



เวชบันทึกศิริราช

SIRIRAJ MEDICAL BULLETIN ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ.2567

ฉบับพิเศษ

ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช





เว็บบัณฑิตสิริราช

จัดพิมพ์โดยอนุมัติของคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

เว็บบัณฑิตสิริราช

เป็นวารสารที่ลงตีพิมพ์ผลงานวิจัยและวิชาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในวงกว้าง ไม่ว่าจะเป็นวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน การแพทย์ประยุกต์ การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก จริยธรรมการวิจัยในคนและสัตว์ทดลอง แพทยศาสตร์ศึกษาทั้งระดับก่อนและหลังปริญญา ตลอดจนการบริหารจัดการองค์กรที่เกี่ยวกับการแพทย์ และการสาธารณสุขในสาขาต่าง ๆ เป็นวารสารราย 4 เดือน โดยเนื้อหาจะประกอบด้วยผลงานวิจัย บทความทั่วไป แนวทางการดูแลผู้ป่วย และบทความประเภทอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง บทความต่าง ๆ ที่ตีพิมพ์จะผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจากต่างสถาบันด้วยความโปร่งใส (double-blinded)

เว็บบัณฑิตสิริราช

ผ่านการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการกลุ่มที่ 2
ในฐานข้อมูล TCI

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ
ด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในวงกว้าง

กำหนดตีพิมพ์

ปีละ 4 เล่ม ในเดือนมกราคม - มีนาคม,
เมษายน - มิถุนายน, กรกฎาคม - กันยายน
และตุลาคม - ธันวาคม

ระบบการจัดการวารสารออนไลน์

เว็บบัณฑิตสิริราช ได้ใช้ระบบการจัดการวารสาร
ออนไลน์ Thai Journals Online (ThaiJo)

ThaiJo ได้รับการติดตั้ง และดูแลโดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิง
วารสารไทย (Thai-Citation Index Centre, TCI) จาก
การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
(สกว.) และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
เพื่อพัฒนาคุณภาพวารสารไทยในฐานข้อมูล TCI ให้มี
มาตรฐานสากล

ขอเชิญชวนผู้สนใจส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ใน
“วารสารเว็บบัณฑิตสิริราช” ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ผู้สนใจสามารถส่งบทความผ่านอีเมลหรือศึกษาราย
ละเอียดเพิ่มเติมที่เว็บไซต์

[https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/
index](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/index)





วารสารเวชบัณฑิตศิริราช

เพื่อสืบทอดเอกลักษณ์ไทยของสารศิริราช มุ่งสู่มาตรฐานวารสารการแพทย์ของไทย
จัดพิมพ์โดยอนุมติของคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

บรรณาธิการบริหาร

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธวัชชัย อัครวิฑู

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วรุฒม์ โล่ห์สิริวัฒน์

รองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประภัทร วาณิชพงษ์พันธุ์

รองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรนิช นาวานุเคราะห์

รองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์เชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์

รองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ ภายในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์

อาจารย์ แพทย์หญิงชโลบล เฉลิมศรี

ผู้ช่วยอาจารย์ แพทย์แผนไทยประยุกต์ แม้นมาศ วรรณภูมิ

สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์

รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประวิทย์ อัครเสรินนท์

กองบรรณาธิการ ภายนอกคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี

รองศาสตราจารย์พิเศษ นาวาอากาศตรี

อาจารย์ แพทย์หญิงกนกพร สรรพวิทยกุล

นายแพทย์สุชุม ศิลปอาชา

กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร
พลตำรวจเอก เอกพล ตั้งมานะสกุล

โรงพยาบาลบางปะกอก 1 กรุงเทพมหานคร

อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

นายแพทย์รวี สิงห์สถิตย์สุข

กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอัจฉรา สุภาวเวช

พันตรี นายแพทย์จักรพันธ์ ศุภเดช

มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จ.พิษณุโลก

โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา จ.ชลบุรี

นางยุวดี อัครลาวัฒน์

นายแพทย์สรารัฐ ลิ่มตั้งตระกูล

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จ.บุรีรัมย์

ศรีนครินทร์โรคม จ.นครนายก

แพทย์หญิงวันวิ พิมพันธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสิทธิ์ อุพาพร

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จ.บุรีรัมย์

โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ กรมการแพทย์

นายแพทย์เชาวน์วัช พิมพันธ์

กระทรวงสาธารณสุข จ.ตรัง

โรงพยาบาลสกลนคร จ.สกลนคร

ดร. นายแพทย์วรพล เวชชาภินันท์

นายแพทย์นิสิต ตงศิริ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

นายแพทย์ชัยอนันต์ โสดาภักดี

ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสาร

นางสาวนุชประวีร์ภรณ์ สลีอ่อน

ผู้วาดภาพประกอบทางการแพทย์

นางสาวนุชประวีร์ภรณ์ สลีอ่อน

พิสูจน์อักษร

นางสาวนุชประวีร์ภรณ์ สลีอ่อน

นางอมรรัตน์ แสงแก้ว

สำนักงาน

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ชั้น 2 ห้อง 207 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700 Email: sjjournal92@gmail.com

“บทความต่าง ๆ ที่ปรากฏในเวชบัณฑิตศิริราชเป็นผลงานจากความคิดหรืองานวิจัยของผู้เขียนและ / หรือคณะผู้เขียน
ถือเป็นความรับผิดชอบและลิขสิทธิ์ของผู้เขียนและ / หรือคณะผู้เขียนตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ.2537”

สารบัญ

* วารสารเวชบันทึกศิริราชปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ.2567

นิพนธ์ต้นฉบับ

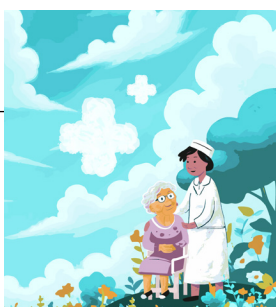
- 188 การสำรวจความสุขของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน โรงพยาบาลศิริราช ปีการศึกษา 2565
มัลลิกา สิงห์น้อย, ยุพาวะดี เดชป้อง
- 197 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
ชไมพร เจริญไกรภมร, เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จันทนา นามเทพ, ปิยนุช สายสุขอนแก่น, ราตรี ธิมมอลอง, ปิติพร สิริพิพักร, ลลิตา ศิตลเพ็ญ

บทความทั่วไป

- 209 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพด้านการเลิกสูบบุหรี่
คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลศิริราช
นริศ ใจบริสุทธิ์กุล, ขวัญฤทัย ปาลี, สุรศักดิ์ มุลศรีสุข
- 216 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางตาด้วยวิธี Fluorescein Angiography (FA)
กรรณิการ์ คำเต็ม, สุกเลศ ประคุณพิงสิต
- 224 การพยาบาลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด
ที่หอผู้ป่วยรพทกพื้น
วันเพ็ญ เอื้อยะเฝ้าพันธ์
- 231 บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
พลอยชนกภรณ์ กุลวัฒนาพันธ์
- 237 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
จุฑาทิพย์ คชะวะโร, ชนิษนา ชำนาญดี
- 243 การพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน
ที่จำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน
จตุพร โยธา, บุษกร พิระพงษ์, สุรศักดิ์ มุลศรีสุข
- 251 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนม
แม่ให้ประสบความสำเร็จในสังคมยุคดิจิทัล
นุชนารถ มั่นลิทธิกุล, สุพรรณิ ตันตโสภาส, ปุณณิ อย่างธรา
- 259 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะ
ภูมิไวเกินจากการได้รับยาออกซาลิพลาติน
รุ่งทิพย์ จันทร์คำวงศ์
- 266 การพยาบาลในระยะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังตาม
โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด
ธารภมร สนธิรักษ์, ภัทธกร ทับทิมทอง

จากหน้าปก

Copyright Notice: Copyright ©N Saleeon.
All rights reserved.



Investigating Happiness Among Practical Nursing Students During Clinical Placements at Siriraj Hospital: An Academic Year 2022 Survey

Mullika Singnoi, M.Sc., Yupawadee Dechpong, M.Ed.

School of Nurse, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2024;17(3):188-196

ABSTRACT

Objective: To investigate and describe happiness levels of practical nursing students throughout their training program at Siriraj Hospital (Academic Year 2022).

Materials and Methods: A sample of 211 practical nursing students participated in the study. Data was collected eight times, from November 2022 to June 2023, using researcher-developed questionnaires. The questionnaires were divided into three sections: General Information, Three Dimensions of Happiness (25 items), and Open-Ended Questions. Statistical methods included mean, standard deviation, ANOVA with multiple regression analysis, and content analysis.

Results: Overall, practical nursing students reported high levels of happiness (Mean score = 4.41, S.D. = 0.56). Happiness levels varied across rotations. The first rotation had the lowest mean score, followed by a gradual increase until the fourth rotation. The fifth rotation showed a decrease, which then rebounded in the sixth rotation and upon program completion. These differences were statistically significant ($p < 0.01$). Scores related to feelings towards surrounding people and attitudes towards the profession were positively correlated with overall happiness scores ($r = 0.6 - 0.8$; $p < 0.001$). The qualitative data from the open-ended questions supported these findings.

Conclusion: Practical nursing students exhibited high overall happiness throughout the training program. Happiness levels fluctuated across rotations. Recommendations include incorporating skill development activities to foster relationships between instructors, students, nurses, and practical nurses within the wards. Additionally, promoting a positive educational environment can further enhance the program.

Keywords: Happiness; practical nurse students

Correspondence to: Mullika Singnoi

Email: mullika.sin@mahidol.edu

Received: 2 January 2024

Revised: 20 May 2024

Accepted: 21 May 2024

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i3.266900>

การสำรวจความสุขของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน โรงพยาบาลศิริราช ปีการศึกษา 2565

มัลลิกา สิงห์น้อย, วท.ม., ยุพาเวดี เดชป้อม, ศศ.ม.

โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและอธิบายความสุขในการเรียนของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานโรงพยาบาลศิริราช ปีการศึกษา 2565

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานใน รพ.ศิริราช ปีการศึกษา 2565 จำนวน 211 คน เก็บข้อมูล 8 ครั้ง ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2565 – มิถุนายน พ.ศ.2566 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับความสุข 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกละเลยตนเองในการเรียน ด้านความรู้สึกละเลยบุคคลแวดล้อมและด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ รวมจำนวน 25 ข้อ และ 3. แบบสอบถามปลายเปิด สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ANOVA, Multiple Regression และ Content Analysis

ผลการศึกษา: พบว่า ความสุขในการเรียนของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานที่รพ.ศิริราช ปีการศึกษา 2565 ภาพรวมอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 4.41$ S.D.=0.56 และเมื่อพิจารณาระดับความสุขของการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในแต่ละ Rotation พบว่า Rotation ที่ 1 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำที่สุด หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นจนถึง Rotation ที่ 4 และลดลงใน Rotation ที่ 5 ก่อนจะเพิ่มขึ้นใน Rotation ที่ 6 และหลังการฝึกปฏิบัติงาน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) คะแนนด้านความรู้สึกละเลยบุคคลแวดล้อม และคะแนนด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับคะแนนความสุขในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในทิศทางบวก ในระดับสูง ($r = 0.6-0.8$) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และผลของข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลจากคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการวิเคราะห์

สรุป: นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล มีความสุขในช่วงการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และมีช่วงค่าเฉลี่ยความสุขที่แตกต่างกันในแต่ละ Rotation โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษาและกิจกรรมการเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครู ศึกษพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลบนหอผู้ป่วยที่นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติงาน รวมถึงควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมทางการศึกษาที่ดีให้กับนักศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการศึกษามากขึ้น

คำสำคัญ: ความสุข; นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล

บทนำ

โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล เปิดสอนหลักสูตรระยะสั้น 1 ปี เพื่อผลิตนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความรู้ ความสามารถ ปฏิบัติหน้าที่ช่วยงานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความคาดหวังของสังคม¹ นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุ 18-22 ปี เป็นวัยที่กำลังพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ใหญ่ แต่สภาพจิตใจและอารมณ์ยังไม่มั่นคง มีความอ่อนไหว ก่อเกิดความสับสนในตนเอง ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจ นำสู่ปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น เครียด ซึมเศร้า^{2,3,4} จากรายงานการติดตามนักศึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษาปีการศึกษา 2563 และ 2564 พบว่านักศึกษามีความเครียด ความกดดันในตนเอง ขาดความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ วิตกกังวล กลัวปรับตัวในการเรียนภาคปฏิบัติไม่ได้ มีปัญหาสุขภาพจิตขณะฝึกปฏิบัติ

เพิ่มขึ้นจากปี 2562⁵ และจากผลการดำเนินงานของโรงเรียนฯ ด้านผลผลิตย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ร้อยละของผู้เรียนลาออกก่อนสำเร็จการศึกษามีแนวโน้มมากขึ้น (เป้าหมาย $\leq$ ร้อยละ 5) นักศึกษาที่ลาออกกลางคันในระหว่างที่กำลังศึกษาปีการศึกษา 2563 จำนวน 10 คน ปีการศึกษา 2564 ลาออก 6 คน ลาพัก 1 คน มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากความเครียด ไม่มีความสุข และไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมบนหอผู้ป่วยได้⁶ ซึ่งหากนักศึกษามีการเรียนรู้อย่างมีความสุข ก็จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และไม่เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต หรือการลาออกกลางคันจากการฝึกปฏิบัติงาน^{2,7} เกิดความตั้งใจในการทำงาน พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ และไม่เกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน^{4,7,8} ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับความสุขของนักศึกษา จึงเป็นเรื่องที่สำคัญลำดับแรกในการพัฒนาผู้เรียนสู่บัณฑิตที่พึงประสงค์ และเป็นผู้

ช่วยพยาบาลที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาความสุขของนักศึกษาว่าเป็นอย่างไร คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาความสุขในการเรียนของนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และพัฒนาความสุขของนักศึกษาให้มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขในการเรียนของนักศึกษา ในการฝึกปฏิบัติงานที่ ร.พ.ศิริราช ปีการศึกษา 2565
2. เพื่ออธิบายความสุขในการเรียนของนักศึกษา ในการฝึกปฏิบัติงานที่ ร.พ.ศิริราช ปีการศึกษา 2565

นิยามศัพท์

นักศึกษา หมายถึง นักศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา 2565 ที่กำลังศึกษาอยู่ช่วงก่อน ขณะ และหลังปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

ความสุขในการเรียน หมายถึง ความรู้สึกรักเรียน สนุก ชอบเรียนรู้สิ่งใหม่ ไม่เกิดความเครียด หรือเกิดความเบื่อหน่ายต่อการเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านความรู้สึกต่อตนเองในการเรียน

ความรู้สึกต่อตนเองในการเรียน หมายถึง ความรู้สึกของนักศึกษาที่แสดงออกถึงความพึงพอใจ ความตั้งใจ ความสนใจ และความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ มีความสุข สนุกกับการเรียนหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในชั้นเรียน ชอบที่จะได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการเรียนวิชาต่าง ๆ สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตการทำงานได้ และมีความมั่นใจ

2. ด้านความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อม

ความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อม หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของนักศึกษาต่อผู้อื่น ได้แก่ อาจารย์ เพื่อน พี่พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลบนหอผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้รับการยอมรับจากอาจารย์ เพื่อนรุ่นพี่พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย รวมทั้งได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและญาติ

3. ด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ

ทัศนคติต่ออาชีพ หมายถึง ความคิดเห็นของนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและสัมผัสผู้ป่วย ความปลื้มใจที่ได้ปฏิบัติกรพยาบาลจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ความชื่นชอบในวิชาชีพ ความเชื่อมั่นในวิชาชีพพยาบาล ความภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาล

คำถามวิจัย

ระดับความสุขของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

- ก่อนขึ้นฝึก
- ขณะฝึก
- หลังฝึก

ความสุขในการเรียนของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล

1. ด้านความรู้สึกต่อตนเองในการเรียน
2. ด้านความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อม
3. ด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ

สมมติฐาน

- ระดับความสุขของนักศึกษาในแต่ละ Rotation มีความแตกต่างกัน

- องค์ประกอบทั้ง 3 ด้านของความสุขในการเรียนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสุขของนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงาน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ประชากรเป็นนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานใน ร.พ.ศิริราช ปีการศึกษา 2565 จำนวน 206 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณเทียบจากตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน จะได้กลุ่มตัวอย่าง 136 คน ผู้วิจัยขอเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด เนื่องจากผล Online survey response rate คือร้อยละ 10-15 จึงขอเก็บข้อมูลทั้งหมด เพื่อให้ได้จำนวนตามที่คาดหวัง โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับความสุข

มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกต่อตนเองในการเรียน 7 ข้อ ด้านความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อม 9 ข้อ และด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ 9 ข้อ รวมข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งระดับการประเมิน 5 ระดับ โดยแบ่งระดับความรู้สึก ดังนี้

เห็นด้วยกับข้อคำถามในระดับมากที่สุด ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อคำถามในระดับมาก ให้ 4 คะแนน

เห็นด้วยกับข้อคำถามในระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อคำถามในระดับน้อย ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อคำถามในระดับน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

การแปลผล สามารถนำมาเปรียบเทียบแปลความหมายของระดับคะแนนความสุขได้ 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	ความสุขระดับสูง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	ความสุขระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	ความสุขระดับต่ำ

3. แบบสอบถามปลายเปิด เรื่องความรู้สึก ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ

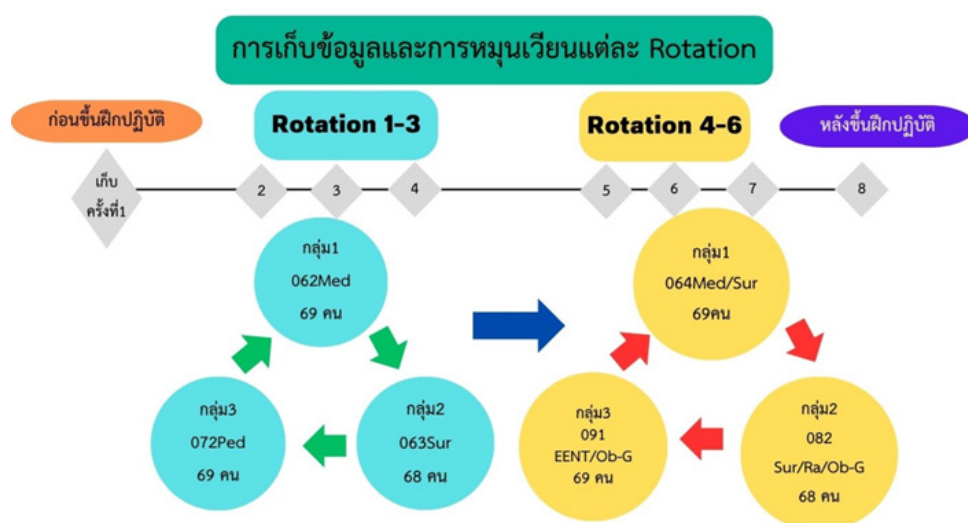
ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผลและประเมินผล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ 3 และผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเกี่ยวกับจิตวิทยา คุณธรรมจริยธรรม 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ผล IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยจึงปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำมาใช้ในการทดลองใช้ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง นำแบบสอบถามไปทดลองใช้จากกลุ่มทดลองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน มาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 แยกตาม 3 องค์ประกอบ ด้านความรู้สึกต่อตนเองในการเรียนเท่ากับ 0.67 ด้านความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อมเท่ากับ 0.77 และด้านทัศนคติต่อวิชาชีพเท่ากับ 0.84

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ 677/2565 (IRB2) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

ให้เจ้าหน้าที่ธุรการโรงเรียนฯ ซึ่งแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ นักศึกษาลงชื่อในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยหากยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้สแกนแบบสอบถามผ่าน QR code ครั้งที่ 1 เก็บก่อนฝึกปฏิบัติ ครั้งที่ 2-7 ขณะฝึกปฏิบัติ โดยเก็บข้อมูลทุก Rotation (Rotation ละ 1 เดือน) ทุกวันที่ 15 ของการฝึกปฏิบัติงานจนครบ 6 Rotation นับเป็น 6 ครั้ง ครั้งที่ 8 เก็บข้อมูลหลังจากสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย 15 วันหรือก่อนวันปัจฉิมนิเทศ 2 สัปดาห์ (ภาพที่ 1) ทั้งนี้มีการจัดทำแบบสอบถามเป็น 3 ชุด คือ ชุดสำหรับก่อน ชุดขณะฝึกปฏิบัติ และชุดหลังจบการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สับสนในการลงข้อมูล เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้นักศึกษาซักถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนและการดำรงชีวิต และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ANOVA, Multiple Regression และการทดสอบรายคู่ Bonferroni และนอกจากนี้ผู้วิจัยมีข้อมูลที่ได้จากข้อคำถามปลายเปิดใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) หากผู้อ่านสนใจสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ https://drive.google.com/drive/folders/14TFwvBZHHPHY8H2r-D8_bYz5S8w0ptY-f?usp=drive_link



ภาพที่ 1 การเก็บข้อมูลและการหมุนเวียนแต่ละ Rotation

ที่มา: มัลลิกา สิงห์น้อย และยุพาวดี เดชป้อม โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

