

สร ร พ สิ ท ธิ เ ว ช ส า ร

Sanpasitthiprasong Medical Journal

สรรพสิทธิเวชสาร เป็นวารสารวิชาการของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน พฤษภาคม-สิงหาคม และกันยายน-ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่องค์ความรู้ การค้นคว้า และผลงานวิจัย ทางด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นำเสนอข้อเสนอแนะและแนวความคิดใหม่ ในประเด็นปัญหาและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข

3. นำเสนอผลงาน องค์ความรู้ แนวความคิด ทางด้านแพทยศาสตร์ศึกษา การพัฒนาและการส่งเสริมการเรียนการสอนด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อความและข้อคิดเห็นใด ๆ ในบทความถือว่าเป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความคิดเห็นหรือการรับรองของกองบรรณาธิการและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้อ่านสามารถนำข้อมูลในวารสารไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการได้ กรณีนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นจะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน

กองบรรณาธิการยินดีต้อนรับและตีพิมพ์บทความในประเด็นดังกล่าวจากผู้สนใจทุกท่าน อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ เสริมสร้างศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยและการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการปัญหาด้านสาธารณสุข รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้และเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนแก่บุคลากรสาธารณสุข ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดการจัดเตรียมและส่งต้นฉบับได้จาก “คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์” และต้องทำตามข้อแนะนำทุกประการ

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ทุกบทความจะได้รับบททบทวนและตรวจสอบโดยกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ 1-2 คน ทั้งด้านเนื้อหาและรูปแบบก่อนการยอมรับเพื่อตีพิมพ์ เพื่อพัฒนาต้นฉบับให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน และเพื่อความถูกต้อง สมบูรณ์ของเนื้อหาวิชาการ

กองบรรณาธิการสรรพสิทธิเวชสาร

ที่ปรึกษา

นพ.มนต์ชัย วิวัฒนาสิทธิพงศ์
นพ.วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน

พญ.วิภาดา เชาวกุล
นพ.เกริก สุวรรณภาพ

บรรณาธิการ

นพ.อาคม อารยาวิชานนท์

กองบรรณาธิการ

ดร.นพ.จิรวัฒน์ มูลศาสตร์
ดร.นพ.ปริญญ์ ชำนาญ
นพ.วิวัฒน์ชัย อึ้งเจริญวัฒนา
พญ.พรรณปพร ไคนพันธ์
พญ.จตุรศมี เพ็ชรกุล
ดร.สุเพียร โภคทิพย์
นางนิตยา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา

รศ.นพ.สืบสาย คงแสงดาว
ดร.นพ.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล
ดร.นพ.ธรรมสรณ์ พิริยสุพงศ์
รศ.ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา
นพ.มานิช รัตนสมบัติกุล
ผศ.ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

ผู้จัดการ

นางสาวสุชาดา เนตรภักดี

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นางสาวเบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ

ผู้ดูแลระบบ

นายสนั่น อุทังสังข์

นายกฤษณ์ วิเศษรอด

สำนักงานวารสาร

สำนักงานวารสารสรรพสิทธิเวชสาร ชั้น 1 (ห้องสมุด)
อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ถ.สรรพสิทธิ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000
โทรศัพท์ 045 250284 แฟกซ์ 045 250284
E-mail: sanpasitmedjournal@gmail.com

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

สรรพสิทธิเวชสาร เป็นวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อเผยแพร่และเปิดโอกาสให้นำเสนอผลงานวิชาการและงานวิจัย รายงานผู้ป่วย บทความที่น่าสนใจอันเป็นวิทยาการและองค์ความรู้ใหม่ ข้อเสนอแนะและแนวความคิดใหม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ตลอดจนผู้สนใจทั่วไป โดยตีพิมพ์บทความประเภทต่าง ๆ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทความปฏิทัศน์/ฟื้นฟูวิชาการ (review article/refresher article) รายงานผู้ป่วย (case report) บทความพิเศษ (special article) และจดหมายถึงบรรณาธิการหรือบทบรรณาธิการ (letter to the editor/editorial)

ความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์

- ผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่าบทความที่ท่านส่งมาเป็นผลงานของท่านเอง และยังไม่เคยส่งหรือกำลังส่งไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น ถ้าผลงานนั้นได้เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการใดมาก่อน ให้ระบุในบทความว่าท่านได้นำเสนอผลงานนั้นในที่ประชุมแห่งใดบ้าง

- ผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่า ถ้าบทความของท่านได้รับการยอมรับจากกองบรรณาธิการแล้วนั้น บทความดังกล่าวจะตีพิมพ์โดย “สรรพสิทธิเวชสาร” เพียงแห่งเดียวเท่านั้น

- ในกรณีที่ได้รับทุนวิจัย ผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์ต้องระบุแหล่งเงินทุนวิจัยอย่างชัดเจน โดยให้ระบุไว้ในตอนท้ายของบทความ

- รายชื่อของคณะผู้นิพนธ์ ต้องเป็นไปตามความเป็นจริง ผู้ที่มีชื่อต้องเป็นผู้ที่ได้อุทิศตัวเองแก่รายงาน

หรือบทความนั้นอย่างแท้จริงและทราบรายละเอียดในบทความนั้นทุกประการ ผู้ไม่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บังคับบัญชา ไม่ควรระบุในรายชื่อของคณะผู้นิพนธ์

- บทความประเภท นิพนธ์ต้นฉบับและรายงานผู้ป่วย ผู้นิพนธ์ต้องแนบหนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (Ethic committee)

- ถ้ามีความไม่ถูกต้องในเนื้อหาของบทความ ผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์ของบทความนั้นต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

- ผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์สามารถเสนอชื่อผู้เหมาะสมที่จะอ่านบทความของท่าน 1-2 คน โดยระบุรายชื่อและที่อยู่ในการติดต่อไว้ในหน้าแรก

การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับที่ไม่สมบูรณ์ หรือไม่ถูกต้อง หรือไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของสรรพสิทธิเวชสารจะถูกส่งคืนเจ้าของบทความเพื่อแก้ไขก่อนส่งอ่านบทความ (review) ต่อไป ดังนั้นผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์ควรเตรียมบทความและตรวจสอบว่าบทความถูกต้องตามข้อกำหนดของวารสาร ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของท่าน

- ให้ส่งต้นฉบับที่จะลงตีพิมพ์ ภาพประกอบ รูปภาพ กราฟ และตาราง ในระบบ Online submission ของวารสาร ตามลิ้งค์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sanpasit_medjournal หรือทางอีเมล sanpasitmedjournal@gmail.com โดยโปรแกรมที่ใช้พิมพ์บทความ (manuscript) ต้องเป็น Microsoft Word for Window ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16

- ให้พิมพ์และจัดรูปแบบหน้าลงในกระดาษหน้าเดียว ขนาด 8 1/2 x 11 นิ้ว หรือขนาดเอ 4 และให้เว้นช่องแต่ละบรรทัดเป็นช่องพิมพ์ (double space) ห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้ว

- ตัวเลขที่ใช้ให้ใช้เป็นตัวเลขอารบิกทั้งหมด หน่วยที่ใช้ ควรใช้หน่วย System International (SI) หรือควบคู่กับหน่วย SI เช่น ฮีโมโกลบิน 12 กรัมต่อเดซิลิตร (120 กรัมต่อลิตร) และในกรณีที่มีความจำเป็นก่อนโลมให้ใช้หน่วยอื่นได้

- บทความที่จะนำลงตีพิมพ์ต้องเขียนในรูปแบบบทความวิชาการ (academic writing style) โดยใช้ภาษาที่ง่าย กระชับ ชัดเจน ไม่เยิ่นเย้อและวุ่นวาย สามารถส่งบทความทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยการใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักการเขียนทับศัพท์และศัพท์บัญญัติตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ยกเว้นคำที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน และควรใช้ปี พ.ศ. ให้มากที่สุด

- คำย่อ ให้ใช้เฉพาะที่เป็นสากลเท่านั้น และต้องบอกคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

- ชื่อยาหรือสารเคมีให้ใช้ generic name เท่านั้น ทั้งนี้อาจจะระบุชื่อทางการค้าไว้ในวงเล็บต่อท้ายในครั้งแรกได้ในกรณีที่อาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของการศึกษา

ข้อแนะนำการเขียนบทความประเภทต่างๆ

1. หน้าแรก หรือ title page

เขียนเป็นภาษาไทยและอังกฤษ ประกอบด้วย 1) ชื่อเรื่อง 2) ชื่อ สกุล ของผู้พิมพ์และสถานที่ทำงาน 3) ระบุชื่อและการติดต่อของผู้รับผิดชอบ 4) ชื่อเรื่องอย่างย่อหรือ running title (ความยาวไม่เกิน 40 ตัวอักษร) 5) รายชื่อผู้อ่านบทความ (ถ้ามี)

2. บทคัดย่อ หรือ abstract

ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษสำหรับนิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนบทคัดย่อหรือ abstract ต้องเขียนเรียงตามหัวข้อต่อไปนี้ 1) หลักการและเหตุผล (Background) 2) วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods) 3) ผลการศึกษา (Results) 4) สรุป (Conclusions)

เนื่องจากบทคัดย่อเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่

ผู้ทรงคุณวุฒิที่อ่านพิจารณาว่าจะรับบทความวิจัยดังกล่าวหรือไม่ จึงควรเขียนให้ชัดเจนที่สุด โดยให้มีข้อมูลเพียงพอที่สะท้อนถึงคุณภาพของกระบวนการวิจัยและเนื้อหาสำคัญที่ทำให้สามารถนำไปสู่ข้อสรุปได้ โดยเฉพาะในส่วนผลการศึกษา ต้องแสดงผลการศึกษาที่ได้ที่สำคัญ และหากเป็นไปได้ควรแสดงค่าสถิติที่สำคัญ เช่น ค่า 95% confidence interval หรือค่า p-value ไม่เขียนเพียงว่า “จะแสดงผลในตัวบทความ” หรือ “จะนำเสนอต่อไป”

ในกรณีที่จำเป็นหรือเพื่อความเหมาะสมกับเนื้อหาบทความ อาจใช้รูปแบบการเขียนแบบความเรียงต่อเนื่องย่อหน้าเดียวได้ แต่ต้องมีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อดังกล่าว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ

3. คำสำคัญ (Keywords)

เขียนภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับจัดทำดัชนี ระบุไว้ใต้บทคัดย่อ/abstract จำนวนไม่เกิน 5 คำ

4. นิพนธ์ต้นฉบับ

ให้ลำดับเนื้อหาต่อไปนี้ 1) บทนำ (Introduction) 2) วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods) 3) ผลการศึกษา (Results) 4) วิจารณ์ (Discussions) 5) เอกสารอ้างอิง (References)

โดยกำหนดให้ความยาวของบทคัดย่อไม่เกิน 300 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 250 คำ ความยาวของเนื้อหาตั้งแต่บทนำจนถึงสรุป (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง รูปภาพและตาราง) ไม่เกิน 5,000 คำ สำหรับภาษาไทย และไม่เกิน 4,000 คำ สำหรับภาษาอังกฤษ โดยเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 40 ข้อ กำหนดให้มีตารางและรูปภาพรวมกันได้ไม่เกิน 6 รูป

5. รายงานผู้ป่วย

ให้ลำดับเนื้อหาต่อไปนี้ 1) บทนำ (Introduction) 2) รายงานผู้ป่วย (Case report) 3) วิจารณ์ (Discussions) 4) สรุป (Conclusions) 5) เอกสารอ้างอิง (References)

โดยกำหนดให้ความยาวของบทคัดย่อไม่เกิน 100 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 100 คำ ความยาวของเนื้อหาไม่เกิน 1,000 คำ เอกสารอ้างอิงจำนวนไม่เกิน 15 ข้อ ตารางและรูปภาพรวมกันไม่เกิน 2 รูป

6. บทความปริทัศน์ และ บทความพิเศษ

ให้อนุโลมตามผู้เขียน แต่ให้มีขอบข่ายรูปแบบการเขียนคล้ายกับบทความนิพนธ์ต้นฉบับ โดยประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ เนื้อเรื่อง และสรุป กำหนดให้ความยาวของบทคัดย่อ ไม่เกิน 300 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 250 คำ ความยาวของเนื้อหาตั้งแต่บทนำจนถึงสรุป ไม่เกิน 5,000 คำ สำหรับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนเอกสารอ้างอิง ไม่เกิน 40 ข้อ ตารางและรูปภาพรวมกันไม่เกิน 6 รูป

7. ตารางและแผนภูมิ

ระบุตำแหน่งของตาราง/แผนภูมิไว้ในเนื้อหาเรียงตามลำดับ ส่วนตัวตาราง/แผนภูมิพิมพ์แยกไว้ด้านหลังบทความและเอกสารอ้างอิง พร้อมเขียนเลขที่และคำอธิบาย

8. ภาพประกอบหรือรูปภาพ

เป็นภาพถ่ายขาว-ดำ โดยระบุตำแหน่งของภาพประกอบ/รูปภาพไว้ในเนื้อหาเรียงตามลำดับ ให้จัดวางไว้ด้านหลังบทความ เอกสารอ้างอิง และตารางเขียนหมายเลขของภาพกำกับไว้ ส่วนคำบรรยายภาพให้พิมพ์ไว้ใต้ภาพ หากต้องการตีพิมพ์ภาพสี ขอให้ผู้นิพนธ์ติดต่อบรรณาธิการล่วงหน้าก่อน และหากได้รับลงตีพิมพ์เจ้าของบทความต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้

9. การอ้างอิงเอกสาร

ใช้การอ้างอิงตามระบบแนวคูเวอร์แบบตัวเลข (Vancouver, number style) โดยใส่หมายเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลที่อ้างถึงในบทความเรียงตามลำดับ และพิมพ์ยกระดับเหนือข้อความที่อ้างการย่อชื่อวารสารใช้ตาม Index Medicus สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาไทยให้เขียนแบบเดียวกัน โดยชื่อผู้เขียนใช้ชื่อเต็ม ใส่ชื่อตัวก่อนชื่อสกุล ชื่อวารสารใช้ชื่อเต็ม และใช้ปี พ.ศ.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

9.1 บทความในวารสาร ใส่ชื่อผู้ร่วมงานทุกคน ถ้ามากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก ตามด้วย “และคณะ/et al.” เช่น

Lewy H, Rotstein A, Kahana E et al. Juvenile multiple sclerosis similar to type I diabetes mellitus has a seasonality of month

of birth which differs from that in the general population. J Pediatr Endocrinol Metab 2008;21:473-7.

9.2 บทคัดย่อ/บทความใน supplement

Lofwall MR, Strain EC, Brooner RK et al. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients [abstract]. Drug Alcohol Depend 2002;66 (Suppl 1): S105.

9.3 หนังสือหรือตำรา

Fealy S, Sperlino JW, Warren RF et al. Shoulder arthroplasty: complex issues in the primary and revision setting. New York: Thieme; 2008.

9.4 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

Waltzman SB, Shapiro WH. Cochlear implants in adults. In: Valente M, Hosford-Dunn H, Roeser RJ, editors. Audiology treatment. 2nd ed. New York: Thieme; 2008; p 361-9.

9.5 เอกสารประกอบการประชุม (proceeding)

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J et al. editors. Genetic programming. Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002; p 182-91.

9.6 วิทยานิพนธ์

แสงหล้า พลนอก. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และฉุกเฉิน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543

9.7 เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

- บทความวารสารทางอินเทอร์เน็ต (journal article on the Internet)

Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial

online] 1995 Jan-Mar;1(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidoc/EDI/edi.htm>. Accessed August 8, 1998.

- หนังสือทางอินเทอร์เน็ต (monograph on the Internet) Field MJ, Behrman RE. Where children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2003 [cited 2008

Sep 26]. Available from: http://nap.edu/openbook.php?record_id=10390&page=1

- โฮมเพจ / เว็บไซต์ (homepage / web site) Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [cited 2008 Oct 3]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	XI
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลมุกดาหาร ลลิตา ราชีวงศ์	93
เทคนิคการใช้น้ำเย็น อัตราการไหลของน้ำ ส่วนขนาดเล็กนาร่อง เพื่อการลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้น ในการศึกษาการนาร่องจากการเจาะกระดูกต้นขา นครินทร์ พจน์อริยะ	101
บทความพิเศษ	
การให้คำปรึกษาครอบครัวและทักษะการแก้ไขปัญหา พิงเนตร สฤกษ์นิรันดร์ นันทน์ภัส โสตามรรค	115
กิตติกรรมประกาศ อาคม อารยาวิชานนท์	127

CONTENT

EDITOR'S NOTE	XI
ORIGINAL ARTICLE	
Comparison of Short-Term Postoperative Outcomes after Elective Inguinal Hernia Repair between One Day Surgery and Inpatient Surgery in Mukdahan Hospital Lalida Rachiwong	93
The cooled water - irrigation rate - small pilot drill-bit technique for reducing bone temperature. In a pilot study from bovine bone drill. Nakarin Poj-ariya	101
SPECIAL ARTICLE	
Family consultation concept and problems solving skills. Puengnetr Saritniran, Nunnapus Sodamak	115
Reviewer acknowledgement Arkhom Arayawichanont	127



สุรพสิทธิ์เวชสาร

MEDICAL JOURNAL OF UBON HOSPITAL

ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน-ธันวาคม 2563 Vol.41 No.3 September-December 2020

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับ สำหรับเนื้อหาในฉบับนี้ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาครอบครัวและทักษะการแก้ไข ปัญหา ซึ่งเป็นกรณีตัวอย่างผู้ป่วย และงานวิจัย 2 เรื่อง ได้แก่ การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ ขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาล มุกดาหาร และงานวิจัยทางศัลยกรรมกระดูก เรื่อง เทคนิคการใช้น้ำเยื่อ อัตราการไหลของน้ำ ส่วน นำร่องขนาดเล็กเพื่อการลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้นจากการเจาะกระดูกต้นขา ซึ่งทำการศึกษา นำร่องจากการ เจาะกระดูกต้นขาไว้

หวังว่าเนื้อหาในวารสารฉบับนี้จะก่อประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่านไม่มากนักน้อย แล้วพบกันใหม่ในฉบับ หน้าครับ

นพ.อาคม อารยวิชานนท์
บรรณาธิการ

การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ นอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลมุกดาหาร

ลลิตา ราชีวงศ์¹

รับบทความ: 17 มีนาคม 2564

ปรับแก้บทความ: 20 เมษายน 2564

ตอบรับตีพิมพ์: 24 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: การผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด ที่ผ่านมามีการศึกษาพบว่าการผ่าตัดได้ผลการรักษาที่ดี มีความปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อย การศึกษานี้ต้องการเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบระหว่างการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีการศึกษา: ทำการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบทั้งหมด 128 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับจำนวน 64 รายและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลจำนวน 64 ราย โดยเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (การเกิดก้อนเลือดคั่งที่แผล แผลติดเชื้อ อัมพาตข้อมือ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท ผลข้างเคียงจากการใช้ยาสลบ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด) ระยะเวลาในการรอคอยผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษา: จากการศึกษาพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบของผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับไม่แตกต่างจากการผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล (P-value = 0.31) ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมากกว่ากลุ่มที่นอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ (P-value = 0.01) แต่พบว่าระยะเวลาในการรอคอยผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม (P value = 0.66)

สรุป: การผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับมีความปลอดภัย การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม สามารถลดระยะเวลาที่ใช้โรงพยาบาลของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ไส้เลื่อนที่ขาหนีบ การผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อน ผลการผ่าตัด

¹ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

นิพนธ์ที่รับผิดชอบบทความ: พญ.ลลิตา ราชีวงศ์ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร อ.เมือง จ.มุกดาหาร 49000

อีเมล lalida.rachi@gmail.com

บทนำ (Introduction)

โรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบเป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบบ่อย ในปี พ.ศ. 2562 จังหวัดมุกดาหารมีผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่มาเข้ารับการรักษาทั้งหมดในภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินรวมทั้งสิ้นจำนวน 169 คน คิดเป็นอัตราส่วน 48 คนต่อประชากร 100,000 คน (ประชากรทั้งหมดในจังหวัดมุกดาหารมีทั้งหมด 349,474 คน) หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ควรได้รับการผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้ตามปกติ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไส้เลื่อนค้ำดันกลับเข้าไม่ได้ (Incarcerated hernia) และอาจเกิดภาวะลำไส้ขาดเลือดร่วมด้วย (Strangulated hernia) ได้

