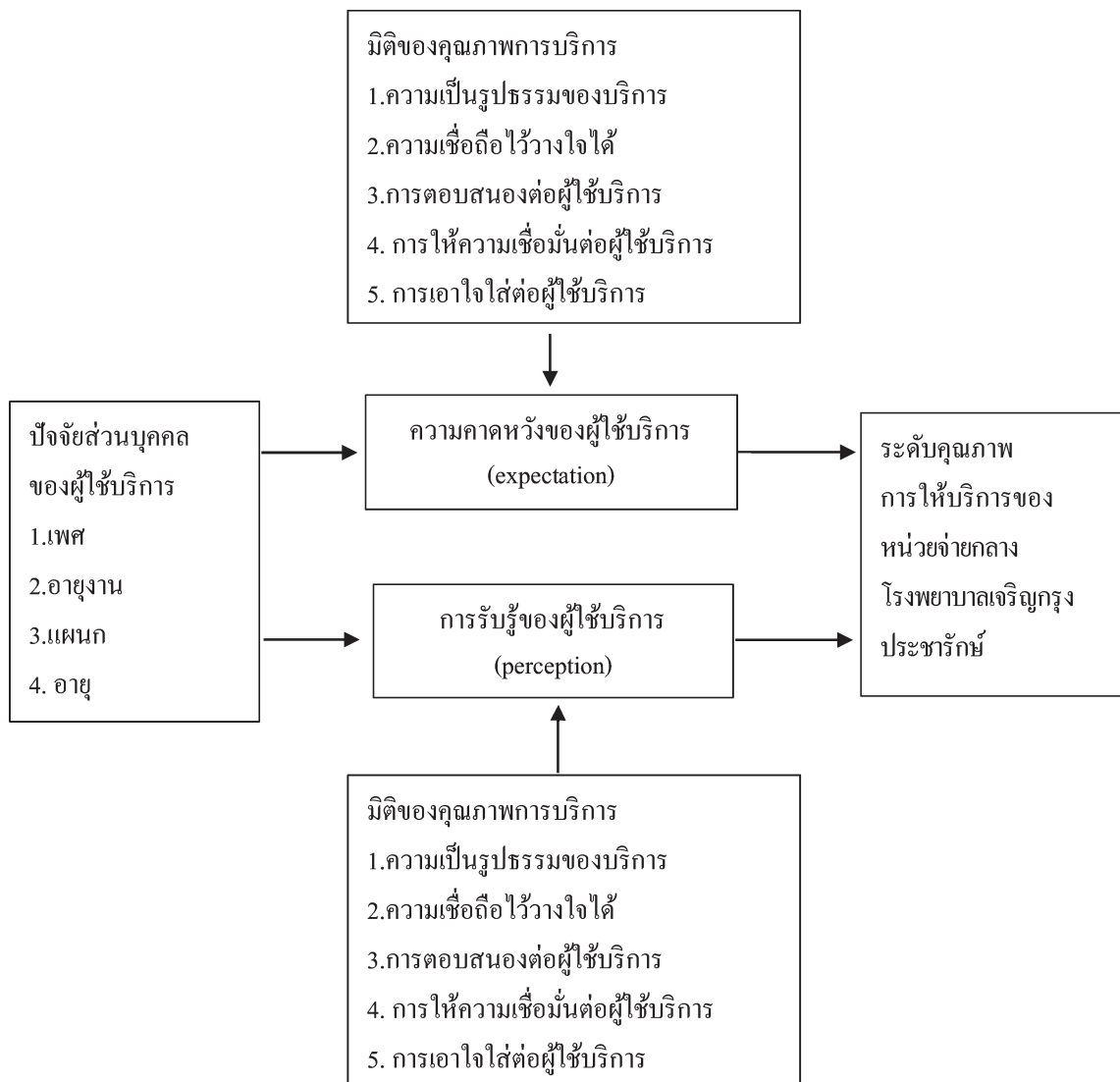
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL ประกอบด้วยคาดหวังของผู้ใช้บริการ (customer expectation) และการรับรู้บริการของผู้ใช้บริการ (customer perception) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

สมมติฐานการวิจัย

ระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL ประกอบด้วยคาดหวังของผู้ใช้บริการ (customer expectation) และการรับรู้บริการของผู้ใช้บริการ (customer perception) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ พยาบาลในหน่วยผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ที่รับบริการจากหน่วยจ่ายกลาง จำนวน 530 คน โดยมีหน่วยผู้ป่วยนอก จำนวน 97 คน ผู้ป่วยใน จำนวน 386 คน ทันตกรรม จำนวน 11 คน และ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ จำนวน 36 คน กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลในหน่วยผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

ของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ที่ต้องติดต่อกับหน่วยจ่ายกลาง จำนวน 223 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิแบ่งตามสัดส่วนประชากร คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie and Morgan ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2_{.05,1} (Np(1-p))}{e^2 (N-1) + \chi^2_{.05,1} p(1-p)}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง (5%)

$\chi^2_{0.05,1}$ = ค่าไคกำลังสองเมื่อค่าระดับนัยสำคัญ

0.05 ค่าองศาอิสระ 1 มีค่า 3.841

p = สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจ ($p=0.5$)

ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิแบ่งตามสัดส่วนประชากรแสดงสัดส่วนโดยใช้ประเภทบุคลากรเป็นชั้นภูมิ (ภายใต้ประเภทบุคลากรกลุ่มเดียวกันได้รับการเหมือนกันและบุคลากรต่างกลุ่มกันได้รับการบริการต่างกันโดยเก็บใครก็ได้ตามสัดส่วนจนกว่าจะครบตามที่กำหนด) การแบ่งตามสัดส่วนประชากร แสดงดังตารางที่ 1 และใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นภูมิ

ตารางที่ 1 ประเภทบุคลากร จำนวน สัดส่วน และขนาดตัวอย่าง

ประเภทบุคลากร	จำนวน	สัดส่วน	ขนาดตัวอย่าง
ผู้ป่วยนอก	97	0.1830	41
ผู้ป่วยใน	386	0.7283	162
เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	36	0.0679	15
ทันตกรรม	11	0.0208	5
รวม	530	1.00	223

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านคุณภาพการให้บริการด้วยระบบ SERVQUAL ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ และการรับรู้ที่ผู้ใช้บริการได้รับ ซึ่งแต่ละด้านมี 5 มิติของการบริการที่เหมือนกัน จำนวน 21 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยที่ตัดสินคุณภาพบริการ 5 มิติ ได้แก่ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibles) จำนวน 4 ข้อ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (reliability) จำนวน 4 ข้อ 3) การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ (responsiveness) จำนวน 4 ข้อ 4) การสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ใช้บริการ (assurance) จำนวน 4 ข้อ 5) การเอาใจใส่ผู้ใช้บริการ (empathy) จำนวน 5 ข้อ โดยแบบสอบถามจะ

ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาหรือ CVI โดยคำนวณจากจำนวนข้อคำถามที่ได้รับการประเมินความสอดคล้องที่ระดับ 3 หรือ 4 เท่านั้นจึงจะนับว่า มีความตรงเชิงเนื้อหา ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดทั้งหมด (Content Validity Index: CVI) มีค่าไม่น้อยกว่า 0.804 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 21 ข้อ ได้เท่ากับ 1.00 แสดงว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) จำนวน 30 ชุด หลังจากนั้นนำมาคำนวณค่าความเที่ยง (reliability) โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เมื่อได้ผลของการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มากกว่า 0.70 ขึ้นไป จึงนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลในหน่วยผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ที่ต้องติดต่อกับหน่วยจ่ายกลาง จำนวน 223 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตร Krejcie and Morgan โดยมีพยาบาลในหน่วย ผู้ป่วยนอก จำนวน 41 คน พยาบาลในหน่วย ผู้ป่วยใน จำนวน 162 คน เจ้าหน้าที่ห้องทันตกรรม จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ จำนวน 15 คน ความเสี่ยงและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น มีความเสี่ยงน้อยกว่าความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ใช้แบบสอบถาม ไม่ได้เป็นการทดลองที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจของอาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม นำเสนอในรูปแบบของ ความถี่ ร้อยละ ระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL ทั้งด้านการรับรู้และความคาดหวังใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL ทั้งด้านการรับรู้และความคาดหวัง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้วยวิธีการทดสอบแบบ t (t-test) และการวิเคราะห์เปรียบเทียบการวิเคราะห์ความแปรปรวน (analysis of variance)

ผลการวิจัย

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง จำนวน 211 คน คิดเป็น ร้อยละ 94.62 สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นเพศชาย จำนวน 12 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.38 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 162 คน คิดเป็น ร้อยละ 72.65 รองลงมาเป็นแผนก ผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ จำนวน 41 คน และ จำนวน 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.39 และ ร้อยละ 6.73 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุงาน มากกว่า 10 ปี จำนวน 102 คน คิดเป็น ร้อยละ 45.74 รองลงมา มีอายุงาน 1-5 ปี และ 6-10 ปี จำนวน 67 คน และ จำนวน 54 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.04 และร้อยละ 24.22 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุ 30-39 ปี จำนวน 77 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.53 รองลงมาอายุ 20-29 ปี และอายุ 40-49 ปี จำนวน 76 คน และจำนวน 51 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.08 และ ร้อยละ 22.87 ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ความถี่ ร้อยละ (n=223)

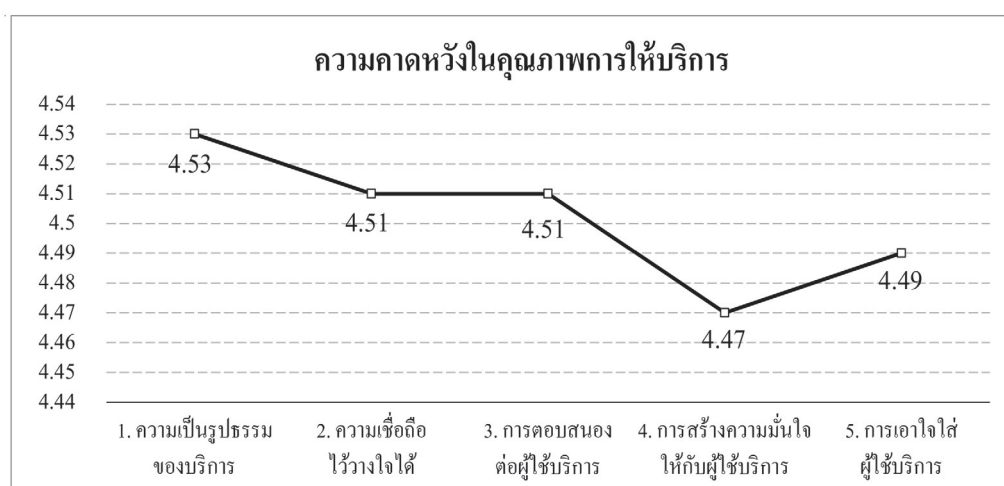
ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
1. ชาย	12	5.38
2. หญิง	211	94.62
แผนก		
1. ผู้ป่วยนอก	41	18.39
2. ผู้ป่วยใน	162	72.65
3. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	15	6.73
4. ทันตกรรม	5	2.23
อายุงาน		
1. 1 – 5 ปี	67	30.04
2. 6 – 10 ปี	54	24.22
3. มากกว่า 10 ปี	102	45.74
อายุ		
1. 20-29 ปี	76	34.08
2. 30-39 ปี	77	34.53
3. 40-49 ปี	51	22.87
4. 50-59 ปี	19	8.52

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL ด้านความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการ ปรากฏว่า ภาพรวมความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.50, SD=0.51) โดยความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการด้านที่ลูกค้ามีความคาดหวัง