งานวิจัยมีการเก็บข้อมูล 8 ครั้ง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 ถึงมิถุนายน พ.ศ.2566 มีนักศึกษาทั้งหมด 206 คน จำนวนนักศึกษาที่ตอบแบบสอบถาม มีอายุระหว่าง 18-29 ปี ค่าเฉลี่ย 19.91 (S.D. = 1.88, Min = 18, Max = 29) เป็นนักศึกษาเพศชาย 6-11 คน (ร้อยละ 5.30) เพศหญิง 129-187 คน (ร้อยละ 94.70) เกรดเฉลี่ย 3.14 (S.D. = 0.42, Min = 2.02, Max = 3.94) โดยภาพรวม การอาศัยอยู่ แบ่งเป็นอยู่คนเดียว 32-80 คน (ร้อยละ 26.80) อยู่กับครอบครัว 15-33 คน (ร้อยละ 15.10) และอยู่กับเพื่อน 69-83 คน (ร้อยละ 47.70) นักศึกษาได้รับเงินค่าใช้จายรายเดือนเพียงพอกับการใช้จายในชีวิตประจำวัน 87-130 คน (ร้อยละ 65.60) นักศึกษาได้รับเงินค่าใช้จายรายเดือนไม่เพียงพอกับการใช้จายในชีวิตประจำวัน 35-68 คน (ร้อยละ 34.40)

ผลสำรวจระดับความสุข

จากการศึกษาระดับความสุขในการเรียนของนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติงาน ทั้ง 6 Rotation พบว่าความสุขในการเรียนของนักศึกษาในภาพรวมอยู่ในระดับสูง $\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.56 (ตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์แต่ละองค์ประกอบของความสุขในการเรียน 3 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความสุขเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อวิชาชีพผู้ช่วยพยาบาลมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$, S.D. = 0.52) ลำดับที่สองและสาม คือ ด้านความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อม ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.54) และด้านความรู้สึกต่อตนเองในการเรียน ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = 0.56) ตามลำดับ เมื่อแยกวิเคราะห์แต่ละ Rotation (ภาพที่ 2) พบว่า

1. ด้านความรู้สึกต่อตนเอง

ใน Rotation ที่ 1 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำที่สุด หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นจนถึง Rotation ที่ 4 และลดลงใน Rotation ที่ 5 ก่อนจะเพิ่มขึ้นใน Rotation ที่ 6 และหลังการฝึกปฏิบัติงาน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ใน Rotation ที่ 4 และ 6 และหลังการฝึกปฏิบัติงาน

2. ด้านความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อม

ก่อนการฝึกปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำที่สุด หลังจากฝึกปฏิบัติงานใน Rotation ที่ 1 เริ่มเพิ่มขึ้นจนถึง Rotation ที่ 3 แล้วลดลงใน Rotation ที่ 4 และ 5 หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นใน Rotation ที่ 6 และหลังการฝึกปฏิบัติงาน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ใน Rotation ที่ 6 และหลังการฝึกปฏิบัติงาน

3. ด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ

ก่อนการฝึกปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำที่สุด แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนถึง Rotation ที่ 4 หลังจากนั้นค่าเฉลี่ยลดลงใน Rotation ที่ 5 ก่อนจะเพิ่มขึ้นใน Rotation ที่ 6 และลดลงหลังการฝึกปฏิบัติงาน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ใน Rotation ที่ 6

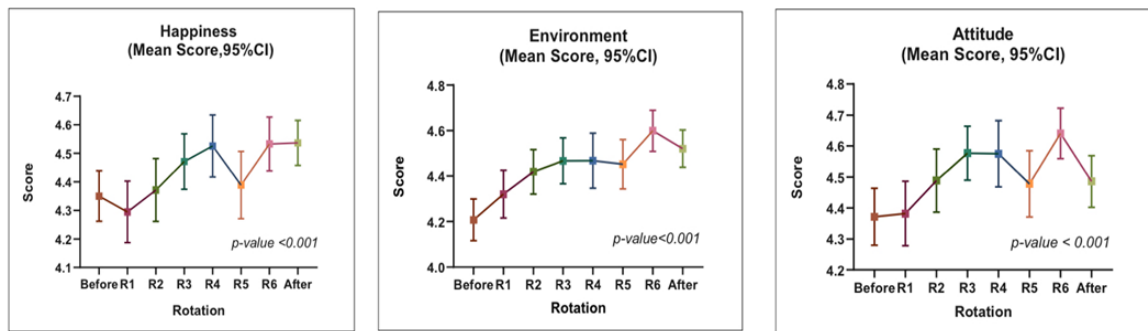
การทดสอบด้วยสถิติ

ใช้สถิติทดสอบ ANOVA และ Bonferroni สำหรับ Pairwise comparison (ทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ ในกรณีที่ ANOVA significant) และ Correlation Coefficient ผลการทดสอบเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลในระดับรายวิชา ในแต่ละ Rotation พบว่า วิชาที่นักศึกษาปฏิบัติงานในแต่ละ Rotation มีผลต่อระดับความสุขในภาพรวม (ภาพที่ 3) ได้แก่

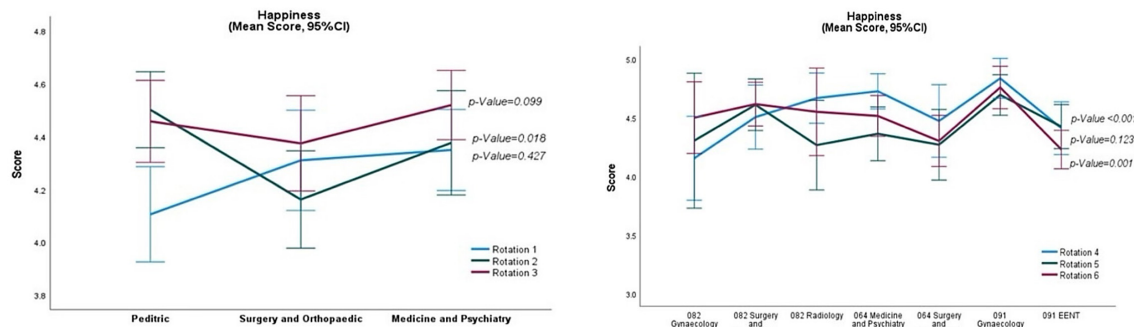
ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยระดับความสุขในแต่ละ Rotation

Rotation	N (คน)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสุข
ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน	162	4.31	0.55	สูง
1	154	4.25	0.63	สูง
2	149	4.34	0.61	สูง
3	146	4.45	0.54	สูง
4	139	4.56	0.53	สูง
5	142	4.42	0.58	สูง
6	163	4.47	0.51	สูง
หลังขึ้นฝึกปฏิบัติงาน	200	4.52	0.51	สูง
รวมเฉลี่ย (R1-6)	148.83	4.41	0.56	สูง



ภาพที่ 2 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความสุข 3 ด้าน ความรู้สึกต่อตนเองในการเรียน (Happiness) ความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อม (Environment* หมายถึง Feelings towards surrounding people) และด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ (Attitude)

ที่มา: มัลลิกา สิงห์น้อย และยุพาวะดี เดชป้อม โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



ภาพที่ 3 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความสุขในแต่ละรายวิชาที่นักศึกษาชั้นปฏิบัติงานในแต่ละ Rotation 1-6

ที่มา: มัลลิกา สิงห์น้อย และยุพาวะดี เดชป้อม โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- Rotation ที่ 1, 3 และ 5 พบว่าคะแนนความสุขในการเรียนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p > 0.005$) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงข้อมูลในกราฟ

- Rotation ที่ 2 พบว่า คะแนนความสุขในการเรียนเฉลี่ยในรายวิชาของ 063 Surgery and Orthopaedic ต่ำกว่าในรายวิชาของกลุ่มอื่น ๆ (072 Pediatric, 062 Medicine and Psychiatry) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

- Rotation ที่ 4 พบว่า คะแนนความสุขในการเรียนเฉลี่ยในรายวิชาของ 064 Surgery and Orthopaedic, 082 Gynecology, 091 EENT และต่ำกว่าในรายวิชาของกลุ่มอื่น ๆ (064 Medicine and Psychiatry, 082 Surgery and Orthopaedic, 082 Radiology, 082 Radiology, 091 Gynecology) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

- Rotation ที่ 6 พบว่า คะแนนความสุขในการเรียนเฉลี่ย ในรายวิชาของ 091 EENT และ 064 Surgery and Orthopaedic ต่ำกว่าในรายวิชาของกลุ่มอื่น ๆ (082 Surgery and Orthopaedic, 082 Radiology, 064 Medicine and Psychiatry, 091 Gynaecology, 082 Gynecology) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

จากการทดสอบ โดยใช้สถิติ Correlation Coefficient หรือ ค่า r พบว่า ใน Rotation ที่ 1-6 คะแนนความสุขในการเรียน และคะแนนความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อม มีความสัมพันธ์กันมาก ($r = 0.6-0.8$) ในเป็นทิศทางเดียวกัน (คะแนนความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อมเพิ่ม จะทำให้คะแนนความสุขในการเรียนเพิ่มไปด้วย) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Correlation Coefficient หรือ ค่า r ระหว่างความสุขในการเรียน กับคะแนนความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อม และคะแนนทัศนคติต่อวิชาชีพ

Correlation Coefficient between Happiness and Environment*, Attitude for each Rotation.													
Rotation	1		2		3		4		5		6		p
	r	N	r	N	r	N	r	N	r	N	r	N	
Environment*	0.63	152	0.80	149	0.81	145	0.84	140	0.82	142	0.73	163	$p<0.001$
Attitude	0.64	153	0.69	148	0.72	144	0.73	140	0.83	142	0.60	163	$p<0.001$

r = Correlation Coefficient, N = จำนวน
 * ในที่นี้ Environment = Feelings towards surrounding people

ใน Rotation ที่ 1-6 คะแนนความสุขในการเรียน และคะแนนทัศนคติต่อวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กันมาก ($r=0.6-0.8$) ในเป็นทิศทางเดียวกัน (คะแนนทัศนคติต่อวิชาชีพเพิ่ม จะทำให้คะแนนความสุขในการเรียนเพิ่มขึ้น) อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) (ตารางที่ 2)

ในส่วนข้อมูลที่ได้จากข้อคำถามปลายเปิดใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) หากผู้อ่านสนใจสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ https://drive.google.com/drive/folders/14TFwvBZHHPHy8H2r-D8_bYz5S8w0ptY-f?usp=drive_link

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขในการเรียนของนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.41$ S.D. = 0.56) ซึ่งตรงกับผลการวิเคราะห์เนื้อหาในงานวิจัยนี้เช่นกัน ว่า นักศึกษามีความพึงพอใจ มีความสุข สนุกกับการเรียนหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในชั้นเรียน เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หลากหลาย ความรู้ที่ได้ในห้องเรียนสามารถนำมาใช้กับการฝึกปฏิบัติได้ และมีความมั่นใจ มีความสบายใจ และมีความสุขที่ได้ฝึกปฏิบัติงานในบรรยากาศที่ไม่ตึงเครียด รุ่นพี่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยคอยให้คำแนะนำสม่ำเสมอ รู้สึกว่าตนเองมีพัฒนาการที่ดีและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น อาจเป็นผลจากการที่โรงเรียนมีโครงการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษา ก่อนการฝึกปฏิบัติงานจริง ทำให้นักศึกษาสามารถปรับตัวในการฝึกปฏิบัติงานได้เร็วขึ้น และนักศึกษายอมรับและเตรียมตัวในการฝึกงาน มีความเข้าใจบทบาทของผู้ช่วยพยาบาลว่าจะต้องได้รับประสบการณ์อย่างไรบ้าง รวมถึงเกิดการสร้างแรงบันดาลใจให้กับตนเองดังการศึกษาที่ผ่านมา² เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบ 3 ด้าน พบว่า

1. ด้านความรู้สึกต่อตนเองในการเรียน

อยู่ในระดับสูง แต่ต่ำกว่าด้านอื่น อาจเป็นผลจากการที่นักศึกษายังไม่เคยฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจริงมาก่อน นักศึกษาต้องเผชิญและปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย เรียนรู้การใช้เครื่องมือต่าง ๆ ปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรและอาจารย์ผู้ดูแลหอผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ มีความคาดหวังว่าจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย จากนักศึกษา ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด มีความกังวล และไม่สบายใจขณะฝึกปฏิบัติงานได้^{9,10} เมื่อดูแนวโน้มใน Rotation ที่ 1 ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำที่สุด หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นจนถึง Rotation ที่ 4 และลดลงใน Rotation ที่ 5 ก่อนจะเพิ่มขึ้นใน Rotation ที่ 6 และหลังการฝึกปฏิบัติงาน (ภาพที่ 2)

นอกจากนี้การฝึกปฏิบัติงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกัน รวมทั้งมีการเปลี่ยนสถานที่ฝึกปฏิบัติงานทุกเดือน ทำให้นักศึกษาต้องปรับตัวกับลักษณะของหอผู้ป่วยที่ต่างกันอย่าง มีการใช้เครื่องมือที่หลากหลาย และต้องทำกิจกรรมเสริมหลักสูตร อาจส่งผลให้เกิดเหนื่อยล้า และเกิดความเครียดได้^{11,12,13} ทำให้อาจมีความสุขน้อยกว่าด้านอื่น ๆ สถานศึกษาและผู้เกี่ยวข้องควรร่วมมือกันหาแนวทางพัฒนาหลักสูตรให้แก่นักศึกษาต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{2,9}

2. ด้านความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อม

นักศึกษาส่วนใหญ่ประเมินด้านนี้อยู่ในระดับสูง เนื่องจากอาจารย์ เพื่อน รุ่นพี่พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องในฝึกการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่าการที่อาจารย์ให้ความสนใจ เอาใจใส่ และปฏิบัติต่อนักศึกษาทุกคนอย่างเสมอภาค ทำให้นักศึกษามุ่งมั่น เรียนรู้ในสิ่งที่สอนอย่างตั้งใจ ส่งผลให้นักศึกษามีผลการเรียนและมีความสุขในการฝึกปฏิบัติงานขึ้น ซึ่งตรงกับผลการวิเคราะห์เนื้อหาในงานวิจัยนี้เช่นกันว่าการที่อาจารย์ให้ความสนใจให้ความรู้และประสบการณ์ที่ดี ให้อธิบายแก่นักศึกษาทุกคน ให้การสนับสนุน ทำให้นักศึกษารู้สึกอุ่นใจที่มี

อาจารย์อยู่ด้วยตลอด รู้สึกมีกำลังใจที่จะฝึกปฏิบัติงานในทุก ๆ วัน ในขณะที่เดียวกันนักศึกษา รู้สึกว่าสามารถพึ่งพาเพื่อนที่ฝึกปฏิบัติงานด้วยกันได้เมื่อเกิดความคับข้องใจ หรือเมื่อเกิดปัญหา เกิดความเครียดจากการปฏิบัติงาน คอยรับฟังและช่วยเหลืองานกันดี มาก รุ่นพี่ในหอผู้ป่วยให้ความช่วยเหลือ สอนงานด้วยความใจเย็น ตั้งแต่วันแรกที่ฝึกปฏิบัติงานทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้อย่างหลากหลายจากการฝึกงานในหอผู้ป่วยหลายที่ ทำให้กล้าตัดสินใจและลงมือปฏิบัติมากขึ้น

นอกจากนี้ การเข้าร่วม Pre-conference ทุกวันทำให้นักศึกษาทำความเข้าใจผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง บรรยายการสอนงานของหอผู้ป่วยที่มีอาจารย์ รุ่นพี่พยาบาลและรุ่นพี่ผู้ช่วยพยาบาลดูแลนักศึกษาขณะฝึกปฏิบัติงานอย่างเป็นมิตร คอยชี้แนะ ให้กำลังใจ ไม่ตำหนิให้อับอาย ให้คำปรึกษา ย่อมส่งผลให้นักศึกษามีความสุขในการฝึกปฏิบัติมากขึ้น^{1,14,15}

3. ด้านทัศนคติต่ออาชีพ

นักศึกษาส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีทัศนคติต่ออาชีพสูงกว่าด้านอื่น ตรงกับผลการวิเคราะห์เนื้อหาในงานวิจัยนี้ว่า นักศึกษารู้สึกดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ รู้สึกดีที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นทำให้นักศึกษาอยากไปทำงานทุกวันแม้ตนเองจะป่วย มีความสุขที่เข้ากับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้ แสดงว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่ออาชีพทางบวก คือ มีความชื่นชอบ มีความเชื่อมั่นในวิชาชีพพยาบาล และมีความภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ รู้สึกมีคุณค่าในอาชีพทำให้เกิดความสุขมากที่สุด ถึงแม้ว่าลักษณะงานเป็นงานบริการต้องใช้ความอดทนสูง และเป็นงานที่เสี่ยงต่อการติดโรคก็ตาม^{2,9} ดังนั้นนักศึกษาจึงมีความเห็นว่าการประกอบด้านทัศนคติต่ออาชีพเป็นสิ่งสำคัญ สามารถสะท้อนความรู้สึกที่เป็นสุขอันเกิดจากการได้รับการตอบสนองตามต้องการ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษา^{2,8,16}

ในด้านความรู้สึกต่อตนเองในการเรียน นักศึกษาอาจมีความเครียดในการเรียน เพราะให้ความสำคัญกับเนื้อหาวิชาและผลการเรียนมากกว่าบรรยากาศในการเรียน รวมถึงการทำกิจกรรมในชั้นเรียน ซึ่งในการสอนที่ผ่านมา แม้ว่านักศึกษาจะมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาสาระเป็นอย่างดี แต่นักศึกษาจำนวนไม่น้อยยังด้วยความสามารถเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การแสดงหรืออ้างอิงเหตุผล การสื่อสารหรือการนำเสนอแนวคิด การเชื่อมโยงระหว่างเนื้อหา กับสถานการณ์ต่าง ๆ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ปัญหาเหล่านี้ทำให้นักศึกษาไม่สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ในชีวิตประจำวัน และการศึกษาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยดังกล่าวก็ส่งผลต่อความสุขของผู้เรียน^{1,17,18} จากผลการวิเคราะห์ของคะแนนความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อม (ความรู้สึกที่ดีต่ออาจารย์ เพื่อน รุ่นพี่พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล) และคะแนนทัศนคติต่อวิชาชีพมีผลเพิ่มขึ้น ทำให้คะแนนความสุขในการเรียนในทุก Rotation เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นไปได้ว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนและอาจารย์

ช่วยให้นักศึกษารู้สึกว่ามีคนเข้าใจ มีที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น สบายใจ จึงมีความรู้สึกเป็นสุขมากกว่ากลุ่มที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{2,11,20} ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษา กับเพื่อน รุ่นพี่รุ่นน้องและอาจารย์เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล

จากผลการศึกษายังพบว่านักศึกษาได้รับเงินค่าใช้จายรายเดือน ไม่เพียงพอกับการใช้จาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{8,14,20} ที่พบว่า สภาวะขาดแคลนทุนทรัพย์เป็นผลให้นักศึกษาเกิดความเครียด และทำให้ความซุกซนลดลง จึงควรสนับสนุนเรื่องทุนทรัพย์ รวมถึงสอบถามความต้องการทุนการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้การสนับสนุนทางการเงินมากขึ้น

จากการศึกษาผลความซุกซนต่ำลงทุกด้านใน Rotation ที่ 5 ซึ่งน่าจะมาจากการเก็บข้อมูลเป็นช่วงหลังวันหยุดยาวสงกรานต์ ประกอบกับการอ่อนล้า เบื่อหน่าย ในการฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมาเป็นเวลายาวนาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{2,14} ที่พบว่า การฝึกปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และความสูญเสีย ในระยะเวลาหลายเดือน ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเบื่อหน่ายในการเรียน เกิดการเรียนรู้ต่ำ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่ดี หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิต ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างความสุขในการเรียน จัดกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมการเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาจารย์ ศิษย์ รุ่นพี่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในหอผู้ป่วยที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ทำให้นักศึกษามีความสุขมากขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับการปฏิบัติงานและบุคคลแวดล้อม และที่สำคัญคงอยู่ในอาชีพต่อไป

สรุป

นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล มีความสุขในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีระดับความสุขแตกต่างกันในแต่ละ Rotation ส่วนองค์ประกอบด้านความรู้สึกต่อบุคคลแวดล้อมและด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความสุขในการเรียน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ นักศึกษามีความสุขมาก/น้อย และเพื่อหาแนวทางการปรับตัวของนักศึกษา
2. ควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษา และกิจกรรมการเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครู ศิษย์ รุ่นพี่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล
3. ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมทางการศึกษาที่ดีให้กับนักศึกษา เพื่อพัฒนาระบบการศึกษามากขึ้น เช่น การประชุมเตรียมความพร้อมของพี่พยาบาล เพื่อความเข้าใจที่ตรงกับวัตถุประสงค์ และขอบเขตในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ อ.ดร.เกียรติยศ กุลเดชชัยชาญ ที่ให้คำปรึกษา แนะนำการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วง และศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สนับสนุนทุนการวิจัย อาจารย์โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้โอกาสและสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อภิชัย คุณิพงษ์, ศศิธร ตันติเอกรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในสถาบันการศึกษากับความสุขในการเรียนรู้ ของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2560;10(1):64-76.
2. ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกพร ชาวเวียง, นฤมล จันทระเกษม. ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2560;5(1):357-9.
3. Townsend, M. C. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice (6thed.). Philadelphia: F. A Davis;2014.
4. เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(2):201-10.
5. โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. รายงานการติดตามนักศึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษา ปีการศึกษา 2562-2564 [เอกสารอัดสำเนา]. โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลศิริราช;2565.
6. โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. รายงานผลการดำเนินงานด้านผลผลิต ปีการศึกษา 2562-2564 [เอกสารอัดสำเนา]. โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลศิริราช;2565.
7. ปัทมา ทองสม. การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2557;4(1):88-111.
8. สมใจ วินิจกุล, สุวรรณ เจริญสุขวงศ์, ประทุมทิพย์ สุขราษฎร์. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในสถาบันการศึกษา ความสุขในการเรียนรู้ กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสารเกื้อการุณย์. 2557;21:7-24.
9. ยุพา วงศ์สไตร, วราภรณ์ ตีน้ำจิต. ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2563;13(1):43-57.
10. เกษร เกษมสุข, กรรณิกา วิชัยเนตร. การศึกษาความสุขของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18(3):228-35.
11. ณรงค์กร ชัยวงศ์, นิชาภัทร มณีพันธ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการปรับตัวของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2563;28(3):315-25.
12. พิษณายวีร์ สิ้นสวัสดิ์, เบญจวรรณ พิพิทาร์ต. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิต ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี. วารสารเกื้อการุณย์. 2559;23(1):7-20.
13. Altiock HO, Ustun B. The stress sources of nursing student. Educ. Sci. Theory & Practice. 2013;13(2):760-6.
14. ปราณี อ่อนศรี, สายสมร เฉลยภิตติ. การจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อสร้างความสุข: บทบาทของผู้สอนและผู้เรียน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2556;14(1):8-16.
15. Jun WH, Jo MJ. Factor affecting happiness among nursing students in South Korea. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2016;23(6-7):419-26. doi: 10.1111/jpm.12330.
16. Theppradit P, Kongpet J, Puttakun N. The Happiness Level During Nursing Clinical Practice of Second Year Nursing Students. J Res J Nurs Midwifery Health Sci. 2023;43(3):12-23.
17. พิไลพร สุขเจริญ, จิตภา พลรักษ์, รักษ์พร เพชรสุข. ความสุขในการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2563;31(2):158-70.
18. ปาณิสรา เปี่ยมกตา. แนวทางการออกแบบนวัตกรรมระบบการศึกษายังยืน ตามหลักธรรมพระพุทธศาสนา: กรณีศึกษาแนวคิด และมุมมองของสตีฟ จอบส์. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2558;3(2):133-45.
19. ฐมาพร เขียวชาญ, อภิฤดี พาส. ความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2564;15(1):21-8.
20. Doyle K, Sainsbury K, Cleary S, et al. Happy to help/ happy to be here: Identifying components of successful clinical placements for undergraduate nursing students. Nurse Edu Today. 2017;49:27-32.