ที่ผ่านมาการผ่าตัดผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบในภาวะไม่ฉุกเฉิน จะเป็นการนัดผ่าตัดโดยผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 คืน ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ปัจจุบันได้มีนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขในการผลักดันให้มีการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบในภาวะที่ไม่ฉุกเฉินแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) จุดประสงค์เพื่อช่วยลดระยะเวลาที่ใช้ในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาในการรอคอยผ่าตัด ลดความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โรงพยาบาลมุกดาหารได้มีการดำเนินการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบันได้ทำการผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับทั้งหมด 64 ราย ในงานวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาผลการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ (One day surgery) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด (Inpatient Surgery) โดยเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดที่พบบ่อย (Hematoma, Seroma, Nerve injury, Scrotal swelling, Urinary retention, Nausea and vomiting และ

surgical site infection) ระยะเวลาในการรอคอยผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

วิธีการศึกษา (Materials and methods)

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนขาหนีบและเข้ารับการผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อนแบบไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลมุกดาหารตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งหมด 128 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) จำนวน 64 ราย โดยเลือกผู้ป่วยเข้าตามเกณฑ์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คือ อยู่ใน ASA Class I-II, สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวกในการเดินทางมาและกลับจากโรงพยาบาล ไม่มีประวัติแพ้ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติเต็มใจ และได้สุ่มเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลมาเป็นจำนวน 64 ราย เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลในช่วงเวลาใกล้เคียงกันกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อนทำโดยศัลยแพทย์ในโรงพยาบาลมุกดาหารทั้งหมด 7 ท่าน ผ่าตัดโดยใช้วิธี Modified Lichtenstein's Hernioplasty และใช้ Polypropylene mesh ในการเย็บเสริมความแข็งแรงของผนังหน้าท้อง มีการให้ Prophylactic antibiotics ทุกเคสโดยใช้ Intravenous cefazolin 1 mg เทคนิคการใช้ยาสลบมีทั้งการให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ (Intravenous sedation), การฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block) และการดมยาสลบ (General anesthesia) โดยขึ้นกับดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์ หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะถูกย้ายมาสังเกตอาการในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเมื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัดแล้วพบว่าตื่นรู้ตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปวดแผลไม่มาก (ประเมินความปวดโดยใช้ Visual analog scale, 0 คะแนน คือ ไม่มีความปวดเลยและ 10 คะแนน คือ

ปวดรุนแรงมากที่สุด) จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และจะมีการโทรถามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในวันถัดไป ส่วนผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลหลังจากสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นแล้วจะส่งกลับหอผู้ป่วย และแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะเป็นผู้ดูแลและพิจารณาให้กลับบ้านได้ตามความเหมาะสม ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะมีการนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการอีกสองสัปดาห์ หลังผ่าตัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หลังผ่าตัดจะมีการสอบถามคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษา โดยวิสัญญีพยาบาล โดยให้ 1 คะแนนสำหรับความพึงพอใจน้อยที่สุด ให้ 2 คะแนนสำหรับความพึงพอใจน้อย ให้ 3 คะแนนสำหรับความพึงพอใจปานกลาง ให้ 4 คะแนนสำหรับความพึงพอใจมากและให้ 5 คะแนนสำหรับความพึงพอใจมากที่สุด

งานวิจัยนี้ใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติ IBM SPSS statistics version 23 ในการวิเคราะห์ข้อมูลการหาค่ากลางของข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ย (Mean $\pm$ SD) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ และใช้ค่ามัธยฐาน (Median) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ในการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใช้สถิติ Student's t-test ในการหาค่าความแตกต่างทางสถิติ กำหนดให้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 95% (P-value < 0.05) งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมุกดาหาร

ผลการศึกษา (Results)

ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนขาหนีบทั้งหมด 128 ราย เป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 64 ราย และเป็นผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด 64 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งมีทั้งหมด 121 ราย (95% ของผู้ป่วยทั้งหมด) และส่วนใหญ่เป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบชนิด Indirect inguinal hernia ทั้งหมด 119 ราย (93 % ของผู้ป่วยทั้งหมด) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (ตารางที่ 1) ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง

รองลงมาคือ ต่อมลูกหมากโตและเบาหวานชนิดที่ 2 ตามลำดับ กลุ่มที่นอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้เทคนิคการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block) ในขณะที่กลุ่มผ่าตัดแบบวันเดียวกลับส่วนใหญ่ใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ (Intravenous sedation) และในผู้ป่วยกลุ่มที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีการใช้ Local anesthesia เสริมอีก 12 รายโดยใช้ 0.25% bupivacaine

ผลการผ่าตัด (ตารางที่ 2) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม (P-value = 0.52) โดยพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 41.95 ± 11.80 นาที ในขณะที่กลุ่มผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 43.25 ± 11.08 นาที ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับมีผู้ป่วย 1 รายที่มีอาการวิงเวียนหน้ามืดขณะกำลังเดินทางกลับบ้านและกลับมาที่ห้องฉุกเฉิน ตรวจพบว่ามีน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากกรงดน้ำงดอาหาร ได้ทำการรักษาโดยให้ทานน้ำตาล ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านได้โดยไม่ต้องนอนสังเกตอาการต่อในโรงพยาบาล และจากการโทรถามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์พบว่าผู้ป่วย 1 รายมีอาการคลื่นไส้ที่บ้านแต่มีอาการเพียงเล็กน้อยและดีขึ้นได้เอง และมีผู้ป่วย 1 รายที่มาติดตามการรักษาหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์แล้วพบว่ามีการก่อเลือด (Hematoma) ขนาดเล็กที่แผลผ่าตัดและสามารถหายได้เองเมื่อติดตามอาการผู้ป่วยไปนาน 1 เดือน แต่ไม่มีผู้ป่วยคนใดที่มี significant blood loss ระหว่างการผ่าตัด ในกลุ่มผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลพบว่าหลังผ่าตัดเกิดอัมพาต 1 ราย และได้นอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการนาน 5 วันจึงสามารถกลับบ้านได้ ไม่พบว่าการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม แต่โดยรวมแล้วเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกัน (P-value = 0.31) ผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับใช้เวลาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 2 ชั่วโมง ในขณะที่

การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลมุกดาหาร

กลุ่มนอนโรงพยาบาลใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานเฉลี่ย 2 วัน ในส่วนของคะแนนความพึงพอใจที่ประเมินจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ (P-value = 0.01)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ผ่าตัดไส้เลื่อน

	ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) N = 64	ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล (Inpatient Surgery) N = 64	P-value
อายุเฉลี่ย (ปี)	50 ± 19.77	64 ± 17.05	0.00
เพศ			
- ชาย	59	62	0.24
- หญิง	5	2	
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	22.00 ± 3.07	22.03 ± 4.80	0.31
จำนวนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว	14	26	0.02
จำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้ยาต้าน เกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด	0	5	0.02
ASA Classification			
- I	45	21	0.00
- II	19	34	
- III	0	9	
- IV	0	0	
- V	0	0	
ชนิดของไส้เลื่อนที่ขาหนีบ			
- Indirect inguinal hernia	61	58	0.30
- Direct inguinal hernia	3	6	
ข้างที่เป็น			
- ขวา	39	37	0.41
- ซ้าย	25	24	
- สองข้าง	0	3	
เทคนิคการใส่ยาสลบ			
- การให้ยาระงับความรู้สึกทาง หลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว	27	0	0.00
- การให้ยาระงับความรู้สึกทาง หลอดเลือดดำร่วมกับใช้ยาชาเฉพาะที่	6	0	
- การฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	2	60	
- การดมยาสลบ	29	4	

ตารางที่ 2 ผลการผ่าตัดผู้ป่วยไส้เลื่อน

	ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) N = 64	ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล (Inpatient Surgery) N = 64	Univariate analysis	Multivariate analysis
ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที)	41.95 ± 11.80	43.25 ± 11.08	0.52	0.62
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด				
- Hematoma	1	0		
- Severe pain (Pain score ≥ 7)	0	0		
- Urinary retention	0	0		
- Nausea หรือ vomiting	1	0	0.31	0.45
- Dizziness	1	0		
- Scrotal swelling	0	1		
- Nerve injury	0	0		
- Surgical site infection	0	0		
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย (ชั่วโมง)	2 ± 1	48 ± 24	0.00	0.00
คะแนนความพึงพอใจ				
- 1 (น้อยที่สุด)	0	0		
- 2 (น้อย)	0	0	0.01	0.03
- 3 (ปานกลาง)	0	1		
- 4 (มาก)	6	20		
- 5 (มากที่สุด)	58	43		

วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษาพบว่า การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) มีความปลอดภัย และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่แตกต่างจากการผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล หลังการผ่าตัดไม่พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มคนไข้ที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล⁽¹⁻⁶⁾ จากการศึกษาของ Ribeiro F. et al.⁽⁷⁾ ที่ผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 1,186 ราย ใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 65 นาที และจากการศึกษาของ นพ. พิชัย พงศ์มันจิต ซึ่งทำการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ

โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำนวนทั้งหมด 1,000 ราย (โดยเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 768 ราย)⁽⁸⁾ พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโดยเกิด Seroma จำนวน 4 ราย, Hematoma จำนวน 11 ราย, Ecchymosis จำนวน 5 ราย, Femoral nerve paresis จำนวน 2 ราย, Local anesthesia failure จำนวน 2 ราย และเกิด wound infection 1 ราย ซึ่งผลการศึกษาในวิจัยนี้มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย

41.95±11.80 นาที ในขณะที่กลุ่มที่นอนโรงพยาบาลใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 43.25 ± 11.08 นาที ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่าการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับมีความปลอดภัยไม่ต่างจากการนอนโรงพยาบาลและไม่ได้ทำให้ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนานขึ้น

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) จึงมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลและการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ และการผ่าตัดไส้เลื่อนในงานวิจัยนี้ทำโดยศัลยแพทย์ทั้งหมดถึง 7 ท่าน ถึงแม้จะใช้เทคนิคการผ่าตัดแบบเดียวกัน (Modified Lichtenstein's Hernioplasty) แต่ก็ยังมีรายละเอียดเล็กน้อยที่แตกต่างกันออกไปมีส่วนทำให้ผลการผ่าตัดอาจแตกต่างกันได้จากปัจจัยนี้ รวมทั้งการใช้เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเพื่อเข้าโครงการ One day surgery ที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ทำให้กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษามีลักษณะทั่วไปแตกต่างกัน คือ กลุ่มที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีอายุ โรคประจำตัวและ ASA Classification น้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวแปรกวน (Confounding factor) สำคัญที่มีผลต่อการศึกษา จึงได้นำเอาตัวแปรการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มไปเข้า Multivariate analysis เพื่อกำจัดผลจากตัวแปรกวน คือ อายุ โรคประจำตัว การใช้ยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือดและ ASA classification ออกไปพบว่าเมื่อกำจัดปัจจัยตัวกวน คือ อายุและโรคประจำตัวออกไป พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก็ยังไม่มีความแตกต่างกัน

มีการศึกษาที่เคยทำการผ่าตัดไส้เลื่อนในผู้ป่วยที่อายุมาก ของ Palumbo P. et al⁽⁹⁾ ที่ทำการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 75 ปีและการศึกษาของ Amato B. et al⁽¹⁰⁾

ที่ทำการผ่าตัดในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 80 ปี โดยพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อย ซึ่งในอนาคตอาจมีการพิจารณาทำการผ่าตัดไส้เลื่อนในผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นโดยพิจารณาความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป

กล่าวโดยสรุป การผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับให้ผลการรักษาที่ดี มีความปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างจากการนัดผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด อายุและโรคประจำตัวไม่มีผลต่อการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบ One day surgery ไม่พบว่าทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น และจากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความพึงพอใจมากกว่า เนื่องจากหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้นผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้โดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและสามารถกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น รวมทั้งลดระยะเวลาที่ใช้ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจึงช่วยลดความแออัดลดค่าใช้จ่ายและลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ

นายแพทย์วิลาศ นรินทร์ ศัลยแพทย์หัวหน้า
กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลมุกดาหาร

นายแพทย์อนุชิต กุลวงษ์, นายแพทย์ชนะชัย
จำนรรสิริ, นายแพทย์พจน์ ลาภะสัมปันโน, นายแพทย์
ไชยวัฒน์ พาณิชัยและนายแพทย์สุรศักดิ์ น้อยสุวรรณ
ศัลยแพทย์กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลมุกดาหาร

เจ้าหน้าที่ทุกท่านในกลุ่มงานศัลยกรรมที่มี
ส่วนร่วมในการสนับสนุนงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Skues M, Jackson I. Ten year performance of ambulatory surgery in England. CIR MAY AMB 2018;23:23-7.
2. Capoglu R, Tiryaki C, Kargi E, et al. Is same-day inguinal hernia surgery possible? Int Surg 2016;101:137-43.
3. Saia M, Mantoan D, Buja A, et al. Increased rate of day surgery use for inguinal and femoral hernia repair in a decade of hospital admissions in the Veneto Region (north-east Italy): a record linkage study. BMC Health Services Research 2013;13:349.
4. Rajaretnam N, Bhutiani R. Walk in walk out hernia service - A new Era for hernia repair. Clinic in Surgery 2018;3:2044.
5. Putnis S, Merville-Tugg R, Atkinson S. 'One-stop' inguinal hernia surgery - day-case referral, diagnosis and treatment. Ann R Coll Surg Engl 2004;86:425-27.
6. Suarez-Grau J, Luque J, Moreno J, et al. Postoperative pain and surgical time in inguinal hernia repair with self-gripping mesh: Experience in ambulatory surgery. Ambulatory Surgery 2012;18:18-20.
7. Ribeiro F, Fernandes B, Correa J, et al. Inguinal hernia repair with local anesthesia in the outpatient-10-years experience. International Journal of Clinical Medicine 2014;5:644-49.
8. พิชัย พงศ์มันจิต. ประสบการณ์การผ่าตัดโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ 1,000 รายแรก. วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 2553;12:16-22.
9. Palumbo P, Amatucci C, Perotti B, et al. Outpatient repair for inguinal hernia in elderly patients: Still a challenge?. International Journal of Surgery 2014;12:S4-S7.
10. Amato B, Compagna R, Fappiano F, et al. Day-surgery inguinal hernia repair in the elderly: single centre experience. BMC Surgery 2013;13 (Suppl2):S28.

Comparison of short-term postoperative outcomes after elective inguinal hernia repair between one day surgery and inpatient surgery in Mukdahan Hospital

Lalida Rachiwong¹

Received: March 17, 2020

Revised: April 20, 2021

Accepted: June 24, 2021

ABSTRACT

Background One-day inguinal hernia surgery reduces the length of hospital stay, surgery waiting time as well as the cost of treatment. Many studies have found that one-day surgery is effective and safe, with few postoperative complications. This study compared the results of one-day and inpatient inguinal hernia surgeries on patients in Mukdahan Hospital.

Materials and Methods: This is a retrospective study conducted on 128 patients diagnosed with inguinal hernia in which 64 patients received a one-day surgery while the other 64 patients were given hospitalization. Comparisons of postoperative complications (hematoma, surgical site infection, scrotal swelling, nerve injury, and side effects of anesthesia such as nausea and vomiting and urinary retention), surgery waiting time, length of hospital stay, and patient satisfaction.

Results: The results showed that there was no difference in the occurrence of postoperative complications between one-day and inpatient inguinal hernia surgeries (P-value = 0.31). Patient satisfaction with one-day surgery was significantly greater than inpatient surgery (P-value = 0.01). The patients who received a one-day surgery spent shorter time (P-value = 0.00) in the hospital compared to those who received an inpatient surgery while the surgery waiting time between the two groups did not differ (P-value = 0.66).

Conclusion: One-day inguinal hernia surgery is safe. There is no significant difference in postoperative complications among the two groups of patients. The length of hospital stay can greatly be reduced which is proved to be more satisfying to the patients than inpatient surgery.

Keywords: One Day Surgery, Inguinal hernia, Herniorrhaphy, Post-operative outcome

¹ Department of Surgery, Mukdahan Hospital, Mukdahan

Corresponding author: Lalida Rachiwong, Department of Surgery, Mukdahan Hospital, Mukdahan, 49000 Thailand Email: lalida.rachi@gmail.com

เทคนิคการใช้น้ำเย็น อัตราการไหลของน้ำ ส่วนขนาดเล็กนำร่องเพื่อการลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้น ในการศึกษาการนำร่องจากการเจาะกระดูกต้นขา

นครินทร์ พจน์อริยะ¹

รับบทความ: 19 มีนาคม 2564 ปรับแก้บทความ: 10 มิถุนายน 2564 ตอรับตีพิมพ์: 24 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : อุณหภูมิที่สูงขึ้นจากการใช้ส่วนเจาะกระดูกสามารถเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกระดูกไม่ติดกันหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ มีการศึกษาและเทคนิคมากมายก่อนหน้านี้ที่สามารถลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้นจากการใช้ส่วนเจาะกระดูก แต่อย่างไรก็ตามเทคนิคที่เคยมีมาก่อนมักจะต้องใช้อุปกรณ์ที่ราคาแพง ใช้เทคนิคระดับสูงในการลดอุณหภูมิ ดังนั้นโดยทั่วไปแล้วจะไม่สามารถทำได้ในทางปฏิบัติ จุดประสงค์ของการศึกษานี้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นที่จะศึกษาเปรียบเทียบการลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้นจากการเจาะกระดูกด้วยเทคนิคที่ทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นไปที่การใช้น้ำเย็นเพื่อลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้นจากการเจาะกระดูกเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้อุณหภูมิของน้ำที่อุณหภูมิห้อง การใช้อัตราการไหลของน้ำที่ต่างกันในการลดอุณหภูมิระหว่างการใช้หยดน้ำกับการปล่อยไหลตามปกติ และมีการเพิ่มสมมติฐานการทดลองในการใช้ดอกสว่านขนาดเล็กเพื่อเจาะนำร่องก่อนใช้ดอกสว่านขนาดใหญ่เจาะตามเพื่อลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้น

วัสดุและวิธีการ : งานวิจัยทำในรูปแบบการทดลอง โดยการวัดอุณหภูมิสูงสุดที่เกิดขึ้น ในการใช้ส่วนเจาะกระดูกต้นขา วัดอุณหภูมิโดยใช้เทอร์โมมิเตอร์ โดยรายงานผลออกมาในรูปแบบค่าเฉลี่ยทางสถิติและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยกระบวนการทดลองเพื่อลดความร้อน จะมีอยู่ 3 รูปแบบคือ 1. การลดความร้อนโดยการใช้น้ำเย็นเทียบกับน้ำที่อุณหภูมิห้อง (4 °C, 25°C) 2. การใช้อัตราการไหลของน้ำในความเร็วที่ต่างกันในการลดอุณหภูมิ โดยใช้หยดน้ำ (20 หยด./นาท.) เทียบกับปล่อยไหลตามปกติ 3. การใช้ดอกสว่านขนาดเล็กเจาะนำร่อง (2.0/2.5 มม., 2.0/3.2 มม.)