มากที่สุด คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ (M=4.53, SD=0.51) รองลงมาเป็นด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ (M=4.51, SD=0.50) และการตอบสนองต่อผู้ให้บริการ (M=4.51, SD=0.52) โดยทุกด้านผู้ให้บริการมีค่าคาดหวังมากที่สุดรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3 และภาพที่ 2

ตารางที่ 3 M, SD และการแปลความหมายระดับความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการ

ความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการ	M	SD	การแปลความหมาย
1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ	4.53	0.51	คาดหวังมากที่สุด
2. ความเชื่อถือไว้วางใจได้	4.51	0.50	คาดหวังมากที่สุด
3. การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ	4.51	0.52	คาดหวังมากที่สุด
4. การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้บริการ	4.47	0.50	คาดหวังมากที่สุด
5. การเอาใจใส่ผู้ใช้บริการ	4.49	0.52	คาดหวังมากที่สุด
ภาพรวม	4.50	0.51	คาดหวังมากที่สุด



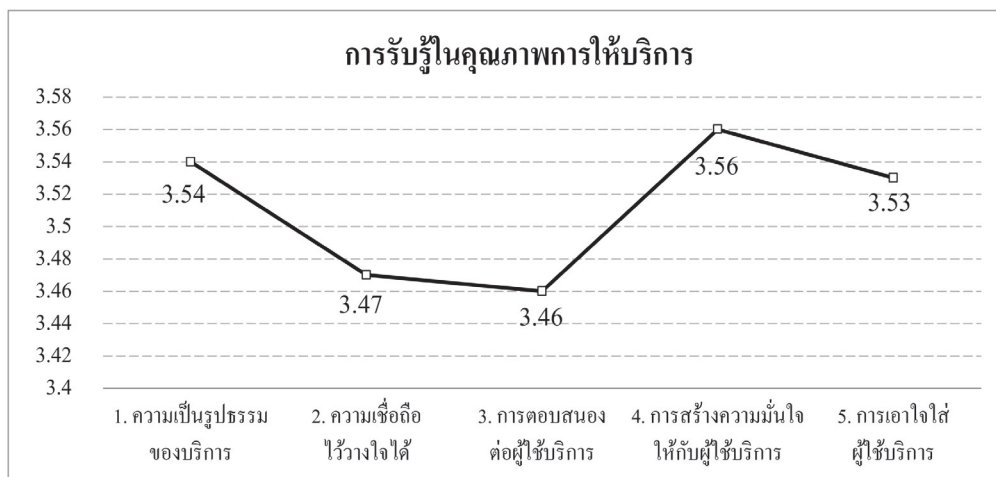
ภาพที่ 2 ความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุง-ประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL ด้านการรับรู้ในคุณภาพการให้บริการ ปรากฏว่า ภาพรวมการรับรู้ในคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมาก ($M=3.51$, $SD=1.13$) โดยการรับรู้ในคุณภาพการให้บริการด้านที่ถูกค่ารับรู้ในคุณภาพการให้บริการสูงที่สุด คือ การ

สร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้บริการ ($M=3.56$, $SD=1.11$) รองลงมาเป็นด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ($M=3.54$, $SD=0.1.13$) และการเอาใจใส่ผู้ใช้บริการ ($M=3.53$, $SD=1.14$) โดยทุกด้านผู้ใช้บริการมีการรับรู้ระดับมาก รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4 และภาพที่ 3

ตารางที่ 4 การรับรู้ในคุณภาพการให้บริการ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การรับรู้ในคุณภาพการให้บริการ	M	SD	การแปลความหมาย
1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.54	1.13	รับรู้ระดับมาก
2. ความเชื่อถือไว้วางใจได้	3.47	1.14	รับรู้ระดับมาก
3. การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ	3.46	1.13	รับรู้ระดับมาก
4. การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้บริการ	3.56	1.11	รับรู้ระดับมาก
5. การเอาใจใส่ผู้ใช้บริการ	3.53	1.14	รับรู้ระดับมาก
ภาพรวม	3.51	1.13	รับรู้ระดับมาก



ภาพที่ 3 การรับรู้ในคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL

การเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL

ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL ประกอบด้วย ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (customer expectation) และการรับรู้บริการของผู้ใช้บริการ (customer perception) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ประกอบด้วย เพศ แผนก อายุงาน และอายุของผู้ใช้บริการ ปรากฏว่า ความคาดหวังของระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL ไม่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความคาดหวังจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	$\bar{X}$	SD	ค่าสถิติทดสอบ	ค่า p	ผลการทดสอบ
เพศ			t=-1.82	0.07	ไม่ต่างกัน
1. ชาย	4.45	0.07			
2. หญิง	4.51	0.11			
แผนก			F=0.840	0.474	ไม่ต่างกัน
1. ผู้ป่วยนอก	4.52	0.11			
2. ผู้ป่วยใน	4.50	0.10			
3. เจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการ	4.53	0.13			
4. ทันตกรรม	4.49	0.12			
อายุงาน			F=0.450	0.638	ไม่ต่างกัน
1. 1 – 5 ปี	4.51	0.11			
2. 6 – 10 ปี	4.49	0.09			
3. มากกว่า 10 ปี	4.50	0.11			
อายุ			F=0.549	0.650	ไม่ต่างกัน
1. 20-29 ปี	4.51	0.10			
2. 30-39 ปี	4.51	0.10			
3. 40-49 ปี	4.49	0.11			
4. 50-59 ปี	4.51	0.11			

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ของระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบSERVQUAL ปรากฏว่า การรับรู้ระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุง-ประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL แตกต่างกันใน

เรื่องเพศ สำหรับด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการรับรู้จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	$\bar{X}$	SD	ค่าสถิติทดสอบ	ค่า p	ผลการทดสอบ
เพศ			t=-0.49	0.03	ต่างกัน
1. ชาย	3.48	0.37			
2. หญิง	3.52	0.24			
แผนก			F=1.331	0.265	ไม่ต่างกัน
1. ผู้ป่วยนอก	3.47	0.25			
2. ผู้ป่วยใน	3.52	0.24			
3. เจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการ	3.61	0.24			
4. ทันตกรรม	3.56	0.13			
อายุงาน			F=1.195	0.305	ไม่ต่างกัน
1. 1 – 5 ปี	3.52	0.25			
2. 6 – 10 ปี	3.55	0.22			
3. มากกว่า 10 ปี	3.49	0.25			
อายุ			F=1.856	0.138	ไม่ต่างกัน
1. 20-29 ปี	3.50	0.21			
2. 30-39 ปี	3.56	0.28			
3. 40-49 ปี	3.46	0.23			
4. 50-59 ปี	3.51	0.21			

สรุปผลการวิจัย

ระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL ความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด และการรับรู้ในคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมาก ความคาดหวังของคุณภาพการให้บริการจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลไม่ต่างกัน แต่การรับรู้คุณภาพการให้บริการของเพศชายและเพศหญิงต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL ด้านความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการ พบว่า ความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุดโดยความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการด้านที่ถูกค่ามีความคาดหวังมากที่สุด คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ รองลงมาเป็นด้านความเชื่อถือไว้วางใจ และการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการโดยทุกด้านผู้ใช้

บริการมีคาดหวังมากที่สุด และระบบ SERVQUAL ด้านการรับรู้ในคุณภาพการให้บริการ ปรากฏว่า การรับรู้ในคุณภาพการให้บริการภาพรวมอยู่ในระดับมากโดยการรับรู้ในคุณภาพการให้บริการด้านที่ถูกค่ารับรู้ในคุณภาพการให้บริการสูงสุด คือ การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้บริการ รองลงมาเป็นด้านความเป็นรูปธรรมของบริการและการเอาใจใส่ผู้ใช้บริการโดยทุกด้านผู้ใช้บริการมีการรับรู้ระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทิน รินสาร ได้สรุปว่าระดับคุณภาพการให้บริการของบริษัทกรณีศึกษาด้วยระบบ SERVQUAL อยู่ในระดับมาก⁵ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัฒนะ ธนฤตพุดิเมธ⁶ ได้ศึกษาการประเมินคุณภาพการให้บริการของโรงแรมระดับ 4 ดาว บริเวณชายหาด 4 หาดในเมืองพัทยาโดยการประยุกต์ใช้ SERVQUAL Model ผลการศึกษา ปรากฏว่า ลูกค้าชาวไทยที่เข้าพักโรงแรมระดับ 4 ดาว มีค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้และคาดหวังต่อคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูง⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ลีลาเทพินทร์ และคณะ² ศึกษาเรื่องการประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL ผลของการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมผู้รับบริการมีระดับค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในการบริการมากกว่าการรับรู้จากบริการที่ได้รับ แสดงว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับหรือการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งนี้ไม่มีคุณภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุง-ประชารักษ์ด้วยระบบ SERVQUAL ปรากฏว่า ช่องว่าง (gap) ติดลบ โดยด้านที่มีค่าช่องว่าง (gap) มากที่สุด คือ ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ รองลงมาเป็นด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้และด้านความเป็น

รูปธรรมของบริการ การที่ช่องว่าง (gap) ติดลบหมายความว่า ผู้ใช้บริการรับรู้ถึงคุณภาพการให้บริการน้อยกว่าความคาดหวัง หน่วยงานกลางของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ควรมีการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการในประเด็นดังต่อไปนี้

การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ ควรหา customer need ผู้ใช้บริการ (หน่วยงานต่าง ๆ ภายใน) มีความต้องการบริการอะไร ซึ่งแต่ละหน่วยมีความต้องการไม่เหมือนกันแล้วหน่วยงานนำความต้องการมาออกแบบระบบบริการให้ตอบสนองความต้องการให้แต่ละหน่วยบริการที่เรา service หรือทบทวนจากอุปติการณ์ (complain) ที่หน่วยงานส่งมาแล้วนำข้อมูลมาจัดบริการเพื่อรองรับความต้องการให้เป็นรูปธรรมต่อไป

ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ควรพัฒนาในด้านการให้บริการตามมาตรฐาน ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาเพื่อสร้างความเชื่อถือไว้วางใจว่าเครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อ พร้อมใช้งานและทันเวลา

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ควรออกแบบการบริการที่เป็นรูปธรรมที่สอดคล้องกับความต้องการมีการบริการที่ชัดเจนในแต่ละหน่วยหรือแต่ละบริการ เช่น รูปธรรมของการจัดบริการเครื่องมือด่วน เครื่องมือทันตกรรมหรือเครื่องมืออื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาหน่วยจ่ายกลาง. 2556. หน้า 1-2.
2. กนกพร ลีลาเทพินทร, พัชญา มาลือศรี, ปารรณนา ปุณณกิติเกษม. การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. วารสารวิจัยและพัฒนา มจร 2554; 34 (4): 443-5.
3. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing 1985; 49(4): 41-50.
4. Seth N, Deshmukh SG, Vrat P. Service quality models: a review. International Journal of Quality & Reliability Management 2005; 22(9): 913-49.
5. สุทิน รินสาร. คุณภาพการบริการด้วยระบบ SERVQUAL ของบริษัท ABC [สารนิพนธ์ สาขาการจัดการโลจิสติก]. ชลบุรี: คณะโลจิสติกมหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
6. พัฒนะ ธนกฤตพุดิเมธ. การประเมินคุณภาพการให้บริการของโรงแรมระดับ 4 ดาว บริเวณชายหาด 4 หาด ในเมืองพัทยาโดยการประยุกต์ใช้ SERVQUAL Model. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ และนานาชาติ ครั้งที่ 7; 23 มิถุนายน 2559; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. สงขลา. หน้า 383-95.