Gerontological Nursing Competencies for Registered Nurses in a University Hospital Setting

Chamaiporn Charoenkraikamol, Auengporn Pituksung, Janthana Namthep, Piyanuch Saysukanun, Ratree Chimchalong, Pitiporn Siritipakorn, Lalita Sritalabhen

Department of Nursing Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2024;17(3):197-208

ABSTRACT

Objective: This study aimed to describe gerontological nursing competencies and the need for their development among nurses working in a university hospital setting.

Materials and Methods: A convenience sample of 365 nurses with at least one year of experience participated in the study. A self-assessment instrument was used, developed based on the work by ROUNGFA Atiratpaisal. The instrument consisted of eight domains: 1. Critical thinking, 2. Communication, 3. Assessment, 4. Technical skill, 5. Health promotion and risk reduction, 6. Illness management, 7. Discharge planning, and 8. Interdisciplinary collaboration. Content validity was established by five experts (CVI = 0.99), and the instrument was piloted on 30 nurses to assess reliability (Cronbach's alpha = 0.98). The questionnaire was distributed via Google Form during April-May 2023. Data were analyzed using independent t-tests and F-tests.

Results: The sample comprised 365 nurses, with over 10 years of experience (47.4%), working primarily in surgical units (36.4%). A significant proportion (76.4%) had experience with home care for the elderly. However, 62.4% had not received formal gerontological training, while 46.7% had participated in short courses (1-5 days). The overall level of gerontological nursing competency was good (mean = 3.76, SD = 0.49). Critical thinking showed the highest score (mean = 4.37, SD = 0.49) among the eight domains. Nurses identified the greatest need for development in knowledge (88.2%), followed by practice (40.8%) and equipment (34.5%).

Conclusion: While self-assessment can be a valuable tool for nurses, comprehensive assessment by senior or head nurses remains essential for evaluating gerontological nursing competency.

Keywords: Nursing competency; elderly; gerontological nursing

Correspondence to: Auengporn Pituksung

Email: auengporn.pit@gmail.com

Received: 31 January 2024

Revised: 16 May 2024

Accepted: 14 June 2024

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i3.267559>

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ชไมพร เจริญไกรกมล, เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จันทนา นามเทพ, ปิยนุช สายสุxonันต์, ราตรี ฉิมฉลอง, ปิติพร สิริทิพากร, ลลิตา ศีตลเพ็ญ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะและความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของพยาบาล

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 1 ปีขึ้นไป เลือกตัวอย่างแบบสะดวก เครื่องมือ คือ แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ พัฒนาตามแนวคิดของรุ่งฟ้า อธิราษฎร์ไพศาล ประเมินตนเอง 8 ด้าน คือ 1. การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ 2. การสื่อสารกับผู้สูงอายุ 3. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ 4. การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ 5. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ 6. การจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 7. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ 8. การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่า CVI = 0.99 ทดลองใช้ในพยาบาล 30 คน ค่าความเชื่อมั่น 0.98 เก็บข้อมูลเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ.2566 ผ่าน Google Form วิเคราะห์ข้อมูลใช้การทดสอบทีอิสระ ทดสอบเอฟ ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา: พยาบาล 365 คน ส่วนใหญ่ทำงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 47.4) ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด (ร้อยละ 36.4) เคยดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (ร้อยละ 76.4) ไม่เคยอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 62.4) กลุ่มที่เคยอบรม ส่วนใหญ่อบรมระยะสั้น (1-5 วัน) (ร้อยละ 46.7) ระดับสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.76$, $SD = 0.49$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.49$) ความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนใหญ่ต้องการพัฒนาด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ ร้อยละ 88.2, 40.8, 34.5 ตามลำดับ

สรุป: พยาบาลควรมีการประเมินระดับสมรรถนะด้วยตนเอง ด้วยพยาบาลอาวุโสหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นระยะ

คำสำคัญ: สมรรถนะการพยาบาล; ผู้ป่วยสูงอายุ; การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุไว้ว่าในปี ค.ศ.2020 ทั่วโลกมีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 13.5 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2040 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 18.9¹ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในระดับโลกสอดคล้องกับในประเทศไทย โดยรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2565² ประเทศไทยมีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และคาดประมาณว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือเพียง 60 ล้านคน แต่จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 13 ล้านคน เป็น 19 ล้านคน จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้สัดส่วนกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาลสูงขึ้นตามไปด้วย จากข้อมูลหน่วยงานสถิติทางการแพทย์ งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช พบว่า สถิติผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลในปี พ.ศ.2563 และ ปี พ.ศ.2564 เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ

มากกว่า 65 ปี ร้อยละ 29.95 และ 28.29 ตามลำดับ³ ซึ่งมีสัดส่วนเกือบ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จะมีความซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากลักษณะเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต่างจากวัยอื่น ๆ ได้แก่ สมรรถภาพและอวัยวะเสื่อมถอย (reduced body reserve) อาการแสดงไม่ตรงไปตรงมา (atypical presentation) มีโรคร่วมหลายอย่าง (multiple pathology) รับประทานยาหลายชนิด (polypharmacy) ฟังฟังสังคมและผู้อื่นในการดูแลสุขภาพมากขึ้น (social adversity) โดยใช้อักษรย่อคำว่า RAMPS⁴ ดังนั้น ผู้ป่วยสูงอายุจึงกระจายเข้ารับการรักษาทั่วโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยทางอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ โรคเกี่ยวกับ หู ตา คอ จมูก ฯลฯ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุจะต้องดูแลทั้งโรคที่เป็นอยู่ ความเสื่อมทางกาย และ/หรือจิตใจควบคู่ไปด้วย⁵ สำหรับพยาบาลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะ (competency) ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุควบคู่ไปกับสมรรถนะในการดูแลโรคทั่วไป

การประเมินสมรรถนะ มีความจำเป็นเพื่อค้นหาช่องว่าง (gap) เพื่อการพัฒนาให้บุคคลมีสมรรถนะตามความจำเป็นในการ

ปฏิบัติงาน ในต่างประเทศ American Association of Council Nursing (AACN)⁶ เป็นหน่วยงานแรก ๆ ที่เริ่มพัฒนา และทำการประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลในโรงพยาบาล และทำให้มีการปรับใช้ให้เหมาะกับหลายบริบท เช่น ในบริบทของศูนย์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ โดยรุ่งฟ้า อธิราชภูรีไพศาล⁷ โดยปรับมาจากแนวคิดของ AACN กำหนดสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่

- 1) การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ
- 2) การสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ
- 3) การประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ
- 4) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ
- 5) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ
- 6) การจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ
- 7) วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ
- 8) การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ

ต่อมา เกษสุวรรณ สังกะวิทย์⁸ ได้นำแนวคิดมาสร้างแบบประเมินและทดลองใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสภาการพยาบาล⁹ ได้กำหนดขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่กล่าวมาได้ศึกษาและกำหนดในบริบทที่แตกต่างกันออกไป แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการพัฒนาและปรับใช้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

การศึกษานี้จึงนำแนวคิดดังกล่าวมาสร้างแบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุด้วยตนเองสำหรับพยาบาลเพื่อศึกษาระดับสมรรถนะ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาล นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลกระจายไปทุกงานการพยาบาล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความครอบคลุม เพิ่มคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และเพื่อศึกษาความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกคือ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี เกณฑ์คัดออกคือ อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ หรือลาคลอดในระหว่างที่เก็บข้อมูล

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม n4Studies¹⁰ ตามสูตร Estimate finite population proportion¹¹ จากการศึกษาของ Fang-Wen HU และคณะ¹² ซึ่งเป็นการวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าพยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 67.74⁷ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดค่า p ที่ใกล้เคียงกับงานวิจัย คือ เท่ากับ 0.7 กำหนดค่า $N = 2,035$ จากจำนวนพยาบาลของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ กำหนดค่า error (d) = 0.05 ค่า α (α) = 0.05

ผลการคำนวณขนาดของตัวอย่าง (n) เท่ากับ 279 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า Drop out rate ที่ร้อยละ 30 โดยกำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 365 คน

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการส่งแบบสอบถามผ่านระบบ Google Form ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ในการดูแลแบบสอบถามผ่านระบบ Google Form โดยตรวจสอบข้อมูลเป็นระยะ ๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด จึงทำการปิดระบบการตอบแบบสอบถามดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ระยะเวลาในการอบรมผู้ป่วยสูงอายุ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

คณะผู้วิจัยขออนุญาตใช้และดัดแปลงจากแบบวัดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ของเกษสุวรรณ สังกะวิทย์ ซึ่งพัฒนาและสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของ American Association of Council Nursing: AACN ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของสภาการพยาบาลสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของรุ่งฟ้า อธิราชภูรีไพศาล⁷ โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล

แบบสอบถามมีลักษณะคำถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ จำนวน 54 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ตามสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้

ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ 6 ข้อ ด้านการสื่อสารกับผู้สูงอายุ 8 ข้อ ด้านการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ข้อ ด้านการปฏิบัติกรพยาบาลผู้สูงอายุ 6 ข้อ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ 9 ข้อ ด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 7 ข้อ ด้านการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ 6 ข้อ ด้านการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ 3 ข้อ

ลักษณะการตอบเป็น Rating scale 5 ระดับ ได้แก่

น้อยที่สุด	(1 คะแนน)
น้อย	(2 คะแนน)
ปานกลาง	(3 คะแนน)
มาก	(4 คะแนน)
มากที่สุด	(5 คะแนน)

การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย¹¹ ดังนี้

ระดับดีมาก	(4.51–5.00 คะแนน)
ระดับดี	(3.51–4.50 คะแนน)
ระดับปานกลาง	(2.51–3.50 คะแนน)
ระดับน้อย	(1.51–2.50 คะแนน)
ระดับน้อยที่สุด	(1.0–1.50 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะการตอบเป็นการบรรยายในช่องว่าง ตามกลุ่มคำตอบเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านการฝึกปฏิบัติ ด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ ด้านสถานที่/สิ่งแวดล้อม และด้านอื่น ๆ โดยสามารถระบุเพิ่มเติมได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านผู้สูงอายุ 2 คน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.99 นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 เท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข Si 080/2023 รหัสโครงการ 904/2565 ออกให้ ณ วันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2566 โดยออกแบบ Google Form ให้แสดงเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยในลำดับแรกเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและทำความเข้าใจ ก่อนกดปุ่มยอมรับเพื่อแสดงความยินยอม

เข้าร่วมการวิจัยจึงตอบแบบประเมินในหน้าถัดไป ไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบ การตอบคำถามเลือกตอบตามอิสระ สามารถข้ามข้อคำถามหรือออกจากระบบได้ตลอดเวลา การเข้าถึงข้อมูลต้องใช้รหัสผ่านเฉพาะหัวหน้าโครงการวิจัย และสมาชิกในทีมวิจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นไปในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ.2566 ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยผู้วิจัยพบหัวหน้างานการพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของงานวิจัยเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล จัดทำแบบประเมินในรูปแบบของ Google Form จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ส่งให้ ส่งให้หอผู้ป่วยและหน่วยงานเพื่อให้ผู้สนใจเข้าร่วมวิจัย การตอบแบบประเมินใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกเบื่อหน่ายหรืออดใจในการตอบ สามารถข้ามข้อคำถามที่ไม่ต้องการตอบได้และออกจากระบบได้ตลอดเวลา เจ้าหน้าที่ตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบประเมินเป็นระยะ และปิดรับคำตอบเมื่อครบตามจำนวนที่กำหนด อย่างไรก็ตามมีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 365 คน จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 18 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการอบรมผู้สูงอายุ และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุตามระดับระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาในการอบรมผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ดังนี้

- ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าค่า Sig เท่ากับ .099 ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

- ตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของข้อมูลด้วยสถิติ Levene statistic test of homogeneity of variance พบว่าค่า Sig มากกว่า 0.05 ทุกกลุ่ม ข้อมูลมีเอกพันธ์ของความแปรปรวน ระหว่างกลุ่มเท่ากัน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุตามการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยใช้การทดสอบทีอิสระ (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

4. ความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มความถี่บรรยายตามความต้องการ เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านการฝึกปฏิบัติ ด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ ด้านสถานที่/สิ่งแวดล้อม และด้านอื่น ๆ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 365 คน มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 38 ปี ค่าเฉลี่ย 12.6 ปี (SD = 10.5) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 173 คน (ร้อยละ 47.4) ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในแผนกศัลยกรรม ก่อนและหลังผ่าตัด จำนวน 133 คน (ร้อยละ 36.4) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรม จำนวน 124 คน (ร้อยละ 34.0) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 228 คน (ร้อยละ 62.4) ในกลุ่มที่เคยได้รับการอบรมฯ ส่วนใหญ่อบรมใน ระยะสั้น 1-5 วัน จำนวน 63 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือ กลุ่มที่ได้รับการอบรมระยะเวลา มากกว่า 4 เดือน จำนวน 34 คน (ร้อยละ 25.2) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว จำนวน 279 คน (ร้อยละ 76.4)

ค่าเฉลี่ยและระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่าสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับดี โดยสมรรถนะรายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด แปลผลได้อยู่ระดับดีมาก คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ ($\bar{X} = 4.37$, SD = 0.49) รองลงมา คือ การสื่อสาร ($\bar{X} = 4.21$, SD = 0.49) สำหรับสมรรถนะด้าน

ที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แปลผลได้อยู่ระดับปานกลาง คือ การจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 3.32$, SD = 0.66) (ตารางที่ 1)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน ของพยาบาลที่มีระดับอายุงานแตกต่างกัน โดยแบ่งระดับอายุงานตามระดับสมรรถนะของหน่วยงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามในด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ และด้านการประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน พบว่า มีความแตกต่างกันในด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ การจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ และในภาพรวม (ตารางที่ 3)

พยาบาลที่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน แตกต่างกับพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยในสมรรถนะตามรายด้านสำหรับพยาบาลที่ได้รับการอบรม พบว่า ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ การสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุและการประสานงานกับสหวิชาชีพมีความแตกต่างกับพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ระดับสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโดยรวมและรายด้าน (n=365)

สมรรถนะ	min	max	mean	SD	ระดับ
1. การมีทัศนคติที่ดี	3.00	5.00	4.37	0.49	ดีมาก
2. การสื่อสาร	2.89	5.00	4.21	0.50	ดีมาก
3. การประเมินสุขภาพ	1.36	5.00	3.55	0.57	ดี
4. การปฏิบัติการพยาบาล	2.00	5.00	3.80	0.57	ดี
5. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยง	2.00	5.00	3.70	0.58	ดี
6. การจัดการกับความเจ็บป่วย	1.11	5.00	3.32	0.66	ปานกลาง
7. การวางแผนจำหน่าย	1.00	5.00	3.65	0.67	ดี
8. การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ	1.00	5.00	3.63	0.73	ดี
รวม	2.35	5.00	3.76	0.49	ดี

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโดยรวมและรายด้าน ตามระดับระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (n=365)

สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ	ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน					F-test	Sig.
	1-2 ปี	3-5ปี	6-10 ปี	11-20 ปี	>20 ปี		
	(n=51)	(n=133)	(n=19)	(n=124)	(n=24)		
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
1. การมีทัศนคติที่ดี	4.33 (.44)	4.29 (.48)	4.33 (.50)	4.40 (.54)	4.45 (.48)	1.52	0.183
2. การสื่อสาร	4.12 (.47)	4.16 (.55)	4.23 (.49)	4.27 (.54)	4.26 (.49)	1.55	0.174
3. การประเมินสุขภาพ	3.58 (.48)	3.42 (.57)	3.58 (.64)	3.55 (.65)	3.60 (.54)	1.05	0.389
4. การปฏิบัติการพยาบาล	3.77 (.55)	3.71 (.54)	3.81 (.64)	3.80 (.56)	3.89 (.57)	2.59**	0.026
5. การส่งเสริมสุขภาพฯ	3.68 (.55)	3.70 (.56)	3.79 (.69)	3.63 (.54)	3.72 (.58)	2.98**	0.012
6. การจัดการกับความเจ็บป่วย	3.34 (.56)	3.39 (.64)	3.45 (.78)	3.24 (.67)	3.24 (.69)	2.53**	0.029
7. การวางแผนจำหน่าย	3.63 (.58)	3.61 (.60)	3.71 (.66)	3.62 (.67)	3.69 (.80)	2.26**	0.048
8. การประสานงานสหสาขาฯ	3.51 (.65)	3.55 (.64)	3.75 (.80)	3.62 (.74)	3.75 (.79)	2.95**	0.013
รวม	3.73 (.42)	3.71 (.47)	3.81 (.57)	3.74 (.49)	3.80 (.51)	2.63**	0.024

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโดยรวมและรายด้าน ตามกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การดูแล (n=365)

สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ	ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน						F-test	Sig.
	ICU	Surgery	ENT	Med	Gyne	Rad		
	(n=51)	(n=133)	(n=19)	(n=124)	(n=24)	(n=14)		
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
1. การมีทัศนคติที่ดี	4.34 (.57)	4.38 (.47)	4.49 (.52)	4.40 (.47)	4.13 (.43)	4.40 (.50)	1.52	0.183
2. การสื่อสาร	4.18 (.55)	4.23 (.49)	4.32 (.53)	4.24 (.49)	3.96 (.52)	4.19 (.41)	1.55	0.174
3. การประเมินสุขภาพ	3.51 (.62)	3.55 (.60)	3.59 (.53)	3.61 (.56)	3.34 (.44)	3.49 (.35)	1.05	0.389
4. การปฏิบัติการพยาบาล	3.73 (.57)	3.85 (.55)	3.76 (.48)	3.85 (.60)	3.44 (.53)	3.88 (.49)	2.59**	0.026
5. การส่งเสริมสุขภาพฯ	3.61 (.59)	3.81 (.61)	3.62 (.48)	3.68 (.54)	3.37 (.50)	3.73 (.52)	2.98**	0.012
6. การจัดการความเจ็บป่วย	3.21(.63)	3.41 (.68)	3.19 (.55)	3.36 (.69)	2.95 (.62)	3.26 (.33)	2.53**	0.029
7. การวางแผนจำหน่าย	3.58 (.66)	3.69 (.69)	3.62 (.52)	3.72 (.68)	3.24 (.68)	3.66 (.54)	2.26**	0.048
8. การประสานงานฯ	3.63 (.78)	3.67 (.70)	3.39 (.56)	3.70 (.78)	3.17 (.59)	3.83 (.57)	2.95**	0.013
รวม	3.70 (.50)	3.81 (.51)	3.74 (.42)	3.79 (.49)	3.44 (.39)	3.77 (.31)	2.63**	0.024

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโดยรวมและรายด้าน ตามการได้รับการอบรมฯ (n=365)

สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ	การอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ			
	ไม่เคย (n=228)	เคย (n=137)	t-test	Sig.
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
1. การมีทัศนคติที่ดี	4.31 (0.49)	4.47 (0.46)	-2.96**	0.003
2. การสื่อสาร	4.16 (0.52)	4.30 (0.46)	-2.53**	0.012
3. การประเมินสุขภาพ	3.46 (0.54)	3.71 (0.59)	-4.27**	0.000
4. การปฏิบัติการพยาบาล	3.74 (0.55)	3.91 (0.59)	-2.86**	0.004
5. การส่งเสริมสุขภาพฯ	3.60 (0.56)	3.86 (0.57)	-4.12**	0.000
6. การจัดการกับความเจ็บป่วย	3.21 (0.64)	3.51 (0.66)	-4.31**	0.000
7. การวางแผนจำหน่าย	3.54 (0.67)	3.84 (0.64)	-4.28**	0.000
8. การประสานงานสหสาขาวิชาชีพ	3.54 (0.73)	3.79 (0.72)	-3.20**	0.002
รวม	3.67 (0.46)	3.90 (0.50)	-4.47**	0.000

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโดยรวมและรายด้าน ตามระยะเวลาอบรมฯ (n=137)

สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ	ระยะเวลาที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ				F-test	Sig.
	1-5 วัน	6-30 วัน	1-4 เดือน	> 4 เดือน		
	(n=63)	(n=14)	(n= 44)	(n=16)		
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
1. การมีทัศนคติที่ดี	4.39 (.47)	4.60 (.47)	4.43 (.46)	4.76 (.30)	3.36**	0.021
2. การสื่อสาร	4.23 (.46)	4.56 (.44)	4.26 (.44)	4.45 (.47)	2.87**	0.039
3. การประเมินสุขภาพ	3.61 (.62)	4.04 (.37)	3.65 (.52)	4.02 (.67)	3.85**	0.011
4. การปฏิบัติการพยาบาล	3.84 (.60)	4.33 (.45)	3.80 (.54)	4.15 (.65)	4.21**	0.007
5. การส่งเสริมสุขภาพป้องกันความเสี่ยง	3.79 (.55)	4.30 (.44)	3.72 (.54)	4.09 (.59)	5.49**	0.001
6. การจัดการความเจ็บป่วย	3.45 (.69)	3.95 (.54)	3.36 (.56)	3.74 (.74)	3.88**	0.011
7. การวางแผนจำหน่าย	3.80 (.65)	4.27 (.52)	3.67 (.58)	4.09 (.71)	4.22**	0.007
8. การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ	3.73 (.70)	4.33 (.47)	3.56 (.67)	4.19 (.75)	6.69**	0.000
รวม	3.83 (.50)	4.27 (.37)	3.80 (.42)	4.15 (.56)	5.59**	0.001

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามระยะเวลาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการอบรมจำนวน 137 คน พบว่า สมรรถนะของพยาบาลที่ได้รับการอบรมโดยมีระยะเวลาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโดยรวม จำแนกตามประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จะมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์การดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยในสมรรถนะตามรายด้านของกลุ่มที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ การสื่อสาร การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยง การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน/การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ และการประสานงานกับสหวิชาชีพ มีความแตกต่างกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

ความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติ ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ ร้อยละ

88.2, 40.8, 34.5 ตามลำดับ โดยความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ในด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน และภาวะสมองเสื่อม มากที่สุด (ร้อยละ 80.3) ตามมาด้วย ภาวะเปราะบาง (frailty) การใช้ยาในผู้สูงอายุ ร้อยละ 75.9 และ 73.4 ตามลำดับ ความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ด้านการฝึกปฏิบัติ เรื่อง การผูกมัดอย่างไรให้ปลอดภัยในผู้ป่วยสูงอายุ การประเมินผิวหนังในผู้ป่วยสูงอายุ การดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ/ภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจาก การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ร้อยละ 39.2, 37.0, 36.7 ตามลำดับ และความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ เรื่องการใช้อุปกรณ์ และเครื่องมือ พบว่า มีความต้องการ การใช้เครื่องมือประเมินภาวะต่าง ๆ ในผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 31.8 การใช้เครื่องช่วยฟัง การใช้อุปกรณ์ในการยกตัวและเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ สำหรับความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ด้านอื่น ๆ พบว่า ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุระหว่างวัน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เรื้อรังหลายโรค การจัดการความเจ็บปวดในผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (partial/totally independent) การฝึกทักษะแก่ญาติในด้านต่าง ๆ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความเชื่อ ศาสนา สื่อ สังคมออนไลน์เพื่อผู้สูงอายุ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโดยรวมและรายด้าน ตามประสบการณ์ฯ (n=365)

สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ	ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว			
	ไม่เคย (n=86)	เคย (n=279)	t-test	Sig.
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
1. การมีทัศนคติที่ดี	4.25 (0.53)	4.41 (0.47)	-2.61**	0.009
2. การสื่อสาร	4.07 (0.53)	4.25 (0.48)	-3.02**	0.003
3. การประเมินสุขภาพ	3.45 (0.62)	3.58 (0.55)	-1.90	0.059
4. การปฏิบัติการพยาบาล	3.71 (0.59)	3.83 (0.56)	-1.75	0.080
5. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยง	3.58 (0.59)	3.74 (0.57)	-2.24**	0.026
6. การจัดการกับความเจ็บป่วย	3.27 (0.69)	3.33 (0.66)	-0.71	0.478
7. การวางแผนจำหน่าย	3.49 (0.68)	3.70 (0.66)	-2.63**	0.009
8. การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ	3.48 (0.69)	3.68 (0.74)	-2.30**	0.022
รวม	3.65 (0.52)	3.79 (0.47)	-2.47**	0.014

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของเกษสุวรรณ สังหาวิทย์⁶ เกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Prachusilpa, G., & Chumtem, S.¹² ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน และ Dahlke, S. และคณะ¹³ ทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของประเทศแคนาดา และการศึกษาในประเทศจีน โดย Bai Chunlan และคณะ¹⁴ ซึ่งศึกษาในระดับจังหวัด Hongxiu Chen และคณะ¹⁵ ทำการศึกษาในระดับประเทศ เกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แตกต่างกับการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Fang-Wen HU และคณะ¹⁰ ในประเทศไต้หวัน ซึ่งศึกษาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ โดยการประเมินตนเอง ก็พบว่า สมรรถนะด้านการจัดการภาวะความผิดปกติต่าง ๆ ในผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน เนื่องจากการจัดการภาวะความผิดปกติต่าง ๆ ในผู้ป่วยสูงอายุ มีความซับซ้อนและแตกต่างกันสูง ทั้งในเรื่องการประเมินและการพยาบาล เช่น ภาวะซึมเศร้าแบบเฉียบพลัน มีการแสดงออกที่ต่างกันไปทั้งแบบที่รุนแรง และเชื่องซึม ทำให้ยากต่อการประเมินและการจัดการ เป็นต้น⁷ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ที่กล่าวว่าพยาบาลต้องมีความสามารถในการสอน ให้ความรู้ และคำปรึกษาทางสุขภาพ ต้องมีทักษะการประเมินรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมทั้งสามารถเลือกใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายด้วย จึงจะถือว่ามีความสามารถด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการจัดการกับภาวะผิดปกติต่าง ๆ⁵

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุรายด้าน พบว่าด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ เป็นสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระดับดีมาก รองลงมาได้แก่ ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนสมรรถนะที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ การประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ สำหรับสมรรถนะรายด้านที่อยู่ในระดับปานกลางคือ การจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษสุวรรณ สังหาวิทย์⁶ ที่พบว่าสมรรถนะรายด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับดี รองลงมาคือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน ของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเกษสุวรรณ สังหาวิทย์⁶ ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน และการศึกษาของ Fang-Wen HU และคณะ¹⁰ พบว่าพยาบาลที่มีระดับอายุการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการเรียน การสอนการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุตั้งแต่ในระดับปริญญาตรี ทำให้สมรรถนะในภาพรวมไม่แตกต่างกัน

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ในกลุ่มพยาบาลที่ให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยแตกต่างกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างกับการศึกษาในประเทศไต้หวัน¹⁰ และจีน^{14,15} ที่พบว่าการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ต่างกันไม่ได้ทำให้สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเกิดจากการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยการศึกษาในประเทศไต้หวัน แยกเป็น 3 กลุ่ม หอผู้ป่วยทั่วไป หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรม และในประเทศจีน แยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ในขณะที่การศึกษานี้ แยกเป็น 6 กลุ่ม โดยพยาบาลที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยนิเวศ จะมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ น้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากสัดส่วนผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มผู้ป่วยนิเวศน้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ทำให้พยาบาลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าตามไปด้วย

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจะมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน แตกต่างกับพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของวิยะดา รัตนสุวรรณ และประภาลี โอภาสนันท์¹⁶ ที่พบว่ากลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีความคิดเห็นว่า พยาบาลยังมีความรู้และทักษะในด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไม่เพียงพอ ซึ่งควรเพิ่มเติมความรู้ที่ลึกซึ้งผ่านการอบรมและสอดคล้องกับการศึกษาของลดาวลัย พันธุ์พาณิชย์ และคณะ¹⁷ ว่าประสบการณ์การเรียนรู้จากการสอนภาคทฤษฎีแล้วฝึกปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในแหล่งฝึกทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีการเชื่อมโยงความรู้ที่ได้จากการเรียนการสอนวิชาทฤษฎีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจและสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแล ทั้งในฐานะผู้ดูแล และผู้ฝึกอบรมทั้งขณะและภายหลังให้การดูแล ตลอดจนการนำเสนอ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม ทำให้สมรรถนะทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น เมื่อสิ้นสุดการอบรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chen Hongxiu และคณะ¹⁵ ที่กล่าว

ว่าการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับระดับสมรรถนะของพยาบาลผู้สูงอายุ และประสิทธิภาพการพยาบาลผู้สูงอายุ ยิ่งพยาบาลได้รับการฝึกอบรมและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุมาก สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุก็จะมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hawkey LC¹⁸ ที่กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้พยาบาลได้ผ่านการฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลและให้เวลาในการฝึกอบรม จะทำให้ประสิทธิภาพของการอบรมดี มีสมาธิส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจของพยาบาลที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติงานในการให้การดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของ Mezey M และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การเตรียมพยาบาลโดยการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 วัน ทำให้กลุ่มที่ได้รับการอบรมมีระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุดีกว่าผู้ที่ไม่ผ่านการอบรม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามระยะเวลาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพบว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน จะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ และคณะ¹⁷ ซึ่งได้ทำการศึกษาศมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุผู้ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง พบว่าสมรรถนะของพยาบาลก่อนการอบรม หลังการสิ้นสุดการอบรม 4 เดือน และหลังการอบรม 1 ปี สมรรถนะจะเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน โดยสมรรถนะของการพยาบาลเฉพาะทางสาขาผู้สูงอายุสมรรถนะของการพยาบาล เฉพาะทางด้านเวชปฏิบัติและสมรรถนะตามวัตถุประสงค์ ของหลักสูตร GNP ก่อนเข้ารับการอบรมอยู่ในระดับต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Bourbonniere M และ Strumpf E.N.²⁰ ที่กล่าวว่า การอบรมในระยะเวลาที่เพียงพอจะทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลทางคลินิกที่ดี ระยะเวลาการอบรมที่เหมาะสมคือ 8 สัปดาห์ แต่อย่างไรก็ตามระยะเวลาอบรมเพียงอย่างเดียวไม่ได้มีผลต่อความรู้หรือทักษะในการดูแล ทั้งนี้ขึ้นกับการออกแบบโปรแกรมการอบรม และการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังการอบรมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น แม้ใช้เวลาในการอบรม แม้เพียง 1 ชั่วโมงก็สามารถเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยได้หากมีการออกแบบโปรแกรมการอบรมที่ดี และการติดตามอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของ Chen Hongxiu และคณะ¹⁶ ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพผู้สูงอายุ คือระยะเวลาของการอบรม เนื้อหาของการอบรมต้องตรงกับความต้องการทางคลินิกซึ่งควรขยายระยะเวลาการอบรมมากกว่า 3 เดือน และอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และเทคนิคทางการพยาบาลเพียงพอมีทักษะด้านวิจัยและมีความชำนาญเฉพาะด้านในการดูแลผู้สูงอายุตามความต้องการ

ประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวพบว่า มีความแตกต่างกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์การดูแลในครอบครัว มาก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ และคณะ²¹ ที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ทำให้มีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลง

และความต้องการของผู้สูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุย สื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุได้เป็นอย่างดี ดังนั้น หากได้รับการอบรมความรู้ด้านผู้สูงอายุ ตลอดจนการให้ความรู้ในมิติของการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นศาสตร์เฉพาะด้านเพิ่มเติม ย่อมทำให้พยาบาลมีความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหา และนำมาซึ่งการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งตรงกับการศึกษาของประไพพิศ สิงหเสน และคณะ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่าเมื่อได้รับการเรียนรู้การอบรมนักศึกษาจะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และมีสมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนามากขึ้น เมื่อได้เรียนรู้มากขึ้นสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระดับชั้นปี ซึ่งศักยภาพของการเรียนรู้ที่เกิดจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ต่างกัน^{8,17} ทั้งนี้หากพยาบาลมีสมรรถนะที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุย่อมเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพต่อไป

ความต้องการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ด้านความรู้ มากที่สุด รองลงมาคือด้านการฝึกปฏิบัติ และด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ สำหรับด้านความรู้ สิ่งที่พยาบาลต้องการพัฒนาสมรรถนะคือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน และภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะประสาทบาง และการใช้ยาในผู้สูงอายุ สำหรับความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ด้านการฝึกปฏิบัติ พบว่า มีความต้องการในการฝึกปฏิบัติ เรื่อง การจำแนก ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน และภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุ การดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ/ภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ การประเมินผิวหนังในผู้ป่วยสูงอายุ การผูกมัดอย่างไรให้ปลอดภัยในผู้ป่วยสูงอายุ ความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุด้านการใช้อุปกรณ์ และเครื่องมือ พบว่า มีความต้องการ การใช้เครื่องมือประเมินภาวะต่าง ๆ ในผู้ป่วยสูงอายุ การใช้เครื่องช่วยฟัง การใช้อุปกรณ์ในการยกตัวและเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ สำหรับการสมรรถนะด้านอื่น ๆ พบว่า ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุระหว่างวัน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เรื้อรังหลายโรค การจัดการความเจ็บปวดในผู้สูงอายุการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (partial/totally independent) การฝึกทักษะแก่ญาติในด้านต่าง ๆ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความเชื่อ ศาสนา สื่อ สังคมออนไลน์เพื่อผู้สูงอายุ ด้านความรู้โดยเฉพาะ ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน และภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะประสาทบาง และการใช้ยาในผู้สูงอายุ ร่วมกับมีความต้องการการเรียนรู้ในเรื่อง การใช้เครื่องมือประเมินในภาวะ

ต่าง ๆ สอดคล้องกับ ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย สูงอายุในโรงพยาบาลในข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยปานกลางคือ สมรรถนะ ที่ 6 การจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และมีค่าคะแนนเฉลี่ย มากที่สุด ในสมรรถนะที่ 1 ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้พยาบาลมีความต้องการเรียนรู้พัฒนาตนเองเพื่อให้สามารถ ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างเต็มที่ จากผลการวิจัยยังพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมสมรรถนะการ พยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ที่เคยได้ รับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ในทุกด้านของสมรรถนะ การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นควรสนับสนุนให้พยาบาล ได้รับการอบรมในเรื่องดังกล่าว อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่า การ อบรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้สมรรถนะการพยาบาลเวช ปฏิบัติผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งหลังทำการ ติดตามที่ 1 ปี พบว่า สามารถนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ได้อย่างเป็นรูปธรรม และมีมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุในการ ศึกษาครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินตนเอง กลุ่ม ตัวอย่างอาจประเมินตนเองสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง ควรมีการ ศึกษาโดยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมประเมินด้วย เพื่อติดตามว่าข้อมูล มีความสอดคล้องกันหรือไม่ในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร ในการประเมินสมรรถนะการพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุด้วยการประเมินตนเอง ควรมีการทำเป็นระยะเพื่อนำ ผลการประเมินมาจัดการอบรมให้สอดคล้องกับความต้องการ
2. ด้านการฝึกอบรม ควรจัดการฝึกอบรมระยะสั้น (2 สัปดาห์) เกี่ยวกับการจัดการภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ให้กับ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในทุกกลุ่มผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บริหาร จัดการโดยหน่วยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยรหัสโครงการ (IO) R016635029

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [internet]. Maternal, new-born, Child and adolescent health and ageing. Data portal. [cited 2022 Sep 01]. Available from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/percentage-of-total-population-aged-60-years-or-over>

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565 [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอร์ชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566. [เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=40208>
3. Division of Medical Record, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Statistical report 2021, siriraj hospital [internet]. 2022. [cited 2022 Sep 01]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/mrst/>
4. วชิรนนท์ ศิริกุล. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/commed/wp-content/uploads/2021/07>
5. สุนิสา คำชื่น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, ปรางทิพย์ ทา เสนาะ เอลเทอร์. ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัย สุขภาพและการพยาบาล. 2563;36(3):150-163. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/246933/167650>.
6. American Association of Colleges of Nursing (AACN) [internet]. Recommended Baccalaureate Competencies and Curricular Guidelines for the Nursing Care of Older Adults. [cited 2022 Sep 13]. Available from: <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/Academic-Nursing/CurriculumGuidelines/AACN-Gero-Competencies-2010.pdf>.
7. รุ่งฟ้า อธิราชบุรีไพศาล. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการ พยาบาลผู้สูงอายุ [ปริญญานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
8. เกษสุวรรณ สักหาวิทย์. สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น [ปริญญานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2560.
9. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและ สมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf>
10. Ngamjarus C, Chongsuvvatwong V, McNei E. n4Studies: Sample Size Calculation for an Epidemiological Study on a Smart Device. Siriraj Med J [Internet]. 2016 [cited 2022 Jan 11]; 68:160-70. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sirirajmedj/article/view/58342>
11. Daniel WW. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
12. HU, Fang-Wen, LEE, Huan-Fang, LI, Yueh-Ping. Exploration of Geriatric Care Competencies in Registered Nurses in Hospitals. J Nurs Res. 2021;29(4):78-90. Available from doi: 10.1097/JNR.0000000000000441
13. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. John Wiley & Sons, Inc.; 1995.
14. กัญญาดา ประจุศิลป์, ศิริญา ชุ่มเต็ม. การปฏิบัติการพยาบาล ผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไรแห่ง หนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาล. 2564;70(3):1-10. [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2566]; เข้าถึงได้จาก: [//he02-old.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/247272](https://he02-old.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/247272)

15. Dahlke S, Hunter KF, Negrin K, Reshef Kalogirou M, Fox M, Wagg A. The educational needs of nursing staff when working with hospitalised older people. *J Clin Nurs* 2019;28(1-2):221-34. Available from doi: 10.1111/jocn.14631. Epub 2018 Aug 28. PMID: 30039614.
16. Chunlan B, Lihui P, Hongxiu C, Xiuying H. The gerontological nurse specialist's core competencies in China: A cross-sectional study. *Nurs Open*. 2020;7(6):1928-35. Available from doi: 10.1002/nop2.583. PMID: 33072378; PMCID: PMC7544875.
17. Chen, H., Pu, L., He, S. et al. Status and associated factors of gerontological nurse specialists' core competency: a national cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2023. Available from <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04153-0>
18. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสน, วัลลภ นาคศรี สังข์. สมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2015;27(1): 1-11.
19. วิยะดา รัตนสุวรรณ, ปะราลี โอภาสนันท์. การพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]*. 2015;21(4):123-43.
20. ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์, สุภาวดี เทียงธรรม, นัสดา คำนิยม, สาวิตรี สมมงคล, มยุรี ลีทองอิน, สมรภพ บรรหารักษ์, อรสา กงตาล. สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ รุ่นที่ 1*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2016;41(1):77-86.
21. Hawkey LC, Long M, Kostas T, Levine S, Molony J, Thompson K. Geriatrics training for nurses in a skilled nursing facility: a GWEP feasibility study. *Geriatr Nurs*. 2018;39(3):318-22. Available from doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.10.014. Epub 2017 Dec 8.
22. Mezey M, Quinlan E, Fairchild S, Vezina M. Geriatric competencies for RNs in hospitals. *J Nurses Staff Dev*. 2006;22(1):2-10. Available from doi: 10.1097/00124645-200601000-00002. PMID: 16465090.
23. Bourbonniere M, Strumpf EN. Enhancing Geriatric Nursing Competencies for RNs in Nursing Homes. *Research in Gerontological Nursing*. 2008;1(3):171-5. Available from doi: 10.3928/19404921-20080701-03. PMID: 20077961.
24. สุภารัตน์ พิสมัยพันธุ์, อนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี, ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ. ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2022;16(1):325-42.
25. ประไพพิศ สิงหเสน, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะด้าน การพยาบาลผู้สูงอายุ สำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2019;28:65-78.

Smoking Cessation: The Role of Nurses at Fahsai Clinic, Siriraj Hospital

Naris Jaiborisuttigull, BNS., Kwanruthai Parre, BNS., Surasak Mulsrisuk, MNS.