ผลการศึกษา : ค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิสูงสุดที่เกิดขึ้นในขณะทำการเจาะกระดูก ของแต่ละเทคนิคได้ผลการทดลองดังต่อไปนี้

1. เทคนิคการใช้น้ำเย็นและน้ำที่อุณหภูมิห้องเพื่อลดอุณหภูมิ เท่ากับ 42.5 ± 2.46 °C และ 49.8 ± 2.58 °C ตามลำดับ

2. เทคนิคการใช้อัตราการไหลของน้ำแบบใช้การปล่อยไหลและการใช้หยดน้ำเพื่อลดอุณหภูมิ เท่ากับ 39.4 ± 0.85 °C และ 42.2 ± 1.02 °C ตามลำดับ

3. เทคนิคการใช้ดอกสว่านขนาดเล็กนำร่องของการใช้ขนาด 2.0 มม. ตามด้วยขนาด 2.5 มม. และ 2.0 มม. ตามด้วยขนาด 3.2 มม. และไม่ใช่ส่วนนำร่อง เท่ากับ 41.5 ± 0.6 °C, 42 ± 0.97 °C, 49.8 ± 2.5 °C ตามลำดับ

สรุป: เทคนิคในการลดอุณหภูมิโดยการใช้น้ำเย็น การใช้อัตราการไหลของน้ำแบบปล่อยไหล การใช้ดอกสว่านขนาดเล็กนำร่อง น่าจะสามารถลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้นขณะทำการเจาะกระดูก ซึ่งจะสามารถส่งผลดีต่อการลดอัตราการตายของกระดูกจากความร้อนที่เกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: การเจาะกระดูก การตายของกระดูก ความร้อน เทคนิคพื้นฐาน

¹ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้พิมพ์ที่รับผิดชอบบทความ: นพ.นครินทร์ พจน์อริยะ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ตำบลพิบูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 34110 โทรศัพท์ 087 123 1523 อีเมล: rukluck@hotmail.com

บทนำ

หลักการและแนวคิดของการทำ internal fixation ในการเจาะวัสดุที่มีความหนาแน่นมากจะทำให้เกิดแรงเสียดทานที่สูง จะทำให้เกิดความร้อนที่สูงขึ้นตามมา ความร้อนที่สูงนั้นสามารถนำไปสู่การทำลายเซลล์กระดูกได้ (thermal osteonecrosis) โดยข้อมูล ณ ปัจจุบัน มีการศึกษาหลาย ๆ การศึกษาที่ตีพิมพ์ออกมาอย่างต่อเนื่อง ในหัวข้อของผลที่กระดูกได้รับจากความร้อน⁽¹⁻⁷⁾ การค้นหาเทคนิคต่าง ๆ ที่ช่วยในการลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้น เช่น ความเร็วรอบของสว่าน^(2,8-12) การใช้สารลดอุณหภูมิ⁽³⁾ แรกกดและระยะเวลาที่กดสว่าน (duration)^(6,13,14) การเปลี่ยนรูปแบบหน้าตัดและขนาดของเหล็กสว่าน (drill-bit geometry)^(10-12,15-18) หรือแม้แต่มีการเปรียบเทียบลักษณะของเหล็กในแต่ละบริษัทที่ผลิต⁽¹⁹⁾ การเอาสารเคลือบเย็น (cooling liquid: zirconium nitride /zirconium oxide) ที่นำมาเพื่อช่วยลดความร้อนที่เกิดขึ้น⁽²⁰⁾ เป็นต้น แต่ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่แล้วต้องอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง หรือต้องจัดหาอุปกรณ์พิเศษ (newly drilling system) และส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในสัตว์ทดลอง⁽²¹⁻²²⁾

มีการศึกษาในทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร้อนต่อการทำลายของกระดูก (thermal osteonecrosis) ซึ่งนำมาถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่ยากต่อการรักษา สูญเสียเวลาและทรัพยากรค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างมาก มีงานวิจัยพบว่าความร้อนทำให้เกิดภาวะการเสื่อมของกระดูก (osteoarthritis)⁽¹⁾ การศึกษาการลดความร้อนที่จะช่วยลดการเกิดการทำลายเส้นประสาท (neuropathy)⁽³⁾ การศึกษาผลกระทบต่างๆของความร้อน^(4,22) การศึกษาถึงขอบเขตของการกระจายความร้อน (thermal 3D distribution)^(15,24,25) การเกิดการติดเชื้อของเหล็ก (pin tract infection) ที่นำไปสู่การติดเชื้อในกระดูก (osteomyelitis)⁽²⁶⁻³³⁾ เทคนิคที่ช่วยลดโอกาสการเกิดการติดเชื้อ^(4,5,7,23,34) ยกตัวอย่างเช่น การใช้ iodine-coated titanium pin⁽³⁴⁾ เป็นต้น

และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ตัดชิ้นเนื้อออกมาเพื่อดูพื้นที่การตายของเซลล์ (area of necrosis)⁽³⁵⁻³⁷⁾

มีการศึกษาใกล้เคียงกับแผนการวิจัยที่ผู้วิจัยจะทำ คืองานวิจัยของ Isler และคณะ⁽²¹⁾ ในปีพ.ศ. 2554 ใช้อุปกรณ์พื้นฐานทั่วไป และมีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันการฟื้นตัวของกระดูก ซึ่งจากงานวิจัยบอกเพียงแค่น้ำที่อุณหภูมิ 4 °C ลดอุณหภูมิของการตัดกระดูก (osteotomy) ได้จริงเมื่อเทียบกับ 25 °C หากแต่ไม่ได้เป็นการศึกษาในการเจาะกระดูก (drilling) และเป็นการทำในหนูทดลองที่เป็นสัตว์ขนาดเล็ก ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้อาจจะไม่สามารถนำไปแปลผล เพื่อที่นำมาใช้ในมนุษย์ได้โดยตรงนัก และมีการศึกษางานวิจัยของ Palmisano และคณะ⁽³⁶⁾ ในปีพ.ศ. 2558 พบว่าการใช้ K-wire เปรียบเทียบกับ drill-bit พบว่ามีความร้อนที่แตกต่างกันสูงสุดถึง 13°C ในการเจาะกระดูก ทั้งยังมีบทความรวบรวมการศึกษาของ Timon และคณะ⁽³⁷⁾ ที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งได้รวบรวมจากฐานการศึกษาในอดีตจนถึงปี พ.ศ. 2560 พบว่าหากอุณหภูมิสูงขึ้นถึง 47°C นานเกิน 1 นาทีการฟื้นตัวของเซลล์กระดูกจะลดลง และหากอุณหภูมิสูงขึ้นเกิน 70°C จะเกิดการตายของเซลล์ทันที

จะเห็นได้ว่าความร้อนเป็นหัวข้อหนึ่งที่มีการศึกษาในผลกระทบต่อการตายของกระดูกและมีความน่าสนใจเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงออกแบบโดยใช้กระดูกต้นขาของกระดูกวัว ที่เป็นกระดูกขนาดใหญ่และความหนาแน่นมาก เวลาที่ทำการเจาะกระดูกย่อมเกิดความร้อนที่สูง และจากการค้นข้อมูลงานวิจัยยังไม่พบว่ามีงานวิจัยไหนที่ทำการเจาะกระดูกที่มีขนาดใหญ่ร่วมกับการใช้เทคนิคอย่างง่าย ๆ เช่น ใช้น้ำเย็น ใช้อัตราการไหลของน้ำที่เร็วขึ้น หรือใช้สว่านขนาดเล็กนําร่อง เพื่อลดอุณหภูมิ การศึกษานี้จะเป็นการศึกษานําร่อง ก่อนที่จะนำไปสู่การวิจัยในทางคลินิก เพื่อศึกษาถึงอุณหภูมิที่เกิดขึ้น เพิ่มนำไปสู่การลดผลกระทบต่อการตายของกระดูกจากความร้อน อาจนำไปสู่การพัฒนางานวิจัยในการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทางคลินิก

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

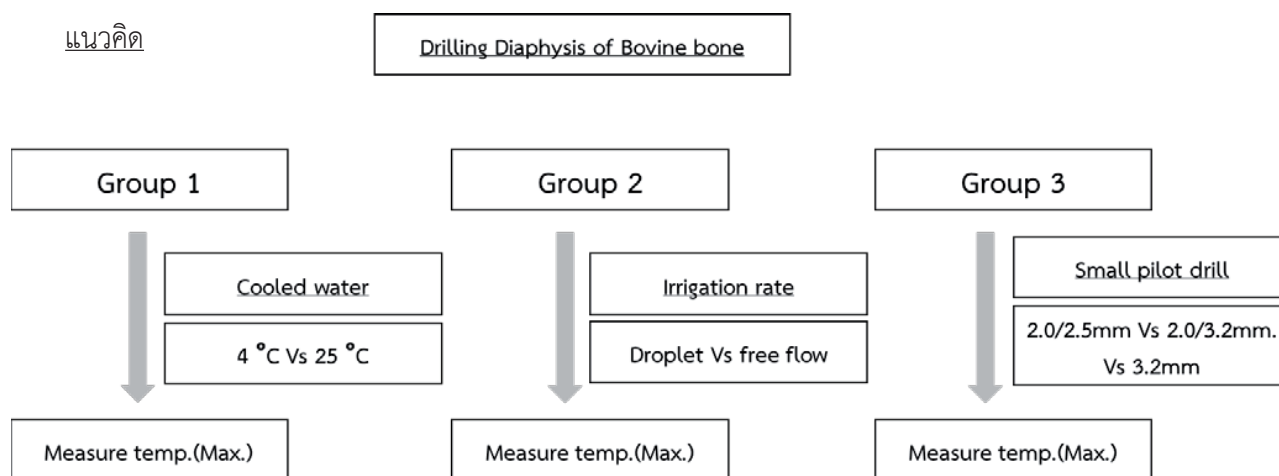
การศึกษานี้จะเป็นการศึกษานำร่อง ก่อนที่จะพัฒนาไปการศึกษาในมนุษย์ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการศึกษาต่อมนุษย์ โดยการศึกษาจะศึกษากระดูกของวัว (fresh bovine cadaveric study) เนื่องจากเป็นสัตว์ขนาดใหญ่ที่มีลักษณะกระดูกต้นขาใกล้เคียงกับมนุษย์ เพื่อเหตุผลที่จะต้องการแปลผลให้ใกล้เคียงกับมนุษย์มากที่สุด ซึ่งจะเน้นไปที่การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาลโดยทั่วไป

วัตถุประสงค์การศึกษา ศึกษาอุณหภูมิที่เกิดขึ้นจากการเจาะกระดูกเมื่อใช้เทคนิคลดอุณหภูมิต่าง ๆ ประกอบไปด้วย

1. การใช้น้ำที่อุณหภูมิห้องเปรียบเทียบกับการใช้น้ำเย็น
2. การใช้อัตราการไหลของน้ำด้วยความเร็วต่าง ๆ กัน (droplet vs free flow)
3. การใช้ดอกสว่านขนาดเล็กนำร่องก่อนการเจาะด้วยขนาดปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Experimental study โดยการศึกษาจะศึกษากระดูกของวัว (fresh bovine cadaveric bone) เพื่อหาความร้อนที่เกิดจากการเจาะกระดูกร่วมกับการใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการลดอุณหภูมิ วัดอุณหภูมิโดยใช้เครื่อง laser thermometer ยี่ห้อ LEGA® รุ่น LT760GX (range -60 -760°C, accuracy $\pm$ 2 °C)



วิธีดำเนินการวิจัย

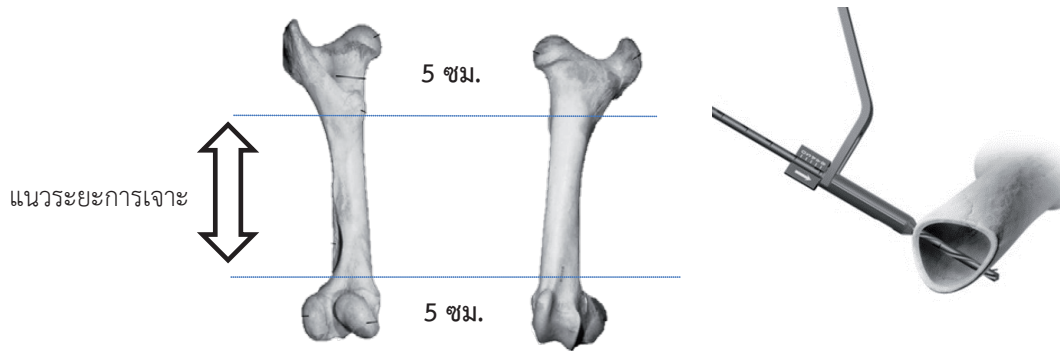
รูปแบบกรณีศึกษา

การศึกษามุ่งเน้นที่จะหาการลดอุณหภูมิว่าวิธีต่าง ๆ ของเทคนิคที่นำเสนอมีการลดอุณหภูมิได้อยู่ในช่วงเท่าไร โดยจะแบ่งการศึกษาเป็น 3 กรณี คือ การใช้น้ำเย็น (cooling saline) การใช้อัตราการไหลของน้ำ (irrigation rate) ที่เพิ่มมากขึ้น ในการลดของอุณหภูมิในการเจาะกระดูก การใช้เหล็กสว่านขนาดเล็กเจาะนำร่องก่อนใช้ขนาดจริง ในการลดอุณหภูมิในการเจาะกระดูก

การจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อการทดลอง

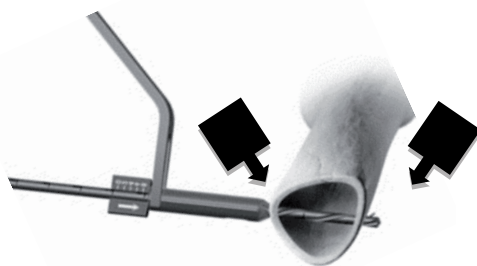
1. การศึกษาใช้ส่วนกลางของกระดูกต้นขา (mid - diaphysis) ในการเป็นต้นแบบในการทดสอบ จากนั้นลากเส้นจากแกนกลางของกระดูก ให้ห่างจากส่วนปลาย (distal femur) และส่วนต้นของกระดูก (nearly lesser trochanter of femur) ประมาณ 5 ซม. (ภาพที่ 1) เพื่อที่จะกำหนดระยะว่าจะไม่เจาะเกินระยะนี้ โดยให้ส่วนที่เกินมีพื้นที่พอที่จะใช้ปากกาจับชิ้นงาน (Bench Vise) หนีบกระดูกได้อย่างมั่นคงเพื่อทำการทดลอง

เทคนิคการใช้น้ำเย็น อัตราการไหลของน้ำ ส่วนขนาดเล็กนำร่องเพื่อการลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้น
ในการศึกษานำร่องจากการเจาะกระดูกต้นขา



ภาพที่ 1: ภาพตำแหน่งการวัดระยะของกระดูก และตำแหน่งด้านบน-ล่างสำหรับจับกระดูก

2. ต่อ extension tube set (20 drop/min) เข้ากับเครื่อง infusion pump และขวน้ำเกลือ และทดสอบการไหลที่ระดับ 20 drop/min.(60cc/hr.), free flow rate เพื่อตรวจสอบความเรียบร้อย
3. ปรับอุณหภูมิห้องให้อยู่ที่ 25 °C กับแช่น้ำเกลือสำหรับการทำการทดลองในตู้ควบคุมความเย็นจนได้อุณหภูมิ 4 °C และใช้เครื่องวัดอุณหภูมิอินฟราเรดทดสอบซ้ำก่อนจะนำมาทดลอง
4. อุปกรณ์ที่จะใช้เจาะกระดูก ประกอบไปด้วย ดอกสว่านและสว่าน โดยตั้งความเร็วที่ 1200 รอบ/นาที
5. ตั้งค่าเครื่องวัดอุณหภูมิอินฟราเรด โดยให้เลเซอร์ทั้งสองชี้ไปยังตำแหน่งตรงกันกับจุดที่จะยิงเข้า-ออก ที่จะยิงลำแสง ของกระดูกด้านใกล้ (near cortex) และด้านไกล (far cortex) ปรับสมดุลเครื่องให้เท่ากันกับอุณหภูมิห้องและเท่ากันทั้งสองเครื่อง ขั้นตอนการบันทึกและการทำการทดลองจะใช้ผู้ช่วยทำการทดลองบันทึกข้อมูล โดยบันทึกจากค่าอุณหภูมิสูงสุดที่ขึ้น
6. การเจาะกระดูกแต่ละครั้งจะไม่ทำซ้ำในตำแหน่งเดิมที่เจาะ โดยแนวยิงให้ขนานไปกับส่วนที่กว้างที่สุดของกระดูก ดังภาพ (ภาพที่ 2) ร่วมกับรอให้อุณหภูมิของกระดูกและสว่านที่ใช้เจาะลงมาสู่อุณหภูมิห้องก่อนแล้วค่อยทำการทดลองต่อ โดยดูจากตัวเลขเครื่องวัดให้เท่ากันทั้ง 2 เครื่องและเท่ากับอุณหภูมิห้องก่อนเจาะกระดูกครั้งใหม่



ภาพที่ 2 ทิศทาง laser pointer
ของ laser thermometer
และแนวยิงสว่าน

7. การเจาะกระดูกทำทั้งสิ้น 30 ครั้ง โดยผู้ทำการเจาะกระดูก 2 คน (แบ่ง 15 ครั้งแรก-หลัง) (inter-intra observer reliability) การทดลองจะทำทั้งสิ้น 2 รอบ โดยครั้งที่สองห่างจากครั้งแรก 8 ชั่วโมง

	ทำการเจาะครั้งที่	
	คนที่ 1	คนที่ 2
เจาะรอบแรก	1-8	9-15
เจาะรอบที่สอง (>8hrs.)	16-22	23-30

ตารางที่ 1 : รายละเอียดการแบ่งจำนวนครั้ง
ในการเจาะของแต่ละผู้ทำการทดลอง

ขั้นตอนสำหรับแต่ละกรณี

กรณีที่ 1 การใช้ น้ำเย็น (cooling saline) ในการลดอุณหภูมิในการเจาะกระดูก

1. เตรียมเครื่องมือตามขั้นตอนทั่วไป
2. ตั้งตำแหน่งของสายน้ำเกลือและต่อขวดน้ำเกลือ โดยให้ปลายน้ำเกลือไหลมาที่ปลายสายพอดี โดยอุณหภูมิของน้ำเกลือที่ใช้จะอยู่ที่ $4 \pm 2^{\circ}\text{C}$ และ $25 \pm 2^{\circ}\text{C}$
3. ตั้งความเร็วของการไหลของน้ำเกลือให้อยู่ที่ 20 drop/min. (60cc/hr.) โดยใช้เครื่อง infusion pump
4. วัดอุณหภูมิของน้ำเกลือที่ใช้ในการทดลองซ้ำอีกครั้งก่อนที่จะเริ่มการทดลองว่าอยู่ที่อุณหภูมิที่องศา โดยใส่ในแก้วน้ำ วัดอุณหภูมิโดยใช้เครื่องวัดอุณหภูมิอินฟราเรด
5. ใช้สว่านที่เปิดใหม่ ขนาด 2.5 มม. จากนั้นเริ่มเจาะกระดูก พร้อมให้ผู้ช่วยทดลองเอนน้ำเกลือที่ได้อุณหภูมิที่ทำการทดลองจากสายน้ำเกลือมาช่วยใส่ในบริเวณที่กำลังเจาะกระดูก โดยให้ห่างจากบริเวณที่เจาะกระดูกประมาณ 10-20 ซม.
6. รูปแบบการเจาะกระดูกและการบันทึกการวัดอุณหภูมิจะทำรูปแบบเช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 5-7 ของขั้นตอนเตรียมอุปกรณ์

กรณีที่ 2 การศึกษาอัตราการไหลของน้ำ (irrigation rate) ที่เพิ่มขึ้น กับการลดของอุณหภูมิกระดูก

1. เตรียมเครื่องมือตามขั้นตอนทั่วไป
2. ตั้งตำแหน่งของสายน้ำเกลือและต่อขวดน้ำเกลือ โดยให้ปลายน้ำเกลือไหลมาที่ปลายสายพอดี ร่วมกับตั้งค่าความเร็วของการไหลตามที่ทดลองอุณหภูมิของน้ำเกลือใช้ $25 \pm 2^{\circ}\text{C}$ (อุณหภูมิห้อง)
3. ตั้งความเร็วของการไหลของน้ำเกลือให้อยู่ที่ 20 drop/min. (60cc/hr.) โดยใช้เครื่อง infusion pump ควบคุมอัตราการไหล ในส่วน free flow rate แขนงขวดน้ำเกลือที่ระดับความสูงจากพื้นโต๊ะทดลองประมาณ 1 เมตร ปล่อยให้ น้ำเกลือไหลตามแรงโน้มถ่วงผ่าน extension tube

4. ใช้สว่านที่เปิดใหม่ขนาด 2.5 มม. จากนั้นเริ่มเจาะกระดูก พร้อมกับผู้ช่วยทดลองเอนน้ำเกลือที่อุณหภูมิ ห้องมาช่วยใส่ในบริเวณที่กำลังเจาะกระดูก โดยให้ห่างจากบริเวณที่เจาะกระดูกประมาณ 10-20 ซม.

5. รูปแบบการเจาะกระดูกและการบันทึกการวัดอุณหภูมิจะทำรูปแบบเช่นเดียวกับขั้นตอนที่ขั้นตอนที่ 5-7 ของขั้นตอนเตรียมอุปกรณ์

กรณีที่ 3 การใช้ ดอกสว่านขนาดเล็กเจาะนำร่องก่อนการเจาะ ในการลดอุณหภูมิในการเจาะกระดูก

1. เตรียมเครื่องมือตามขั้นตอนทั่วไป
2. ใช้สว่านที่เปิดใหม่ขนาดเล็กทำการเจาะก่อน หลังจากนั้นใช้ขนาดที่สองเจาะตามทันที โดยไม่ต้องรอว่าอุณหภูมิจากการเจาะครั้งแรกเป็นเท่าไร
 - i. ใช้สว่าน 3.2 มม.
 - ii. ใช้สว่าน 2.0 มม. ตามด้วย 2.5 มม.
 - iii. ใช้สว่าน 2.0 มม. ตามด้วย 3.2 มม.
3. รูปแบบการเจาะกระดูกรูปแบบเช่นเดียวกับขั้นตอนเตรียมอุปกรณ์
4. การบันทึก จะทำการบันทึกค่าของอุณหภูมิที่สูงที่สุดไม่ว่าเกิดจากการเจาะครั้งแรกหรือครั้งที่สอง

คำนิยามศัพท์เฉพาะหรือ จำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **Thermal osteonecrosis:** การตายของกระดูกจากความร้อน
2. **Irrigation:** การเอาของเหลว เช่น น้ำเกลือ มาปล่อยให้ไหลผ่านบริเวณที่ต้องการ
3. **Drilling:** การเจาะกระดูกโดยใช้สว่าน
4. **Drilling force:** แรงกดที่ใช้กดสว่าน
5. **Infusion pump:** อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ช่วยควบคุมการไหลของสารน้ำ
6. **Cooling saline:** น้ำเกลือ (0.9% normal saline) ที่อุณหภูมิ 4°C
7. **Droplet flow:** ความเร็วของการไหลของน้ำเกลือ ที่ความเร็ว 20 drop/min. (60cc/hr.)