บทความปริทัศน์

Review Article

บทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

พุทธวรรณ ชูเชิด PhD* เฟื่องสุข ไพศาลกอบฤทธิ์ วท.ม.* นิสافر สलगสิงห์ วท.ม.*

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

รับบทความ: 23 เมษายน 2562

ปรับแก้บทความ: 19 พฤศจิกายน 2562

ลงตีพิมพ์: 16 ธันวาคม 2562

บทคัดย่อ

บทนำ: ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเด็ก โดยร้อยละ 45 ถึง 90 เกิดจากการยุติ ถอดถอนหรือยับยั้งการรักษาหรือเครื่องพยุงชีพ การเตรียมทารกเข้าสู่การตายอย่างสงบในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตจึงมีความสำคัญ รวมไปถึงการให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวอย่างเหมาะสมตลอดระยะเวลาดังกล่าวจึงเป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองทารกแรกเกิดในระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแลครอบครัวตามกรอบของกฎหมายและจริยธรรม

วิธีการดำเนินการศึกษา: เป็นการทบทวนวรรณกรรม

ผลการศึกษา: ทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลแบบประคับประคองเพื่อเตรียมทารกเข้าสู่การตายอย่างสงบในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการของแต่ละครอบครัว ตลอดจนการรักษาศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของทารกแรกเกิดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ โดยการใช้การสื่อสารอย่างง่ายและตรงไปตรงมา การส่งเสริมครอบครัวให้ตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการดูแลแบบประคับประคอง การยอมรับครอบครัวในการตัดสินใจนำเครื่องช่วยหายใจออกและการเตรียมการพิธีศพ ตลอดจนการดูแลภาวะเศร้าโศกของครอบครัวจากการสูญเสียภายหลังทารกแรกเกิดจากไป

สรุป: พยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองควรมีทัศนคติที่ดีในการดูแลทารกแรกเกิดระยะสุดท้าย และปฏิบัติการพยาบาลโดยเป็นสิ่งที่ชอบด้วยกฎหมายและจริยธรรม

คำสำคัญ: ทารกแรกเกิด การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลแบบประคับประคองในทารกแรกเกิด บทบาทพยาบาล



บทความปริทัศน์

Review Article

The nurse's role in end-of-life care in newborn infants

Puthawan Choocherd PhD*, Fueangsuk Paisankobrit MS*, Nisaporn Salangsing MS*

*Faculty of Nursing, Siam University

Abstract

Received: April 23, 2019

Revised: November 19, 2019

Accepted: December 16, 2019

Introduction: The prematurity newborn infants have the highest death rate in the pediatric population. The death pattern of the newborn infants up to 45 percent to 90 percent is due to withdrawing or withholding life sustaining treatment. The professional nurses should be provided the best possible quality of life for the newborn infants to die peacefully including providing an appropriate family support during that time.

Objective: This article aim to present the newborn infants in the end of life with a life-limiting condition. Nurse's role in neonatal palliative care and family support in accordance with laws and biomedical ethics.

Methodology: Review articles

Results: The professional nurses are the key players in the provision of neonatal palliative care because most newborn infants die in the hospitals. Neonatal palliative care should be tailored to the different needs and desires of each family as well as to preserve the dignity and humanity of the newborn infants until death. The Nursing roles are using the simple and direct communication, encouraging families to decide to accept or reject palliative care, accepting the families to take off the ventilators and funeral arrangements. Including taking care of the family's grief from the loss after the newborn has passed away.

Conclusion: Neonatal nurses should have a positive attitude towards caring for newborn infants in the end of life and also remains legally and ethically working.

Keywords: newborn infants, end-of-life care, neonatal palliative care, nurse's role

บทนำ

ทารกแรกเกิด คือ ทารกตั้งแต่เกิดถึงอายุ 1 เดือน ช่วงวัยนี้เป็นช่วงสำคัญของชีวิต โดยเฉพาะในช่วง 7 วันแรก เพราะสามารถเสียชีวิตได้มากกว่าช่วงวัยอื่น ๆ ระยะเวลาที่ทารกต้องปรับตัวมากเพราะสภาพแวดล้อมในครรภ์ที่ทุกอย่างพึ่งพิงแม่แตกต่างกับสภาพแวดล้อมภายนอกที่ทารกต้องช่วยตัวเองทุกอย่าง ซึ่งสิ่งที่ทารกต้องปรับตัวให้ได้อันดับแรกคือการหายใจด้วยตนเอง หากล้มเหลวจะทำให้ทารกเสียชีวิต การตายของทารกแรกเกิด (neonatal death) แบ่งออกเป็นสองช่วง ได้แก่ ภายใน 7 วันแรกหลังเกิด (early neonatal deaths) และการตายหลัง 7 วันแรกแต่ไม่เกิน 28 วัน (late neonatal deaths)¹ จากสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราตายของทารกลดลงจากปี 2556-2560 โดยอัตราตายของทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เท่ากับ 6.4, 6.5, 6.2, 6.4 และ 5.9 ตามลำดับ จำนวนตายในทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี ในปี 2558-2560 เท่ากับ 4,221 คน 4,233 คน และ 3,861 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าแนวโน้มลดลง แต่ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องหาแนวทางแก้ไขเนื่องจากจำนวนทารกตายไม่เพียงบ่งบอกปัญหาทางสาธารณสุขเท่านั้น หากยังเป็นปัจจัยสะท้อนถึงปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย² และจากการทบทวน 10 ลำดับแรกของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี พบภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดก่อนกำหนดที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นภาวะที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้มากที่สุด^{3,4}

การเสียชีวิตของทารกย่อมก่อให้เกิดความสูญเสีย ความเศร้าโศกและส่งผลต่อสตรีและครอบครัว⁵ การดูแลก่อนตายจึงเป็นวาระสำคัญที่ครอบครัวจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ การร่วมตัดสินใจในการรักษา การเตรียมทารกเข้าสู่การตายอย่างสงบในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต การรับรู้ข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การ

จัดการกับความเชื่อและมิติทางจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับความตาย และการเตรียมการ ในการจัดการหลังการตาย ล้วนแล้วแต่เป็นเรื่องมีความหมายและความสำคัญต่อครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการต่าง ๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญและผ่านพ้น ภาวะวิกฤตไปได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามพบว่า โรงพยาบาลหลายแห่งในต่างประเทศและในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสตรีและครอบครัวที่มีการสูญเสียบุตร และโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย (palliative care) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรวมไปถึงผู้ป่วยเด็กแต่กลับพบว่าการพัฒนาโปรแกรมการดูแลทารกแรกเกิดในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นยังมีน้อยอยู่ บทความฉบับนี้ จึงได้รวบรวมแนวคิดและการปฏิบัติต่อทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายของชีวิตเข้าไว้ด้วยกันเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการแสดงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการให้การปรึกษาและการสนับสนุนแก่ครอบครัวของทารกแรกเกิดที่อยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ทารกแรกเกิดที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

มาตรฐานสมาคมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเด็กของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ประเทศอังกฤษ (The association for children's palliative care and British royal college of pediatricians and child health) ได้แบ่งกลุ่มโรคในเด็กที่จำกัดอายุขัย⁶ ดังนี้

1. โรคที่คุกคามต่อชีวิต อาจหายได้จากการรักษาแต่ก็มีโอกาสล้มเหลว การพยากรณ์โรคไม่แน่นอน การรักษาล้มเหลว ได้แก่ โรคมะเร็งในระยะสุดท้าย หรือมีพยากรณ์โรคเลว หัวใจพิการแต่กำเนิดที่ซับซ้อนอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยที่เฉียบพลันรุนแรง ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุน้อยมาก สภาพะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว

2. โรคหรือภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยมีอายุขัยสั้นและต้องการการดูแลอย่างมากเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมได้ตามควรและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรังชนิดที่ไม่สามารถปลูกถ่ายไตได้ ภาวะทางเดินอาหารสั้น ซึ่งมีผลต่อโภชนาการอย่างรุนแรง และโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของยีน (cystic fibrosis) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ในเพศชาย และระบบเกลือแร่และกรดต่างในร่างกาย

3. โรคที่มีการดำเนินโรคเลวลงอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีหนทางรักษาให้หาย เช่น ภาวะผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญพลังงานและเมตาบอลิซึมอย่างรุนแรง ความผิดปกติของโครโมโซม อาทิ เช่น กลุ่มอาการดาวน์ โรคกระดูกเปราะจากพันธุกรรมผิดปกติชนิดรุนแรง

4. ภาวะหรือโรคที่ไม่สามารถฟื้นคืนตัวเป็นปกติได้ แต่โรคคงตัวไม่ลุกลาม มีความต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนและอาจมีภาวะแทรกซ้อนคุกคามชีวิต เช่น ภาวะบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง ภาวะสมองพิการ ภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ส่งผลให้ปอดและอวัยวะหลายส่วนทำงานผิดปกติ

สำหรับโรคหรือสภาวะในทารกแรกเกิดที่ควรคำนึงถึงการจำกัดการรักษา (limit treatment) นั้น British Association of Perinatal Medicine (BAPM) แบ่งทารกแรกเกิดที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็น 5 กลุ่ม⁷ ดังนี้

1. ภาวะที่วินิจฉัยก่อนหรือหลังคลอดไม่มีโอกาสมีชีวิตรอดในระยะยาว เช่น ภาวะไม่มีการสร้างไตทั้งสองข้าง (bilateral renal agenesis) ภาวะกะโหลกศีรษะไม่ปิด (anencephaly)

2. ภาวะที่วินิจฉัยก่อนหรือหลังคลอด มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความพิการรุนแรงหรือเสียชีวิต เช่น

ภาวะไตบวมน้ำอย่างรุนแรงทั้งสองข้าง (severe bilateral hydronephrosis) และการทำงานของไตลดลง

3. ทารกที่อายุครรภ์น้อยมาก เกินความสามารถในการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU)

4. ภาวะที่เกิดขึ้นหลังคลอด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ในอนาคตของทารก รวมถึงทารกที่ได้รับการพุงซีฟหรือมีโอกาสดังกล่าวที่ต้องช่วยพุงซีฟ เช่น โรคสมองขาดเลือดอย่างรุนแรง (severe hypoxic ischemic encephalopathy)

5. ภาวะที่เกิดขึ้นหลังคลอด และมีความทรามอย่างเหลือล้นจากโรคและกระบวนการรักษา เช่น ภาวะลำไส้เน่าอักเสบอย่างรุนแรง (severe necrotizing enterocolitis)

ทารกแรกเกิดที่ตกอยู่ในสภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและต้องได้รับการจำกัดการรักษา จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมผู้รักษาอย่างเหมาะสมทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย

การดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

องค์การอนามัยโลก^{6,8,9} ได้ให้คำจำกัดความการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (palliative care) หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งผู้ใหญ่และเด็กและครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต (life-threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม และควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วะยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นทารกแรกเกิดระยะสุดท้าย (terminal illness) จนกระทั่งทารกแรกเกิดเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวหลังจากการสูญเสีย โดยกำหนดประเด็น

สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายไว้ 5 ประเด็น คือ

1. แนวทางการช่วยเหลือตามระดับความคิดในทารกแรกเกิด ความทุกข์ใจมาจากความไม่สบายตัว เจ็บปวดทางร่างกายและการพลัดพราก การช่วยเหลือจึงเป็นการให้ทารกแรกเกิดได้รู้สึกสบายตัว เจ็บปวดน้อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และได้อยู่ใกล้ ๆ คนที่รักหรือผู้ดูแลมากที่สุด

2. กระบวนการช่วยเหลือเด็กและครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การช่วยเหลือประคับประคองและเตรียมตัวสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวก่อนที่ทารกแรกเกิดจะเสียชีวิต ระยะที่ 2 ระยะใกล้ความตาย (end of life) และระยะที่ 3 ชีวิตหลังจากทารกแรกเกิดจากไป (bereavement care)