Out Patient Division, Department of Nursing, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2024;17(3):209-215

ABSTRACT

Smoking significantly affects public health systems and the health of people worldwide. The number of smokers and the death toll continue to rise annually due to various factors, including health concerns, economic burdens, social pressures, environmental impact, and prevailing attitudes and beliefs. These problems pose a significant challenge in Thai society, especially among teenagers who are curious and may be tempted to experiment, leading to chronic diseases and higher medical costs. This article highlights the role of nurses in promoting public health through smoking cessation programs at the Fahsai Clinic at Siriraj Hospital. Nurses play a crucial role by providing counseling and support for smokers. This process involves evaluating each smoker, analyzing their individual challenges, offering personalized advice, and continuously monitoring their progress. Nurses also focus on strengthening motivation and providing ongoing support to help smokers quit permanently and achieve a better quality of life.

Keywords: Smoking cessation; health promotion; nurse's role; Fahsai clinic

Correspondence to: Kwanruthai Parre

Email: kwanruthai28@gmail.com

Received: 22 January 2024

Revised: 25 April 2024

Accepted: 13 May 2024

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i3.267429>

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพด้านการเลิกสูบบุหรี่ คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลศิริราช

นริศ ใจบริสุทธิกุล, ขวัญฤทัย ปาลี, สุรศักดิ์ มุลศรีสุข

งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ทุกปีมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ และผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อมที่ผู้สูบบุหรี่ พบเจอรวมถึงทัศนคติและความเชื่อในการใช้ชีวิต ทำให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่เพิ่มขึ้น ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความท้าทาย ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นอนาคตของประเทศที่มีความอยากรู้อยากลองจนเกิดการติดบุหรี่ และเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังตามมาในวัยผู้ใหญ่ พร้อมทั้งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาทางการแพทย์ ดังนั้น บทความนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนด้านการเลิกสูบบุหรี่ของคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการให้คำปรึกษา และคำแนะนำสำหรับผู้สูบบุหรี่ โดยเริ่มจากการประเมินผู้สูบบุหรี่ วิเคราะห์ปัญหา วางแผน การให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาด้านต่าง ๆ สำหรับผู้เข้ารับบริการแต่ละราย รวมถึงติดตามผู้สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องโดยการเสริมแรงจิตใจ และเน้นผู้เข้ารับบริการเป็นศูนย์กลางเป้าหมายเพื่อสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวรและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การเลิกสูบบุหรี่; ส่งเสริมสุขภาพ; บทบาทพยาบาล; คลินิกฟ้าใส

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญและมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลกแต่ละปีมีอัตราการผู้สูบบุหรี่และเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้สูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 22.3 ของประชากรโลกทั้งหมด ซึ่งส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 8 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มือสองถึง 1.3 ล้านคน โดยมีผู้สูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 80 ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาอยู่¹ สำหรับประเทศไทย พบว่า มีผู้สูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 21 ของประชากรทั่วประเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในเพศชายวัยผู้ใหญ่และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น² จากข้อมูลของคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลศิริราช พบว่าในปี พ.ศ.2563-2565 มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่เข้ารับบริการบำบัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่จำนวน 66 ราย 89 รายและ 88 ราย ตามลำดับ และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ภายใน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 39.39, 32.58 และ 61.36 ตามลำดับ³ การควบคุมและป้องกันการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่นั้น เป็นสาเหตุของโรคภัยต่าง ๆ เช่น โรคกระเพาะปัสสาวะ โรคถุงลมโป่งพอง โรคกระเือง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ไม่เพียงแต่เป็นภัยต่อสุขภาพของบุคคลเท่านั้นแต่ยังเป็นอุปสรรคในการ

พัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข การเพิ่มการตรวจสุขภาพและการให้ข้อมูลเชิงการศึกษาให้กับประชาชน เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดการสูบบุหรี่และลดผลกระทบต่อสังคมในอนาคต⁴ การส่งเสริมให้ผู้ติดบุหรี่เลิกสูบบุหรี่มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของการสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคล เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่จนเคยชิน ผู้สูบบุหรี่ประเภทนี้มักมีบุหรืติดปากตลอดเวลา โดยที่ผู้สูบบุหรี่ไม่รู้ตัวและมักจะทำร่วมกับกิจกรรมบางอย่าง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ขาดไม่ได้เนื่องจากติดสารนิโคติน ซึ่งผู้สูบบุหรี่มักคิดว่า บุหรืคือสิ่งจำเป็นที่ขาดไม่ได้ การสูบบุหรี่ทำให้สบายใจขึ้น ลดความกระวนกระวายและลดความเครียดได้ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากความเครียด หรือมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์⁵ แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของพฤติกรรมผู้สูบบุหรี่แต่ละราย ซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผนจัดการพฤติกรรมผู้สูบบุหรี่ร่วมกันทั้งผู้สูบบุหรี่และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดผู้สูบบุหรี่ให้ดียิ่งขึ้น

คลินิกฟ้าใสศิริราช เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผู้รับบริการที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ เข้าคลินิกโดยไม่มีค่าใช้จ่ายรวมทั้งการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ตลอดระยะเวลา 1 ปี มีการติดตามตามโปรแกรมของคลินิกภายใต้เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ โดยพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริม

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูบบุหรี่ทั้งด้านการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อครอบครัวและชุมชน⁶ ซึ่งระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ สามารถจำแนกออกเป็น หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (secondary care) และหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (tertiary care) กล่าวคือทั้ง 3 ระดับ ลักษณะของบทบาทพยาบาลในแต่ละระบบบริการสุขภาพมีความแตกต่างกันไป โดยบทบาทพยาบาลจะมีการซักประวัติคัดกรอง (ask) การประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ (assess) การวางแผน (assist) ในการให้ความช่วยเหลือ และการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่และป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (arrange follow up) ที่มีการปฏิบัติเช่นเดียวกัน แต่ในขั้นตอนของการให้คำแนะนำ (advice) ระดับปฐมภูมิจะสามารถให้คำแนะนำแบบเข้มข้น (intensive counselling) เป็นการสนทนาแบบเจาะลึกเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาทีต่อครั้ง เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจและรับฟังข้อมูลได้อย่างเต็มที่ ระยะเวลาที่ใช้ขึ้นอยู่กับความต้องการสนทนาของผู้สูบบุหรี่รวมถึงขนาดและความซับซ้อนของปัญหาเฉพาะของผู้สูบบุหรี่ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิสามารถให้คำแนะนำแบบกระชับ (brief intervention) เป็นการสนทนาแบบสังเขปโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่เน้นให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์และสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอนาคต การใช้ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาไม่นาน สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยให้สำเร็จได้⁷ และในระดับตติยภูมิสามารถส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่ได้⁸ บทบาทของพยาบาลในการให้คำแนะนำผู้สูบบุหรี่สามารถเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าร้อยละ 20⁹ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่ ต้องใช้ทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ การให้คำแนะนำ กระตุ้น และติดตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ครอบคลุม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ นำไปสู่การเลิกบุหรี่ถาวรและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพให้เลิกสูบบุหรี่ตามบทบาทพยาบาล จะมุ่งเน้นให้คำแนะนำ วางแผนติดตาม ตลอดจนฟื้นฟูและป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เข้าสู่การบำบัด โดยเน้นให้ผู้สูบบุหรี่มีทักษะในการเลิกสูบบุหรี่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ โดยการ “การบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ” (motivational enhancement therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้เข้ารับบริการเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง แสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง¹⁰ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเองภายใต้แนวคิดการพยาบาลที่เน้น “ผู้เข้ารับ

บริการเป็นศูนย์กลาง” (patient centered care) โดยรับฟังและเคารพการตัดสินใจของผู้สูบบุหรี่ การให้คำแนะนำชี้แนะสนับสนุนให้กำลังใจการกระตุ้นให้ตัวผู้สูบบุหรี่หรือญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจะเอื้ออำนวยให้ผู้สูบบุหรี่ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและเลือกที่จะกำหนดพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้^{6,8-9}

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพด้านการเลิกสูบบุหรี่ คลินิกฟ้าใสศิริราช โรงพยาบาลศิริราช

การส่งเสริมสุขภาพด้านการเลิกสูบบุหรี่เป็นส่วนสำคัญของภารกิจพยาบาลในคลินิกฟ้าใสที่มุ่งเน้นในการป้องกันและสนับสนุนการรักษาสุขภาพ¹⁰ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

บทบาทพยาบาลด้านการประเมินผู้สูบบุหรี่

บทบาทพยาบาลในการประเมินผู้สูบบุหรี่เป็นบทบาทสำคัญ ประเด็นที่พยาบาลต้องคำนึงถึงคือ บุคลิกภาพของผู้ประเมิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ภาษากายหรือภาษาท่าทาง (Non-Verbal) เช่น การประสานสายตา (eye contact) การพยักหน้าในการตอบรับการรับรู้ การรับฟังเรื่องราวอย่างตั้งใจ การแสดงออกทางสีหน้า (facial expression) การใช้น้ำเสียง (tone of voice) เพื่อแสดงให้ผู้เข้ารับบริการการรับรู้และแสดงความรู้สึกร่วมไปกับผู้เข้ารับบริการอย่างสอดคล้องเหมาะสมและเป็นธรรมชาติ¹¹ ซึ่งพยาบาลควรพูดให้เป็นธรรมชาติและสอดคล้องกับเรื่องราวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการรับรู้ถึงความเป็นกันเองและ ความเข้าใจความเต็มใจรับฟังเรื่องราวได้อย่างอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้เข้ารับบริการและที่สำคัญพยาบาลต้องมีทัศนคติเข้าใจผู้สูบบุหรี่ไม่แสดงภาษากายและภาษาพูดให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกด้อยค่าตนเองพยาบาลควรมีทักษะในการเจรจาต่อลงมีความยืดหยุ่น แต่ต้องแสดงความมุ่งมั่นเชื่อว่าทุกคนสามารถเลิกได้ การเริ่มต้นการรับฟังปัญหา และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูบบุหรี่เข้ารับบริการครั้งแรกอาจยังไม่เกิดความไว้วางใจและความเชื่อมั่นอย่างเพียงพอ พยาบาลควรมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี การสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง การประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่และความรุนแรงในการติดนิโคติน ได้แก่

การประเมินความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน

การคัดกรองความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินโดยใช้เครื่องมือ Fagerstorm Test for Nicotine Dependence (FTND) คะแนนรวมเต็ม 10 คะแนน จากทั้งหมด 6 ข้อคำถาม

การแปลผล แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ติดเล็กน้อย (0-2 คะแนน) ปานกลาง (3-5 คะแนน) และติดนิโคตินรุนแรง (6-10 คะแนน) แนะนำการเริ่มให้ยาเมื่อระดับการติดนิโคติน อยู่ในระดับปานกลางเป็นต้นไป (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของแบบประเมินความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน

รายละเอียด	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
1. ใช้เวลานานเท่าไรจึงเลิกสูบบุหรี่ครั้งแรกหลังตื่นนอน	>60 นาที	31-60 นาที	6-30 นาที	ภายใน 5 นาทีแรก (< 5 นาที)
2. รู้สึกลำบากหรือไม่ที่จะงดสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบ เช่น ห้องสมุด โรงภาพยนตร์	ไม่	ใช่		
3. บุหรี่มวนใดที่ลดยากที่สุด	มวนใดก็ได้เหมือนกัน	มวนใดที่สูบในตอนเช้า		
4. สูบบุหรี่วันละกี่มวน	<10	11-20	21-30	>30
5. สูบบุหรี่บ่อยครั้งระหว่างช่วงโง่งมแรกหลังจากตื่นนอนตอนเช้ามากกว่าช่วงเวลาอื่นของวัน	ไม่ใช่	ใช่		
6. แม้ว่าจะเจ็บป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา แต่ก็ยังคงสูบบุหรี่	ไม่ใช่	ใช่		

หากประเมินความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินหากประเมินความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน พบว่า ผู้สูบบุหรี่อยู่ในระดับติดนิโคตินรุนแรง (6-10 คะแนน) จะต้องมีการส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อพบแพทย์และพิจารณาในการรักษาโดยใช้ยาต่อไป

บทบาทพยาบาลด้านการประเมินความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่

การประเมินความพร้อมส่วนใหญ่เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับประวัติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ เช่น ชนิดของบุหรี่ที่ใช้ในการสูบ จำนวนมวนที่สูบในแต่ละวัน อายุที่เริ่มสูบบุหรี่เวลาในการสูบ ช่วงเวลาที่สูบบ่อย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ วิธีที่เคยใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลและเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่จะนำมาวิเคราะห์แนวทางในการช่วยเหลือให้เหมาะสมแก่ผู้สูบบุหรี่แต่ละราย โดยลักษณะของการตั้งคำถามควรเป็น “การใช้คำถามปลายเปิด” (open-ended question) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูบบุหรี่ได้เล่าเหตุการณ์แสดงความคิดเห็นและแสดงความรู้สึกของตนที่มีต่อสิ่งนั้นได้อย่างอิสระ ผู้สูบบุหรี่แต่ละราย มักมีเหตุผลในการสูบบุหรี่แตกต่างกัน พยาบาลที่ประเมินผู้สูบบุหรี่จึงควรมีการประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่แต่ละบุคคลโดยใช้ทฤษฎี Stage of change⁹ เพื่อวางแผนจัดการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

- ระยะไม่มีความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ (precontemplation) ในระยะนี้ผู้สูบบุหรี่ยังไม่มีความตระหนัก ไม่เต็มใจและไม่มีความคิดในการเลิกสูบบุหรี่

- ระยะลังเลใจในการเลิกสูบบุหรี่ (contemplation) ในระยะนี้ผู้สูบบุหรี่ยังมีความลังเล ไม่แน่ใจแต่มีความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนนี้

- ระยะเตรียมความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ (preparation) ในระยะนี้ผู้สูบบุหรี่มีการวางแผนในการเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือนนี้ ซึ่งผู้สูบบุหรี่มีกำหนดวันเวลาเลิกบุหรี่ด้วยตนเองเรียบร้อยแล้ว และสามารถระบุได้ว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้และวิธีการเลิกสูบบุหรี่โดยวิธีเลิกสูบทันที¹¹ และมีการวางแผนในการเลิกสูบบุหรี่ที่ชัดเจน ยาวนานต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือน

- ระยะลงมือปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ (action) ในระยะนี้ผู้เข้ารับบริการจะมีการเตรียมตัวและมีความพร้อมสำหรับการเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนนี้ ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ในระยะนี้มีความกระตือรือร้นในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นตามแผนการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อช่วยผู้เลิกสูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง และป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

- ระยะคงไว้ซึ่งการเลิกสูบบุหรี่ (maintenance) ในระยะนี้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องนานเกิน 6 เดือน และสามารถปรับตัวอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ได้

บทบาทพยาบาลด้านการให้คำแนะนำ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำในแต่ละขั้นตอนในการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้หลัก 5A⁸ เพื่อให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย Ask, Advise, Assess, Assist และ Arrange

Ask เป็นการถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยที่ทำให้ต้องการเลิก และความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง

Advise เป็นการแนะนำโดยให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ชัดเจน แสดงให้เห็นถึงข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่และข้อเสียของการสูบบุหรี่

Assess เป็นการประเมิน พยาบาลควรมีการประเมิน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประเมินความรุนแรงของการติดนิโคตินและ ประเมินความพร้อมต่อการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่

Assist เป็นการให้ความช่วยเหลือในการปรึกษา วางแผน และรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทายร่วมกัน พร้อมทั้งเสริมแรงจูงใจ ในการเลิกสูบบุหรี่

Arrange เป็นการติดตามและประเมินผล การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำต่อไป

ระยะไม่มีความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ (precontemplation)

บทบาทพยาบาลในระยะนี้ ควรซักถาม (ask) เกี่ยวกับ ความรู้สึกรู้สีกจากการสูบบุหรี่ ข้อเสียของการสูบบุหรี่และแนะนำ (advise) ให้พิจารณาเลิกบุหรี่ด้วยการแจกเอกสารข้อมูล และแนะนำ ช่องทางต่าง ๆ ในการเลิกบุหรี่ เช่น คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลศิริราช หรือสายด่วนเลิกบุหรี่ โทรศัพท์ 1600 เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ เริ่มต้นคิดอย่างจริงจังเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่

ระยะลังเลใจในการเลิกสูบบุหรี่ (contemplation)

พยาบาลควรส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองให้กับผู้สูบบุหรี่ ควรมีการซักถาม (ask) เกี่ยวกับผลดีของการเลิกบุหรี่และผลเสียของการสูบบุหรี่เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ได้สะท้อนคิด พุดคุยเกี่ยวกับความไม่ แน่ใจ ความลังเลใจในการเลิกสูบบุหรี่ และส่งเสริมกำลังใจให้ยอมรับ เหตุผลด้านการเปลี่ยนแปลง วางแผนและตั้งเป้าหมายการเลิกสูบบุหรี่ที่ชัดเจนร่วมกับผู้สูบบุหรี่ การแนะนำ (advise) เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ปรับเปลี่ยนจากการยังไม่ตัดสินใจ มีการตัดสินใจ เข้ารับการ บำบัดด้านการเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น โดยในระยะนี้ พยาบาลสามารถให้ แนวทางแนะนำตามหลักการ 5R เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

- Relevance การสร้างกิจกรรมที่เน้นที่จุดสนใจของ ผู้สูบบุหรี่ เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการในการเลิก บุหรี่ Knowledge Management และ Community of Practice (CoP) เพื่อสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- Risks การอธิบายถึงความเสี่ยงและอันตรายที่เกิด จากการสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจถึงผลเสียต่าง ๆ ที่อาจเกิด ขึ้นต่อสุขภาพและสังคม

- Rewards การสื่อสารถึงประโยชน์ที่ได้จากการเลิก สูบบุหรี่ เช่น การลดความเสี่ยงต่อโรค การยืนยาวของอายุ และการประหยัดเงิน เพื่อสร้างการกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่มีแรงจูงใจ

- Road blocks การค้นหาและอธิบายอุปสรรคที่ทำให้ ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ และการให้คำแนะนำ ในการแก้ไขปัญหา

- Repetition การประเมินและติดตามผู้สูบบุหรี่เป็น ระยะ ๆ เพื่อเพิ่มการสนับสนุนและความห่วงใยจากพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ระยะเตรียมความพร้อมของผู้สูบบุหรี่ในการเลิกสูบบุหรี่ (preparation)

- สอบถามปัญหาหรืออุปสรรค ปัญหาหรืออุปสรรค ที่อาจเกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่และรับฟังความคิดเห็น ปัญหา และ ความต้องการที่ผู้สูบบุหรี่อาจจะต้องการความช่วยเหลือ

- สอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การเลิกบุหรี่ (ask) พร้อมทั้งให้คำแนะนำ (advise) เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่กำหนดเป้าหมายและวางแผนเอาชนะอุปสรรคต่อการเลิกบุหรี่

- ช่วยวางแผนการเลิกบุหรี่ (assess) พยาบาลควรช่วย ผู้สูบบุหรี่กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกันเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ วางแผนการทำตามเป้าหมาย และวางแผนการจัดการอุปสรรค ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยใช้หลัก STAR⁸

S Set quit date (กำหนดวันเลิกบุหรี่)

T Tell family (บอกคนในครอบครัวและคนใกล้ชิดว่าจะเลิก บุหรี่)

A Anticipate potential problems (คาดการณ์ถึงปัญหาที่ จะเกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่)

R Remove equipment (ทิ้งบุหรี่และอุปกรณ์การสูบบุหรี่ ทุกชนิด)

- เลือกวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม พยาบาลควรเสนอ วิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมตามความต้องการและสภาพของผู้สู บุหรี่ร่วมกัน (assist) เช่น วิธีหักดิบ การใช้ฉีดยาโคตินทดแทน หรือ วิธีอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับบุคลิกภาพของผู้สูบบุหรี่

- ช่วยวางแผนการจัดการอุปสรรค พยาบาลควรช่วยผู้ สูบบุหรี่วางแผนร่วมกัน (assist) ในการจัดการอุปสรรคที่อาจเกิด ขึ้นตลอดระยะเวลาการเลิกบุหรี่และสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่เลือกวิธี การจัดการที่เหมาะสม

- กำหนดวันเลิกบุหรี่ พยาบาลควรช่วยผู้สูบบุหรี่ กำหนดวันและเวลาที่ตั้งใจจะเลิกบุหรี่ร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่มี ความมุ่งมั่นตั้งใจอย่างชัดเจน

ดังนั้น พยาบาลควรสรุปข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากการ สอบถามและวางแผนร่วมกัน ส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกมั่นใจและ พร้อมที่จะเริ่มต้นกระบวนการเลิกบุหรี่ตามวางแผนที่กำหนดไว้

ระยะลงมือปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ (action)

- สอบถาม พยาบาลควรสอบถามผู้สูบบุหรี่เกี่ยวกับ ความต้องการที่จะทำเพื่อเลิกบุหรี่ และช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ กำหนด กิจกรรม ที่เหมาะสมและสามารถทำได้

- วางแผนกิจกรรม พยาบาลควรช่วยผู้สูบบุหรี่วางแผน กิจกรรมที่สามารถทำเพื่อเลิกบุหรี่ร่วมกัน โดยแนะนำให้กำหนด กิจกรรมที่มีความชัดเจนและสนับสนุนกระบวนการเลิกบุหรี่

- ให้เอกสารและคำแนะนำ พยาบาลควรให้เอกสาร แผ่นพับเคล็ดลับการเลิกบุหรี่ กระตุ้นความตั้งใจและส่งเสริมการ