เทคนิคการใช้น้ำเย็น อัตราการไหลของน้ำ ส่วนขนาดเล็กนำร่องเพื่อการลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้น
ในการศึกษานำร่องจากการเจาะกระดูกต้นขา

8. **Free flow rate:** ความเร็วของการไหลของน้ำเกลือ เมื่อปล่อยให้ น้ำเกลือไหลตามแรงโน้มถ่วง โดย
แขวนขวดน้ำเกลือที่ระดับความสูงจากพื้นโต๊ะทดลองประมาณ 1 เมตร

การเก็บข้อมูล

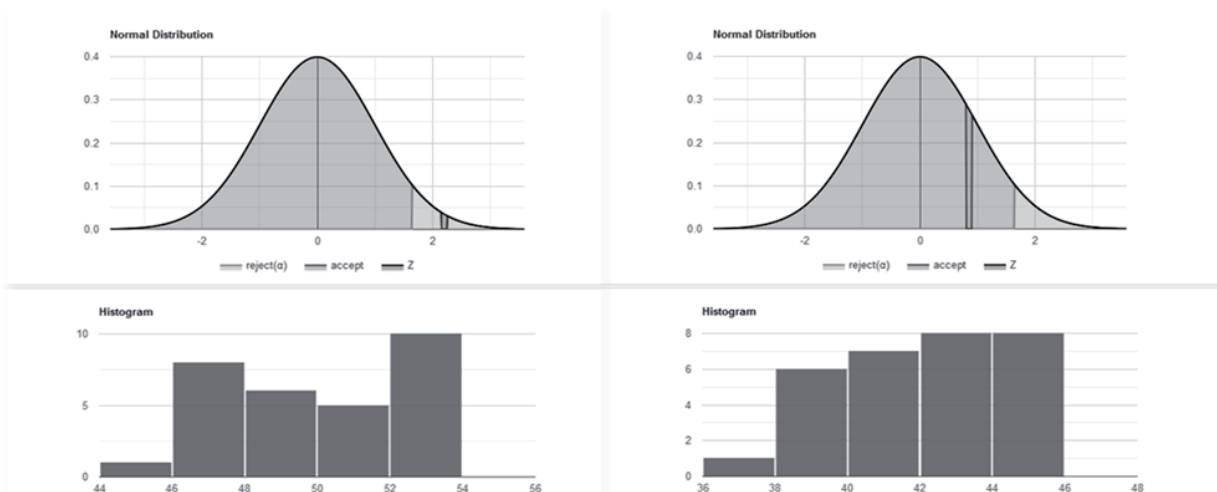
การวิจัยนี้ใช้การเก็บข้อมูลโดยการวัดอุณหภูมิสูงสุดที่เกิดขึ้นในขณะทำการเจาะกระดูก

Attempt	Saline Temp (°C)		Attempt	Flow rate		Attempt	No pilot drilling (3.2mm.)	Drill size 1st. /2nd	
	no cooling	cooling		20 drop/min	free flow			2.0/2.5mm.	2.0/3.2mm.
	temp (°C)	temp (°C)		temp (°C)	temp (°C)		temp (°C)	temp (°C)	temp (°C)
1	53.5	45.8	1	43.8	40.7	1	46.1	42.5	40.5
2	46.1	44.2	2	41.3	39	2	50	41.3	43.2
3	47.1	41.5	3	41.3	39.5	3	53.5	41.1	43
4	53	40.6	4	42.9	39	4	50.6	42.2	41.7
5	46.1	44.9	5	41	40.5	5	51.2	41.9	41.9
6	50.8	44.2	6	42.8	39.3	6	51.9	41.2	41
7	47.5	43.6	7	42.3	38.7	7	47.1	41.9	41.7
8	52.6	43.6	8	40.9	38.5	8	53.5	41.9	41.1
9	52.2	42.5	9	43.4	38	9	47.6	41.4	41.6
10	52.7	37.5	10	40.7	39.7	10	52.9	40.6	40.8
11	53	45.8	11	43.5	39.4	11	52.6	41	43.4
12	53.2	45.2	12	41	39	12	48.5	41	42.3
13	51.2	42.9	13	43	39.5	13	49.5	40.9	40.7
14	50.3	41.3	14	40.8	40	14	52.7	41.4	42.8
15	48.5	40.7	15	40.7	40.2	15	50.8	40.7	42.4
16	49.9	39.2	16	41.3	40.5	16	53.1	42	42.2
17	48.2	43	17	41.8	40.7	17	47.4	42	43.7
18	50.6	39.8	18	43.4	38.5	18	46.1	40.9	40.6
19	46.1	38.6	19	42.8	39.4	19	50.3	41.8	41.5
20	53.1	45.4	20	43	40.3	20	53	41.4	42.5
21	47.4	43.6	21	43.6	39	21	47.3	42.4	42.1
22	49.2	38.9	22	41.5	39.5	22	49.2	41.1	42.8
23	47.1	38	23	41	39.9	23	48.4	41.6	41.1
24	48.4	42.1	24	42.2	39	24	46.5	42.5	42.1
25	52.4	39.3	25	42.9	38.5	25	45.8	42.2	41.6
26	49.5	43.2	26	42.6	39.9	26	47.6	41.1	40.6
27	52.9	44.6	27	42.7	40.6	27	52.4	40.9	42.9
28	47.6	41.3	28	41.6	40.5	28	49.5	42	42.9
29	45.8	40.3	29	43.2	37.9	29	52.6	40.5	42.9
30	50	40	30	42.9	37.9	30	48.2	42.3	43.8
ค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิ (Mean)	49.8 (SD=2.58)	42.0 (SD=2.46)		42.2 (SD=1.02)	39.4 (SD=0.85)		49.8 (SD=2.54)	41.5 (SD=0.6)	42.0 (SD=0.97)
p-value (Independent t-test)	p-value <0.0001			p-value <0.0001			p-value <0.0001		
							p-value = 0.0078		

หมายเหตุ p-value สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุณหภูมิระหว่าง 2 เทคนิค โดยใช้สถิติ Independent t-test

การวิเคราะห์ผลการวิจัย

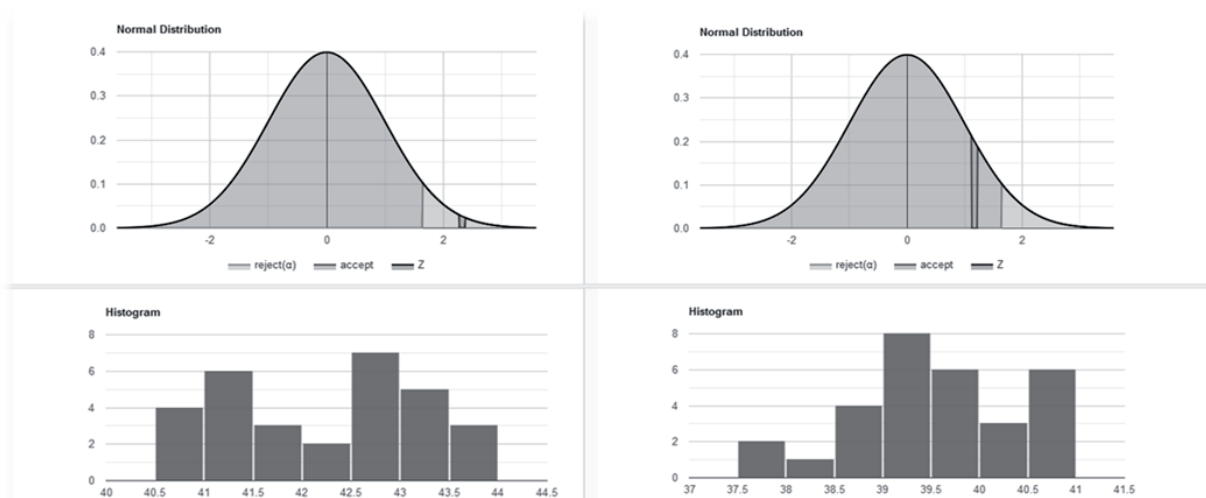
วิเคราะห์หาค่าการแจกแจงการกระจายตัวข้อมูลโดยใช้ Shapiro-Wilk Test ค่าเฉลี่ยทางสถิติ (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร่วมกับการคำนวณค่านัยสำคัญทางสถิติโดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลน้อยกว่า 50 ตัวอย่าง จึงได้ทดสอบการแจกแจงโดยใช้ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลทั้งหมดมีการกระจายตัวแบบปกติ (normal curve distribution)



รูปแสดงการกระจายตัวของข้อมูลอุณหภูมิสูงสุดของวิธีการลดอุณหภูมิด้วยน้ำอุณหภูมิห้องและน้ำเย็น

กรณีที่ 1 : ผลการทดลองเปรียบเทียบการเจาะกระดูกระหว่างน้ำที่อุณหภูมิห้องกับน้ำเย็นเพื่อลดอุณหภูมิจากการเจาะกระดูก

จากผลการทดลองพบว่า เมื่อทำการใช้น้ำที่อุณหภูมิห้อง ($25 \pm 2^{\circ}\text{C}$) เพื่อลดอุณหภูมิจากการเจาะกระดูก วัดอุณหภูมิสูงสุดได้ Range : $45.8 - 53.5^{\circ}\text{C}$ Mean : 49.8°C SD : 2.58 และการใช้น้ำเย็น ($4 \pm 2^{\circ}\text{C}$) อุณหภูมิสูงสุดอยู่ที่ Range : $37.5 - 45.8^{\circ}\text{C}$ Mean : 42°C SD : 2.46

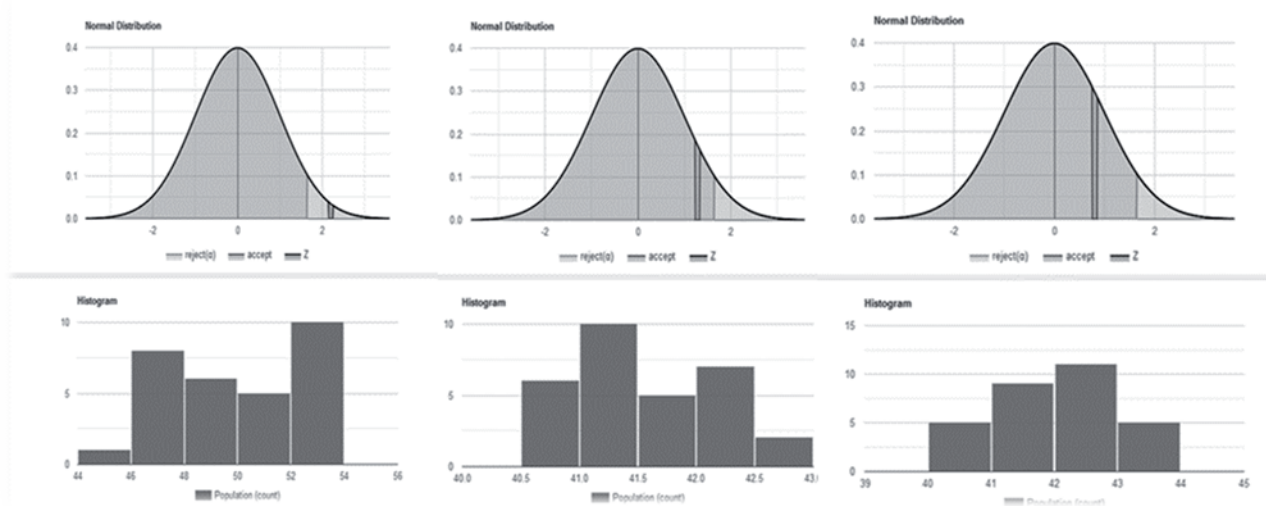


รูปแสดงการกระจายตัวของข้อมูลของวิธีการลดอุณหภูมิด้วยอัตราการไหล 20drop/min. และ free flow

เทคนิคการใช้น้ำเย็น อัตราการไหลของน้ำ ส่วนขนาดเล็กนำร่องเพื่อการลดอุณหภูมิที่เกิดขึ้น
ในการศึกษานำร่องจากการเจาะกระดูกต้นขา

กรณีที่ 2 : ผลการทดลองเปรียบเทียบการลดอุณหภูมิของการเจาะกระดูก ในการใช้อัตราการไหลของน้ำ

จากผลการทดลองพบว่า เมื่อทำการใช้น้ำหยดเพื่อลดอุณหภูมิ Droplet (20drop/min.) เมื่อทำการเจาะกระดูกสามารถวัดอุณหภูมิสูงสุดได้อยู่ในช่วง Range : 40.7 – 43.8 °C Mean : 42.2 °C SD : 1.02 และเมื่อทำการลดอุณหภูมิโดยใช้อัตราการไหลแบบ free flow rate สามารถวัดอุณหภูมิสูงสุดได้อยู่ในช่วง Range : 37.9 – 40.7 °C Mean ; 39.4 °C SD : 0.85



รูปแสดงการกระจายตัวของข้อมูล กรณีใช้ดอกสว่านขนาดเล็กนำร่องก่อนใช้สว่านขนาดใหญ่
(No pilot drilling, 2.0/2.5mm., 2.0/3.2mm.)

กรณีที่ 3 : ผลการทดลองเปรียบเทียบการลดอุณหภูมิของการเจาะกระดูก เมื่อใช้ดอกสว่านขนาดเล็กนำร่อง โดยวัดอุณหภูมิที่เกิดขึ้นสูงสุดขนาดเจาะกระดูก

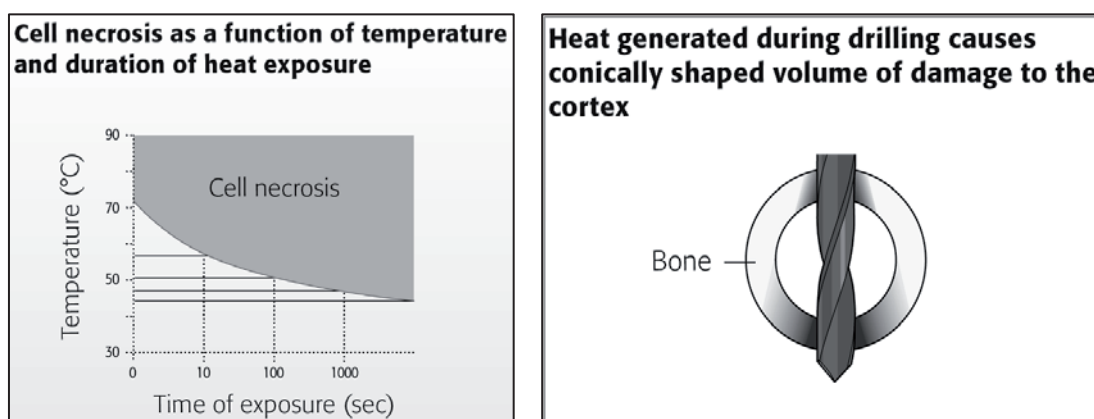
จากผลการทดลองพบว่า กรณีไม่ใช้ดอกสว่านขนาดเล็กนำร่องก่อนการเจาะกระดูก (ใช้สว่านขนาด 3.2 มม.) ได้ค่าอุณหภูมิสูงสุดอยู่ในช่วง Range : 45.8 – 53.5 °C Mean 49.8 °C SD : 2.54 กรณีใช้ดอกสว่าน 2.0 มม. ตามด้วยสว่านขนาด 2.5 มม. สามารถวัดอุณหภูมิสูงสุดได้อยู่ในช่วง Range : 40.5 – 42.5 °C Mean : 41.5 °C SD : 0.6 และในส่วนกรณีใช้ดอกสว่าน 2.0 มม. แล้วตามด้วยสว่านขนาด 3.2 มม. สามารถวัดอุณหภูมิสูงสุดได้อยู่ในช่วง Range : 40.5 – 43.8 °C Mean 42 °C SD : 0.97

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการทดลองในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยพบว่า เทคนิคที่สามารถวัดอุณหภูมิที่เกิดขึ้นได้ต่ำที่สุด คือ เทคนิคของการใช้อัตราการไหลของน้ำแบบปล่อยไหล โดยค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิสูงสุดที่เกิดขึ้นอยู่ที่ 39.4 °C (37.9 – 40.7°C SD : 0.85) รองลงมาเป็นวิธีจากเทคนิคการใช้ดอกสว่านขนาดเล็กนำร่องก่อนการใช้ดอกสว่านขนาดใหญ่ เจาะกระดูก มีค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิสูงสุดที่เกิดขึ้นอยู่ที่ 41.5 °C (2.0 มม./2.5 มม.) และ 42 °C (2.0 มม./3.2 มม.) โดยมีค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิที่แตกต่างกันอยู่ที่ 8.3°C และ 7.8°C ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในปีพ.ศ. 2558 ของ Palmisano และคณะ⁽³⁶⁾ พบว่าการใช้ K-wire เปรียบเทียบกับ drill-bit พบว่ามีความร้อนที่แตกต่างกัน สูงสุดถึง 13°C ในการเจาะกระดูก แต่อย่างไรก็ตามเทคนิคนี้อาจจะทำให้เวลาผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นได้ จากการเจาะกระดูก 2 ครั้ง

ส่วนเทคนิควิธีใช้น้ำเย็น (4 °C) เทียบกับการใช้น้ำที่อุณหภูมิห้อง (25 °C) เพื่อลดอุณหภูมิ พบว่าเมื่อใช้น้ำเย็น อุณหภูมิสูงสุดอยู่ที่ 42 °C โดยมีค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิที่แตกต่างกันอยู่ที่ 7.8 °C เช่นกัน และเมื่ออ้างอิงกับศึกษาของ Isler และคณะ⁽²¹⁾ ปีพ.ศ. 2554 เป็นงานวิจัยเปรียบเทียบอัตราการสร้างเซลล์กระดูกขึ้นมาใหม่ ที่ได้ทำในกระดูกของหนู ที่เป็นสัตว์ขนาดเล็ก โดยใช้น้ำที่อุณหภูมิ 4 °C และ 25°C เพื่อลดอุณหภูมิ พบว่ามีอัตราการสร้างเซลล์กระดูกเพิ่มขึ้น โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Houston และคณะ⁽¹⁾ ปีพ.ศ. 2556 ซึ่งได้นำน้ำเกลือมาช่วยลดอุณหภูมิเพื่ออัตราการตายของเซลล์กระดูกอ่อนเมื่อเทียบกับการเจาะกระดูกแบบปกติ พบว่าสามารถลดอัตราการตายของเซลล์ได้เช่นกัน ดังนั้นวิธีการใช้น้ำเย็นเพื่อลดอุณหภูมิ จึงเป็นหนึ่งในวิธีการที่สามารถทำได้ง่ายโดยไม่เพิ่มเวลาในขณะทำการผ่าตัด

ค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิสูงสุดที่เกิดขึ้นเมื่อใช้เทคนิคลดอุณหภูมิในงานวิจัยนี้ พบว่าทุกอุณหภูมิที่เกิดขึ้นเมื่อได้ทำการลดอุณหภูมิ อยู่ในค่าที่สามารถทำให้เกิดการฟื้นตัวของเซลล์ได้ตามปกติ โดยอ้างอิงกับการศึกษาของ Augustin และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่าความร้อนที่เพิ่มขึ้นและระยะเวลาที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของเซลล์ที่มากขึ้น (ดังรูปภาพที่ 3) และอ้างอิงกับข้อมูลในบทความของ Timon และคณะ⁽³⁷⁾ ในปีพ.ศ. 2562 พบว่าหากอุณหภูมิสูงขึ้นถึง 47°C นานเกิน 1 นาที อัตราการฟื้นตัวของเซลล์กระดูกจะลดลง กรณีอุณหภูมิสูงขึ้นถึง 50°C เซลล์จะเสียความสามารถฟื้นตัวเอง และถ้าหากอุณหภูมิสูงขึ้นเกิน 70°C จะเกิดการตายของเซลล์ทันที



ภาพที่ 3 กราฟแสดงการตายของเซลล์เมื่อเปรียบเทียบกับอุณหภูมิและเวลาในการศึกษาของ Augustin และคณะ⁽²⁴⁾

เมื่อนำข้อมูลอุณหภูมิที่ทำให้เกิดการตายของเซลล์กระดูกข้างต้นมาอ้างอิง^(24,37) เราจะสามารถนำวิธีเหล่านี้ไปช่วยลดอัตราการตายของเซลล์กระดูกจากความร้อนได้เป็นอย่างมาก และยังสามารถนำไปสู่การอ้างอิงสำหรับงานวิจัยในอนาคตเพื่อศึกษาการลดอัตราการตายของเซลล์กระดูกได้ ดังนั้นจากผลงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น และการอ้างอิงในบทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีเทคนิคมากมายที่ช่วยพัฒนาความรู้ทางออร์โธปิดิกส์เพื่อที่จะลดอุณหภูมิจากการเจาะกระดูก แต่วิธีส่วนใหญ่จำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์พิเศษที่ทันสมัย ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับบริบทในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน ทั้งยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และต้องอาศัยเทคนิคขั้นสูงในการใช้งาน ซึ่งถ้าหากมองไปถึงการพัฒนาถึงผลของการรักษาที่ดีขึ้น เราสามารถนำเทคนิคเหล่านี้ไปพัฒนา เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วย ที่อาจจะสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งยังนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีมากยิ่งขึ้นไป