3. การจัดการความปวดในทารกแรกเกิดระยะสุดท้าย การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยการประเมินความปวด (pain assessment) สำหรับทารกแรกเกิดและทารกที่ได้มาตรฐาน ได้แก่ Premature Infant Pain Profile (PIPP) และ Neonatal Infant Pain Profile (NIPS) และการให้การรักษ (pain management) การควบคุมอาการปวดได้ดีจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ

4. การช่วยเหลือด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ได้แก่ การประเมินสภาพจิตครอบครัว การวินิจฉัยภาวะทางจิตใจและโรคที่เกี่ยวข้องทางจิตเวช การทำจิตบำบัด การให้ยารักษาทางจิตเวช และการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ทารกแรกเกิดและครอบครัว ช่วยขจัดความเจ็บปวดหรือกังวลใจยืดเวลาที่มีความหมายให้แก่ทารกแรกเกิด ให้การดูแลจนทารกแรกเกิดลาจากไป และดูแลครอบครัวต่อเนื่องไปจนผ่านพ้นความเศร้าโศกจากการสูญเสีย

5. การช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ หนึ่งในหกอันดับแรกความต้องการของพ่อแม่เมื่อลูกอยู่ใน

ภาวะวิกฤตใกล้ตาย คือ ต้องการให้พระหรือผู้นำทางศาสนาช่วยชี้ทางให้วิญญาณไปสู่ภพภูมิที่ดี การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณเพื่อให้ทารกแรกเกิดได้เกิดความสงบแม้ในวาระสุดท้ายของชีวิตจึงมีความหมายอย่างยิ่ง

ในประเทศไทยทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายของชีวิตเนื่องจากลักษณะงานที่มีความใกล้ชิดกับทารกแรกเกิดและครอบครัวและโดยวิชาชีพที่ให้ความสำคัญกับการดูแล (care) ที่มีความหมายมากกว่าผลจากการรักษา (cure)⁹ การดูแลแบบประคับประคองจึงถูกนำมาใช้ควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้น ๆ ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ประยุกต์ใช้การแพทย์ทางเลือก รวมไปถึงมีความเข้าใจ เข้าถึง และยอมรับในความศรัทธา ความเชื่อและบริบทของครอบครัวทารกแรกเกิดด้วย

ความรู้สึกละและความปรารถนาสุดท้ายของทารกแรกเกิดและการรับรู้การตาย

เด็กแต่ละวัยมีความเข้าใจเรื่องความตายและมีปฏิกิริยาต่อความตายแตกต่างกัน^{6,9} โดยความเข้าใจและปฏิกิริยาของเด็กเกี่ยวกับความตาย อายุ 0-2 ปี นั้นยังไม่มี ความเข้าใจเรื่องแนวคิดของความตาย เด็กเข้าใจว่าความตาย คือ การถูกพลัดพราก ทอดทิ้ง ไม่มีคนดูแล ปฏิกิริยาต่อความตายเป็นความรู้สึก ไม่สบายตัว จากความเจ็บป่วย ปวด เหนื่อย หิว รวมทั้งเริ่มมีความกังวลต่อการแยกจาก โดยเฉพาะวัยทารกจะมีปฏิกิริยาด้วยการตอบสนองของร่างกาย (physiological reflex) เพื่อต่อสู้ให้ตนเองมีชีวิตรอด เด็กทารกจะเชื่อมโยงกับคนรอบข้างโดยผ่านทางสัมผัส กลิ่น เสียง ทารกจะร้องเมื่อหิว เจ็บ หรือมีอาการไม่สบายต่าง ๆ เกิดขึ้นในร่างกาย การสัมผัสอย่างอ่อนโยน การให้นมอาจทำให้ทารกแรกเกิดรู้สึกผ่อนคลายได้ชั่วคราว แต่เมื่อร่างกายยังคง

ไม่สบาย ทารกก็จะแสดงออกถึงความเจ็บปวดได้ และหากทารกอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต พ่อ แม่ ตลอดจนบุคลากรที่มิดูแลควรช่วยให้ทารกผ่านช่วงเวลาของความตายโดยไม่ทุกข์ทรมาน ไม่ปล่อยให้ทารกเผชิญความตายเพียงลำพังโดยการเตรียมให้ทารกก้าวสู่ภาวะใกล้ตายและความตายได้อย่างสงบ

ความรู้สึกและความปรารถนาของครอบครัวของทารกแรกเกิดที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

การตายดี (good death) คือ การตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย ญาติและผู้ให้การรักษา การตายดีเป็นหนึ่งในหกอันดับแรกความต้องการของพ่อแม่เมื่อลูกอยู่ในภาวะวิกฤตใกล้ตาย คือ ต้องการให้พระหรือผู้นำทางศาสนาช่วยชี้ทางให้วิญญาณไปสู่ภพภูมิที่ดีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์หมดหวังที่จะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้นหายทรมานทรมาน จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต^{6,9} การดูแลผู้ใกล้ตายให้ได้ตายดี จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญของทีมผู้ดูแลในการใช้ประสบการณ์ในการดูแลมาช่วยสร้างทางเลือกและโอกาสให้แก่ครอบครัวตามบริบทของครอบครัวที่แตกต่างกันออกไป การทำตามความประสงค์ของผู้ปกครองหรือครอบครัวทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นมีความสำคัญเพราะเมื่อทารกแรกเกิดได้จากไปแล้ว ผู้ที่จะอยู่ต่อไปคือ ผู้ปกครองและครอบครัวของเด็กนั่นเอง

กรอบของกฎหมายและจริยธรรม

ปัจจุบันรูปแบบการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดถึงร้อยละ 45 ถึง 90 เกิดจากการยุติ ถอดถอน (Withdraw: WH) หรือยับยั้ง (Withhold: WD) การ

รักษาหรือเครื่องพยุงชีพ (Life Sustaining Treatment: LST) ซึ่งถือว่ามีค่าเท่ากันในทางกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์⁷ ดังนั้น การตัดสินใจให้หรือไม่ให้การรักษาทารกแรกเกิดที่อยู่ในสภาวะดังกล่าว นั้นเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณา คณะกรรมการจริยธรรมของราชวิทยาลัยกุมารเวชศาสตร์ สหราชอาณาจักร (Royal college of pediatrics and child health: RCPCH) ได้กำหนดกรอบการดูแลผู้ป่วยที่ควรจำกัดการรักษาเนื่องจากไม่ก่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ปัจจุบันเป็นฉบับที่ 3 ค.ศ. 2015⁷ ดังนี้

1. เมื่อโอกาสการมีชีวิตอยู่มีอยู่อย่างจำกัด ได้แก่ ก้านสมองตาย (brain stem death) ที่ถูกวินิจฉัยตามเกณฑ์อย่างเหมาะสม
 2. เมื่อการมีชีวิตอยู่ มีคุณภาพจำกัด การรักษาอาจยืดหรือยื้อชีวิตได้ แต่จะไม่ช่วยบรรเทาภาวะทั้งจากตัวโรคเองหรือจากการรักษา
 3. ผู้ป่วยแสดงความประสงค์ปฏิเสธการรักษา เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ ในกรณีนี้ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการสนับสนุนโดยผู้ปกครอง
- สำหรับประเทศไทยได้กำหนดกรอบของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและคุ้มครองเด็กไว้ดังนี้

1. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก¹⁰ พ.ศ. 2546 หมวดที่ 2 การปฏิบัติต่อเด็ก มาตรา 22 การปฏิบัติต่อเด็กไม่ว่ากรณีใด ให้คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญและไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม การกระทำใดเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของเด็กหรือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อเด็กหรือไม่ ให้พิจารณาตามแนวทางที่กำหนดในกฎกระทรวง

2. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550¹¹ หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

2.1 มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบ

อย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

2.2 มาตรา 12 บุคคล มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียง เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดง เจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวงเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง แล้วมิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

ในกรณีของทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น ผู้ปกครองเป็นผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker)¹² ตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยของประเทศไทย ในข้อที่ 9 ระบุว่า “บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”¹³ สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถือเป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่งในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี มีมนุษยธรรม เป็นเรื่องสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (the right to self-determination) สอดคล้องกับเรื่องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ (good death) โดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งการตายด้วยวิธีการรักษาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็นและไม่สมควร (futile treatment)¹⁴ และนอกจากกรอบของกฎหมายแล้ว การดูแลทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายของชีวิตยังต้องคำนึงถึงหลักเวชจริยศาสตร์^{6,9} (biomedical ethics) ดังนี้

1. หลักการทำแต่ความดี (beneficence) เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำทุกรูปแบบที่มีความ

ตั้งใจเพื่อที่จะให้ผู้อื่นได้รับผลจากการกระทำนั้น เช่น การปกป้องสิทธิผู้ป่วย หรือการจัดปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เป็นต้น

2. หลักการหลีกเลี่ยงอันตรายอันพึงเกิดกับผู้ป่วย (nonmaleficence) คือ การไม่ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เช่น การไม่เป็นเหตุให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน เป็นต้น

3. หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคล (autonomy) การเคารพเอกลัทธิของบุคคล ได้แก่ การเคารพอิสระในการตัดสินใจ การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือการให้ความช่วยเหลือในการตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยต้องการ

4. หลักการแห่งความยุติธรรม (justice) การให้บริการอย่างเหมาะสมเท่าเทียมกันในทุกสถานการณ์โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในด้านเชื้อชาติ เศรษฐฐานะ ระดับการศึกษา และศาสนา ผู้ป่วยแต่ละคนควรได้รับการปฏิบัติอย่างเต็มกำลังความสามารถและได้รับการดูแลก่อนหลังตามลำดับความรุนแรงของปัญหา

บทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

แม้ว่าการตัดสินใจทางการแพทย์จะเป็นสิ่งที่ชอบด้วยกฎหมาย แต่สิ่งหนึ่งที่สำคัญ คือ ในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น ทารกแรกเกิดที่ได้รับการตัดสินใจให้ยุติหรือถอนการรักษาจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ตามความต้องการโดยรวมของเด็กและครอบครัว สำหรับในประเทศไทยปัจจุบันสำนักงานพยาบาล¹⁵ ได้แบ่งกลุ่มพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Nurse: PCN) ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 2) พยาบาลที่ผ่านหลักสูตรอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง 4 เดือน และ 3) พยาบาลผู้มีความรู้ความ

ชำนาญเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับวุฒิปัตร APN จากสภาการพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข⁶ ได้กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในทีมการดูแลแบบประคับประคองไว้ คือ เป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทักษะการสื่อสาร มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 2 ปี ผ่านการอบรมไม่น้อยกว่า 3 วันในหลักสูตรระยะสั้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและหลักสูตรการให้คำปรึกษา และสำหรับผู้ที่ต้องรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยตรง จะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะเวลา 4 เดือน โดยบทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น เริ่มตั้งแต่เมื่อทารกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปจนกระทั่งภายหลังเมื่อทารกแรกเกิดจากไป โดยมีหลักปฏิบัติ 4 แนวทาง ดังนี้

1. การสื่อสารอย่างง่ายและตรงไปตรงมา

เมื่อมีข้อมูลชัดเจนว่า ทารกแรกเกิดอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลควรเริ่มพูดคุยให้ข้อมูลและอธิบายการเปลี่ยนแปลงของทารกแรกเกิดแต่ละระยะก่อนเสียชีวิตอย่างตรงไปตรงมา สั้น กระชับและใช้คำที่เข้าใจได้ง่ายเพื่อให้ครอบครัวเข้าใจและลดความกังวลใจผ่านกระบวนการให้การปรึกษา (counseling) ที่มีประสิทธิภาพ พร้อมกับเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ช่วยให้ครอบครัวยอมรับกับความตายที่จะมาถึง โดยเลือกให้ข้อมูลเฉพาะประเด็นที่ผู้ปกครองมีความสนใจหรือคับข้องใจ ให้ข้อมูลที่ครอบครัวต้องการอย่างเป็นกลาง ครอบคลุมเรื่องจริยธรรมและมั่นใจว่าครอบครัวรับทราบและเข้าใจพยากรณ์โรค ความเสี่ยงแนวทางและทางเลือกในการดูแลก่อนที่จะตัดสินใจควรหลีกเลี่ยงคำที่พ่อแม่รู้สึกจะทำร้ายจิตใจและคุกคาม⁷ เช่น “เราทำทุกอย่างแล้ว” “เราไม่สามารถ