เลิกบุหรี่โดยเน้นการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่

- ให้รางวัล พยาบาลสามารถแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่ให้รางวัลแก่ตนเองเมื่อเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่

- เทคนิคช่วยเหลือตามหลัก 5D พยาบาลควรสอนและประยุกต์ให้ผู้สูบบุหรี่ ใช้เทคนิคตามหลัก 5D⁸ ดังนี้

Delay (การล่าช้า) ไม่สูบบุหรี่ทันที หรือยืดระยะเวลาการสูบ

Deep Breath (การหายใจลึก) หายใจเข้า-ออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อลดความอยาก

Drink Water (การดื่มน้ำ) ดื่มน้ำเปล่าเมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่

Do something else (การทำกิจกรรมอื่น) เลี่ยงความสนใจด้วยกิจกรรมที่ทำได้ตามบริบท

Destination (การตั้งเป้าหมาย) สร้างกิจกรรมหรือพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อเพิ่มแรงสนับสนุน¹²⁻¹³

การป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง พยาบาลควรให้คำแนะนำเทคนิคและวิธีการในการรับมือกับความอยากสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพที่ดี ลดโอกาสการเป็นโรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง ประหยัดค่าใช้จ่ายและทำให้ภาพลักษณ์ดีขึ้น เป็นต้น

ระยะคงไว้ซึ่งการเลิกสูบบุหรี่ (maintenance)

พยาบาลควรมีการซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่ตั้งใจปฏิบัติตัวในสถานการณ์เสี่ยงต่อการหวนกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง และอธิบายสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง เช่น ความเครียด ความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ และสภาพแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่มีความตระหนัก และวางแผนจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม พร้อมกับการชื่นชมยินดี ที่เลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องยาวนาน ผ่านพ้นอาการไม่สุขสบายจากการถอนนิโคตินได้ ซึ่งช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถดำรงสภาพการไม่สูบบุหรี่ให้เป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวันได้

บทบาทพยาบาลด้านการวางแผนติดตามประเมินผลผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่

บทบาทพยาบาลในการวางแผนติดตามและประเมินผล โดยพยาบาลเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้บุคคลที่เลิกสูบบุหรี่ มีโอกาสสำเร็จมากขึ้นและรักษาสุขภาพที่ดี การติดตามและประเมินผลผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่ (arrange follow up) ในคลินิกฟ้าใสการติดตามด้วยการโทรศัพท์ หรือมาพบด้วยตนเอง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญ โดยใช้หลัก 5A⁹ และ 5R¹⁰ ใช้เวลาในการติดตามอาการประมาณ 5-10 นาทีต่อครั้ง เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่สามารถบรรลุจุดมุ่งหมายของการเลิกสูบบุหรี่ ได้อย่างสำเร็จ ซึ่งควรติดตามผู้สูบบุหรี่หลังวันเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 1 เดือน 6 เดือน และ

1 ปี¹⁴ โดยการติดตามในสัปดาห์แรกจะช่วยประคับประคอง เลิกสูบบุหรี่ให้ผ่านระยะสำคัญของการเลิกบุหรี่และต้องติดตามนาน 1 ปี เพื่อเป็นการประเมินผล ซึ่งการวางแผนติดตาม และการให้คำปรึกษาที่ดี โดยพยาบาลสามารถเพิ่มโอกาสในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ

บทบาทพยาบาลด้านการฟื้นฟูและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

บทบาทของพยาบาลในด้านการฟื้นฟูและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำหลังจากเลิกสูบบุหรี่มีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ที่เลิกบุหรี่สามารถรักษาสุขภาพที่ดีและป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่กลับมาสูบบุหรี่ เช่น ความเครียด ความเคยชิน การกลับมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม หรือการขาดความเข้มแข็งทางใจ เป็นต้น จึงทำให้ผู้เข้ารับบริการหันกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง พยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างเสริมพลังใจให้กับผู้สูบบุหรี่ ซึ่งสามารถทำได้ โดยการแนะนำให้ผู้ใช้บริการเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น การเดินวิ่งบนสายพาน การปั่นเครื่องปั่นจักรยาน หรือการเดิน เป็นต้น^{15, 16} จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การออกกำลังกายระดับปานกลางร้อยละ 40-60 ใช้ระยะเวลาอบอุ่นร่างกายประมาณ 10 นาที ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 50 นาทีและทำการคลายอุ่นอีก 10 นาที สามารถลดความว้าวุ่นใจลดความเครียดและลดแรงกระตุ้น ช่วยเพิ่มความสุข ความพึงพอใจเช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ได้¹⁵ เนื่องจากการออกกำลังกายและเป็นกลไกปรับตัวของจิตชีววิทยาที่ไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาท จึงไปทดแทนการกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่การประยุกต์การออกกำลังกาย เข้าร่วมกับโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อบำบัดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันหรือกับบุคคลรอบข้างได้เพื่อป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ทั้งตัวผู้สูบเองและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่

สรุป

การส่งเสริมสุขภาพประชาชนด้านการเลิกสูบบุหรี่ คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลศิริราช มีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหลัก บทบาทพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การให้คำปรึกษา คำแนะนำ การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้สูบบุหรี่ โดยเริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประเมินความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน ประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ปัญหา นำไปสู่การช่วยเหลือตามหลัก 5A 5R และ 5D⁸ และวางแผนร่วมกันกับผู้สูบบุหรี่โดยใช้หลัก STAR⁹ สามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมในแต่ละราย พยาบาลผู้ให้การปรึกษาจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการฝึกฝน มีความรู้ ความสามารถและมีทักษะที่จำเป็นในการให้คำปรึกษา มีทักษะในการพูด การสื่อสารอารมณ์ที่ดี ทักษะการเป็นผู้ฟังที่ดี เพื่อ

ให้สามารถรับฟังผู้สูบบุหรี่ด้วยความเข้าใจ สามารถช่วยผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้ มีความรอบรู้ทางสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Tobacco [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. ศิริวรรณ พิชัยรังษะ, ปวีณา ปันกระจำจ. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2561. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.). สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2561.
3. คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลศิริราช. สถิติผู้เข้ารับบริการคลินิกฟ้าใส. โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ; 2567.
4. Masiero M, Cutica I, Mazzocco K, Zunino A, Cropley M, Pravettoni G. A Comprehensive Model of Tobacco Cigarette Smoking in Adolescence: The Role of Attachment Style and Personality. *The J Psychol.* 2021;155(7):589–605.
5. นันทพงศ์ ศิริจรรยา, จอมใจ ราชคม, ณศพร ธรรมนิธิศ, ธัญญาวรรณเรศ, รุ่งนา สุกายอง, ศุภนิดา ปันน้อย, วงเดือน สุวรรณศิริ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการติดสารนิโคตินของพนักงานรักษาความปลอดภัย. *วารสารพยาบาล.* 2561;67(1):19–26.
6. ธนะวัฒน์ รวมสุก, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ. พยาบาลกับการจัดการสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ในชุมชน. *วารสารพยาบาล.* 2565;71(1):53–62.
7. พรณิภา หงส์อินทร์, สุนิดา ปรีชาวงษ์. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยคัดกรองมะเร็ง. (วิทยานิพนธ์). ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
8. ธนะวัฒน์ รวมสุก, นิขมน หล้ารอด, บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์. บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล.* 2564;70(1):34–41.
9. อรสา พันธักดี. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่: คู่มือการให้คำแนะนำการช่วยเลิกบุหรี่. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2559.
10. ธนะวัฒน์ รวมสุก, ทศนีย์ รวีวรกุล, วศิน พิพัฒน์ฉัตร, รังสิมาพัทธ์, วิทยากร สอนสนาม. บทบาทวิชาชีพพยาบาลด้านบริการช่วยเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารกฎหมายสุขภาพและนโยบายสาธารณสุข.* 2563;6(2):171–82.
11. พิมพ์นภา ชมชื่น, ทศนีย์ รวีวรกุล, สุรินทร์ กลัมพากร. ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการจังหวัดราชบุรี. *วารสารการพยาบาล.* 2562;68(2):27–34.
12. Prochaska JO., DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390–5.
13. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline: Rockville(MD): U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
14. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. คู่มือรักษาโรคเสพติดยาสูบสำหรับพยาบาล. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มณปรียากราฟฟิค; 2559.
15. Tombor I, Shahab L, Herbec A, Neale J, Michie S, West R. Smoker Identity and Its Potential Role in Young Adults' Smoking Behavior: A Meta-Ethnography. *Health Psychology.* 2015;34(10):992–1003.
16. Sippel JM, Osborne ML, Bjornson W, Goldberg B, Buist AS. Smoking cessation in primary care clinics. *J Gen Int Med.* 1999;14(11):670–6.

The Role of Nurses in Pediatric Patients Obtained Fluorescein Angiography (FA)

Khannikha Kumteam*, Supalert Prakhunhangsit**

*Out Patient Division, Department of Nursing, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, **Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2024;17(3):216-223

ABSTRACT

Fluorescein angiography (FA) is a specialized imaging technique used to evaluate blood flow abnormalities in the retina and choroid of pediatric patients. It aids in diagnosing conditions like abnormal retinal neovascularization, epiretinal membrane formation, retinal detachment, and blood vessel leakage. FA plays a crucial role in diagnosis, disease severity assessment, treatment planning, and disease monitoring. The procedure involves injecting fluorescein dye intravenously (most common) or orally, followed by real-time capture of retinal fundus photographs. While complications can range from mild to severe, concerns about these potential side effects may lead young patients and their guardians to avoid the examination. Nursing care is therefore critical to the successful and safe performance of FA. Nurses with expertise in procedural care, disease education, and patient counseling play a vital role. They can effectively prepare patients and parents by providing information about the condition, the importance of FA, and the possibility of complications. This comprehensive approach empowers informed decision-making and facilitates a smooth and successful FA experience.

Keywords: Roles of nurses; pediatric retinal diseases; fluorescein angiography (FA); oral fluorescein angiography

Correspondence to: Khannikha Kumteam

Email: khannikha.k@gmail.com

Received: 30 January 2024

Revised: 26 April 2024

Accepted: 29 April 2024

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i3.267545>

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางตาด้วยวิธี Fluorescein Angiography (FA)

กรรณิการ์ คำเต็ม*, สุกเลศ ประคุณหังสิต**

*งานพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย, **ภาควิชาจักษุวิทยา โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

หัตถการการตรวจวินิจฉัยด้วยสียฟลูออเรสซินในโรคจอตาในเด็ก เป็นการตรวจโรคจอตาด้วยวิธีพิเศษเพื่อตรวจหาหลอดเลือดของชั้นจอตาและคอร์ลอยด์ที่มีการทำงานผิดปกติ มีหลอดเลือดงอกใหม่ มีพังผืดดึงรั้งจอตา จอตาลอก หรือการรั่วของเส้นเลือดจอตา เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค วางแผนการรักษา ติดตามอาการและพยากรณ์โรค การตรวจวินิจฉัยด้วยสียฟลูออเรสซินนั้นสามารถฉีดสีผ่านทางหลอดเลือดดำหรือให้สีผ่านทางปาก จากนั้นจะถ่ายภาพจอตาแบบตามเวลาจริง (Real time) ในการตรวจวินิจฉัยด้วยสียฟลูออเรสซินมักใช้วิธีการให้สียฟลูออเรสซินผ่านทางหลอดเลือดดำ โดยมีรายงานภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงรุนแรง ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองที่ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยนี้อาจมีความวิตกกังวล กลัว ทำให้การตรวจไม่ราบรื่นหรือไม่สามารถทำการตรวจได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ปกครองทั้งทางร่างกาย จิตใจ ดังนั้นพยาบาลที่ได้รับบทบาทนี้ต้องมีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญในการทำหัตถการ การให้ข้อมูลโรค หัตถการ ความสำคัญในการตรวจวินิจฉัย ขั้นตอน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยอธิบาย ให้ข้อมูลตลอดจนให้คำปรึกษา ลดความวิตกกังวล ความกลัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยสียฟลูออเรสซินได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล; โรคของจอตาเด็ก; การฉีดสียฟลูออเรสซิน; การให้สียฟลูออเรสซินผ่านทางปาก

บทนำ

โรคทางตาในเด็กที่มีความผิดปกติทางจอตาในปัจจุบันมีหลายโรคเช่น โรค Familial exudative vitreoretinopathy (FEVR), Retinopathy of prematurity (ROP), Coats disease, Ocular Tumors และอื่น ๆ^{1,2} โรคดังกล่าวเป็นโรคที่มีผลโดยตรงต่อการมองเห็น หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยการฉีดสียฟลูออเรสซิน (Fluorescein Angiography: FA) อย่างทันท่วงทีเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นสิ่งสำคัญ โรคดังกล่าว โรคกลุ่มนี้ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยการฉีดสียฟลูออเรสซิน (Fluorescein Angiography: FA) ซึ่งเป็นวิธีพิเศษ³ ที่แตกต่างจากการตรวจด้วย Direct หรือ Indirect ophthalmoscope⁴ เพื่อประเมินความผิดปกติของจอตา วางแผนการรักษา ติดตามการรักษาและพยากรณ์โรค^{5,6} ในการฉีดสียฟลูออเรสซิน ผู้ป่วยเด็กสามารถตรวจได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและในห้องผ่าตัด ซึ่งสามารถให้สีเข้าร่างกายได้ 2 ทาง คือผ่านทางหลอดเลือดดำหรือให้สียฟลูออเรสซินผ่านทางปากและถ่ายภาพเพื่อตรวจหลอดเลือดในชั้นจอตาและคอร์ลอยด์แบบตามเวลาจริง (real time) ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการฉีดสียฟลูออเรสซินผ่านทางหลอดเลือดดำ⁴ โดยมีรายงานภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระดับ

รุนแรงน้อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน คัน จาม การแตกของหลอดเลือด และการรั่วของสารน้ำใต้ผิวหนัง (extravasation) ระดับปานกลาง คือ ผื่น ลมพิษ (urticaria) เป็นลม (syncope) ถึงระดับรุนแรงมาก คือ เกิดอาการแพ้รุนแรง (severe anaphylaxis) หลอดลมหดเกร็ง (bronchospasm) ภาวะช็อกจากการไหลเวียนเลือด (circulatory shock) จนถึงขั้นภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) และเสียชีวิต ยังมีข้อจำกัดในผู้ที่ปัญหาการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น ผู้ที่มีภาวะไตผิดปกติ ภาวะบวม น้ำ กล้ามเนื้อระดับรุนแรง^{1,7} หรือผู้ที่หาหลอดเลือดดำในการให้สารน้ำยาก เป็นต้น

จอตาเป็นส่วนสำคัญของลูกตา มีหน้าที่เป็นจอรับภาพเปรียบเสมือนกับฟิล์มของกล้องถ่ายรูป มีลักษณะเป็นเยื่อบางใส บ่อยครั้งในที่สุดของลูกตาชิดคอร์ลอยด์ สามารถแบ่งแยกเป็น 2 ชั้นง่าย ๆ คือ ชั้น Sensory (nonpigmented layer) และชั้น retinal pigment epithelium (RPE) โดยชั้น Sensory จะสิ้นสุดที่ Ora serrata สำหรับชั้น RPE จะต่อเนื่องไปเป็น Ciliary body จอตามีความหนา 0.4 มิลลิเมตร ส่วนที่บางที่สุดอยู่ที่ Fovea และ Ora serrata ระบบเลือดที่มาเลี้ยงจอตามาจาก 2 ส่วน ด้านนอกที่ชิดคอร์ลอยด์ได้รับเลือดจาก Choriocapillaris ของคอร์ลอยด์ 2/3 ทางด้าน

ในได้รับเลือดจากหลอดเลือดแดง Central retinal ซึ่งเป็นแขนงแรกของหลอดเลือดแดง Ophthalmic หลอดเลือดแดง Central retinal เข้าไปเลี้ยงเรตินาที่ข้อประสาท หลังจากนั้นจะแยกเป็นแขนงใหญ่ 4 แขนง ตาม Quadrant ต่าง ๆ คือ หลอดเลือดแดง Superior nasal, Superior temporal, Inferior nasal, Inferior temporal หลอดเลือดเหล่านี้จะแตกแขนงออกเป็นสองไปเรื่อย ๆ เรียกว่า Dichotomous branching โดยปลายทางจะกลายเป็นหลอดเลือดฝอยปกติในส่วน Macula ตรง Fovea ไม่มีหลอดเลือดมาเลี้ยงแต่จะได้รับการอาหารจาก Choriocapillaris เพราะบริเวณนี้บางกว่าส่วนอื่นในเรตินา หลอดเลือดแดง Cilioretinal พบได้ร้อยละ 15-30 ของคนปกติ⁹ เป็นหลอดเลือดที่มาจากหลอดเลือดแดง Ciliary โดยตรง อยู่ที่ข้อของข้อประสาทตา เลี้ยงบริเวณเล็ก ๆ ที่ Macula ด้าน Nasal ส่วนหลอดเลือดดำ Central retinal ทำหน้าที่นำเลือดดำออกจากตาผ่านเส้นประสาทเข้าสู่ Cavernous sinus⁸

โรคจอตาในเด็กที่พบบ่อย

1. Familial exudative vitreoretinopathy (FEVR)⁹ เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม เส้นเลือดจอตาผิดปกติอาจเกิดการเจริญของเส้นเลือดหยุดชะงัก จึงต้องตรวจด้วยการทำ FA มุมกว้างมาก เพื่อหาตำแหน่งและทำการรักษาด้วยการเลเซอร์ จี้ความเย็น ในรายที่เป็นมากอาจพบ Tractional retinal detachment
2. Retinopathy of prematurity (ROP)¹⁰ เป็นภาวะจอตาผิดปกติที่พบในทารกที่คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์หรือน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1500 กรัม มีผลทำให้เส้นเลือดจอตาเจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดเส้นเลือดงอกผิดปกติจนเกิดพังผืดดึงรั้งที่จอตาจนจอตาหลุดลอกทำให้สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้ การได้รับการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสมรวดเร็วจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะสายตาสั้นในอนาคตของเด็กได้
3. Coats disease^{9,11} มักเป็นในวัยเด็กก่อนอายุ 10 ปี มักเป็นในตาข้างเดียว มีอาการตามัว มีรูมันตาสีขาว (leukocoria) และมีความผิดปกติที่หลอดเลือดที่จุดภาพชัด และอาจรุนแรงถึงขั้นเป็นจอตาลอกชนิด Exudative
4. Ocular tumors¹¹ ที่พบบ่อยในเด็ก คือ Retinoblastoma เป็นมะเร็งในตาเด็กที่อาจเป็นตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 13 บริเวณ q14 ที่เรียกกันว่า Retinoblastoma gene โดยอาการที่เด่นชัด คือ Leukocoria

ข้อบ่งชี้ในการทำ FA⁴

1. เพื่อวินิจฉัยโรคในกรณีที่ไม่สามารถบอกสาเหตุของโรคได้จากลักษณะทางคลินิก

2. เพื่อหาความผิดปกติของหลอดเลือดที่จอตาและวางแผนการรักษา
3. เพื่อติดตามอาการและประเมินผลการรักษา

การฉีดสีฟลูออเรสซิน Fluorescein Angiography (FA)^{3,4,5}

การฉีดสีฟลูออเรสซิน (FA) เป็นการตรวจจอตา เพื่อบันทึกภาพหลอดเลือดในจอตา อาศัยหลักการดูดซับและคายพลังงานแสงของโมเลกุลหรืออะตอมเมื่อถูกกระตุ้นให้มีพลังงานสูงขึ้น พลังงานแสงที่คายออกมาจะถูกบันทึกด้วยกล้องตั้งแต่เริ่มเห็นสีในหลอดเลือดของชั้นคอร์อยด์และชั้นจอตา โดยสีจะใช้เวลา 12-15 วินาทีก่อนจะถึงจอตา (arm to choroidal circulation) ในเด็กใช้เวลาสั้นกว่า คือ ประมาณ 8 วินาทีจนถึงระยะท้ายที่สีจางลง เกิดเป็นชุดภาพถ่าย ณ เวลาต่าง ๆ กัน แบ่งช่วงการฉีดสี (angiographic phase) เป็น 3 ช่วงหลัก ได้แก่

1. ช่วง 2-3 นาทีแรกหลังฉีดสี และเริ่มมีสีผ่านเข้าสู่ชั้นคอร์อยด์ (choroidal flush) เข้าสู่หลอดเลือดแดงและดำในจอตา (arterial, arteriovenous และ venous phases)
2. ช่วงกลาง ได้แก่ ช่วงไหลเวียนกลับ (recirculation phase) เป็นช่วง 3-5 นาที หลังฉีดสี ซึ่งจะเห็นสีในหลอดเลือดแดงและดำมีความเข้มข้นพอ ๆ กัน
3. ช่วงท้าย 7-10 นาทีหลังฉีดสี เป็นช่วงที่สีเริ่มจางลงเนื่องจากจะถูกขับออกจากกระแสเลือด แต่ถ้าหากมีพยาธิสภาพที่ทำให้สีรั่วออกมานอกหลอดเลือด จะพบความผิดปกติเหล่านั้นได้เด่นชัดขึ้นในช่วงท้าย