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นเพียงแค่ การศึกษานำร่องยังไม่ได้ศึกษาในผู้ป่วยจริง และ ปริมาณข้อมูลยังมีจำนวนน้อย และอาจยังมีความผิดพลาดในการวัดอุณหภูมิจากการใช้เครื่องมือชนิด laser thermometer ซึ่งเป็นข้อจำกัดของอุปกรณ์นี้ เนื่องจากขีดจำกัดของเครื่องมือวัดได้เพียงแค่ผิวนอกของกระดูก ไม่สามารถวัดอุณหภูมิภายในเนื้อกระดูก (intra-medullary bone) ได้จริง เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านอุปกรณ์ งบประมาณและบุคลากร ทำให้เป็นข้อจำกัดของการศึกษา เพราะฉะนั้นคงต้องอาศัยการศึกษาในอนาคต ในการศึกษากับผู้ป่วย และพัฒนารูปแบบของอุปกรณ์ในการทดลองที่สามารถวัดอุณหภูมิได้ละเอียดยิ่งขึ้นและมีแนวทางที่สามารถทำการทดลองในกระดูกจริง เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลไปอ้างอิงกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมากที่สุด

สรุปผลวิจัย

จากการศึกษาการทดลองทั้งหมดพบว่า ทุกเทคนิคสามารถลดอุณหภูมิได้ทั้งหมด โดยเทคนิคที่สามารถลดอุณหภูมิได้ดีคือ 1. เทคนิคการใช้อัตราการไหลของน้ำ แบบปล่อยไหล 2. เทคนิคการใช้ดอก ส่วนขนาดเล็กนำร่อง (2.0/2.5 มม.) 3. เทคนิคการใช้น้ำเย็นเพื่อลดอุณหภูมิ โดยมีค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิที่เกิดขึ้น เท่ากับ $39.4 \pm 0.85^{\circ}\text{C}$, $41.5 \pm 0.6^{\circ}\text{C}$, $42.5 \pm 2.46^{\circ}\text{C}$ ตามลำดับ

ค่าของอุณหภูมิส่วนต่างที่ลดลงได้มากที่สุด จะเกิดจากวิธีการใช้ดอกส่วนขนาดเล็กนำร่อง (2.0/2.5 มม.) โดยค่าอุณหภูมิจะลดได้มากถึง 8.3°C เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีที่ไม่ได้ใช้ส่วนขนาดเล็กนำร่อง

ทุกวิธีของการศึกษานี้สามารถเป็นหนึ่งในวิธีที่สามารถลดอุณหภูมิจากการเจาะกระดูก ซึ่งสามารถนำไปสู่การลดอัตราการตายของกระดูกจากความร้อน ซึ่งในเทคนิคเหล่านี้อาจจะสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยได้จริง เนื่องจากเป็นเทคนิคสามารถทำได้ง่าย ใช้อุปกรณ์ทั่วไปซึ่งมีอยู่แล้วในชุดอุปกรณ์พื้นฐานของการผ่าตัด ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และเป็นวิธีที่น่าจะสามารถลด

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการตายของกระดูก โดยไม่น่าจะก่อให้เกิดผลเสียต่อคนไข้ แต่ยังคงต้องอาศัยการอ้างอิงขั้นต่อไปในงานวิจัยทางคลินิก

เอกสารอ้างอิง

1. Houston DA, Amin AK, White TO, et al. Chondrocyte death after drilling and articular screw insertion in a bovine model. *Osteoarthritis Cartilage* 2013;21(5):721-729.
2. Abouzgia MB, Symington JM. Effect of drill speed on bone temperature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1996;25(5):394-399.
3. Takenaka S, Hosono N, Mukai Y, et al. The use of cooled saline during bone drilling to reduce the incidence of upper-limb palsy after cervical laminoplasty: clinical article. *J Neurosurg Spine* 2013;19(4):420-427.
4. Eriksson A, Albrektsson T, Grane B, et al. Thermal injury to bone. A vital-microscopic description of heat effects. *Int J Oral Surg* 1982;11(2):115-121.
5. Matthews LS, Green CA, Goldstein SA. The thermal effects of skeletal fixation-pin insertion in bone. *J Bone Joint Surg Am* 1984;66(7):1077-1083.
6. Bachus KN, Rondina MT, Hutchinson DT. The effects of drilling force on cortical temperatures and their duration: an in vitro study. *Med Eng Phys* 2000;22(10):685-691.
7. Eriksson AR, Albrektsson T, Albrektsson B. Heat caused by drilling cortical bone. Temperature measured in vivo

- in patients and animals. *Acta Orthop Scand* 1984;55(6):629-631.
8. Shakouri E, Sadeghi MH, Maerefat M, et al. Experimental and analytical investigation of the thermal necrosis in high-speed drilling of bone. *Proc Inst Mech Eng H* 2014;228(4):330-341.
 9. Sharawy M, Misch CE, Weller N, et al. Heat generation during implant drilling: the significance of motor speed. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60(10):1160-1169.
 10. Tsuzuki T, Yanai H, Kukita C, et al. Irrigation system equipped on a high-speed air drill--technical note. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 1998 Mar;38(3):173-4.
 11. Sumer M, Misir AF, Telcioglu NT, et al. Comparison of heat generation during implant drilling using stainless steel and ceramic drills. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69(5):1350-1354.
 12. Misir AF, Sumer M, Yenisey M et al. Effect of surgical drill guide on heat generated from implant drilling. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67(12): 2663-2668.
 13. Kim SJ, Yoo J, Kim YS, et al. Temperature change in pig rib bone during implant site preparation by low-speed drilling. *J Appl Oral Sci* 2010;18(5):522-527.
 14. Lee J, Gozen BA, Ozdoganlar OB. Modeling and experimentation of bone drilling forces. *J Biomech* 2012;45(6):1076-1083.
 15. Augustin G, Davila S, Udilljak T, et al. Temperature changes during cortical bone drilling with a newly designed step drill and an internally cooled drill. *Int Orthop* 2012;36(7):1449-1456.
 16. Palmisano AC, Tai BL, Belmont B, et al. Comparison of cortical bone drilling induced heat production among common drilling tools. *J Orthop Trauma* 2015;29(5):e188-e193.
 17. Piska M, Yang L, Reed M, et al. Drilling efficiency and temperature elevation of three types of Kirschner-wire point. *J Bone Joint Surg Br* 2002;84(1): 137-140.
 18. Strbac GD, Giannis K, Unger E, et al. A novel standardized bone model for thermal evaluation of bone osteotomies with various irrigation methods. *Clin Oral Implants Res* 2014;25(5):622-631.
 19. Hein C, Inceoglu S, Juma D, et al. Heat Generation During Bone Drilling: A Comparison Between Industrial and Orthopaedic Drill Bits. *J Orthop Trauma*. 2017;31(2):e55-9.
 20. Harder S, Egert C, Wenz HJ, et al. Influence of the drill material and method of cooling on the development of intrabony temperature during preparation of the site of an implant. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2013;51(1): 74-78.
 21. Isler SC, Cansiz E, Tanyel C, et al. The effect of irrigation temperature on bone healing. *Int J Med Sci* 2011; 8(8):704-708.
 22. Strbac GD, Unger E, Donner R, et al. Thermal effects of a combined irrigation method during implant site

- drilling. A standardized in vitro study using a bovine rib model. *Clin Oral Implants Res* 2014;25(6):665-674.
23. Bertollo N, Walsh WR. Biomechanics in Applications (1st ed.) Drilling of Bone: Practicality, Limitations and Complications Associated with Surgical Drill-Bits 2011:53-77.
24. Augustin G, Davila S, Udiljak T, et al. Determination of spatial distribution of increase in bone temperature during drilling by infrared thermography: preliminary report. *Arch Orthop Trauma Surg* 2009;129(5):703-709.
25. Sasaki M, Morris S, Goto T, et al. Spray-irrigation system attached to high-speed drills for simultaneous prevention of local heating and preservation of a clear operative field in spinal surgery. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2010;50(10):900-904.
26. Antoci V, Ono CM, Antoci V Jr, et al. Pin-tract infection during limb lengthening using external fixation. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)* 2008; 37(9):E150-E154.
27. Green SA, Ripley MJ. Chronic osteomyelitis in pin tracks. *J Bone Joint Surg Am* 1984;66(7):1092-1098.
28. Schalamon J, Petnehazy T, Ainoedhofer H, et al. Pin tract infection with external fixation of pediatric fractures. *J Pediatr Surg* 2007;42(9):1584-1587.
29. Hutson JJ Jr, Zych GA. Infections in periarticular fractures of the lower extremity treated with tensioned wire hybrid fixators. *J Orthop Trauma* 1998;12(3):214-218.
30. Mahan J, Seligson D, Henry SL, et al. Factors in pin tract infections. *Orthopedics* 1991;14(3):305-308.
31. Massè A, Bruno A, Bosetti M, et al. Prevention of pin track infection in external fixation with silver coated pins: clinical and microbiological results. *J Biomed Mater Res* 2000; 53(5):600-604.
32. Botte MJ, Davis JL, Rose BA, et al. Complications of smooth pin fixation of fractures and dislocations in the hand and wrist. *Clin Orthop Relat Res* 1992;(276):194-201.
33. Parameswaran AD, Roberts CS, Seligson D, et al. Pin tract infection with contemporary external fixation: how much of a problem?. *J Orthop Trauma* 2003;17(7):503-507.
34. Shirai T, Watanabe K, Matsubara H, et al. Prevention of pin tract infection with iodine-supported titanium pins. *J Orthop Sci* 2014;19(4):598-602.
35. Pandey RK, Panda SS. Drilling of bone: A comprehensive review. *J Clin Orthop Trauma* 2013;4(1):15-30.
36. Palmisano AC, Tai BL, Belmont B, et al. Heat accumulation during sequential cortical bone drilling. *J Orthop Res.* 2016;34(3):463-70.
37. Timon C, Keady C. Thermal Osteonecrosis Caused by Bone Drilling in Orthopedic Surgery: A Literature Review. *Cureus* 2019;11(7):e5226.

The cooled water - irrigation rate - small pilot drill-bit technique for reducing bone temperature. In a pilot study from bovine bone drill.

Nakarin Poj-ariya ¹

Received: March 19, 2021

Revised: June 10, 2021

Accepted: June 24, 2021

ABSTRACT

Background: The high temperature after drilling could lead to nonunion and subsequent complications. There were previous studies evaluated the technique reducing bone temperature from drilling by the bone drill. However, those techniques are expensive and infeasible in general clinical practice. This study aimed to compare the effectiveness of reducing bone temperature after drilling. 1. Between using cooled water and room temperature reducing bone temperature. 2. Between irrigating water in different rate; droplets and free flow rate. 3. Using pilot small size of drill bit then following with larger size might be effective to reduce the bone temperature after being drilled.

Materials and Methods: An experimental study by measure the highest temperature in the drilling of diaphysis of bovine cadaveric femur. Temperature measurement with laser thermometer. The results showed in the form of statistical mean and standard deviation. Along with reducing temperature comparison by 1. Using water at a temperature of 4 °C with 25 °C. 2. Using different irrigating rate of water, the flow of 20 drop/min. (represented droplet flow = 60 cc/hr.) compared to free flow rate. 3. Using drill, a small bit pilot run size (2.0mm.) prior to use the larger drill bit (2.5 or 3.2mm.)

Results: The mean average of the highest temperature during the bone drilling procedure of each technique were reported as the following:

1. The using of cooled water and room temperature water to reduce the heat were 42.5 ± 2.46 °C and 49.8 ± 2.58 °C respectively

2. The using of the flow rate of irrigating water and dropping water to reduce the bone temperature were 39.4 ± 0.85 °C and 42.2 ± 1.02 °C respectively

3. The using of the pilot small size of drill bit size 2.0 mm. following with the larger size 2.5 mm. and 3.2 mm. compared with not using the pilot drill bit were 41.5 ± 0.6 °C, 42 ± 0.97 °C, 49.8 ± 2.5 °C respectively

Conclusions: Techniques for reducing the temperature from bone drill can use cold water, water flow rate or a small pilot drill. It may be effective reducing the temperature generated while drilling the bone. This could have positive effect on reducing the rate of bone death from heat that occurred.

Keywords: bone necrosis, cooling, drilling, bone temperature, practical technique

¹ Department of Orthopaedics, Phibunmangsan Hospital, Ubonratchathani, Thailand.

Corresponding author: Dr. Nakarin Poj-ariya, Department of Orthopaedics, Phibunmangsan Hospital, Tambon Phibun, Ampur Phibunmangsan, Ubonratchathani, 34110, Thailand. Tel: 087 123 1523

Email: rukluck@hotmail.com

การให้คำปรึกษาครอบครัวและทักษะการแก้ไขปัญหา

พืงเนตร สฤชคณินันตร์¹, นันทน์ภัส โสตามรรค²

รับบทความ: 19 กุมภาพันธ์ 2563 ปรับแก้บทความ: 26 สิงหาคม 2563 ตอบรับตีพิมพ์: 10 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

เด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบตามใจ อาจสร้างให้เกิดคนที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมหรือเป็นคนขาดวินัย ถ้าเราเข้มงวดกับเด็กกลุ่มนี้ พฤติกรรมต่อต้านแบบที่นิ่งรับฟังแต่ไม่ยอมทำตามจะเกิดขึ้นและปฏิเสธคำสอน ปฏิเสธความต้องการของผู้หลักผู้ใหญ่เนื่องจากเด็กต้องการเก็บความนับถือตัวเองเอาไว้ เมื่อครอบครัวได้ตระหนักถึงปัญหาและแสวงหาความช่วยเหลือด้วยการปรึกษาจิตแพทย์ เด็กจะถูกส่งเสริมให้กำลังใจ ในการเติมเต็มความปรารถนาของตนเอง เมื่อเขาได้รับผลสำเร็จจากความรับผิดชอบอย่างเหมาะสมกับความปรารถนา เขาจะมีความสุขและมีวิชาในการประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองในระยะยาวและเกิดความภาคภูมิใจในความเป็นมืออาชีพในการดำรงชีพในระยะยาว เด็กจะภาคภูมิใจในความสำเร็จจากการศึกษาเล่าเรียนและเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาครอบครัว การแก้ปัญหา

¹ กุมารเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

² กลุ่มงานสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้สนับสนุนที่รับผิดชอบบทความ: นางสาวนันทน์ภัส โสตามรรค กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทร 045-319200 ต่อ 1218 อีเมล kondee2505@hotmail.com

บทนำ

มนุษย์ทุกชีวิตต้องเผชิญกับความทุกข์ ความไม่สบายกาย ความไม่สบายใจ ความคับแค้นใจ ในการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เริ่มตั้งแต่บิดา มารดา พี่น้องร่วมสายเลือด พี่น้องในสายอาชีพร่าง การงาน ตลอดจนคู่ครองและบุตรธิดา ความไม่ได้ตั้งใจของ บิดามารดาหรือบุตรธิดา สร้างความทุกข์ให้กับครอบครัว เช่น การไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ทางสังคมของ โรงเรียน ของประเทศ ก็ย่อมจะทำให้บิดามารดาเกิดความทุกข์ใจ ทุกข์กายได้ แต่ในขณะเดียวกัน ความไม่ได้ตั้งใจของบุตรธิดา ทำให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจและตอบสนองความต้องการของตนทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน จำเป็นต้องได้รับการสื่อสารทั้งสองฝ่ายให้เข้าใจซึ่งกันและกันรวมทั้งมีการยอมรับทัศนคติของแต่ละคนที่มีต่อกันและกันให้พอที่จะเข้าใจกันได้ เพื่อความสงบสุขภายในใจ จึงจะทำให้เกิดความสำเร็จในการเรียน การงานตลอดชีวิตตามลำดับ การสื่อสาร บางครั้งไม่สามารถเปิดใจกันได้ ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพช่วยเป็นคนกลางรับฟังความคิดเห็นรับฟังความรู้สึกจากทั้ง 2 ฝ่าย โดยมีพื้นฐานความคิด ความเห็น ทัศนคติ มาจากการบ่มเพาะ การเลี้ยงดู ที่จะทำให้สังคมเข้าใจเห็นอกเห็นใจและตอบสนองความต้องการของผู้รับคำปรึกษา รวมทั้งมีข้อเสนอแนะ ข้อวินิจฉัยปัญหาและแนวทางการแก้ไขอยู่บนพื้นฐานของการอบรมเลี้ยงดู ในวัยเด็กของผู้ให้บริการ ในการที่ไม่ตัดสินผู้อื่นโดยปราศจากข้อมูลที่เป็นสิ่งถูกต้อง และให้ความเป็นธรรมเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของทั้งผู้กระทำและผู้ถูกกระทำโดยพื้นฐานให้มีความถูกต้อง และมีเหตุและผล พร้อมความรับผิดชอบ

ผู้นิพนธ์ได้นำเสนอกรณีตัวอย่างผู้ป่วย 5 ตัวอย่างและการให้คำปรึกษาครอบครัวดังต่อไปนี้

ตัวอย่างที่ 1

“พ่อทำให้เสียเวลาเรียนเพิ่ม 1 ปี” “เพื่อนที่มหาวิทยาลัยสร้างแต่ปัญหาให้” เป็นคำพูดจากปากของผู้ป่วย อายุ 26 ปี พ่อพามาด้วยปัญหา “ไม่ไปมหาวิทยาลัย” โดยครูที่ปรึกษาโทรศัพท์หาพ่อ

บอกให้มารับผู้ป่วย แม่ไม่ได้มา ปัญหาเดิมคือ คิดว่าแม่ลำเอียง พุดเปรียบเทียบกับพี่น้องที่เรียนดีกว่าผู้ป่วย ทำให้คิดมากและเสียใจ โกรธที่แม่พุดเหมือนตนเองไม่มีความสามารถที่จะสอบหรือเรียนอะไรก็ไม่สำเร็จ ต่อมามารดาได้รับทราบปัญหาผู้ป่วยแล้วให้ความร่วมมือกับผู้บำบัดช่วยหยุดพุดเปรียบเทียบกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่แม่ไม่ได้เป็นปัญหาแล้ว สามารถยอมรับสิ่งที่แม่เปลี่ยนแปลงตัวตัวเอง โดยเลิกพุดเปรียบเทียบผู้ป่วยกับคนอื่น แล้วทำให้สบายใจขึ้น แต่ยังมีเรื่องค้างคาใจกับพ่อซึ่ง การบำบัดรักษาผู้ป่วยและครอบครัวทำได้เพียงปรับเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงดูโดยแม่ไม่พุดเปรียบเทียบอีก อาการอิจฉาพี่น้องหายดีแล้ว ไม่ติดใจเรื่องแม่แล้ว พ่อใจที่แม่เข้าใจและช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างดี แต่ยังมีเรื่องพ่อที่ค้างคาใจผู้ป่วย พ่อให้ลูกเรียนแทนพ่อในสาขาที่พ่ออยากเรียนเพื่อให้พ่อใจ จึง ให้ผู้ป่วยเรียนแทนพ่อซึ่งพ่อก็ไม่สามารถเรียนให้พ่อใจได้ จึงให้ลูกเรียนสาขาที่พ่อต้องการแทนพ่อเพื่อพ่อ ซึ่งต่อมากังได้เสียชีวิตลงตอนที่ผู้ป่วยกำลังจะเรียนมหาวิทยาลัย จึงได้เรียนในสาขาที่พ่อต้องการให้เรียนตอบแทนก้มที่ดูแลผู้ป่วยตอนเล็ก ๆ ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่พ่อทำร้าย 5 ปีเต็ม ๆ ที่เสียเวลาเรียน จึงมีความรู้สึกที่ไม่พอใจพ่ออยู่ 2 ข้อคือ

1. พ่อทำให้เสียเวลาเรียนเพิ่ม 1 ปี

2. เพื่อนที่มหาวิทยาลัย สร้างแต่ปัญหาให้ (ขอยืมเงินผู้ป่วยแล้วไม่ให้คืน)