ทำอะไรมากกว่านี้” “ไม่มีความหวัง” “ร้ายแรงถึงตาย” “เป็นผัก” “ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษา” “การมีชีวิตอยู่จะส่งผลเสียต่อคุณ ลูกของคุณ งาน การเงินหรือชีวิตคู่ของคุณ” หรือ “คุณยังสามารถมีลูกคนใหม่ได้อีก” แต่ควรใช้คำถามที่ช่วยประเมินการรับรู้และการตัดสินใจของครอบครัว เช่น “มีอะไรที่คุณอยากทราบบ้าง” “มีอะไรที่เราช่วยคุณได้” และ “มีอะไรที่คิดว่าคุณไม่สามารถจัดการได้หรือคุณกลัว” เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ครอบครัวต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการยุติ ถอดถอนหรือยับยั้งการรักษาหรือเครื่องพยุงชีพ พ่อแม่และครอบครัวของทารกแรกเกิดจะยิ่งเปราะบาง¹⁶ ดังนั้นการสื่อสารต้องปรับให้เหมาะสมเป็นรายบุคคล และมีความเฉพาะตัว ตามแนวทาง “SOBPIE”^{7,16} ดังนี้

Situation: สถานการณ์คืออะไร ทารกกำลังจะเสียชีวิตหรือไม่ เราควรยุติ ถอดถอนหรือยับยั้งการรักษาหรือเครื่องพยุงชีพหรือไม่

Opinions and options: ความคิดเห็นและทางเลือก ความโน้มเอียงของบุคลากรทางการแพทย์กับทางเลือกของผู้ป่วย

Basic human interactions: การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ใช้หลักการฟังอย่างตั้งใจด้วยท่าทีที่เปิดรับ เน้นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดของพ่อแม่และไม่สามารถป้องกันได้

Information: การประชุมหารือกับผู้ปกครองเพื่อให้ข้อมูลอย่างเป็นกลาง

Emotions: การเคารพการตัดสินใจของครอบครัวที่อาจไม่แน่นอน และเติมไปด้วยอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

2. การส่งเสริมครอบครัวให้ตัดสินใจที่ยอมรับหรือปฏิเสธการดูแลแบบประคับประคอง

เมื่อครอบครัวตัดสินใจให้ทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองแล้ว การรักษาจะถูกปรับเป็นวิธีที่ทำให้ทารกแรกเกิดได้รับความสุขสบายที่สุด มีการให้การรักษาตามอาการ

อย่างเต็มที่ รวมไปถึงการจัดการกับความเจ็บปวด พ่อแม่และผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำให้เพิ่มการสัมผัสทารก ส่งเสริมความใกล้ชิดของครอบครัวกับทารกแรกเกิดที่ก่อให้เกิดความสุขทางใจ โดยการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดในระยะนี้ มีดังนี้

1. วัดสัญญาณชีพวันละ 1 ครั้งไว้เป็นพื้นฐานในการดูแลและหากทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญจึงค่อยวัดสัญญาณชีพเป็นระยะ

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบากและให้การช่วยเหลือ โดยจัดท่านอนให้คอตรงเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง หรือการให้ออกซิเจน เป็นต้น

3. ประเมินความสบาย การจัดการความปวดและการช่วยเหลือให้ทารกสบายตัว เช่น ให้แม่และลูกได้สัมผัสกันแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) การกอดให้แน่น ดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อม สร้างบรรยากาศที่เงียบสงบและการดูแลความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

4. การให้นม ควรอธิบายให้พ่อแม่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของทารกว่าในระยะใกล้ตาย ระบบทางเดินอาหารจะทำหน้าที่ได้ลดลง การให้อาหารอาจทำให้ทารกท้องอืดและไม่สบายได้ การให้นมแม่โดยการเข้าเต้าหรือการใช้ขวดนมและการให้ทางสายให้อาหารทางปากหรือทางหลอดเลือดดำนั้นขึ้นอยู่กับสถานะของทารกและความต้องการของพ่อแม่

5. ตามกุมารแพทย์มาดูแลอาการเมื่อทารกเข้าสู่ระยะใกล้ตาย ทารกจะแสดงอาการทุกข์ทรมานเช่น กระสับกระส่าย หน้าตาบิดเบี้ยว ร้องกวน หายใจลำบาก หรือมีอาการชักเกร็ง

6. การดูแลเมื่อการตายมาถึง จดบันทึกเวลาที่ทารกเสียชีวิตและแจ้งแพทย์ผู้รับผิดชอบทันที เพื่อให้แพทย์ได้มาประเมินสาเหตุการตายและลงบันทึกเอกสารต่าง ๆ ภายใน 1 ชั่วโมง หรือหากจำเป็นต้องมีการตรวจทางนิติเวชต้องรีบดำเนินการ

ในระยะของการดูแลแบบประคับประคองนั้น ควรส่งเสริมให้พ่อแม่ของทารกแรกเกิดสามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้ตามปกติ อนุญาตให้กระทำพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อโดยไม่ขัดกับแนวทางการรักษา วางแผนการช่วยเหลือร่วมกันระหว่างทีมแพทย์และพ่อแม่เมื่อถึงเวลาสุดท้าย (end of life)⁶ เคารพการตัดสินใจและอารมณ์ของพ่อแม่และครอบครัว มีความยืดหยุ่นที่จะรับมือกับความไม่แน่นอนและอ่อนไหวได้ โดยใช้วิธีที่ช่วยแสดงความเห็นใจ⁷ เช่น “วัตถุประสงค์ของเราคือให้ลูกของคุณไม่ปวด เสียชีวิตอย่างสงบ” “เราไม่สามารถรักษาลูกของคุณให้หายได้ แต่จะดูแลเขาอย่างดีที่สุดไปตลอด” หรือ “เราจะช่วยให้คุณผ่านเวลาที่แสนยากนี้ไปได้” เป็นต้น

3. การยอมรับครอบครัวในการตัดสินใจนำเครื่องช่วยหายใจออกและการเตรียมการพิธีศพ

หลังการยับยั้งหรือยุติการรักษา ทารกจะเสียชีวิตภายใน 5 นาทีถึง 22 วัน เมื่อทารกอาการรุนแรงอยู่ในระยะสุดท้ายจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายใน 1.5 ชั่วโมง⁷ ในระยะนี้ควรแจ้งให้พ่อแม่ทราบว่าเวลาที่จะจากกันใกล้เข้ามา ควรจัดพื้นที่ให้หอผู้ป่วยให้มีความเป็นส่วนตัวแก่ครอบครัว ให้ทารกแรกเกิดและครอบครัวอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบและเป็นไปตามธรรมชาติ มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ให้ฟังเพลงหรือบทสวดมนต์ จัดให้มีการพูดคุยที่รบกวนทารกแรกเกิด จัดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้องหรือร้องไห้ร้องไห้ เพียงแค่ญาติมิตรพยายามรักษาจิตใจของตนให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ ก็สามารถช่วยได้มาก เพราะสภาวะจิตใจของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของทารกได้ จิตของคนเรานั้นละเอียดอ่อน สามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้ แม้จะไม่สามารถพูดออกมาก็ตาม ความละเอียดอ่อนดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในยามปกติ หรือยามรู้ตัวเท่านั้น แม้กระทั่งเมื่ออยู่ในภาวะโคม่าก็อาจสัมผัสกับกระแสจิตของ

ผู้คนรอบข้างได้¹⁷ ภายหลังการเสียชีวิตครอบครัวสามารถใช้เวลาร่วมกับทารกแรกเกิดได้ตามต้องการ ยกเว้นกรณีที่ต้องตรวจเพิ่มเติมหลังเสียชีวิต หากครอบครัวประสงค์จะนำทารกกลับบ้านเพื่อไปทำพิธีศพสามารถกระทำได้ ในกรณีที่ทารกที่อายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ จะมีการออกไปมรณะบัตรให้

4. การดูแลครอบครัวหลังจากทารกแรกเกิดจากไป

เมื่อทารกแรกเกิดเสียชีวิต ควรให้ญาติได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันสักระยะหนึ่งและควรอยู่เป็นเพื่อนเพื่อให้ความช่วยเหลือหรือตอบคำถามญาติ หรือออกมาจากห้องหากญาติมีความประสงค์ต้องการที่จะอยู่ตามลำพัง¹⁷ การสูญเสีย (loss) บุคคลอันเป็นที่รักย่อมก่อให้เกิดความเศร้าโศก (grief & bereavement) ดังนั้น การที่พ่อแม่ต้องอยู่โดยไม่มีลูกอีกต่อไป และกิจกรรมการดูแลบุตรที่เคยทำติดต่อกันมานานหลายเดือนในขณะตั้งครรภ์ได้ยุติลง พ่อแม่ต้องปรับตัวเข้าสู่ชีวิตใหม่รวมทั้งต้องแสวงหาความหมายใหม่ของชีวิต¹⁸ ปฏิกริยาเศร้าโศกจากการสูญเสียอาจแสดงออก 4 ด้าน คือ 1) การแสดงออกทางความรู้สึก 2) การแสดงออกทางกาย 3) การแสดงออกทางการรับรู้ และ 4) การแสดงออกทางพฤติกรรม ภาวะเศร้าโศก (grief) ของแต่ละบุคคลมีความเฉพาะตัว ผู้สูญเสียประมาณ 80-90% มีภาวะเศร้าโศกเป็นปฏิกริยาแบบปกติ (normal grief) จะกระทบต่อการดำเนินชีวิตในเวลาไม่นาน ผู้สูญเสียประมาณครึ่งหนึ่งสามารถปรับตัวได้ดีภายใน 1 ปี¹⁹ คนกลุ่มนี้ต้องการผู้รับฟังที่ดี การสนับสนุนข้อมูลที่เป็นจำเป็นสำหรับการปฏิบัติตัวในขณะเศร้าโศกโดยไม่จำเป็นต้องพบผู้เชี่ยวชาญ การสื่อสารติดต่อเชื่อมโยงกับครอบครัวในช่วงหลังความตายเป็นระยะที่จะช่วยให้ครอบครัวได้มีโอกาสถามคำถามที่ค้างคาใจหรือถามซ้ำเกี่ยวกับการตัดสินใจหรือยับยั้งการรักษาเพื่อรังชีวิตว่า เป็นไปโดยถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ชายมักจะมีปัญหา

เรื่องการแสดงความรู้สึกตัวเอง เนื่องจากค่านิยมของสังคมที่มองว่าผู้ชายต้องเข้มแข็ง ไม่แสดงออกทางอารมณ์ ดังนั้น พยาบาลควรเปิดโอกาสให้คนกลุ่มนี้ได้ระบายความรู้สึก โดยจัดหาสถานที่พูดคุยที่มีความเป็นส่วนตัว อธิบายให้ทราบว่า “การร้องไห้ไม่ใช่สัญลักษณ์ของความอ่อนแอแต่เป็นการแสดงออกถึงความรักที่มีต่อกัน” การเก็บความรู้สึกไว้ในใจ อาจก่อให้เกิดความอึดอัดและเกิดผลเสียตามมาภายหลังได้ ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจของครอบครัว เน้นการยอมรับความจริง การให้อภัยและการก้าวต่อไปข้างหน้า ให้การช่วยเหลือแนะนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพ่อแม่หรือกับบุตรคนอื่น ๆ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความรักใคร่ร่วมกัน ส่งเสริมให้มีการดำเนินชีวิตตามปกติต่อไป