สีโซเดียมฟลูออเรสซิน (fluorescein sodium) มีสูตรโมเลกุล คือ $C_{20}H_{12}O_5Na$ เป็นสีเหลืองแดง มีคุณสมบัติเรืองแสง (fluorescence) จะดูดซับพลังงานจากแสงกระตุ้นที่มีความยาวคลื่นแสงสีฟ้า (465-490 นาโนเมตร) และคายพลังงานช่วงแสงสีเขียว (520-530 นาโนเมตร) มีครึ่งชีวิต 23.5 นาที และครึ่งชีวิตในพลาสมาเท่ากับ 264 นาที

การกำจัดสีฟลูออเรสซินจะกำจัดผ่านทางตับและไต โดยถูกขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะภายใน 24-36 ชั่วโมง หลังจากการฉีดสี ผิวหนังจะมีสีเหลืองและจางหายไปภายใน 6-12 ชั่วโมง และในปัสสาวะจะมีสีเหลืองเข้มประมาณ 24-36 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของไตจะขับสีได้ช้าลง แนะนำให้ลดปริมาณสีที่ใช้ในการตรวจจริง

สีฟลูออเรสซินที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือ สารละลาย 10% Fluorescein sodium ปริมาณ 5 มิลลิลิตร หรือ 5% Fluorescein sodium ปริมาณ 10 มิลลิลิตร เพื่อให้ได้สี 500 มิลลิกรัมหรือไม่เกิน 15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม และในผู้ป่วยเด็กแนะนำให้ใช้ 10% Fluorescein sodium ขนาด 0.1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม

การทำ Oral fluorescein angiography (Oral FA)^{4,12}

เป็นอีกวิธีในการทำ FA ในกรณีที่ไม่สามารถฉีดเข้าหลอดเลือดดำได้ เช่น ในผู้ป่วยเด็ก ผู้ที่ไม่สามารถหาหลอดเลือดดำในการให้สารน้ำได้ ผู้ที่มีโรคติดต่อทางเลือด เช่น โรคตับอักเสบ โรคระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น โดย Kelly JS และ Kincaid M เป็นผู้นำสีฟลูออเรสซินในรูปแบบยากินมาใช้ในการตรวจจอตตาเป็นคนแรก และพบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

จากรายงานของ Hara T และคณะ มีการทำ FA ชนิดกินโดยใช้สีปริมาณ 2 เท่าของการฉีดเข้าหลอดเลือดผสมกับน้ำตาล เพื่อลดความขมและถ่ายภาพทุก 15 นาที โดยพบว่าจะเห็นสีในจอตตาที่เวลาประมาณ 10-15 นาทีหลังการดื่มสี แต่พบว่าภาพที่ได้ไม่คมชัดในช่วงแรก (early phase) ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยหลอดเลือดที่งอกใหม่จากคอร์รอยด์ทำได้ยาก แต่ได้ผลดีในกลุ่มโรค Retina vein occlusion และ Cystoid macular edema เป็นต้น นอกจากนี้ผลข้างเคียงจากการทำ Oral FA น้อยกว่าการทำ FA ผ่านทางหลอดเลือดดำ โดยอัตราการเกิดผลข้างเคียงแบบ Mild reaction เพียงร้อยละ 1.7 และแบบรุนแรง เช่น Anaphylaxis ไม่พบรายงาน

อาการหรือผลข้างเคียงในการทำ FA

ในปัจจุบัน มีความปลอดภัยหลังการตรวจ FA ทำให้ผิวหนังและปัสสาวะสีเหลืองส้มหลังฉีดสีประมาณ 24 ชั่วโมง⁶ ผลข้างเคียงที่มักเกิดในผู้ป่วยเด็กในการทำ FA มีตั้งแต่ระดับน้อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน¹⁴ ขณะทำมักเกิดจากการฉีดที่เร็วเกินไป พบได้ร้อยละ 10.97-19.51 การแตกของหลอดเลือดและรั่วของสารน้ำใต้ผิวหนัง พบได้ร้อยละ 3.8 และอาการแสบผิวหนัง พบได้ร้อยละ 2.44 ผลข้างเคียงในระดับกลาง คือ ผื่นคัน ลมพิษ พบได้น้อยเพียงร้อยละ 2.44 ส่วนการผลข้างเคียงระดับรุนแรง เช่น หลอดลมอักเสบ พบได้น้อยเพียงร้อยละ 3.8 ส่วน Anaphylaxis กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือช็อกหมดสติ ยังไม่พบอุบัติการณ์ ส่วนในการทำ Oral FA ผลข้างเคียงที่มักเกิดในผู้ป่วยเด็ก พบเพียง คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 10 เท่านั้น¹³

ข้อควรระวังและข้อห้ามในการทำ FA⁴

1. ผู้ที่เคยมีประวัติแพ้สีฟลูออเรสซินอย่างรุนแรง
2. ผู้ที่แพ้อาหารทะเล แต่ยังไม่ซื้อห้ามชัดเจน เนื่องจากไม่มีสารไอโอไดนในสูตรโครงสร้างของสีฟลูออเรสซิน แต่ควรระวังและเตรียมยาหรืออุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม
3. ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหลอดลมตีบ เช่น ผู้ป่วยหอบหืด
4. ผู้ป่วยโรคไต ควรลดปริมาณสีลง 3/4 หรือ 1/2 ของปริมาณปกติ
5. ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ที่ใช้ Cardiac pacemaker ควรปรึกษาอายุรแพทย์ก่อน

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย Fluorescein angiography (FA)

เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้มีการตรวจวินิจฉัยทางตาด้วย Fluorescein angiography ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการอธิบาย ให้ข้อมูล โดยละเอียด ตั้งแต่โรคที่เป็น วิธีการฉีดสี ขั้นตอนการฉีดสี ผลข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังได้รับการฉีดสี โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองที่มีทั้งความกลัวต่อประสบการณ์ที่ไม่เคยเจอ กลัวต่อความเจ็บในการให้สารน้ำ ความวิตกกังวลที่มีต่อภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงที่อาจมีอันตรายที่จะเกิดขึ้น หลังได้รับการฉีดสีมากกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ หลังจากผู้ป่วยและผู้ปกครองได้รับทราบข้อมูลในการฉีดสีและคำแนะนำ คำปรึกษาในการฉีดสีอย่างเข้าใจ ผู้ป่วยเด็กทุกรายต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง โดยให้ความยินยอมในใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา ทุกครั้งก่อนการตรวจ⁷ หลังจากเตรียมผู้ป่วยแล้ว พยาบาลต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ในการตรวจ เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตไว้ในบริเวณนั้น เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการช่วยชีวิต ในกรณีที่เกิดการแพ้ขั้นรุนแรงหรือเกิด Anaphylactic shock⁴ จากบทบาทของพยาบาลที่ได้กล่าวมาข้างต้น พยาบาลที่ได้รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยทางตาด้วย Fluorescein angiography ต้องมีความรู้ ทักษะเฉพาะทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยทางตาด้วย Fluorescein angiography และประสบการณ์หลายด้าน เช่น การประเมินผู้ป่วย การหยุดยา ขยายม่านตา การให้สารน้ำ การบริหารสีโดยใช้หลักในการบริหารยา 6R และพยาบาลต้องฝึกอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ (pediatric basic life support, PBLs and basic life support, BLS) เพื่อดูแลผู้ป่วยให้สามารถเข้ารับการตรวจวินิจฉัยทางตาด้วย Fluorescein angiography ด้วยไร้ความวิตกกังวลและอย่างปลอดภัย

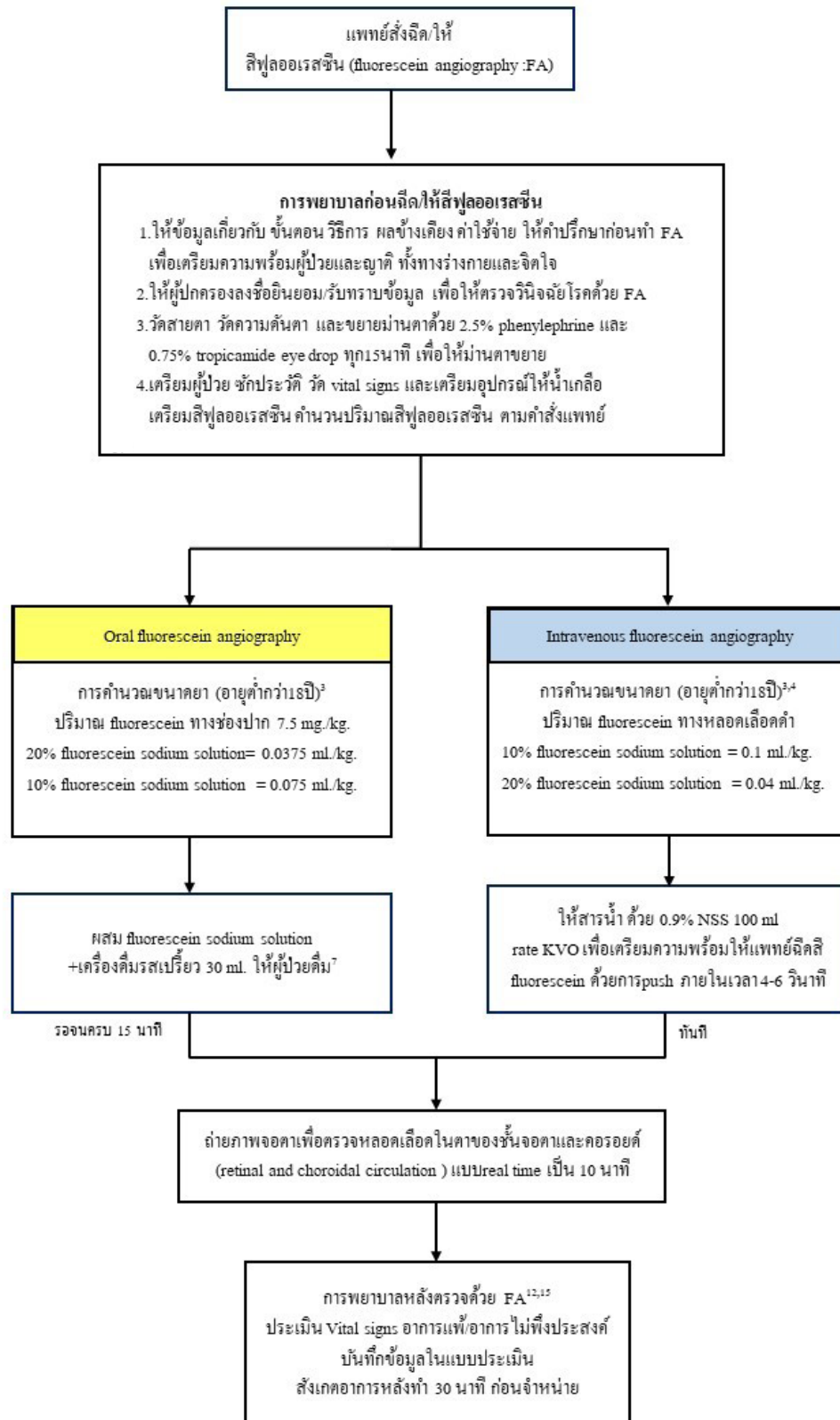
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย FA แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะก่อนได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย FA^{3,4,7,15}

แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยและการเตรียมอุปกรณ์ สีที่ใช้ในการฉีดสี FA

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการฉีดสี

1. เมื่อมีคำสั่งแพทย์ให้ตรวจตาด้วยการฉีดสี FA พยาบาลต้องตรวจสอบชื่อผู้ป่วย ตรวจสอบคำสั่งแพทย์
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดสี อธิบายขั้นตอนในการฉีดสี ภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสีให้ผู้ป่วยและผู้ปกครอง เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับการฉีดสี ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการตรวจ ขณะฉีดสีผู้ป่วยต้องนั่งหน้าเครื่องถ่ายภาพและถ่ายภาพก่อน ขณะและหลังฉีดสีจะมีแสงแฟลช แสงสีฟ้าจ้าขณะถ่ายภาพทำให้แสบตา ให้ผู้ป่วยกระพริบตาได้เมื่อแสบตา และจ้องที่จุดเดิมจนกว่าจะ



ภาพที่ 1 แผนภูมิการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการฉีด/ให้สียฟลูออเรสซิน Fluorescein angiography (FA) เพื่อวินิจฉัยโรคทางตา

ที่มา: กรณิการ์ คำเต็ม นพ.ดร.รจโรจักษ์ วิทยาลัยพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ครบเวลาในแต่ละช่วงเวลาของการถ่ายภาพ หลังฉีดสีเสร็จ ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะเหลืองเข้ม แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อให้ขับสีออกทางปัสสาวะ เมื่อรับทราบข้อมูลและทำความเข้าใจแล้ว ผู้ปกครองลงชื่อในใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา

3. ชักประวัติ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ ประวัติการฉีดสี และบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ลงในแบบคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการฉีดสีหรือให้ฟลูออเรสซิน เพื่อวินิจฉัยโรคทางตา วัดสายตา วัดความดันตา วัดสัญญาณชีพ ก่อนฉีดสี

4. วัดสายตา วัดความดันตา และขยายรูม่านตาผู้ป่วยตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยขยายยาหยอดตา 2.5% Phenylephrine และ 0.75% Tropicamide eye drop ทุก 15 นาที เพื่อให้รูม่านตาขยาย 6-7 มิลลิเมตร เพื่อให้สามารถถ่ายภาพจอตาได้อย่างชัดเจน หลังจากขยายรูม่านตาผู้ป่วยจะมีตามัว 4-6 ชั่วโมง เน้นย้ำให้ผู้ปกครองและผู้ป่วยระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม

5. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในกรณีฉีดสีทางหลอดเลือดดำ ด้วย 0.9% NSS 100 มิลลิเมตร rate KVO (keep vein open) โดยเลือกเส้นเลือดดำที่มีขนาดใหญ่ บริเวณข้อพับหรือหลัง

ฝ่ามือ เพื่อให้น้ำเกลือได้เร็วและต่อเนื่อง

การเตรียมอุปกรณ์และสีที่ใช้ในการฉีดสี FA

การฉีดสีฟลูออเรสซินทางหลอดเลือดดำใช้ 10% Fluorescein sodium solution ขนาด 0.1 มิลลิตร/กิโลกรัม

การให้สีฟลูออเรสซินผ่านทางปากใช้ 10% Fluorescein sodium solution ขนาด 0.075 มิลลิตร/กิโลกรัม

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 11 ปี น้ำหนัก 23 กิโลกรัม มีคำสั่งแพทย์ให้ฉีดสี แบบ FFA RE → LE ทางหลอดเลือดดำ

ระยะขณะตรวจวินิจฉัยด้วย FA^{4,14,15}

ตัวอย่าง

ปริมาณ 10% fluorescein sodium solution ที่ใช้
= 0.1 มิลลิตร/กิโลกรัม
ปริมาณสี fluorescein ที่ใช้คือ
0.1 มิลลิตร x 23 กิโลกรัม = 2.3 มิลลิตร

แบบคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการฉีด/ให้สีฟลูออเรสซินเพื่อวินิจฉัยโรคทางตา

วันที่ เวลา น.

BW kg Height m. BSA² m.

10% Fluorescein Sodium Volume cc. (..... mg/kg)

☐ oral fluorescein angiography ครั้งที่

☐ intravenous fluorescein angiography ครั้งที่

โรคประจำตัว

☐ โรคไต ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคภูมิแพ้ ☐ โรคตับ ☐ โรคหลอดเลือด

☐ โรคอื่นๆ

ประวัติการแพ้

☐ ไม่แพ้/ปฏิกิริยาการแพ้ ☐ แพ้อาหารทะเล

☐ แพ้ยา/แพ้อาหาร

Vital signs

ก่อนทำ (.....น.) BP = mmHg P = /min R = /min

หลังทำ 15 นาที (.....น.) BP = mmHg P = /min R = /min

Side effect

อาการหลังทำ/แพ้ : เวลา น. (นาทีที่ ของการฉีดสี)

☐ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

☐ คลื่นไส้ / อาเจียน ☐ สั่น / หนาวสั่น ☐ หายใจติดขัด ☐ anaphylaxis shock

☐ อื่นๆ

การพยาบาลหลังเกิดอาการไม่พึงประสงค์

A :

I :

E :

ผู้บันทึก ลงชื่อ / FN

ภาพที่ 2 แบบคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการฉีดสี/ให้ฟลูออเรสซินเพื่อวินิจฉัยโรคทางตา

ที่มา: กรรณิการ์ คำเตียม หน่วยตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การฉีดสี จะเริ่มด้วยการถ่ายภาพจอตาก่อนที่จะให้สีเข้าร่างกาย พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมตัวผู้ป่วย โดยดูแลจัดท่าให้นั่งให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่พร้อมถ่ายภาพ พร้อมประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยอีกครั้ง และคอยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้นและอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดการฉีดสี ดูแลขณะแพทย์ดำเนินการให้สีผู้ป่วยทั้งทางปากและทางหลอดเลือดดำ และเฝ้าสังเกตอาการตั้งแต่สีเข้าสู่ร่างกายจนทำการฉีดสีครบเวลา เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในขณะฉีดสี จะมีขั้นตอนการฉีดสีและการพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เมื่อเตรียมผู้ป่วยโดยให้สารน้ำ พร้อมตรวจว่าสารน้ำมีการไหลปกติ ไม่มีการรั่วออกนอกหลอดเลือด เตรียมอุปกรณ์ในการฉีดสีเรียบร้อยแล้ว ช่างภาพจะเริ่มถ่ายภาพจอตาก่อนเริ่มทำการฉีดสี พยาบาลมีบทบาทที่จะต้องจัดเตรียมท่านั่งของผู้ป่วยในท่าวางคางบนที่วางคาง หน้าผากชิดราวพักศีรษะ (forehead bar) ทางตาตรงกับขีดที่กำหนดไว้ที่หน้ากล้อง พักแขนทั้ง 2 ข้างไว้บนโต๊ะเมื่อถ่ายภาพครบแล้ว แพทย์จะเริ่มทำการฉีดสีเข้าหลอดเลือดดำ หรือรายที่ให้สีผ่านทางปากจะเริ่มให้ดื่มสีก่อนการถ่ายภาพต่อ

ขั้นตอนที่ 2 ช่างภาพจะถ่ายภาพหลังสีเข้าสู่ร่างกายทันที แต่ในรายที่ให้สีทางปากต้องรอให้สีเข้าไปในร่างกายหลังดื่มสี 15 นาที จึงเริ่มถ่ายภาพจอตา โดยจะถ่ายภาพต่อเนื่องใน 30 วินาทีแรก เป็นระยะแรก (early phase) ซึ่งสำคัญ และถ่ายภาพนาทีที่ 3, 5 และนาทีที่ 10 ของการฉีดสี โดยถ่ายสลับข้างกัน และจะเริ่มถ่ายจากข้างที่มีอาการหรือข้างที่ต้องการก่อน พยาบาลอาจต้องช่วยเปิดเปลือกตา กรณีที่ผู้ป่วยลืมตาได้น้อย เพื่อให้ได้ภาพที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 พยาบาลต้องคอยสังเกตอาการ ในทุกช่วงของการฉีดสีว่าผู้ป่วยมีอาการแพ้หรือไม่

ระยะหลังได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย FA^{12,14,15}

หลังฉีดสีจนครบเวลา หากผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้สามารถถอดสายน้ำเกลือได้ และประเมินอาการ สัญญาณชีพหลังการฉีดสีลงบันทึกและเฝ้าสังเกตอาการต่ออีก 30 นาที ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในระยะนี้พยาบาลมีบทบาทให้คำแนะนำหลังการฉีดสีดังนี้

- ผู้ป่วยจะมีตาพร่ามัว สู้แสงไม่ได้จากการขยายม่านตา เป็นเวลา 4-6 ชั่วโมง พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยและผู้ปกครองให้ระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม
- ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะ และสีผิวเหลืองประมาณ 24 ชั่วโมง⁵ พยาบาลควรแนะนำให้ดื่มน้ำ 6-8 แก้ว/วัน เพื่อช่วยในการขับสีออกทางปัสสาวะ
- หากมีการรั่วของสารน้ำหรือสี ได้ผิวหนังบริเวณที่ฉีดสี พยาบาลควรแนะนำให้ประคบอุ่น 4 ครั้ง/วัน เป็นเวลา 30 นาที ประมาณ 1-2 วัน
- หากมีอาการผิดปกติ หรืออาการแพ้ ให้แจ้งหรือกลับมาพบแพทย์ทันที

สรุป

การตรวจวินิจฉัยทางตาด้วยวิธี Fluorescein angiography (FA) ในผู้ป่วยเด็ก เป็นการตรวจตาแบบจำเพาะที่สำคัญ เพื่อตรวจหาความผิดปกติของจอตา วางแผนการรักษา ติดตามอาการ และใช้ในการพยากรณ์โรค โดยสามารถให้สีผ่านทางหลอดเลือดดำและทางปาก การตรวจวิธีนี้ค่อนข้างปลอดภัย มักพบผลข้างเคียงแบบไม่รุนแรง แต่ในผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองที่เข้ารับการตรวจอาจมีความวิตกกังวลกลัว ทำให้เป็นอุปสรรคในการตรวจ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนตรวจ ขณะตรวจ ตลอดจนสิ้นสุดการตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการตรวจได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับความกังวล และได้ผลการตรวจที่มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Chee R-i, Gupta MP, Valikodath NG, Cole E, Orlin A, Al-Khaled T, et al. Evaluation of Potential Systemic Adverse Events Related to Fluorescein Angiography in Pediatric Patients. *Ophthalmology Retina*. 2020;4(6):595-601.
2. Calvo CM, Hartnett ME. The utility of ultra-widefield fluorescein angiography in pediatric retinal diseases. *Int J of Retina and Vitreous*. 2018;4(1):21.
3. Marmoy OR, Henderson RH, Ooi K. Recommended protocol for performing oral fundus fluorescein angiography (FFA) in children. *Eye*. 2022;36:234-36.
4. แมนสิงห์ รัตนสุคนธ์. การศึกษาหลอดเลือดจอตาด้วยการฉีดสีฟลูออเรสซีน: FLUORESCIN ANGIOGRAPHY. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์;2557.
5. ปฐมา ภูยานนทชัย. การฉีดสีร่วมกับการถ่ายภาพจอตาเพื่อวินิจฉัยก่อนเนื้องอกของคอร์อยด์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2553;28(5):275-85.
6. Abraham A, Saboo US, Ducca BL, Lawand AT, Ronconi C, Cao JH. The Detection of Occult Retinal Vasculitis on Fluorescein Angiography in Pediatric Uveitis. *Ophthalmol Retina*. 2020;4(2):198-203.
7. Ali SMA, Khan I, Khurram D, Kozak I. Ultra-Widefield Angiography With Oral Fluorescein in Pediatric Patients With Retinal Disease. *JAMA Ophthalmol*. 2018;136(5):593-94.
8. สุขศรี โชติภวณิชย์. กายวิภาคและเอ็มบริโอวิทยาของตา. ใน: อติพร ตวงทอง, วณิชา ชื่นกองแก้ว, อภิชาติ สิงคาลวนิช, บรรณาธิการ. *ความรู้พื้นฐานทางจักษุวิทยา*. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ไชเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป จำกัด;2558. หน้า 1-26.
9. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์. จักษุวิทยาการ เล่ม 4 โดยราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย;2563.
10. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์. จักษุวิทยาการ เล่ม 3 โดยราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย;2562.
11. ภารดี คุณาวิศรุต. โรคจอตาที่คล้ายกับโรคผนังลูกตาชั้นกลางอักเสบ. *เชียงใหม่: โครงการตำรา งานบริการวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*;2560.