ผู้ป่วยร้องไห้เสียใจ ให้พ่อกอดผู้ป่วย ผู้ป่วยขึ้นตัว ทำตัวแข็งแกร่งไว้ ไม่ยอมกอดตอบพ่อ พ่อบอกขอโทษพ่อเข้าใจว่าลูกไม่คิดอะไร ก็เห็นลูกสบายดีและเข้าใจว่าทำให้ก้มแทนพ่อ จะทำให้ลูกมีความสุข แต่เปล่าเลย ผู้ป่วยไม่มีความสุข ตอนนี้อผลการศึกษาเรียนมหาวิทยาลัยเปิดก็สามารถจบการศึกษาได้ และขอพ่อไปเรียนต่อที่ กทม. ซึ่งการขอครั้งนี้พ่อยอมให้ไปได้ แต่เดิมโกรธที่พ่อยอมให้ไปเรียนที่ กทม. พ่อได้อธิบายว่า ก็ตอนเล็กกว่านี้ (เรียนมัธยม) ร้องงอแงไม่ยอมไปเรียนที่ กทม. ก็เลยให้เรียนมหาวิทยาลัยใกล้บ้านได้บอกพ่อให้พุดกับผู้ป่วยว่ายอมให้ไปเรียนต่อที่ กทม. และพ่อได้บอกลูกว่า ลูกยังเด็กไม่รู้จักการแก้

ปัญหา พ่อก็เป็นห่วงมาก จึงไม่ให้ไปเรียนที่กรุงเทพฯ ผู้บำบัดได้บอกพ่อว่า ถ้ารักลูกก็ให้ลูกจากไปไกล ๆ ได้ เพื่อการศึกษาเล่าเรียน ย้อนกลับไปตอนอายุ 23 ปี มีปัญหาขัดแย้งกับแม่ เรื่องแม่สนใจแต่พี่ ๆ 2 คน ผู้ป่วยเรียนเพื่อคนที่เสียชีวิต ขณะนั้นสีหน้าเรียบเฉย ไม่แสดงอารมณ์ ไม่มีความสุข หลบสายตา นั่งก้มหน้า ตลอดเวลา ไม่มีรอยยิ้ม เศร้า ๆ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่ได้คิดวิธี (11 ต.ค. 57) ได้ยาด้านซึมเศร้า รักษาเรื่องซึมเศร้า และยารักษาอารมณ์วิตกกังวล มีอาการใจสั่น เหงื่อออก กลัวการพูดหน้าชั้นเรียน หลบหนีออกจากชั้นเรียนเมื่อถึงเวลาพูดหน้าชั้น ไม่ยอมส่งงานครู ยอมที่จะไม่เอาคะแนน ได้เริ่มยาด้านเศร้าขนาดน้อยเริ่ม 1 เม็ด 1 เวลา 3-4 วัน แล้วเพิ่มยา 1 เม็ด 2 เวลา 3-4 วัน เพิ่มเป็น 1 เม็ด 3 เวลา สำหรับยาด้านซึมเศร้า 1 เม็ด 2 สัปดาห์ แล้วเพิ่มเป็น 2 เวลา อีก 1 สัปดาห์ เพิ่มเป็น 3 เวลา ญาติขอรับยาต่อที่โรงพยาบาล ใกล้บ้าน นัด 3 เดือน ใหยาจนคุมอาการได้จึงค่อย ๆ ลดยา ให้การวินิจฉัยภาวะวิตกกังวลและมีอารมณ์เศร้าและคิดฆ่าตัวตาย (Anxiety Disorder with Depressed mood with suicidal ideation) ให้การรักษา 8 เดือน อาการดีขึ้น แม่ยังเปรียบเทียบกับพี่ซึ่งเรียนดีมากและพูดว่าผู้ป่วยสร้างแต่ปัญหา รู้สึกเสียใจไม่อยากให้แม่พูด ถามผู้ป่วยว่าจะให้บอกแม่ให้รู้ไหม? ผู้ป่วยพยักหน้า ได้บอกผู้ป่วยว่า แม่อาจไม่รู้ตัวว่าเกิดอะไรกับลูกบ้างจากคำพูดเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกับพี่ ๆ พ่อช่วยปลอบใจลูก ได้หยุดยา 1 สัปดาห์ ช่วงแรกเวียนศีรษะและหน้ามืด แต่ได้แนะนำให้กินยาต่อเนื่องและค่อย ๆ ลดยาทั้ง 2 ตัว จาก 1 เม็ด 3 เวลา เป็น 2 เวลา เป็น 1 เวลา แล้วหยุดยาได้ อาการดีขึ้นมาก มีสมาธิอ่านหนังสือ พ่อบอกว่า ผู้ป่วยอ่านหนังสือทุกอย่าง รู้ประวัติศาสตร์มาก เรียน 2 สาขา แต่ไม่สามารถแก้ไขปมในใจที่มีกับพ่อได้ จึงได้พบผู้บำบัดครั้งหลังสุด จึงทำให้ความรู้สึกค้างคาใจของผู้ป่วยกับพ่อได้รับการยอมรับ เข้าใจกันได้และผู้ป่วยได้เรียนจนสำเร็จการศึกษาและเรียนรู้ต่อเนื่องได้ อยากมีแฟนแต่ไม่รู้จะคุยเรื่องอะไร ได้แนะนำเรื่องกีฬา ดนตรี ภาพยนตร์ที่ชอบ หนังสือที่ชอบ แต่ผู้ป่วย

ก็ไม่ชอบอะไรสักอย่าง ได้ทำการบำบัดด้วย Stabilization technique⁽¹⁾ 2-3 ครั้ง ได้ผลชั่วคราวแล้วเปลี่ยนเรื่องใหม่ที่ยังค้างคาใจ ใช้ Remote Control, Inner Container ได้ผลบ้างเรื่องสถานที่ปลอดภัย (Inner Safe Place) ถามถึงสถานที่ต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย สบายใจ ไม่สามารถหาได้เลย ตอบว่ามีเพียงห้องตรวจของหมอเท่านั้นเพียงที่เดียวที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น อาการหายเป็นปกตินานได้เป็นปี ต่อมาภาวะเครียดจากการพูดรายงานหน้าชั้น ได้แนะนำว่าถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายในระยะเวลา 3 เดือน หลังจากกินยาด้านเศร้าจะต้องส่งต่อจิตแพทย์ทั่วไป อาการเศร้าทำให้ไม่มีทรัพยากรภายใน ไม่มีเพื่อน อยู่เฉยๆ ไม่มีงานบ้าน ไม่มีกิจกรรมอะไร เล่นเกมอย่างเดียว ไม่ชอบอ่านหนังสือ ไม่ชอบดูหนัง ฟังเพลง ภายหลังได้รับการรักษาแล้วอาการดีขึ้น ชอบอ่านหนังสือมากขึ้น พ่อพอใจ

พ่อเอาใจใส่ให้เรียน 2 สาขา ไม่บังคับ ยังคิดไม่ออกว่าจบแล้วจะทำงานที่ไหน อย่างไร แม่ถามว่าจะเรียนหมอไหม ผู้ป่วยบอกคงเรียนไม่ไหว (แม่อยากให้เรียน) คำพูดแม่จะต่อว่า พูดให้เสียกำลังใจ ตอนนี้ทนได้แล้ว เข้าใจว่าแม่รัก พ่อช่วยพูดให้กำลังใจ มีสถานที่ปลอดภัย (Inner Safe Place) ที่พ่อใจ บอกให้เข้าไปใน Inner Safe Place ได้ตลอดเวลา ในวันนี้ไม่ได้บำบัด เพียงปรับความเข้าใจ พ่อ แม่ ลูก ให้ตรงกันและช่วยให้ลูกกินยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อรักษาเรื่องอารมณ์ซึมเศร้าปัจจุบันทำงานเพื่อเป็นประสบการณ์ในการเรียนด้านกฎหมาย และเรียนจบหลักสูตรที่พอใจ พร้อมกับตั้งใจทำงานที่ชอบ

จากปัญหาของผู้ป่วย ทำให้เราสามารถมองรูปแบบการเลี้ยงดูที่ทำให้เกิดปัญหา มีปัจจัยที่พ่อแม่มาเกี่ยวข้อง ซึ่งพ่อแม่จะมี 3 ประเภท⁽²⁾ คือ

1. พ่อแม่ที่ขอบบ่น อันนี้ไม่ค่อยดี สร้างความเสียใจ เจ็บช้ำน้ำใจให้ลูกได้
2. พ่อแม่ที่ขอบสอน อันนี้ดี แต่เราต้องการพ่อแม่ประเภทสุดท้าย
3. พ่อแม่ที่เป็นแรงบันดาลใจ เป็นตัวอย่างกับลูกอย่างสมบูรณ์แบบ พูดตรงกับทำ ทำตรง

กับพูด มีความรัก มีความสงบ มีความประพฤติดชอบ ยึดมั่นอยู่กับความจริง ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น

งานวิจัยพบว่า การเลี้ยงลูกออกมาไม่ดีมักเกิดจากการที่พ่อแม่มีความเครียด มีการจัดการกับตัวเองไม่ดี ฉะนั้นหน้าที่หลักอันแรกคือ การที่พ่อแม่ต้องเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเองเสียก่อน จากนั้น จึงพยายามเข้าใจลูกให้ Love (ความรัก) Law (ระเบียบวินัย) คือความรักกับระเบียบวินัยไปด้วยกัน ลูกก็จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ได้ คือทั้งเก่ง ทั้งดี ทั้งมีความสุข เข้าใจตน เข้าใจผู้อื่น เข้าใจโลก เป็นมนุษย์ที่เต็มไปด้วยคุณค่าของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง⁽²⁾

สรุปว่า พ่อแม่ควรมีสุภาพจิตใจที่ดี มีการศึกษากับคนที่มีสุขภาพจิตดีมาก ๆ มีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ⁽²⁾

1. มองโลกในแง่ดีมาก ๆ เป็นมิตรกับผู้คน คนรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้ใกล้ชิด
2. มีความรักมาก รู้จักให้โดยไม่หวังผลตอบแทนให้อภัยได้เสมอ
3. ยึดมั่นในอุดมคติที่สากล

พ่อแม่ของผู้ป่วยรายนี้ที่ช่วยลูกให้มีอาการดีขึ้นด้วยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองและยอมรับลูกอย่างที่ถูกเป็น พร้อมทั้งให้ลูกได้รับยารักษาอาการซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอจนอาการดีขึ้นและรักษาต่อเนื่องจนครบกำหนดเวลาที่จำเป็นต้องใช้ยาสามารถหยุดการรักษาได้และได้ฝึกฝนเรียนรู้เพิ่มเติมในแนวทางของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยได้ศึกษาจนสำเร็จในอีกสาขาที่มหาวิทยาลัยเปิด ได้รับความชื่นชมยินดีจากพ่อแม่และทุกคนในครอบครัวในเวลาต่อมา

ตัวอย่างที่ 2

ครอบครัวตัวอย่างคุณพ่อนิคม คุณแม่อำไพ คำนันต์ เป็นครอบครัวตัวอย่างโดยคุณพ่อนิคมรับรางวัลเป็นคุณพ่อตัวอย่างระดับชาติเมื่อปี 2532 และคุณแม่อำไพรับรางวัลคุณแม่ดีเด่นระดับชาติปี 2532 และเป็นครอบครัวตัวอย่างดีเด่นระดับอำเภอ ห้วยทับทันเมื่อปี 2538 คุณพ่อ คุณแม่ประสบความสำเร็จในชีวิตการทำงานและครอบครัวด้านครอบครัวมีบุตรธิดา 7 คน ซึ่งประสบความสำเร็จในชีวิตการทำงาน

รับราชการรับใช้ชาติจนเกษียณอายุเมื่อปี 2562 จำนวน 1 คนและ ปี 2563 จำนวน 1 คนและจะเกษียณอีก 1 คน ในปี 2564

ครอบครัวของคุณพ่อนิคม คุณแม่อำไพ คำนันต์ มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจคือพระพุทธศาสนา ที่สั่งสอนให้ละชั่ว ทำดี ทำใจให้บริสุทธิ์ มีหลวงปู่ห้วยหรือหลวงปู่จรัส เขมจารี มีสมณศักดิ์ที่พระราชญาณโสภณ อดีตเจ้าคณะจังหวัดศรีสะเกษ ณ วัดป่าประชารังสรรค์ อ.ห้วยทับทัน จ.ศรีสะเกษ และ ที่ปรึกษาเจ้าคณะจังหวัดอีก 3 ปีต่อจากตำแหน่งเจ้าคณะจังหวัดตอนที่มียายุได้ 80 ปี ในปัจจุบันท่านมียายุได้ 93 ปี ท่านมีพระคุณต่อครอบครัวคำนันต์อย่างที่สุดไม่มีประมาณ นับตั้งแต่จำความได้คือลูก ๆ ก็ตามแม่อำไพไปวัด ฟังเทศน์ ทำบุญตักบาตรตามกาล ท่องบ่นสวดมนต์ ภาวนา นึกพุทโธ มาตั้งแต่เล็ก ๆ ก็ไม่สู้จะเข้าใจนัก ทราบคำสอนว่าจะเรียนได้ดีต้องมีอิทธิบาท 4 อันได้แก่ 1. ฉันทะ คือความพอใจ 2. วิริยะ คือความเพียรพยายาม 3. จิตตะ คือความเอาใจใส่ 4. วิมังสา คือการใช้ปัญญาไตร่ตรอง

เมื่อไปกราบขอพรเพื่อไปเรียนต่อชั้นสูง ๆ ขึ้นไป ก็จะได้รับพรรัตนน้ำพระพุทธรูป และได้รับโอวาทคือให้มีอิทธิบาท 4 และแม่จะมีคำสอนลูก ๆ เช่น วิริยะ ทุกขมจเจติ บุคคลจะล่วงทุกข์ได้เพราะความเพียร อุตสาหิ อุตตโนนาโถ ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน คำสอน เหล่านี้สะสมอยู่ในจิตใจของลูก ๆ มาต่อเนื่องยาวนาน และเป็นพลังใจให้ทำงานและศึกษาเรียนรู้อย่างต่อเนื่องแบบไม่มีที่สิ้นสุด สามารถทำสิ่งที่ตนปรารถนาต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติได้อย่างกว้างขวางในกาลต่อ ๆ มา ในการที่จะมีคุณธรรมทั้งหลายนั้น ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการปลูกฝังสิ่งเหล่านี้อย่างต่อเนื่องยาวนาน ได้รับบทเรียนความยากลำบาก ความอดทน ทำนาไร่ ปลูกผักผลไม้ ขายผักและผลไม้ ขายขนมรังผึ้งช่วยครอบครัว พ่อมีคติว่า “พ่อ หนอด เพื่อนาคตของลูก” และได้สอนลูกไว้ว่า “พ่อไม่มีเงินทองมากองให้ จงตั้งใจเล่าเรียนเพียรศึกษา เมื่อเติบโตใหญ่เจ้าจะได้มีวิชาเป็นเครื่องหาเลี้ยงชีพสำหรับตน” เหล่านี้เป็นคำกลอนของพ่อบ้าง จากบทกลอนสอนใจต่าง ๆ ที่พ่อได้ท่องปากเปล่า

ในเวลาที่ย่านให้ลูก ๆ มีความอดทน ขยันหมั่นเพียรในการศึกษาเล่าเรียนและการทำงานหนัก

ภาระหนี้สินของพ่อนั้นเกิดมาจากการที่ต้องรับภาระส่งเสียลูกๆ ทั้ง 7 คนให้ได้เล่าเรียนเขียนอ่าน มีวิชาความรู้และลูกทั้ง 7 คนก็สมองปัญญาดี เรียนเก่งทุกคน น่าจะเกิดจากมีสมาธิสะสมพลังจิตจากการที่แม่อำไพ คำนันต์ เป็นผู้ใฝ่บุญทานการกุศล สวดมนต์ภาวนาทุกคำคืนและตอนเช้า ลูก ๆ ได้ยินเสียงสวดมนต์ทั้งเมื่อกำลังจะหลับ และตื่นเช้าตรู่ด้วยเสียงสวดมนต์เจื้อยแจ้วด้วยเสียงไพเราะอ่อนหวานของแม่ทำให้ลูก ๆ ชอบสวดมนต์ตามไปด้วย และแม่อำไพเป็นผู้มีความกตัญญูอย่างที่สุด และอาณิสสของบุญกุศลจากแม่อำไพทำให้ลูกคนที่ 4 ของแม่เรียนสำเร็จในหลักสูตรครูสมาธิ รุ่นที่ 37 จากสถาบันพลังจิตตานุภาพ สาขา 44 วัดสุปัฏนารามวรวิหาร อุบลราชธานี

ตัวอย่างที่ 3

เด็กหญิง อายุ 5 ปี 8 เดือน ถูกลูกชายของนางสาวชมชื่นในเวลากลางวันมีงานบุญในหมู่บ้านมีเลี้ยงอาหารและเหล้า ผู้กระทำความผิดและสงฆ์กินยาบ้า ได้บอกผู้ป่วยว่าจะพาไปป่าให้นั่งซ้อนรถมอเตอร์ไซด์ไป ผู้ป่วยนั่งซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์ไปห่างจากบ้านประมาณ 1 กิโลเมตรมีแต่ป่า ผู้กระทำความผิดบีบคอเด็ก กดตัวลงกับพื้น ตีที่ใบหน้าและด้านหลังทู่หลัง บริเวณใบหน้าผู้ป่วยมีรอยแผลฉีกขาด แก้มจุมูก ด้านข้างตาหลายแผล ลำค้อมีรอยฟกช้ำ 2 จุด เป็นรอยนิ้วมือข้างลำคอบริเวณกล่องเสียง รอยแผลฉีกขาดบริเวณไหล่ข้างซ้ายประมาณ 0.5 ซม. มีรอยตกสะเก็ดสีดำ ๆ บิดาเล่าว่าช่วงบ่าย ๆ เด็กเดินโซเซออกมาจากชายป่า มีญาตินำเอาน้ำ ไปให้ควายกินมองเห็นผู้ป่วยกางเกงเปียก เลือดโชกหน้าและลำตัวร่วมกับใบหน้ามอมแมม มีเลือดทั่วตัว ญาติพากลับมาบ้าน สอบถามผู้กระทำความผิดไม่ยอมรับสารภาพ บอกเพียงว่ามอเตอร์ไซด์ล้ม ญาติถามว่ามอเตอร์ไซด์ล้มทำไมจึงไม่พาน้องกลับมาด้วย เมื่อญาติบอกว่าให้พูดตามความเป็นจริงจะไม่เอาผิด ผู้กระทำความผิดจึงสารภาพว่าได้ทำร้ายเด็ก ญาติจึงพามาตรวจที่โรงพยาบาล

การตรวจสภาพจิต

เด็กหญิงไทย รูปร่างสมวัย คล่องแคล่วโต้ตอบฉะฉาน บาดแผลเต็มหน้า บวมอักเสบ ฟกช้ำเมื่อเริ่มพูดถึงเรื่องการถูกทำร้าย เด็กพุดหน้าลงกับโต๊ะ เอียงหน้าตอบท่าทางวิตกกังวล เมื่อบอกเด็กว่าไม่ใช่ความผิดของเด็ก คนทำผิดต้องรับโทษ เด็กพยักหน้าแล้วเล่าเรื่องราวได้ เด็กถูกขู่จะตี บีบคอจนหายใจไม่ออก เอามือตีหน้าและทู่ที่หลัง กางเกงไม่รู้ว่าถอดหรือไม่ ญาติว่าน่าจะถอดเพราะมีเลือดออกที่อวัยวะเพศ (การตรวจทางนรีเวชพบว่ามีเยื่อพรหมจารีฉีกขาด กล้ามเนื้อ ให้คะแนนความกลัว 8 จาก 10 คะแนน

การตรวจสภาพจิตใจพบว่าเด็กมีปัญหาความหวาดกลัวและความวิตกกังวลอย่างรุนแรง แพทย์จึงได้เลือกใช้วิธี Stabilization technique ในการบำบัด โดยการบำบัดมีวิธีการดังนี้

การทำให้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กเป็นภาพที่เด็กจินตนาการด้วยการบรรยายภาพเป็นคำพูดแสดงรูปทรง สี สัน เสียงกลิ่น รส สัมผัส ในทุกด้านทางสัมผัสทั้งหก ให้เด็กบรรยายให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้แล้วใช้กระบวนการที่ทำให้สิ่งที่เด็กบรรยายนั้น ให้เด็กเป็นผู้ควบคุมจัดการ ให้สถานการณ์นั้นห่างไกลออกไปจากตัวเด็กให้มากที่สุดด้วยกระบวนการที่เรียกว่า Distancing technique ซึ่งมีหลายแบบให้เลือกใช้ เช่น การลบภาพด้วยอุปกรณ์ควบคุมโทรทัศน์ (Remote) ที่สามารถย่อภาพ ขยายภาพ จนถึงสามารถกดปิดลบภาพนั้นเรียกว่าการ Remote control เด็กมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ก็มีการควบคุมเหตุการณ์ไว้ในที่จำกัดบริเวณทำให้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่มารบกวนจิตใจเด็กได้อีกต่อไป (Inner container) และยังมีการติดตั้งสถานที่ปลอดภัยในจิตใจของเด็กโดยให้เด็กจินตนาการได้อย่างอิสระให้เกิดความสบายใจ โดยมีข้อแม้ว่าไม่ให้มีคนอื่นอยู่ในนั้น (Inner safe place) เมื่อเริ่มการบำบัดได้อธิบายให้เด็กเข้าใจว่าสามารถเลือกกระบวนการอะไรบ้างและดำเนินการติดตั้งให้เกิดขึ้นในจิตใจของ