การจัดการความรู้สึกของพยาบาลผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอาจต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง หรือเข้ารับการรักษากันเป็นเวลานาน ก่อนที่ผู้ป่วยเด็กจะเสียชีวิต พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กประคับประคองเนื่องจากวิชาชีพพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และพยาบาลมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าวิชาชีพอื่น ๆ ความรู้สึกของพยาบาลจึงมีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกกับผู้ป่วยซึ่งอุปสรรคสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง²⁰ คือ ทักษะด้านลบเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง^{21,22} ซึ่งถูกมองว่าเป็น การุณยฆาตหรือการทำให้ตายโดยเจตนา โดยทัศนคติถูกสร้างขึ้นบนฐานของการปฏิเสธความตายหรือความกลัวผิดพลาด การตายก็เช่นเดียวกับการเกิด คือ ต้องเตรียมความพร้อม อย่างไรก็ตามเด็กนั้นแตกต่างจากผู้ใหญ่อยู่หลายประการ⁸ เช่น การดูแลประคับประคองใน

ทารกแรกเกิดนั้นต้องปฏิบัติให้สอดคล้องความสามารถในการตอบสนองของทารกแรกเกิด การสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัวโดยต้องคำนึงถึงการใช้ภาษา วัฒนธรรม ความเข้าใจในเรื่องความเจ็บป่วยตลอดจนความเชื่อมั่นและศรัทธาในทีมผู้รักษาและประเด็นทางกฎหมาย ตลอดจนผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อครอบครัว เช่น ด้านภาระค่าใช้จ่าย การดูแลแบบประคับประคองนั้นจะต้องช่วยประเมินความเสี่ยงและการจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้ครอบครัวและช่วยประเมินสถานะทางอารมณ์ของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลืออีกด้วย เนื่องจากทัศนคติของพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยพยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วย หากพยาบาลมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง อาจส่งผลให้พยาบาลไม่ยอมเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ พยาบาลผู้ดูแลควรได้รับการถ่ายทอดความรู้และฝึกฝนทักษะในการดูแลประคับประคอง การสื่อสารและทักษะการให้การปรึกษากับครอบครัว ครอบคลุมประเด็นจริยธรรมและจรรยาบรรณในการปฏิบัติงาน ในขณะเดียวกันควรใช้กระบวนการสำรวจตนเองและฝึกจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติงาน ไม่ให้เกิดความติดค้างและสามารถหลุดพ้นการเผชิญความเศร้าโศกจากการสูญเสียเช่นเดียวกันกับครอบครัวของทารกแรกเกิด

สรุป

ช่วงเวลาสุดท้ายของทารกแรกเกิดเป็นช่วงเวลาที่จะถูกบันทึกอยู่ในความทรงจำของผู้ที่ยังอยู่ตลอดไป พยาบาลที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายนั้นต้องเป็นผู้ที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดทั้งในแบบรายบุคคลและการดูแลครอบครัว ซึ่งต้อง

คำนึงถึงการให้ความเคารพความแตกต่างทางวัฒนธรรมของครอบครัวนั้น ๆ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เมื่อครอบครัวตัดสินใจให้ทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองไปจนกระทั่งเมื่อต้องตัดสินใจยุติถอดถอนหรือยับยั้งการรักษาหรือเครื่องพยุงชีวิตสุดท้ายเมื่อความตายมาถึงก็จะเป็นการจากไปที่เต็มไปด้วยความภาคภูมิใจ ด้วยรอยยิ้มและความทรงจำที่ดีของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสรุปสาเหตุการตายของแม่และเด็ก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/index.php?id=338&group_01&page=view_doc.
4. ญัฐพงศ์ จันทร์เจริญ. สาเหตุและอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด อายุ 0 - 28 วัน โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaipediatrics.org/thesis/Chulalongkorn/Nattapong_Chancharoen.pdf.

5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2554-2558. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner>.
7. น้ำทิพย์ อินทับ. Withholding or withdrawing life sustaining treatment. ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์, โสภภาพรรณ เงินค่า, อัญชลี ลิ้มรังสิกุล, บรรณาธิการ. Highlights in neonatal problems. กรุงเทพมหานคร: บริษัทแอคทีฟพรีนัท จำกัด; 2561. หน้า 316-33.
8. World health organization. Integrating palliative care and symptom relief into pediatrics: A WHO guide for health care planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018.
9. ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทาย สิทธิพันธุ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2556.
10. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546. [อินเทอร์เน็ต]. 2546 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%a493/%a493-20-2546-a0001.pdf>.
11. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%ca71/%ca71-20-9999-update.pdf>.
12. วราภรณ์ คงสุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2558.
13. แพทยสภา. คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://tmc.or.th/index.php/News/News-and-Activities/157>.
14. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามดีพรินตติ้งอควิเมนต์ จำกัด; 2560.
15. จิตติณัฐ อัครเดชอนันต์, บรรณาธิการ. คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพา. เชียงใหม่: Good work media; 2559.
16. Janvier A, Barrington K, Farlow B. Communication with parents concerning withholding or withdrawing of life-sustaining interventions in neonatology. Seminar in Perinatology [Internet]. 2014 [cited 2019 February 10]; 38(1): 38-46. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24468568doi:10.1053/j.semperi.2013.07.007>.
17. Brian SC. Pediatric Palliative Care in Infants and Neonates. Children (Basel) [Internet]. 2018 [cited 2019 January 19]; 5(2): 21. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5835990/doi:10.3390/children5020021>.
18. พรณพิไล ศรีอาภรณ์, เสาวนีย์ เหลี่ยมไตรรัตน์. ความเศร้าโศกในสตรีที่สูญเสียทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิด. พยาบาลสาร 2557; 41 (ฉบับพิเศษ): 134-42.

19. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2561; 1(1): 17-30.
20. ชูติกาญจน์ หฤทัย, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์, ไศภิชฐ์ สุวรรณเกษาวงศ์. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด; 2559.
21. จินตนา เทพเสาร์, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและอุปสรรคกับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง. Journal of Nursing Science 2018; 36(2): 18-29.
22. ชลลดา ดิยะวิสุทธิศรี, ภาวดี เหมทานนท์, สาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์. บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในทารกแรกเกิด. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2562; 35(2): 1-12.



รายงานผู้ป่วย

Case Report

Unicentric Castleman disease, hyaline-vascular type ในผู้ป่วย ที่มาด้วยก้อนหลังเยื่อช่องท้อง: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

วัลลภา รัตนสวัสดิ์* ราวิณ วงษ์สถาปนาเลิศ** สิริสรพวงค์ ยอดอาวุธ***

* กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

** กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

*** กลุ่มงานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

รับบทความ: 5 พฤศจิกายน 2562

ปรับปรุงบทความ: 9 ธันวาคม 2562

ลงตีพิมพ์: 16 ธันวาคม 2562

Castleman disease เป็นโรคความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองโตที่ไม่ได้เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นโรคที่พบบได้น้อย ตำแหน่งของก้อนมักพบในช่องอกหรือช่องท้อง ผู้ป่วยมีอาการที่หลากหลายโดยอาจมาด้วยไม่มีอาการใด ๆ จนถึงมีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต มีการทำงานของตับ ไตผิดปกติ หรือพบอัลบูมินในเลือดต่ำ เป็นต้น แบ่งเป็นชนิด unicentric (ก้อนเดียว) และ multicentric (กระจายหลายก้อนหลายตำแหน่ง) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย คือ 1) unicentric เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการทางระบบร่างกาย การตรวจทางชิ้นเนื้อมักพบเป็นชนิด hyaline-vascular 2) idiopathic multicentric ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ มีอาการทางระบบร่างกายร่วมด้วย และอาจกลายเป็น Non-Hodgkin lymphoma ได้ 3) human herpesvirus 8 associated multicentric เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันบกพร่องสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HHV-8 และมักกลายเป็น Non-Hodgkin lymphoma, B cell type รายงานผู้ป่วยชายอายุน้อย มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องจากไส้ติ่งอักเสบ บังเอิญตรวจพบก้อนเดียวหลังเยื่อช่องท้องโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดเอาก้อนออก ผลชิ้นเนื้อเป็น Castleman disease ชนิด hyaline-vascular หลังผ่าตัดผู้ป่วยสบายดี ไม่มีอาการผิดปกติ จึงได้รายงานเพื่อเผยแพร่ให้แพทย์ได้ตระหนักวินิจฉัยแยกโรคนี้ด้วยในผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนหลังเยื่อช่องท้องซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบได้ยาก

คำสำคัญ: ก้อนหลังเยื่อช่องท้อง unicentric Castleman disease, hyaline - vascular type



รายงานผู้ป่วย

Case Report

Unicentric Castleman disease: hyaline-vascular type presented with retroperitoneal mass: A case report

Wanlapa Rattanasawat MD*, Rawin Vongstapanalert MD**, Sirisanpang Yodavudh MD***

*Department of Internal Medicine, Charoenkrung Pracharak Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration.

**Department of Surgery, Charoenkrung Pracharak Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration

***Department of Pathology, Charoenkrung Pracharak Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration

Abstract

Received: November 5, 2019

Revised: December 9, 2019

Accepted: December 16, 2019

Castleman disease is benign lymph node disease which is rare and most commonly found in thoracic or abdominal cavity. Patient has wide range of symptom such as asymptomatic, flu - like, enlarge lymph nodes, liver and kidney dysfunction and low serum albumin etc. Castleman disease is grouped in unicentric (localized) and multicentric (generalized). It is divided into 3 subtypes as follows 1) Unicentric; most common type and no systemic symptom. Pathological finding always hyaline-vascular subtype 2) Idiopathic multicentric; found in elderly with systemic symptom and may transform into Non-Hodgkin lymphoma 3) Human herpesvirus 8 associated multicentric; immune defect associated with HHV-8 infection which tends to be Non-Hodgkin lymphoma, B cell type. We report unicentric Castleman disease of retroperitoneum area in young male patient with acute abdominal pain was diagnosed acute appendicitis and accidentally found 1 retroperitoneum mass by CT scan. Tumor removal was done and histopathological analysis of the tumor showed the hyaline-vascular type of Castleman disease. Patient gained full recovery. We report to realize the rare area presentation of Castleman disease

Keywords: retroperitoneum mass, unicentric Castleman disease, hyaline-vascular type

บทนำ (Introduction)

Castleman disease ได้มีการรายงานครั้งแรกโดย Benjamin Castleman ใน ค.ศ.1954 และรายงานรวบรวมผู้ป่วยใน ค.ศ.1956 ซึ่งได้รวบรวมผู้ป่วยที่มีต่อมน้ำเหลืองที่ช่องทรวงอกโต (mediastinal lymph node) โรคนี้เป็นความผิดปกติของต่อมน้ำเหลือง เป็นโรคที่พบได้น้อย¹ สัดส่วนเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยประมาณ 19-54 ปี¹

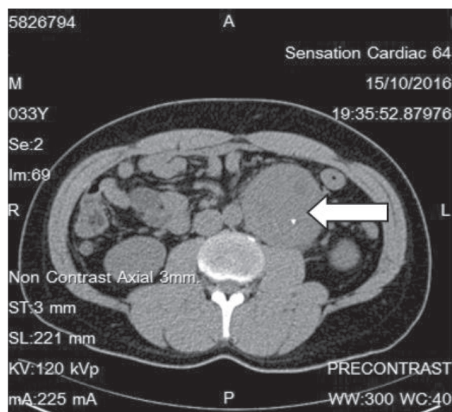
Castleman disease ส่วนใหญ่มักพบที่ ทรวงอกหรือช่องท้อง² ในผู้ป่วยรายนี้ต่อมน้ำเหลืองที่โตเป็นที่หลังเยื่อช่องท้อง (retroperitoneum) ซึ่งก้อนที่พบหลังเยื่อช่องท้องมักเป็นเนื้องอกชนิดอื่น หากเป็นเนื้องอกชนิดร้ายมักเป็น มะเร็งเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (sarcoma) มะเร็งจีสต์ (GISTs) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) มะเร็งเจมเซลล์ (germ cell tumor) หากเป็นเนื้องอกชนิดดีมักเป็นเนื้องอกไขมัน (lipoma) เนื้องอกเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral nerve sheath tumor) เนื้องอกเซลล์ประสาท (paraganglioma) เนื้องอกประสาทต่อมไร้ท่อชนิด พาราแองกลิโอมา (paraganglioma)³ Castleman disease ในผู้ป่วยรายนี้เป็นตำแหน่งที่พบน้อย หากให้การวินิจฉัยขึ้นเนื้อไม่ละเอียดรอบคอบ อาจให้การวินิจฉัยผิดได้ และหากพบ Castleman disease ผู้ป่วยอาจมีภาวะอื่นซ้อนร่วมอยู่ เช่น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) หรือการติดเชื้อไวรัส Human Herpes Virus-8 (HHV-8) ดังนั้น จึงรายงานผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ตระหนักถึงก้อนหลังเยื่อช่องท้องซึ่งอาจจะเป็น Castleman disease ซึ่งพบได้น้อย และสามารถรักษาหายได้โดยการตัดก้อนออกให้หมดและไม่ต้องให้เคมีบำบัดต่อหากเป็นชนิดก้อนเดี่ยว แต่จำเป็นต้องได้รับการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือการติดเชื้อไวรัสอื่น ยังให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยและได้องค์ความรู้เกี่ยวกับก้อนหลังเยื่อช่องท้องที่อาจจะเป็นโรคนี้ได้ ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาการรักษาที่เหมาะสมแก่

ผู้ป่วยต่อไป

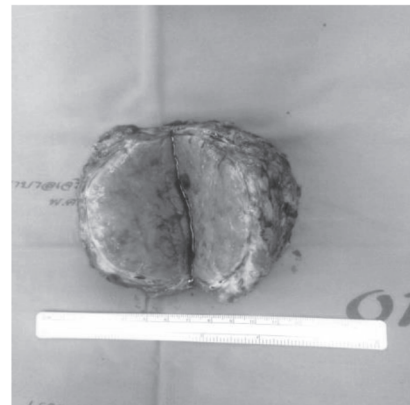
รายงานผู้ป่วย (Case description)

ชายไทยคู่ อายุ 33 ปี อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา สุราษฎร์ธานี อาการสำคัญ จุกแน่นท้องตลอดเวลา 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร อาการปวดเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับมีคลื่นไส้อาเจียนเป็นเศษอาหาร ไม่มีไข้ ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีท้องผูก ปัสสาวะได้ปกติ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องมากขึ้น ย้ายมาปวดท้องด้านขวาข้าง ร่วมกับมีไข้จึงมาโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธโรคมะเร็งในครอบครัว ปฏิเสธประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร ตรวจร่างกายพบความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 38 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีชีพจรเล็กน้อย ไม่เหลือง ตรวจร่างกายทางระบบหัวใจและปอดไม่พบความผิดปกติ ตรวจท้องมีอาการกดเจ็บที่ช่องท้องส่วนขวาข้าง คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองภายนอกที่โต

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ urinalysis (UA), electrolyte, blood urea nitrogen (BUN) และ creatinine (Cr) อยู่ในเกณฑ์ปกติ complete blood count (CBC) พบซีดเล็กน้อย (Hb 10.1 g/dL, Hct 31.8%) ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (fasting blood sugar (FBS) = 93 mg%) ระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ พบค่า ESR สูงกว่าปกติภาพถ่ายทางรังสีของปอดและคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า ปกติ การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้อง (CT whole abdomen) พบก้อนหลังเยื่อช่องท้อง ขนาด 7.2x6.8x10.8 เซนติเมตร และพบถุงน้ำในไตด้านขวา ขนาด 0.5 เซนติเมตรไม่พบก้อนที่อวัยวะอื่น ๆ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ในช่องท้องแสดงดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 : ก้อนหลังเยื่อช่องท้อง (ลูกศร)



รูปที่ 3

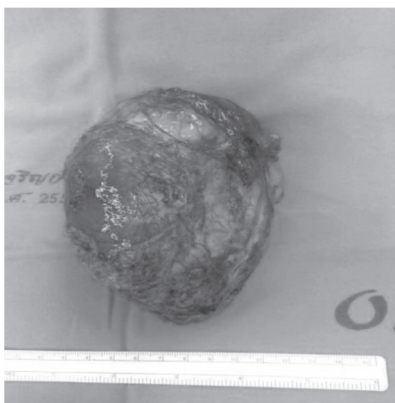
สรุปปัญหาของผู้ป่วย

1. ก้อนหลังเยื่อช่องท้อง (retroperitoneum mass)
2. ไส้ติ่งอักเสบ (acute appendicitis)

จึงปรึกษาศัลยแพทย์พิจารณาวางแผนการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ และผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออก การผ่าตัดพบก้อนขอบเขตชัดเจนที่ช่องหลังเยื่อช่องท้อง ขนาด 10.0x7.0x6.3 เซนติเมตร หน้าตัดเป็นเนื้อเดียว ผิวเรียบ สีน้ำตาลอ่อน 2 เดือนต่อมาหลังได้รับการรักษาไม่พบภาวะแทรกซ้อน

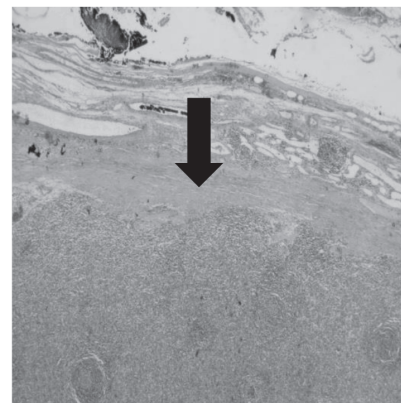
ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ

การตรวจชิ้นเนื้อด้วยตาเปล่าพบก้อนขอบเขตชัดเจนขนาด 10.0x7.0x6.3 ซม. ดังรูปที่ 2 หน้าตัดเป็นเนื้อเดียว ผิวเรียบ สีน้ำตาลอ่อน ดังรูปที่ 3

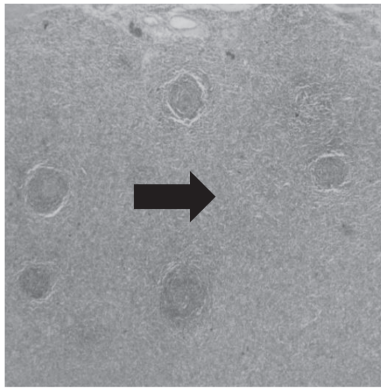


รูปที่ 2

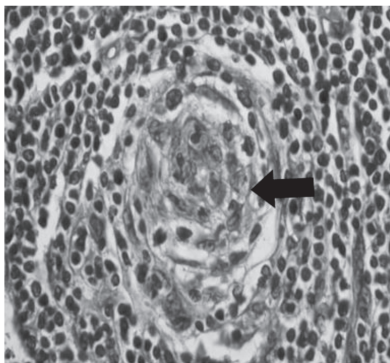
การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเซลล์เนื้องอกชนิดดี ประกอบด้วยกลุ่มเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (lymphocytes) เซลล์เรียงตัววนโดยรอบ germinal centers ลักษณะคล้ายหัวหอม (onion-like appearance) ปนกับเส้นเลือดที่เพิ่มมากขึ้น บริเวณไซนัสของต่อมน้ำเหลือง (nodal sinus) ที่กว้างขึ้น ในเนื้อต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่อช่องท้องซึ่งมีขอบเขตชัดเจนล้อมรอบด้วยเนื้อเยื่อไฟบรัส (fibrous tissue) ดังรูปที่ 4-7



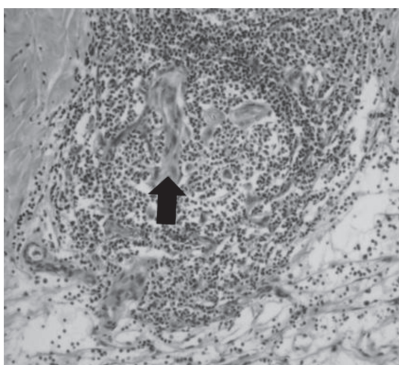
รูปที่ 4 แสดงขอบเขตชัดเจนล้อมรอบด้วยเนื้อเยื่อไฟบรัส (ลูกศร) (hematoxylin-eosin, ob.x2)



รูปที่ 5 แสดงไขมันของต่อมน้ำเหลืองที่กว้างขึ้น
(ลูกศร) (hematoxylin-eosin, ob.x4)



รูปที่ 6 แสดงกลุ่มเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์
(lymphocytes) เซลล์เรียงตัววนโดยรอบ
germinal centers (ลูกศร) ลักษณะคล้ายหัวหอม
(onion-like appearance) (hematoxylin-eosin, ob.x40)



รูปที่ 7 แสดงเส้นเลือดที่เพิ่มมากขึ้น (ลูกศร) บริเวณ
ไขมันของต่อมน้ำเหลือง (hematoxylin-eosin, ob.x10)
ผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา เป็น Unicentric
Castleman disease, hyaline-vascular type

อภิปรายและวิจารณ์ (Discussion)

ผู้ป่วยชายไทยอายุน้อย ไม่เคยคลำได้ก้อนใน
ท้อง บังเอิญตรวจพบจากการที่ปวดท้องเพราะได้ตั้ง
อุกเสป ไม่มีไข้ เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดก่อนหน้านี้
สาเหตุของก้อนที่โตขึ้นในรายนี้ คิดถึงสาเหตุที่เป็น
เนื้องอกชนิดดี มากกว่าเนื้องอกมะเร็ง การวินิจฉัย
แยกโรค ก้อนตำแหน่งที่หลังเยื่อช่องท้อง หากเป็น
เนื้องอกชนิดดีมักเป็น

1. เนื้องอกไขมัน (lipoma)
2. เนื้องอกเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral
nerve sheath tumor)
3. เนื้องอกเซลล์ประสาท (paraganglioma)
4. เนื้องอกประสาทต่อมไร้ท่อชนิด พาราแอง-
กลิโอมา (paraganglioma)

เนื้องอกชนิดร้ายมักเป็น

1. มะเร็งเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (sarcoma)
2. มะเร็งจิสต์ (GISTs)
3. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma)
4. มะเร็งเจิมเซลล์ (germ cell tumor)

สาเหตุของก้อนที่โตขึ้นในรายนี้คิดถึงสาเหตุ
ที่เป็นเนื้องอกชนิดดีมากกว่าเนื้องอกมะเร็ง โดย
ก้อนที่พบนี้คิดถึงต่อมน้ำเหลืองที่โตขึ้นมากที่สุด
เนื่องจากเป็นก้อนกลมเดี่ยว และไม่ได้สัมพันธ์กับ
อวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้อง ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีอาการใน
ระบบอื่น ๆ นอกจากก้อนที่ตรวจพบ จึงคิดถึงโรคใน
กลุ่มโรคของต่อมน้ำเหลืองมากกว่าการติดเชื้อ โดย
โรคที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุดของผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่

- Castleman disease (angiofollicular lymph
node hyperplasia)
- Sinus histiocytosis with massive lymphade-
nopathy (Rosai-Dorfman disease)