เด็กและมีการให้คะแนนเพื่อประเมินว่าได้ผลดีในระดับใด

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ เด็กเลือกใช้ Remote Control ลบภาพ คะแนนความกลัวลดลงเป็น 2 คะแนน เมื่อทำ Inner Container และ Inner Safe place technique (สถานที่ปลอดภัย) คะแนนความกลัวลดลงเป็น 0 คะแนน และมองไม่เห็นภาพผู้กระทำในขณะให้มองภาพเหตุการณ์ที่ผนังห้องตรวจ มองเห็นแต่ป่าในเวลากลางวันมาแทนภาพที่ถูกทำร้าย เมื่อได้ติดตามอาการในเวลาต่อมา 2 สัปดาห์ เด็กมากับย่าให้เด็กลองมองภาพที่ผนังห้อง เด็กไม่ยอมทำ ย่าบอกว่าเด็กไม่พูดถึงและไม่ให้ใครพูดถึงเหตุการณ์อีกเลย ย่าพาไปอยู่กับญาติ 2 วัน ตอนนี้อยู่ที่บ้านตนเองแล้ว ถามคะแนนความกลัวให้คะแนน 1 คะแนน ให้ดูภาพสถานที่ปลอดภัย ภาพเปลี่ยนไปและกลืนก็เปลี่ยนไป เมื่อให้มองภาพสถานที่ปลอดภัยเป็นภาพใหม่ ดูแล้วสุดลมหายใจลึก ๆ 3 ครั้ง ความกลัวหายไป คะแนนเป็น 0 คะแนน ขอเล่นของเล่น ได้ตอบว่าเร่รังขึ้น บอกว่าแผลหายแล้ว แผลที่หน้าก็หาย ย่าถามระยะเวลากินยาได้บอกว่าแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อจะแจ้งให้ทราบเอง สอบถามเรื่องของผู้กระทำ ได้ยอมรับผิดไม่ชัดเจน ไม่โกรธที่เอาโทษดำเนินคดี ไม่ให้เด็กเจอผู้กระทำอีก ถ้าเจอก็ไม่รู้จะกลัวหรือไม่ ผู้บำบัดจึงบอก ถ้าเด็กมีอาการกลัวให้มาพบผู้บำบัดอีกครั้ง สอนเด็กไม่ให้ไปกับผู้ชายแม้จะเป็นคนที่รู้จักหรือญาติ หากเป็นผู้หญิงจึงไปได้ ทั้งย่าและผู้ป่วยเร่รังแจ่มใส ย่าดีใจที่หลานดีขึ้น ดูจากสีหน้าของย่าหลานได้เล่นของเล่นอย่างสนุกสนานพอใจและอยากอยู่ต่ออีก ผู้บำบัดได้บอกว่า เมื่อมาหาผู้บำบัดตามนัดก็มาเล่นต่อได้อีกในคราวหน้า เด็กก็ยอมกลับ ได้เก็บของเล่นเข้าที่ชั้นเก็บของเล่นด้วยตนเองได้ ได้งดนั่งจิตเวชเด็ก เนื่องจากครอบครัวเข้มแข็งในการคุ้มครองเด็กให้ปลอดภัยได้ใช้การบำบัดด้วย Remote control ซึ่งเป็นการจัดการอารมณ์ 1) remote control : ซึ่งเป็น distancing technique เพื่อจัดการอารมณ์ที่แปรปรวนโดยเปลี่ยนสิ่งเร้าภายใน หรือ เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม

กระบวนการที่เกิดภายในใจได้ และสร้างประสบการณ์ที่เป็นบวกขึ้น คือให้ผู้ป่วยจินตนาการว่าสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจกำลังเป็นภาพยนตร์ที่กำลังฉายอยู่บนจอ โดยผู้ป่วยมี remote control อยู่ในมือ และจินตนาการว่า remote control นี้มีปุ่มปฏิบัติการต่าง ๆ ที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงสิ่งให้เป็นไปตามที่ตนเองต้องการได้ เป็น การช่วยให้ผู้ป่วยฝึกการจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นให้ดีขึ้น

การใช้ Stabilization techniques เป็น Distancing techniques เด็กเลือก Remote Control ให้เด็กมองที่ผนังห้องตรวจแล้วนึกภาพที่เกิดขึ้นตอนที่ถูกรายมีภาพป่าตอนกลางวัน มีภาพผู้กระทำบีบคอผู้ป่วย รู้สึกเจ็บ หายใจไม่ออก ถูกตีที่หน้า บริเวณหลัง ทูบหลัง (ผู้ป่วยหันหลังให้ดูรอยแผลฉีกขาด แผลลึก) มีคะแนนความกลัว 1 คะแนน อาการทางร่างกายมีอาการปวดศีรษะและเจ็บหลัง ผู้ป่วยใช้รีโมทกดลบภาพ เมื่อภาพลบไปหลังจากกดปิด คะแนนความกลัวเป็น 2 คะแนน ได้สอบถามว่ากลัวอะไร ผู้ป่วยตอบว่า กลัวถูกตี ผู้บำบัดได้บอกว่าไม่ใช่ความผิดของผู้ป่วยไม่ต้องกลัวถูกตี ตอนนี้อยู่ในโรงพยาบาล อยู่ในสถานที่ปลอดภัยแล้ว พ่อกับหมออยู่เป็นเพื่อน ได้เปลี่ยนวิธีการบำบัดให้เป็นรูปภาพแทนให้นึกรูปภาพอยู่ในกระดาด เป็นภาพน่ากลัว รู้สึกไม่ชอบที่ผู้กระทำตี ถูกผู้กระทำขู่ถ้าบอกใครจะตี ทั้งขู่ทั้งตี กลัวมาก คะแนนความกลัว 8 คะแนน กลัวถูกตี ให้ผู้ป่วยเอาภาพใส่ขวดแทน (Inner Container) อธิบายขวดสีเหลือง ฝาจุกสีฟ้า พับกระดาดใส่ลงไปในขวดแล้วลอยน้ำไหลไปไกล ๆ ทิ้งน้ำลึก ๆ ความกลัวหายไปเป็น 0 คะแนน หายกลัว สีหน้ายิ้มได้ แจ่มใสขึ้น ไม่พบกับโต๊ะแล้ว หายปวดศีรษะ ยังเจ็บหลัง หายกลัวแล้ว ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยคิดจินตนาการภาพที่ชอบ (Inner Safe Place) ภาพที่ชอบเป็นรูปภาพรูปดอกกุหลาบสีแดง ดอกเล็ก ๆ เทาแก้วก้อย มีกลิ่นหอมเหมือนดอกมะลิ มีผีเสื้อสีเหลืองบินตอมดอกไม้ มีจิงโจ้สีฟ้าวิ่ง มีสายลม แสงสว่าง ให้ผู้ป่วยอยู่กับภาพดอกไม้สักครู่ ผู้ป่วยบอกอยากออกแล้ว ให้ออกมาจากภาพดอกไม้แล้วสุดลมหายใจลึก ๆ 3 ครั้ง ผู้ป่วยรู้สึก

ไม่กลัวแล้ว แต่ยังปวดศีรษะและปวดหลัง ผู้บำบัดได้ให้ผู้ป่วยมองรูปภาพที่ผนังห้องตรวจ ผู้ป่วยบอกว่าไม่เห็นผู้กระทำแล้ว มองเห็นแต่ป่า ให้ผู้ป่วยไปหายาเพื่อเอาข้าวมากิน เด็กวิ่งออกจากห้องไปร้องไห้ ผู้บำบัดได้พูดกับบิดา บิดาต้องการแจ้งความดำเนินคดี จึงได้ประสานทีมสหวิชาชีพช่วยแนะนำด้านกฎหมาย ผู้บำบัดพูดกับย่าขณะที่ย่าแต่งตัวให้เด็กเตรียมกลับบ้าน เด็กร้องไห้ ยิ้มแยมเดินมาหาบิดา สีหน้าไม่วิตกกังวลแล้ว ผู้บำบัดแนะนำย่าให้พาหลานไปอยู่ที่ปลอดภัยในช่วงดำเนินการทางกฎหมาย ย่าถามว่ากี่วัน ผู้บำบัดตอบว่าสักกระยะหนึ่งเพราะสงสัยเรื่องสารเสพติดและยากลับอันตราย เพราะบิดาบอกว่าผู้กระทำยังไม่หนีไปไหน เนื่องจากบิดาได้บอกว่าจะไม่เอาผิดถ้ายอมบอกความจริง

การบำบัดเมื่อมาตามนัด (ครั้งที่ 2)

ผู้บำบัดถามผู้ป่วยว่า มีคะแนนความกลัวเท่าไร ได้คำตอบว่า 1 คะแนน ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยลองมองภาพเหตุการณ์ความรุนแรงที่ผนังห้องตรวจ ผู้ป่วยไม่ยอมทำตามคำบอก ย่าบอกว่าผู้ป่วยไม่พูดถึงเหตุการณ์รุนแรง และไม่ให้ใครพูดถึงเหตุการณ์รุนแรงนั้นอีกเลย ผู้บำบัดให้นึกถึงภาพสถานที่ปลอดภัยของผู้ป่วย (Inner Safe Place) ที่เคยจินตนาการภาพดอกกุหลาบสีแดง ดอกเล็ก ๆ ที่มีกลิ่นหอมเหมือนดอกมะลิ ผู้ป่วยบอกว่าเปลี่ยนไปแล้ว กลายเป็นกลิ่นหอมเหมือนดอกแก้ว ตอนให้มองภาพจินตนาการสถานที่ปลอดภัย เป็นภาพที่ชอบ มีดอกกุหลาบสีแดง ดอกเล็ก ๆ มีกลิ่นหอมเหมือนดอกแก้ว จึงใจสีฟ้า ผิสีเหลือง ดูแล้วสุดท้ายใจเข้า-ออกลึก ๆ 3 ครั้ง ผู้บำบัดสอบถามคะแนนความกลัวเป็นเท่าไร ผู้ป่วยตอบว่าไม่กลัวแล้ว จากนั้นขอไปเล่นของเล่น ได้ตอบว่าเรารู้ว่า ผลหายแล้ว ผลที่หน้าก็หายแล้ว และได้พูดคุยเรื่องแนวทางการรักษาทางยา และตั้งนัดติดตามปัญหาด้านจิตเวชเด็ก แต่ได้เปิดโอกาสให้มาพบผู้บำบัดได้อีกหากเกิดปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นใหม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของเด็กเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต

จะเห็นว่าครอบครัวมีส่วนช่วยเยียวยาให้เด็กเข้มแข็งขึ้นได้ สามารถรับมือกับปัญหาที่ร้ายแรงได้

ตัวอย่างที่ 4

เด็กชายอายุ 8 ปี มาด้วยเรื่องไม่ยอมทำข้อสอบ มีประวัติถูกบิดาตีมาตั้งแต่ ป.1 ตอนอายุ 7 ปี บิดาลงโทษเรื่องไม่รักษาสัญญา ได้ใช้ไม้แขวนเสื้อตีกัน 3 ครั้ง ตีมากตอนอายุ 8 ปี จึงมีอาการ ไม่ยอมทำข้อสอบ ได้เขียนมั่ว ๆ ได้ไปพบจิตแพทย์เด็กที่กรุงเทพฯ ไม่ได้รับยาใด ๆ บอกว่าไม่ใช่โรควิตกกังวล แนะนำให้มาพบจิตแพทย์เด็กที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ด้วยอาการสมาธิสั้นไม่อยู่นิ่ง ไม่จดจ่อกับงานที่ทำ ทำงานไม่เสร็จ ไม่ตั้งใจ ไม่ทำการบ้าน ตรวจทางร่างกายไม่มีอาการสับสนซ้าซว ไม่พบความผิดปกติในการตรวจระบบประสาทอย่างละเอียด ให้การวินิจฉัยเป็นปัญหาด้านอารมณ์ (Emotional Problem with Psychosomatic Complaint) ได้ทำการบำบัดรักษาโดยใช้เทคนิค trauma therapy โดยใช้วิธีการ Stabilization technique ในการบำบัดโดยการบำบัดมีวิธีการดังนี้

การทำให้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กเป็นภาพที่เด็กจินตนาการด้วยการบรรยายภาพออกมาเป็นคำพูด แสดงรูปทรง สี สัน เสียงกลิ่น รส สัมผัส ในทุกด้านทางสัมผัสทั้งหก ให้เด็กบรรยายออกมาให้ได้มากที่สุดเท่าที่เด็กจะสามารถทำได้แล้วใช้ขบวนการที่ทำให้สิ่งที่เด็กบรรยายนั้นให้เด็กเป็นผู้ควบคุมจัดการให้สถานการณ์นั้นห่างไกลออกไปจากตัวเด็กให้มากที่สุดด้วยขบวนการที่เรียกว่า Distancing technique ซึ่งมีหลายแบบให้เลือกใช้ เช่น การใช้การลบภาพด้วยอุปกรณ์ควบคุมโทรทัศน์ (Remote) ที่สามารถย่อภาพ ขยายภาพ จนถึงสามารถปิดลบภาพนั้นเรียกว่าการ Remote control เด็กมีความรู้สึกละตัวเองเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ก็มีการควบคุมเหตุการณ์ไว้ในที่จำกัดบริเวณทำให้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่มารบกวนจิตใจเด็กได้อีกต่อไป (Inner container) และยังมีการติดตั้งสถานที่ปลอดภัยในจิตใจของเด็กโดยให้เด็กจินตนาการได้อย่างอิสระให้เกิดความสบายใจในจิตใจ โดยมีข้อแม้ว่าไม่ให้มีคนอื่นอยู่ในนั้น (Inner safe place) เมื่อเริ่มการบำบัดได้อธิบายให้เด็กเข้าใจว่าสามารถเลือกขบวนการอะไรบ้างและดำเนินการติดตั้ง

ให้เกิดขึ้นในจิตใจของเด็กและมีการให้คะแนนเพื่อประเมินว่าได้ผลดีสำหรับเด็กในระดับคะแนนเท่าใด

นัดติดตาม 1 เดือน ได้มาตามนัดยังไม่จذب และสนใจการเรียน ช่วยงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ กวาดบ้านได้ เขียนงานที่โรงเรียนครบ บิดาพาทำการบ้าน ทำได้ ให้คะแนนความกลัวบิดาเป็น 2 คะแนน ไม่ดีแล้ว มารดาใจดี วิชาคณิตศาสตร์ บวก ลบ คูณหาร ได้ ไม่เข้าใจโจทย์ อ่านออกแต่ ไม่เข้าใจ ไม่มีอาการอุจจาระราดอีกเลย เรียนพิเศษครูว่าทำได้ แต่อยู่ได้สั้น ๆ วินิจฉัยปัญหาอารมณ์ Emotional Problem ให้การบำบัดโดย Psycho support, Routine activity ฝึกให้รู้จักสิทธิส่วนบุคคล นัดติดตาม 1 เดือน

รูปแบบการบำบัด Trauma therapy

เด็กชายอายุ 8 ปี บิดาตี 3 ครั้ง บริเวณก้น ด้วยไม้แขวนเสื้อ ตีมากขึ้นตอนอายุ 8 ปี เคยตีตอนอายุ 7 ปี เรื่องไม่รักษาสัญญาจึงตีเพื่อลงโทษ เริ่มการบำบัดโดยแนะนำตัวผู้บำบัดว่าจะทำ การช่วยเหลือเด็กๆ ที่มีเรื่องราวไม่สบายใจ เด็กพยกหน้าว่าถูกพ่อตีให้มองภาพที่ผนังห้อง จินตนาการภาพที่พ่อตี 3 ครั้ง ใช้ไม้ตี ถามคะแนนความโกรธพ่อ 10 คะแนน มีอาการเจ็บปวดที่ร่างกายบริเวณก้น ให้เลือกวิธีการที่จะช่วยให้ภาพพ่อตีมีการเปลี่ยนแปลงด้วยการใช้ Remote Control โดยผู้ป่วยได้รับการอธิบายว่าจะเลือกขุมไกล เลือกหยุดภาพให้นิ่งไว้ไม่เคลื่อนไหว (Freeze) หรือกดภาพให้หายไปจากความคิด (Delete) หรือเร่งความเร็วจนเสียงรบกวนฟังไม่ออกว่าพูดอะไร ทำอะไร ฯลฯ ผู้ป่วยเลือก freeze ภาพที่พ่อตีกัน ให้ค้างไว้แล้วเลือกสถานที่ปลอดภัย (Inner Safe Place) เป็นภาพทะเลมีต้นมะม่วง นก เป็นเวลาบ่าย มีแสงแดด มีลมพัด ให้เพื่อนอยู่ได้ชั่วคราวแล้วต้องออกไปจากภาพสถานที่ปลอดภัย บอกชื่อเพื่อน 3 คนได้ แล้วทำ (Butterfly hug) ปีกผีเสื้อโอบที่หน้าอกใกล้บ่า 2 ข้าง เป็นการกระตุ้นระบบประสาท 2 ข้างสลับกัน (Bilateral Stimulation) ทำ 3 ชุด ๆ ละ 8 ครั้ง (คู่) ความกลัวและโกรธพ่อยังเหลือ 5 คะแนน และอาการทาง

ร่างกายมีอาการใจสั่น ได้เปลี่ยนวิธีการเป็นใช้ Inner Container นำภาพพ่อตีผู้ป่วยม้วนใส่ในขวดสีขาว ฝาจุกลีขาว ลอยในน้ำหายไปเลย ร่างกายไม่เจ็บปวดที่ใด ยังเหลือความกลัวเป็นระดับ 5 คะแนน อาการใจสั่นยังมีอยู่ ให้ผู้ป่วยมองภาพจินตนาการที่ผนังห้องอีกครั้ง ไม่เห็นภาพที่พ่อตีที่ผนังแล้ว ได้ทำการให้ผู้ป่วยจินตนาการภาพสถานที่ปลอดภัยซ้ำ เป็นภาพทะเล มีรายละเอียดแบบเดิม ทำ 2 ครั้ง อาการเจ็บกันหายไป

ตัวอย่างที่ 5

ผู้ป่วยโรคทางกายที่ทำให้มีอาการทางพฤติกรรมที่สร้างความเข้าใจผิด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาไปตามความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวที่พาไปรับการรักษาโดยไม่คำนึงถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหาวิธีแสดงอาการของภาวะเจ็บป่วยเพื่อจะได้มาโรงพยาบาลแทน ซึ่งได้สร้างปัญหาติดตามมาอีกมากมาย โดยแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยได้ยื่นผู้ปกครองปรึกษากันจะนำผู้ป่วยไปรักษาแบบพื้นบ้านตามความเชื่อของสมาชิกผู้ใหญ่ในครอบครัว เด็กจะมีอาการตอนกลางคืน ตีตื้นเตียงคืน ตี 1 ตี 2 ตี 3 แสดงอาการอย่างรุนแรงเลียนแบบอาการที่เกิดขึ้นจริงในครั้งแรก จนผู้ปกครองเชื่อว่าเป็นอาการจริง จึงพามารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ศูนย์เป็นจำนวน 10 กว่าครั้ง บางครั้งแพทย์ให้สังเกตอาการแล้วอนุญาตให้กลับบ้าน บางครั้งรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน และ ไม่มีใครเฉลียวใจว่าอาการเหล่านั้นเป็นจากการที่ผู้ป่วยกลัวและไม่สบายใจที่ถูกทำการรักษา แบบพื้นบ้านซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก⁽³⁾

ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 14 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรค Hyperthyroid มีอาการเกร็งจากภาวะโรคเอง ได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางโรคต่อมไร้ท่อโรงพยาบาลศูนย์อย่างสม่ำเสมอ แต่มารดาได้พาผู้ป่วยไปรักษาตามความเชื่อของครอบครัวและได้บอกว่าจะพาผู้ป่วยไปอีกหลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยกลัวจะถูกทำให้ได้รับความทรมานอีกจึงทำท่าแสดงอาการให้ดูรุนแรงเพื่อให้

ได้มาโรงพยาบาลแทนการถูกพาไปทำวิธีการที่เจ็บปวด โดยผู้ป่วยถูกเหยียบศีรษะ เหยียบทั่วตัวรวมทั้งบริเวณ หัวหน้าและอวัยวะเพศ แล้วเอาน้ำเต็มขันโต ๆ ราด ศีรษะจนสลักหายใจไม่ออก มารดาก็นั่งดูอยู่ปล่อยให้ เขาทำกับผู้ป่วยโดยไม่ช่วยเหลือใด ๆ ผู้ป่วยกลัวมาก ใจสั่น มือสั่น ตัวสั่น ไปหมด แล้วหลังจากนั้นภาพที่ถูก เหยียบศีรษะ เหยียบตัว เหยียบอวัยวะเพศแล้วรดน้ำ ปริมาณมาก ๆ ลงที่ศีรษะจนสลักก็ตามมาหลอก หลอนให้กลัวตลอด เวลาที่คิดถึงภาพนั้นจะมีการ หอบจนมือจีบเกร็ง (Hyperventilation) แล้วมารดา ได้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหลายครั้ง

ครั้งนี้มีอาการระหว่างรอตรวจ 1 ครั้ง ผู้บำบัด ได้แนะนำให้ใช้กรวยกระดาษครอบจมูกและสอน ผู้ป่วยกับมารดาให้ทำให้เป็น ถ้าไม่มีกระดาษใช้ถุง พลาสติกหรืออุ้งมือครอบจมูกเพื่อให้คาร์บอนไดออกไซด์ คั่งค้างมากขึ้นจะได้หายอาการมือจีบเกร็ง หายชามือ ในเบื้องต้น พยาบาลคิดว่าชักจากภาวะโรคลมชักจึง ให้ออกซิเจน ผู้ป่วยทำตามคำแนะนำจนมือที่จีบได้ คลายออก หายใจได้ปกติ จึงได้หยุดการให้ออกซิเจน มารดามีความวิตกกังวลมาก จึงขอให้มารดาออกไป รอนอกห้อง สอบถามผู้ป่วยว่ามีเหตุใดจึงมีอาการดัง กล่าว ผู้ป่วยเล่าเรื่องเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจ รุนแรง หวาดกลัวมากจนใจสั่น มือสั่นและตัวสั่นไป หมด จนหอบหายใจเร็ว มือจีบและเกร็งทั้งตัว ผู้บำบัดได้บอกผู้ป่วยว่าจะทำการบำบัดผู้ป่วยต้องการ หรือไม่ ผู้ป่วยพยักหน้าแสดงความต้องการให้รักษาจึง ใช้วิธีการบำบัดด้วยเทคนิคในการทำให้จิตใจของ ผู้ป่วยที่เคยได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ มั่นคงขึ้น (Stabilization techniques for Psychotraumitized Patients) ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ เคยได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ ทำให้ จิตใจมั่นคงขึ้น ผู้ป่วยเลือกใช้วิธี Remote Control โดยให้ผู้ป่วยมองภาพจินตนาการที่ผนังห้องถือ Remote อยู่ในมือให้คะแนนความกลัว 10 คะแนน คือกลัวมาก อาการทางร่างกายที่ตอบสนองความกลัวที่เกิดขึ้น มีปวดศีรษะและแน่นหน้าอก ผู้บำบัดแนะนำให้ใช้ Remote ทำกับภาพที่เกิดมองเห็นที่ผนังห้อง ผู้ป่วย

เลือกวิธีกดปิด Remote ให้ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง คะแนน ความกลัวลดลงเป็น 6 คะแนน ภาพที่ผนังเริ่มเบลอ ๆ ไม่ค่อยเห็นภาพนั้น อาการใจสั่นและปวดศีรษะลดลง เป็น 6 คะแนน ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยทำ Inner Safe Place เป็นลำดับต่อมา ผู้ป่วยจินตนาการภาพ คอนเสิร์ตเชซุน เรียกชื่อภาพว่า “ความรัก” อาการทาง ร่างกายรู้สึกโล่งสบายที่ศีรษะและร่างกาย สูดหายใจ เข้าลึก ๆ 3 ครั้ง (บอกเป็นการผ่อนคลาย) เมื่อผู้ป่วย สูดหายใจเข้าลึก ๆ 3 ครั้ง แล้วบอกให้ผู้ป่วยใช้จินตนา การมาที่ภาพสถานที่นี้ได้ตลอดเวลา วันละหลาย ๆ ครั้งได้เมื่อเกิดอาการไม่สบายใจ เป็นสถานที่ปลอดภัย ของผู้ป่วย ผู้บำบัดได้สอบถามผู้ป่วยว่าต้องการบำบัด ต่อไหม? ผู้ป่วยต้องการบำบัด จึงให้ผู้ป่วยคิดถึงภาพที่ ถูกทำร้ายอีกครั้ง ยังรู้สึกกลัวและแน่นหน้าอก จึงทำ ซ้ำ 2 ชุด รู้สึกสบายขึ้น ภาพไม่รบกวนจิตใจ ให้มอง ภาพนั้นอีก ความกลัวยังมี 4 คะแนน ถามว่าจะรับ การบำบัดต่ออีกไหม ผู้ป่วยขอหยุดไว้ก่อน พอทนได้ และไม่หอบหายใจเร็วอีก ผู้ป่วยรู้วิธีทำให้หายเกร็ง โดยเอาถุงพลาสติกครอบจมูกและมันใจที่จะดูแลตัว เองและสามารถจินตนาการเข้าไปในสถานที่ปลอดภัย ได้ ชื่อภาพความรัก คอนเสิร์ตเชซุนได้ ได้บอกผู้ป่วย ว่า ผู้บำบัดขอพูดกับมารดาเพื่อให้เข้าใจอาการและ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ และให้มารดายืนยันที่จะไม่พา ผู้ป่วยไปทำพิธีแบบเดิมซึ่งผู้ป่วยกลัวมาก ได้วินิจฉัย เป็น Acute trauma with hyperventilation syndrome ให้การรักษาด้วยยาต้านอาการย้ำคิดภาพ ความรุนแรง Fluoxetine (20 mg) กิน 1 เม็ดเวลา เช้า นาน 2 สัปดาห์ ใช้กรวยกระดาษครอบปากจมูก สูดหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่อนคลาย ผู้บำบัดแนะนำ มารดาแจ้งให้ทราบว่าอาการของผู้ป่วยเกิดจากอะไร ให้กำลังใจมารดาว่าไม่ได้ถือเป็นความผิดของมารดา เพราะความรักลูกมารดาจึงพยายามหาวิธีการรักษาที่คิด ว่าดีที่สุดให้กับลูก แต่กลับเป็นการทำร้ายลูก ทำให้ลูก กลัวอย่างรุนแรงจนตัวสั่นและภาพที่ถูกเหยียบ ศีรษะ เหยียบตัว และเหยียบอวัยวะเพศแล้วรดน้ำได้ มาเกิดให้เห็นซ้ำแล้วซ้ำอีก ทำให้ลูกหายใจหอบขึ้น รุนแรงจนมือจีบเกร็งเพราะสารเคมีในร่างกาย

เปลี่ยนแปลงจากการที่สารคาร์บอนไดออกไซด์ถูกไล่ออกมาทางลมหายใจ ต้องเอาถุงพลาสติกครอบปากและจมูกไว้ “ลูกจะหายใจเกร็ง” มารดาพยักหน้ายอมรับเมื่อถามว่าเห็นด้วยตาและได้ช่วยห่มดูแลลูกแล้วเชื่อในการรักษานี้แล้วอ้างว่ามารดาไม่ต้องพาไปทำแบบเดิมอีกแล้ว ขอให้ดูแลลูกและคอยช่วยเหลือตามอาการและกินยาจนครบกำหนด และพามาพบผู้บำบัดตามนัด 2 สัปดาห์ มารดารู้สึกผ่อนคลายและเข้าใจ ผู้ป่วยผ่อนคลายสบายใจและเข้าใจ หัวเราะออกไปจากห้อง สภาพอาการทางกายของผู้ป่วยรูปร่างอ้วน ผิวขาว ใส่กางเกงขาสั้นสีน้ำวีกังวลตาโปน 2 ข้างนอนอยู่บนเตียงผู้ป่วย มือจับ 2 ข้างแน่นหน้าอก หายใจหอบเร็ว มารดาสีหน้าวิตกกังวลยื่นฝ่าให้การช่วยเหลือใช้กรวยกระดาศครอบจมูกและให้หายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ สักพักมือหายใจจับ สอบถามอาการสบายขึ้น ใช้ถุงพลาสติกครอบแล้วให้ลงนั่งเก้าอี้เพื่อบำบัด ตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ ปกติดี ระหว่างนั้นยังมีการหลายครั้ง ได้ยากับมารดาให้พาบิดากับป้ามาพบผู้บำบัดให้ได้ เพื่อสื่อสารให้เข้าใจว่าห้ามพาผู้ป่วยไปรักษาแบบเดิมอีก

ต่อมาเมื่อขณะกำลังเข้าเครื่องตรวจ CT Brain มีเสียงดังหึ่ง ๆ ในอุโมงค์เครื่องทำ CT scan มีอาการกลัวมาก มีอาการเกร็ง ใจสั่น มือสั่น มือจับ มีอาการหอบ ผู้บำบัดได้ช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงจากคะแนนความกลัว 10 คะแนน ได้ใช้วิธีการ Relaxation technique และ Inner Safe Place ไม่มีเวลาทำ Bilateral Stimulation ผู้ป่วยบอกว่ากลัวป้าจะบอกบิดาให้พาไป มารดายืนยันจะบอกบิดา ผู้ป่วยมองค้อนมารดาอย่างไม่เชื่อใจและแววตาโกรธเคือง ผู้บำบัดขอพบบิดากับป้าให้ได้เพราะถ้าหากผู้ป่วยไม่แน่ใจการตัดสินใจของป้ากับบิดาผู้ป่วยก็จะมีอาการอีก คะแนนความกลัวลดลงเป็น 6 คะแนน เมื่อยืนยันจะบอกบิดากับป้า และมารดายืนยันจะไม่ให้ใครพาผู้ป่วยไปทำพิธีอีก บอกมารดาว่าถ้าไม่พาบิดากับป้ามาพบผู้บำบัด ผู้ป่วยก็จะมีอาการเป็นอีกเรื่อย ๆ ต่อมาภายหลังป้ายอมมาพบผู้บำบัดและไม่ได้พาผู้ป่วยไปทำพิธีอีก ผู้ป่วยเล่าเพิ่มเติมว่าเหยียบที่

อวัยวะเพศด้วยและรู้สึกเจ็บมาก ปริมาณน้ำที่ราดยะเยอะมากเต็มชั้นเลย สำลักน้ำหายใจไม่ทันเหมือนจะขาดใจ เมื่อป้ากับบิดาไม่พาไปอีกผู้ป่วยก็ไม่มีอาการผิดปกติอีก สามารถไปเรียนหนังสือ และกินยารักษาโรคไทรอยด์เป็นพิษอย่างสม่ำเสมอสามารถควบคุมอาการได้ดี ครอบครัวบำบัด⁶ ที่จำเป็นในกรณีตัวอย่างพิจารณาแล้วจำเป็นต้องใช้วิธีการของ Virginia satir คือครอบครัวบำบัดชนิดปรับปรุงการติดต่อสื่อสาร

บทสรุป

ในวัยรุ่นที่เรียนระดับมหาวิทยาลัยก็สามารถเกิดปัญหาในการเรียนได้จากการเลี้ยงดูด้วย การบังคับให้เด็กตอบสนองความต้องการของบิดามารดาในอดีตที่ไม่สามารถทำตามความหวังของบุคคลสำคัญในครอบครัว เกิดความรู้สึกที่ยังไม่สามารถเติมเต็มความปรารถนา (Yearning) ของบิดามารดา ทำให้บิดามารดาหว่านล้อมหรือบังคับเด็กให้ทำตามความต้องการของตน เมื่อถึงจุดที่เด็กเติบโตมีความคิดและความปรารถนาเป็นของตนเอง จึงเกิดการต่อต้านกลายเป็นปัญหาในระดับโรงเรียน สังคม และประเทศชาติ เมื่อครอบครัวเห็นปัญหาและได้รับการบำบัดครอบครัวและบำบัดเด็กด้วยเทคนิคต่าง ๆ สามารถนำเด็กกลับมาดำเนินชีวิตได้ปกติ จนสามารถดำรงชีวิตด้านการเรียนการทำงานและอยู่ในสังคม ได้อย่างมีความสุข และในขณะเดียวกันครอบครัวที่เลี้ยงดูด้วยความรัก ความเอาใจใส่ฝึกฝนด้วยหลักทางพระพุทธศาสนาให้ขยันอดทน⁽⁴⁾ อดทนต่อความลำบาก อดทนต่อความตรากตรำ อดทนต่อความเจ็บใจและรักในการเรียนรู้ตลอดชีวิตมีเมตตา⁽⁵⁾ มีเหตุผล มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น ทำให้เอาชนะอุปสรรคและประสบความสำเร็จในชีวิต ใน 2 กรณีนี้มีลักษณะของพ่อแม่ที่มีลูกเก่ง⁽²⁾ ซึ่งพ่อแม่จะพูดคุยเล่นกับลูกมาก ที่สำคัญคือการมีปฏิสัมพันธ์แบบ 2 ทาง คือ พูดคุยและฟังลูก รู้ใจลูก สนับสนุนลูก หาประสบการณ์กิจกรรมและของเล่นที่หลากหลายที่เหมาะสมกับวัยให้ลูกโดยไม่ต้องให้ลูกขอ สอนตรง ๆ อยากให้เด็กเก่งอะไรก็สอนสิ่งนั้น ยกตัวอย่างการทดลองในหนู หนูที่มี

โอกาสอยู่สบาย มีเครื่องเล่น สิ่งกระตุ้นให้แก้ปัญหา มากมายหลายทางในกรงกับหนูอีกกลุ่มอยู่ในกรงเปล่า ๆ ค่อนข้างแห้งแล้งในเรื่องกิจกรรมและเครื่องเล่น หนูที่มีโอกาสมากกว่าจะฉลาดกว่า แก้ปัญหาเก่งกว่า เมื่อหนูตายผู้ทดสอบเปรียบเทียบน้ำหนักและขนาดสมอง พบว่า หนูที่มีโอกาสมากมีสมองที่ใหญ่กว่า มีรอยหยักมากกว่า น้ำหนักมากกว่า เมื่อตัดชิ้นเนื้อมาส่องกล้องจุลทรรศน์ก็พบว่าสมองมีเซลล์และมีใยประสาทต่อกันซับซ้อนกว่า ในลิงก็พบผลเช่นเดียวกัน ผศ.ธีรเกียรติ เน้นว่าความเก่งถูกควบคุมด้วย 2 ปัจจัย คือ กรรมพันธุ์ เป็นเรื่องของสมองที่ถ่ายทอดจากพ่อแม่ ปัจจัยที่ 2 คือสิ่งแวดล้อม⁽²⁾ ซึ่งทั้งสองกรณีศึกษาเข้าได้กับลักษณะพ่อแม่ที่มีลูกเก่ง

ในรายที่ถูกทารุณกรรมโดยคนภายนอก ครอบครัว การช่วยเหลือโดยทีมสหวิชาชีพได้ให้ความรู้กับครอบครัวทำให้เด็ก ๆ ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัวด้วยความเข้มแข็งทำให้เด็กได้รับรู้ถึงความปลอดภัยและหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงเหตุการณ์รุนแรงและชุมชนได้ร่วมมือไม่พูดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย สำหรับอีกรายได้รับความรุนแรงจากบุคคลในครอบครัวเป็นการฝังใจจนผ่านไป 1 ปี ก็ยังไม่ได้รับการเยียวยาจิตใจ เด็กออกอาการมาในรูปแบบดื้อเงียบไม่ทำข้อสอบ เมื่อทีมสหวิชาชีพให้การบำบัดและให้คำปรึกษารอบครอบครัว บิดาไม่ตี มารดาใจดีกับผู้ป่วยเด็กสบายใจขึ้นและอาการทางกายที่เกิดจากความฝังใจในอดีตก็หายไปทำให้เด็กได้กลับสู่ชีวิตที่ปกติสุข ส่วนวัยรุ่นหญิงได้รับความรุนแรงทางกายและใจเกิดแสดงอาการทางกายเพื่อให้ได้นอนโรงพยาบาลโดยมาในเวลากลางคืนหลายครั้งนับได้ 10 กว่าครั้ง จึงทราบสาเหตุที่แท้จริงของอาการแสดงนั้นทำให้เด็กได้รับการบำบัดถูกต้องจึงหายจากอาการต่าง ๆ กลับไปเรียนหนังสือได้เป็นปกติด้วยความร่วมมือของทุกคนในครอบครัว

สรุปว่าการเลี้ยงดูลูกด้วยการให้ความรัก มีระเบียบวินัย และส่งเสริมให้ทำสมาธิเพื่อสะสมพลังจิตเป็นอริยทรัพย์ ทำให้ครอบครัวเป็นสุข ชุมชนสังคมและคนทั่วโลกเป็นสุข รวมทั้งการนำหลักธรรม

ทางพระพุทธศาสนาสอนเพื่อชาวโลกให้เกิดสันติสุขยิ่งขึ้นต่อไป⁽⁶⁾ สำหรับการให้คำปรึกษารอบครอบครัวรวมทั้งครอบครัวบำบัด ช่วยคลี่คลายปัญหาในครอบครัวอย่างต่อเนื่องตามลำดับปัญหาที่มีความสำคัญเร่งด่วนจึงประสบความสำเร็จในการดำเนินงานช่วยเหลือเด็กและครอบครัวเป็นตัวอย่างสำหรับการศึกษาเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ญัฐวัฒน์ งามสมุทร, สุชาติ พหลภาคย์. เทคนิคในการทำให้อาการของผู้ป่วยที่เคยได้ รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ มั่นคงขึ้น. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2553.
2. ธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. คัมภีร์การเลี้ยงลูก MRCPsych (UK). ขอนแก่น: โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2540.
3. ปราณี เมืองน้อย. Aggression and violence. Pocket book of pediatrics. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี; 2554; หน้า 555-69.
4. พระธรรมมงคลญาณ (พระอาจารย์วิริยงค์ สิริธโร). หลักสูตรครูสมาธิ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 19. กรุงเทพฯ: สถาบันพลังจิตตานุภาพ; 2560.
5. พระธรรมมงคลญาณ (พระอาจารย์วิริยงค์ สิริธโร). หลักสูตรครูสมาธิ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 19. กรุงเทพฯ: สถาบันพลังจิตตานุภาพ; 2561.
6. ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. ครอบครัวบำบัดและการให้คำปรึกษาจิตวิทยาครอบครัว การให้การปรึกษารอบครอบครัวและครอบครัวบำบัดเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.

Family consultation concept and problems solving skills.

*Puengnetr Saritniran*¹, *Nunnapus Sodamak*²

Received: February 19, 2020

Revised: August 26, 2020

Accepted: June 10, 2021

ABSTRACT

Overindulgent child may produce anxious person who is antisocial personality or lack of discipline. If we take seriously to him, passive-aggressive behavior would have had promoted and rejected authority's demanded because of maintained his self-esteem.

When the family had awareness and seek for help, psychiatrist consultant, the guy have encourage his own yearning fulfill, then his successful become his response to the yearning appropriately. He got the happiness and enlightenment to earn more in long life and he proud of the profession life long. He proud academic accomplishments and life-long learning.

Keyword : Family consultation, problems solving skills.

¹ Department of Pediatrics, Child and Adolescent Psychiatry, Pediatric Psychiatry, Sanpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani, Thailand.

² Department of Social Welfare, Sanpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani, Thailand.

Corresponding author: Nunnapat Sodamak, Social Welfare Unit, Sanpasitthiprasong Hospital
Tambon Naimuang, Ampur Muang, Ubonratchathani, 34000, Thailand. Tel: 045-319200 ต่อ 1218
Email: kondee2505@hotmail.com

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้พิจารณาบทความให้วารสารสรรพสิทธิเวชสารในปี พ.ศ.2563

ในรอบปี พ.ศ. 2563 (มกราคม-ธันวาคม 2563) วารสารสรรพสิทธิเวชสารได้ได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาและประเมินบทความ แต่ละเรื่องได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 ท่าน

ในการนี้ กองบรรณาธิการสรรพสิทธิเวชสาร ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ช่วยพิจารณาและประเมินบทความ ดังรายนามต่อไปนี้

พญ.ชาธิยา ธานี	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ผศ.ดร.ดวงเดือน รัตนมงคลกุล	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.นพ.ปริญญา ชำนาญ	กลุ่มวิจัยโรคทางคาร์ดิโอเมตาบอลิก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
พญ.ปิยะวดี วุฒิกรสัมมากิจ	กลุ่มงานสูตินารีเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ผศ.ดร.พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
นพ.ภาณุพล ระจันดา	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
นพ.มานิช รัตนสมบัติติกุล	ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.วิวัฒน์ชัย อึ้งเจริญวัฒนา	กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
พญ.ศรัญญา ประทัยเทพ	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ดร.ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พญ.สมานจิตต์ สมัครประโคน	กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ผศ.ดร.นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นพ.สุทธิวัฒน์ ขุมเงิน	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
อาจารย์สุพจน์ สายทอง	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ดร.สุเพียร โภคทรัพย์	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ดร.สุวารี เจริญมุขยันท	กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ดร.อภิรดี เจริญนุกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
รศ.ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.อุษณา พัวเพิ่มพูนศิริ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

อาคม อารยาวิชานนท์

บรรณาธิการวารสาร

บันทึก

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings present.