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น unicentric Castleman
disease, hyaline-vascular type Castleman disease
เป็นความผิดปกติในการเพิ่มจำนวนเซลล์ในระบบ
น้ำเหลือง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัส human

immunodeficiency virus (HIV) และ HHV-8 ถึงแม้ว่า Castleman disease ไม่ใช่โรคมะเร็ง แต่พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งบางชนิด ได้แก่ Kaposi sarcoma, non-Hodgkin lymphoma, Hodgkin lymphoma และ POEMS syndrome Castleman disease ถูกค้นพบครั้งแรกโดย Benjamin Castleman ในปี ค.ศ.1950s¹

Castleman disease จำแนกเป็นชนิดย่อยได้ 3 ชนิด ตามจำนวนตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองที่โต และสาเหตุของการเกิดโรค ได้แก่

1. Unicentric Castleman disease (UCD): มีลักษณะของต่อมน้ำเหลืองโตแบบก้อนเดียวหรือตำแหน่งเดียว เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดง หรือมีน้อยมาก ไม่พบอวัยวะอื่นทำงานบกพร่อง การรักษหลัก คือ การผ่าตัดเอาก้อนที่โตออก^{4,5}

2. Idiopathic multicentric Castleman disease (iMCD): มีลักษณะของต่อมน้ำเหลืองโตแบบหลายก้อนหลายตำแหน่ง ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดชัดเจน พบน้อยกว่าชนิด UCD อาการแสดงของผู้ป่วยมักมีอาการทางระบบร่างกาย และมักมีความผิดปกติของผลเลือดต่าง ๆ ร่วมด้วย การรักษาหลัก คือ การใช้ยา ไม่ใช่การผ่าตัดเอาก้อนนี้ออก⁴

3. Human herpesvirus 8 associated multicentric Castleman disease (HHV-8-associated MCD): มีลักษณะของต่อมน้ำเหลืองโตแบบหลายก้อนหลายตำแหน่ง ร่วมกับการติดเชื้อ HHV-8 พบน้อยกว่าชนิด UCD และมักพบในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ human immunodeficiency virus (HIV) ที่ได้รับยา antiretroviral therapy (ART)⁴ การศึกษา multivariate analysis ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด multicentric Castleman disease ในผู้ป่วย HIV ได้แก่ CD4 count สูงกว่า 200/ul ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วย HIV ที่ไม่เคย expose ART และ non-white ethnicity^{6,7} อาการแสดงของผู้ป่วยจะเหมือนชนิด iMCD การรักษาหลัก คือ การใช้ยา

เช่นกัน

Castleman disease ยังจำแนกเป็นชนิดย่อยได้ 4 ชนิด ขึ้นกับลักษณะทางพยาธิวิทยา อาการแสดง และผลตรวจอื่น ๆ เช่น inflammatory cytokines โดยเฉพาะอินเตอร์ลิวคิน-6 ชนิดย่อยทั้ง 4 ชนิด⁸ ได้แก่

1) hyaline-vascular type ซึ่งพบบ่อยที่สุดประมาณ 90% มีการพยากรณ์โรคดีที่สุด⁹ มักพบในชนิด unicentric Castleman disease โดยพบเป็นก้อนเดี่ยว หรือเป็นกลุ่มของต่อมน้ำเหลือง ส่วนใหญ่พบในช่องอก ไม่มีอาการแสดงทางระบบร่างกายมักพบในช่วงอายุประมาณ 40 ปี สัดส่วนเพศหญิงและชายเท่ากัน เชื่อว่าสาเหตุที่มีการเพิ่มขึ้นของเส้นเลือดเนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของ intrafollicular VEGF ทำให้มีการรั่วของ protein-enrich plasma ใน subendothelium เกิดการหนาตัวของเส้นเลือดและมี hyalinization⁸ การพบว่า มีลักษณะเซลล์เรียงตัววนโดยรอบ germinal center มีลักษณะคล้ายหัวหอมจึงมีชื่อเรียกว่า onion-like appearance¹⁰

2) plasmacytic type มักพบในชนิด idiopathic multicentric Castleman disease ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีก้อนต่อมน้ำเหลืองโตหลายตำแหน่ง และมีอาการทางระบบร่างกายร่วมด้วยคล้ายมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ได้แก่ ไข้ เหงื่อออกกลางคืน เพลีย ม้ามโต hypergammaglobulinemias และ cytopenias สาเหตุเชื่อว่าการสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ serum อินเตอร์ลิวคิน-6 และพบว่า โรคนี้มีความสัมพันธ์กับ POEMS syndrome⁸ การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ของชิ้นเนื้อ พบปื้นของพลาสมาเซลล์ (plasma cells) ใน interfollicular tissue โดยไม่พบ capillary proliferation ดังที่พบใน hyaline-vascular type^{11,12}

3) hypervascular type มีลักษณะคล้ายกับชนิด hyaline vascular แต่มักพบใน idiopathic multicentric Castleman disease มากกว่า unicentric Castleman disease¹⁰

4) mixed type มีลักษณะผสมกันระหว่าง 3 ชนิดดังกล่าวข้างต้น

อย่างไรก็ตาม classification Castleman disease ในปัจจุบันได้อ้างอิงตาม international evidence-based consensus diagnostic criteria ซึ่งตีพิมพ์ใน Blood 2017 Fajgenbaum DC, et al.¹³ โดยแบ่งตาม clinicopathological และ lymph node region ได้เป็น UCD และ MCD โดย MCD สามารถ subclassified ต่อไปได้เป็น HHV-8 positive และ HHV-8 negative ส่วน HHV-8 negative แบ่งต่อไปได้เป็น POEMS-associated กับ idiopathic MCD (iMCD) และพิจารณาต่อว่า iMCD มี TAFRO syndrome (thrombocytopenia, anasarca, myelofibrosis, renal dysfunction and organomegaly) ร่วมด้วยหรือไม่

การรักษาในปัจจุบันแบ่งเป็น unicentric Castleman disease และ multicentric Castleman disease การพยากรณ์โรค unicentric Castleman disease นั้นดีมาก สำหรับ multicentric Castleman disease นั้นแตกต่างกันมีพยากรณ์โรคตั้งแต่ดีไปถึงแย่ 3-years disease free survival (DFS) rate ขึ้นอยู่กับชนิดดังนี้¹⁴

- class I (unicentric, hyaline vascular, HIV-negative) พบ 3-year DFS rate ที่ 93%
- class II (plasma cell unicentric disease, mixed pathology unicentric disease or multicentric hyaline vascular, all HIV negative) พบ 3-year DFS rate ที่ 79%
- class III (multicentric, plasma cell, HIV negative) พบ 3-year DFS rate ที่ 46%
- class IV (HIV positive multicentric) พบ 3-year DFS rate ที่ 28%

ปัจจุบันการรักษาหลักสำหรับ unicentric Castleman disease คือ การผ่าตัดให้ผลการรักษาดี สามารถรักษาหายขาดได้สูงถึง 95% หากไม่สามารถผ่าตัดได้ใช้การรักษาแบบ local radiotherapy สำหรับ

multicentric Castleman disease หากผ่าตัดรักษาไม่ได้รับการให้ neo-adjuvant ซึ่งได้แก่ steroid หรือ rituximab โดยใช้ร่วมกับ alkylating agents เช่น chlorambucil หรือ cyclophosphamide หรือรักษาด้วย lymphoma-based chemotherapy ซึ่งแต่ละระยะมีการรักษาแตกต่างกันตามรายงาน ผลการรักษามีความแตกต่างกันในแต่ละรายงาน มีการรายงานด้วยยาอื่นในการรักษา multicentric Castleman disease ได้แก่ all-trans retinoic acid, 2-Chloro-2'-deoxyadenosine (2-CDA), thalidomide, interferon-alpha, anti-IL6 และ bortezomib เป็นต้น^{8,15} Shin DY, et al พบว่า multicentric Castleman disease มีการพยากรณ์โรคที่แยกว่า unicentric Castleman disease อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง unicentric Castleman disease มีการพยากรณ์โรคที่ดีมากโดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรค ได้แก่ ม้ามโต และอายุที่มากกว่า 60 ปี⁷

เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้เป็น unicentric Castleman disease การรักษาจึงได้ผ่าตัดเอาก้อนออก หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยสบายดี ไม่มีอาการผิดปกติ มีนัดติดตามผู้ป่วยทุก 2-3 เดือน เพื่อตรวจเฝ้าสังเกตการกลับเป็นซ้ำของโรค

สรุป (Conclusion)

retroperitoneum mass ต้องคิดถึง Castleman disease ว่าเป็นหนึ่งในการวินิจฉัยแยกโรค เพราะถึงแม้จะพบได้น้อย แต่เป็นโรคที่หายขาดถ้าตัดได้หมด นอกจากนี้ยังไม่มีผู้รายงานว่า unicentric Castleman disease จะเปลี่ยนเป็น multicentric Castleman disease การพยากรณ์โรคของ unicentric Castleman disease นั้นดี พบอัตราการรอดชีวิตสูง (5 years survival rate) ประมาณ 93.6%⁴

เอกสารอ้างอิง

1. Castleman B, Iverson L, Menendez VP. Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. *Cancer* 1956; 9: 822-30.
2. Cronin DM, Warnke RA. Castleman disease an update on classification and the spectrum of associated lesions. *Adv Anat Pathol* 2009; 16: 236-46.
3. Nakakura E. Retroperitoneal/abdominal masses [Internet]. 2010 [cited 2017 Mar 22]. Available from www.uscfcmc.com>slides>MSU1001.pdf.
4. Oksenhendler E, Boutboul D, Fajgenbaum D, Mirouse A, Fieschi C, Malphettes M, et al. The full spectrum of Castleman disease: 273 patients studied over 20 years. *British Journal of Hematology* 2018; 180(2): 206-16.
5. Talat N, Belgaumkar AP, Schulte KM. Surgery in Castleman's disease: a systematic review of 404 published cases. *Annals of surgery* 2012; 255(4): 677-84.
6. Casper C. The etiology and management of Castleman disease at 50 years. Translating pathophysiology to patient care. *Br J Haematol* 2005; 129(1): 3-17.
7. Shin DY, Jeon YK, Hong YS, Kim TM, Lee SH, Kim DW, et al. Clinical dissection of multicentric Castleman disease. *Leukemia & Lymphoma* 2011; 52(8): 1517-22.
8. จักราวดี จุฬามณี, อานูภาพ เลขะกุล. Case discussion I. จุลสารโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง 2558; (2): 17-20.
9. Talat N, Belgaumkar AP, Schulte KM. Surgery in Castleman's disease: a systemic review of 404 published cases. *ANN Surg.* 2012; 255(4): 677-84.
10. Keller AR, Hochholzer L, Castleman B. Hyaline-vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. *Cancer* 1972; 29(3): 670-83.
11. Yoshizaki K, Matsuda T, Nishimoto N, Kuritani T, Taeho L, Aozasak K, et al. Pathogenic significance of interleukin-6(IL-6/bsf-2) in Castleman's disease. *Blood* 1989; 47(4): 1360-7.
12. Leger-Ravet MB, Peuchmaur M, Devergne O, Audouin J, Raphael M, Damme JV, et al. Interleukin-6 gene expression in Castleman's disease. *Blood* 1991; 78(11): 2923-30.
13. Fajgenbaum DC, Uldrick TS, Bagg A, Frank D, Wu D. International, evidence-based consensus diagnostic criteria for HHV-8-negative/idiopathic multicentric Castleman disease. *Blood* 2017; 129(12): 1646-57.
14. Talat N, Schulte KM. Castleman's disease: systematic analysis of 416 patients from the literature. *Oncologist* 2011; 16(9): 1316-24.
15. Chronowski GM, Ha CS, Wilder RB, Cabanillas F, Manning J, Cox JD, et al. Treatment of unicentric and multicentric Castleman disease and the role of radiotherapy. *Cancer* 2001; 92: 670.