12. Amador-Patarroyo MJ, Lin T, Meshi A, Dans KC, Chen K, Borooah S, et al. Identifying the factors for improving quality of oral fluorescein angiography. *Br J Ophthalmol*. 2020;104(4):504-8.
13. Marziali E, Testi I, MacPhee B, et al. A prospective evaluation of adverse events occurring in children undergoing fundus fluorescein and indocyanine green angiography. *Eye*. 2022;36: 1837–9.
14. Kornblau IS, El-Annan JF. Adverse reactions to fluorescein angiography: A comprehensive review of the literature. *Surv Ophthalmol*. 2019;64(5):679-93.
15. กาญจน์ นิตีเรืองจรัส. การตรวจจอประสาทตาโดยการฉีดสี: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจักษุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2551;26(1):25-32.
16. Yamao S, Tsujioka T, Takada R, Matsumoto F, Kusaka S. Utility Of Oral Fluorescein Angiography with Ultra-Wide Retina. field Imaging System for Evaluation of Various Retinal Disorders. 2021;41(6):1338-45.

Nursing Care for Patients in the Step-Down Ward Following Hematopoietic Stem Cell Transplantation

Wanpen Earphaopun, R.N.

Department of Private Patient Nursing Division, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2024;17(3):224-230

ABSTRACT

Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) represents a final treatment option for various hematologic malignancies, with the primary goal being complete disease cure or achieving the longest possible remission period. Following HSCT, patients require close monitoring due to exposure to high-dose chemotherapy and immunosuppressive drugs. Hospitalization typically spans an average of 30 days, though this duration varies based on factors such as the patient's age, underlying disease, treatment specifics, source of stem cells, and potential complications. Based on medical statistics from Siriraj Hospital spanning 2013-2020, an average of 63 HSCT procedures are performed annually. Unfortunately, the limited number of available beds results in a waiting period of approximately 6-8 months, leading to longer queues for patients. This prolonged wait time is associated with a higher risk of disease relapse, increased cumulative toxicity from chemotherapy drugs, and a heightened mortality risk. In contrast, some foreign countries offer outpatient care for HSCT patients, which yields similar survival rates to inpatient care but at a lower cost, with increased patient satisfaction and improved quality of life. However, in Thailand and specifically at Siriraj Hospital, only inpatient care for HSCT patients is available due to various constraints, including the challenge of finding potential caregivers for 24-hour monitoring, transfer logistics, and bed availability for emergencies. To address these challenges, Siriraj Hospital has developed a continuous care program for post-HSCT patients within the recovery ward or step-down unit, aiming to reduce the length of stay at the bone marrow transplant unit and expedite HSCT procedures. This article focuses specifically on nursing care for patients after HSCT within the step-down ward, with the goal of equipping nurses with the knowledge and skills necessary to provide safe and effective care for post-HSCT patients.

Keywords: Nursing care; hematopoietic stem cell transplantation; complications

Correspondence to: Wanpen Earphaopun

Email: onepen_dada@hotmail.com, wanpen.ear@mahidol.ac.th

Received: 5 December 2023

Revised: 30 May 2024

Accepted: 31 May 2024

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i3.267550>

การพยาบาลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่หอผู้ป่วยรพช.ฟื้น

วันเพ็ญ เอื้อะเผ่าพันธ์

งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (hematopoietic stem cell transplantation: HSCT) เป็นการใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (stem cell) ที่ปกติในการรักษาโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงทางโลหิตวิทยาหายขาดจากโรค หรือโรคสงบได้ยาวนานที่สุด แต่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เนื่องจากได้รับยาเคมีบำบัดขนาดสูงและยากดภูมิคุ้มกัน ระยะเวลาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 30 วัน ซึ่งแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ โรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแต่ละราย จากข้อมูลสถิติทางการแพทย์ โรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2556-2563 มีผู้ป่วย HSCT เฉลี่ยปีละ 63 ราย เวลารอคิว HSCT ประมาณ 6-8 เดือน เนื่องจากจำนวนเตียงจำกัด ซึ่งการรอคิวนาน สัมพันธ์กับอัตราการกำเริบของโรค และได้รับพิษสะสมจากยาเคมีบำบัดที่สูงขึ้น เพิ่มโอกาสในการเสียชีวิต ปัจจุบันต่างประเทศมีการดูแลผู้ป่วย HSCT แบบผู้ป่วยนอก ซึ่งการดูแลแบบผู้ป่วยนอกมีอัตราการรอดชีวิตใกล้เคียงกับการดูแลแบบผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายถูกกว่า ผู้ป่วยพึงพอใจ คุณภาพชีวิตดีขึ้น สำหรับประเทศไทยและโรงพยาบาลศิริราช มีการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยในเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัด เช่น ขาดผู้ดูแล ระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล ไม่มีเตียงสำรองในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น โรงพยาบาลศิริราชพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลัง HSCT ต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยรพช.ฟื้น เพื่อลดระยะเวลาในการครองเตียงที่หอผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการ HSCT เร็วขึ้น แต่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สิ่งที่ต้องดูแลพิเศษกว่าผู้ป่วยทั่วไป บทความนี้จึงนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยหลัง HSCT ที่หอผู้ป่วยรพช.ฟื้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย HSCT ได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: การพยาบาล; การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดขาว; ภาวะแทรกซ้อน

บทนำ

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (HSCT) เป็นการรักษาโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (stem cell) ที่ปกติในการรักษาโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา แบ่ง HSCT เป็น 2 ชนิด คือ การใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดของตนเอง (autologous hematopoietic stem cell transplantation: auto-HSCT) และการใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดของผู้บริจาค (allogenic hematopoietic stem cell transplantation: allo-HSCT) แหล่งที่มาของ Stem cell ได้แก่ ไขกระดูก กระแสเลือด และเลือดจากสายสะดือหรือรก

ขั้นตอนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

1. การรักษาโรคของผู้ป่วยให้สงบ หรือ ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาขั้นต้น
2. การประเมินสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยทั้งการทำงาน ไต ตับ ปอด หัวใจ เป็นต้น รวมถึงการติดเชื้อที่แอบซ่อนอยู่
3. การเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด
4. การรักษาก่อนใส่เซลล์ด้วยยาเคมีบำบัด ยากดภูมิคุ้มกัน และ/หรือการฉายแสงทั่วทั้งตัว เรียกว่า Conditioning

regimen เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ในไขกระดูกมากที่สุด เปิดช่องว่างในไขกระดูกให้ Stem cell ใหม่เจริญเติบโต^{7,8} ผู้ป่วยที่ใช้ Stem cell จากผู้บริจาค จะได้รับยากดภูมิคุ้มกันเพื่อกดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยให้ยอมรับ Stem cell ใหม่โดยไม่ต่อต้าน

5. การใส่เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (stem cell infusion) ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง กำหนดให้วันที่ใส่ Stem cell เป็นวันที่ 0 (day 0)

6. การรักษาประคับประคองจนไขกระดูกฟื้นตัว
ไขกระดูกฟื้นตัว (engraftment) คือ การที่ Stem cell ใหม่สามารถเจริญเติบโต สร้างเซลล์เม็ดเลือดใหม่ได้ โดยไขกระดูกจะฟื้นตัวในช่วง day+10 ถึง day+14 ขึ้นอยู่กับตัวโรค การรักษาที่ได้รับ แหล่งที่มาของ Stem cell ซึ่งเม็ดเลือดขาวจะฟื้นตัวเร็วกว่าเม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือด^{7,8}

ระหว่างรอให้ไขกระดูกฟื้นตัว เป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจาก Conditioning regimen ยาเคมีบำบัดทำลายเซลล์เม็ดเลือดทุกชนิดในไขกระดูก รวมทั้งเซลล์ปกติด้วย ทำให้เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ ต้องได้รับส่วนประกอบของเลือดทดแทนเป็นระยะ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง อาจเกิดภาวะเซลล์ของผู้บริจาคทำปฏิกิริยาต่อเซลล์ของผู้ป่วย (graft

versus host disease: GVHD) ได้^{7,8} ดังนั้น จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยพักที่โรงพยาบาลเพื่อดูแลอาการอย่างใกล้ชิดต่อ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลศิริราชมีผู้ป่วยรอคิวปลูกถ่าย HSCT จำนวนมาก เพื่อลดระยะเวลาการครองเตียงที่หอผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด โรงพยาบาลศิริราชจึงมีการย้ายผู้ป่วยมายัง Step down ward สำหรับรอพักฟื้นก่อนกลับบ้าน โดยจะย้ายผู้ป่วยมายัง Step down ward วันที่ day+3 สำหรับโรคเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมา day +10 สำหรับโรคเม็ดเลือดน้ำเหลือง และ day+15 ถึง day+17 สำหรับผู้ป่วย allo-HSCT

อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนหลังการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่พบในช่วงรอไขกระดูกฟื้นตัว ที่ Step down ward ได้แก่

การติดเชื้อ

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ซึ่งผู้ป่วยเกือบทุกรายมีไข้ในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลัง HSCT เนื่องจากมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เยื่อต่างๆ ในการป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายถูกทำลาย ภูมิคุ้มกันชนิดทีเซลล์และบีเซลล์ยังไม่สามารถทำหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อได้ตามปกติ หากมีไข้ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจหาสาเหตุและให้ยาฆ่าเชื้อที่ครอบคลุมเชื้อโรคต่าง ๆ (empirical antibiotics) ทางหลอดเลือดดำทันที⁷⁻⁹

เม็ดเลือดต่ำ

ผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ ทำให้ซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ อาจพบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย และมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยาก ดังนั้นในช่วงที่รอไขกระดูกฟื้นตัว ผู้ป่วยจะได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดที่ผ่านการฉายแสงทดแทนเป็นระยะ⁷⁻⁹

แผลในช่องปากและทางเดินอาหาร

เยื่อเมือกในทางเดินอาหารและช่องปากถูกทำลาย เป็นช่องทางให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายและติดเชื้อตามมาได้ หากเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรง ส่งผลให้มีอาการปวด กลืนลำบาก ความสามารถในการพูดบกพร่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง⁹ อุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย auto-HSCT ต่ำกว่า allo-HSCT และขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ¹⁰

ภาวะเซลล์ของผู้บริจาคทำปฏิกิริยาต่อเซลล์ผู้ป่วย (GVHD)

เป็นปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกัน พบในผู้ป่วย allo-HSCT เกิดขึ้นจากโมเลกุลแอนติเจนบนผิวเซลล์เม็ดเลือดขาวและเนื้อเยื่อ (HLA) ของผู้บริจาค (graft) และผู้รับ (host) แตกต่างกัน ทำให้เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ชนิดทีเซลล์ของผู้บริจาคที่ปะปนกับ stem

cell เห็นเซลล์ผู้ป่วยเป็นสิ่งแปลกปลอม จึงทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อของผู้ป่วย และเกิดโรคตามอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายผู้ป่วย

ภาวะ GVHD แบ่งได้ 2 แบบ แบบแรก คือ แบบเฉียบพลัน (acute GVHD) เกิดในระยะ 100 วันแรกหลัง HSCT ผู้ป่วยอาจมีผื่นแดง ท้องเสีย หรือมีการทำงานของตับบกพร่อง

แบบที่ 2 คือ แบบเรื้อรัง (chronic GVHD) เกิดในระยะ 100 วันหลัง HSCT ผู้ป่วยอาจมีผื่นที่ผิวหนัง ชั้นใต้ผิวหนังเป็นพังผืด การทำงานของตับบกพร่อง ตาแห้ง เยื่อช่องปากแห้งและเป็นแผลปวดท้อง น้ำหนักลด ปวดตามข้อ การทำงานของปอดบกพร่อง เป็นต้น

การเกิด GVHD ที่รุนแรงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตได้สูง ดังนั้นการป้องกันภาวะ GVHD จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก¹¹⁻¹⁴

ภาวะเส้นเลือดในตับอุดตัน (veno-occlusive disease/sinusoidal obstruction syndrome: VOD/SOS)

เกิดจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ทำลาย Hepatic sinusoidal endothelial cells ที่เป็นผนังของหลอดเลือด Sinusoid ทำให้เกิดการอักเสบและการอุดตันของ Sinusoid ได้ เกณฑ์วินิจฉัยของ European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) คือ ค่าบิลิรูบินมากกว่าเท่ากับ 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับตับโต เจ็บและมีน้ำในช่องท้อง โดยทั่วไปจะเกิดขึ้นภายใน 21 วัน¹⁵ พบอุบัติการณ์ร้อยละ 5-15 ถ้ามีอาการรุนแรงอาจเกิดภาวะตับวาย ไตวายและเสียชีวิต ได้มากกว่าร้อยละ 80^{7,9,16} ดังนั้นการป้องกัน และวินิจฉัย VOD/SOS ที่ถูกต้องและรวดเร็วจึงเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการเริ่มต้นการรักษาที่เหมาะสม^{18,19}

การพยาบาลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่หอผู้ป่วยรอพักฟื้น

บทบาทของพยาบาลที่ Step down ward เริ่มตั้งแต่การรับข้อมูลการดูแลต่อจากหน่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนในช่วงที่รอไขกระดูกฟื้นตัว รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการจำหน่าย

เกณฑ์ในการรับย้ายผู้ป่วยหลัง HSCT มายังหอผู้ป่วยรอพักฟื้น

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต เช่น ไม่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ หรือภาวะที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เป็นต้น
2. มีผู้ดูแล 24 ชั่วโมง เนื่องจาก step down ward เป็นห้องแยกเดี่ยว
3. ผู้ดูแลแข็งแรงไม่มีการติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้ป่วยได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่หอผู้ป่วยรอพักฟื้น

เสี่ยงต่อการติดเชื้อ/เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม โดยทำความสะอาดห้อง อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเครื่องปรับอากาศก่อนรับผู้ป่วย เพื่อลดปริมาณเชื้อโรค และฝุ่นละอองให้มากที่สุด⁹ รักษาสิ่งแวดล้อมในห้องพักให้สะอาดอยู่เสมอ²⁰

2. จำกัดผู้เยี่ยม โดยเฉพาะเด็กที่อายุต่ำกว่า 10 ปี และผู้ที่เป็นหวัด ติดป้ายแนะนำให้ติดต่อพยาบาลก่อนเข้าเยี่ยม เพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อเข้าเยี่ยม เช่น การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือทุกครั้งก่อนเข้าห้อง และไม่นำของมาฝากในห้องผู้ป่วย หรือผู้ที่เพิ่งสัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อเข้าเยี่ยม เป็นต้น งดการนำดอกไม้สดเข้าห้องผู้ป่วย^{7,8,20}

3. แนะนำให้ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การอาบน้ำทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ทำความสะอาดบริเวณรักแร้ ขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์ ดูแลไม่ให้ข้อขึ้น²¹

4. ดูแลให้ดื่มน้ำสะอาด รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ สะอาด งดผักสด ผลไม้เปลือกบาง^{20,21} ผู้ป่วยและผู้ดูแลพลัดกันรับประทานอาหาร ไม่เปิดหน้ากาอนามัย และรับประทานอาหารพร้อมกัน

5. หลีกเลี่ยงการสอดใส่สิ่งใด ๆ เข้าร่างกายผู้ป่วย เช่น การสวนอุจจาระ เน้นยา เป็นต้น ควรรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก²⁰ เพื่อขอยาระบายชนิดรับประทาน

6. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ล้างมือตามหลัก 5 Moment for hand hygiene ของ WHO และหลังจากถอดชุด PPE และระหว่างกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกัน เช่น ล้างมือหลังทำแผล ก่อนการเจาะเลือดผู้ป่วยต่อ เพื่อลดปริมาณเชื้อโรคที่ปนเปื้อนอยู่ที่มือ ป้องกันเชื้อโรคไปสู่ผู้ป่วย⁹

7. ดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ประเมินการอักเสบบวมแดง กดเจ็บบริเวณทางของสาย ระวังระดับน้ำไม่ให้เปียกน้ำ ทำแผลใหม่ทันทีที่มีการหลุดหรือเปียกชื้น พร้อมกับประเมินความจำเป็นในการใช้สายร่วมด้วย²²

8. ดูแลฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว และให้ยาปฏิชีวนะ ยาต้านไวรัส ยาต้านเชื้อรา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ (prophylaxis) ตามแผนการรักษา

9. คัดกรองการติดเชื้อ (surveillance culture) โดยส่งเพาะเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา จากเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ ตรวจซีรัม กาแลคโตแมนแนน ตรวจไซโตเมกัลโลไวรัส ตามแผนการรักษา เพื่อให้การรักษาได้เร็วเมื่อพบเชื้อ²³

10. ตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียดทุกวัน ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้ $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ 1 ครั้ง หรือ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 1 ชั่วโมง ร่วมกับ ANC < 500 หรือ < 1,000 ที่มีแนวโน้มจะ < 500 cell/mm³ ใน 48 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที²⁰

มีไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ /ติดเชื้อในกระแสเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. รายงานแพทย์ทราบทันทีเมื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ของการมีไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เพื่อตรวจร่างกายหาสาเหตุของการติดเชื้อ โดยส่งเลือดและปัสสาวะเพาะเชื้อ เอกซเรย์ทรวงอก และตรวจเสมหะเพิ่มเติมหากมีอาการไอมีเสมหะ^{21,24}

2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อก่อโรคต่าง ๆ ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ผู้ดูแลให้ Prophylactic antibiotic เมื่อผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ²⁴

3. ติดตามสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด หากพบชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ควรรายงานแพทย์ทราบทันที²⁰

4. หากไข้ไม่ลดลง หรือมีสัญญาณของการติดเชื้อใหม่ แจ้งแพทย์ทราบ เพื่อหาสาเหตุและปรับการรักษา²⁴

5. ดูแลให้รับประทานยาพาราเซตามอล เช็ดตัวลดไข้ ดื่มน้ำมากกว่า 2,000 ซีซีต่อวันเพื่อลดอุณหภูมิร่างกาย

6. ติดตามผลเพาะเชื้อ เพื่อแจ้งแพทย์ทราบและปรับยาปฏิชีวนะให้เหมาะสม²⁴

ภาวะช็อค

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรม เพื่อลดการใช้ออกซิเจน และป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดูแลให้ออกซิเจนถ้ามีอาการหายใจเหนื่อย

2. ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน เพื่อส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดง

3. ดูแลให้เลือดทดแทน เมื่อฮีโมโกลบิน 7 กรัม/เดซิลิตร ในผู้ใหญ่ที่มีความดันโลหิตปกติ และเมื่อฮีโมโกลบิน 8 กรัม/เดซิลิตร ในผู้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น มีความดันโลหิตต่ำ^{25,26} เลือดต้องได้รับการลดจำนวนเม็ดเลือดขาว (leukocyte-reduced) และฉายแสงก่อนทุกครั้ง เพื่อป้องกันภาวะ GVHD จากการได้รับเลือด (transfusion associated graft-versus-host-disease: TA-GVHD)²⁷

เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้แปรงฟันด้วยแปรงขนนุ่ม ระวังระวังการกระทบกระแทก หลีกเลี่ยงของมีคม ดูแลให้ยาระบาย เมื่อท้องผูก^{7,8}

2. แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบทันทีหากพบเลือดออก เช่น มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย มีปัสสาวะอุจจาระปนเลือด ปวดศีรษะตาพร่ามัว หรือเวียนศีรษะ เป็นต้น

3. ดูแลให้เกิดเลือดทดแทน เมื่อเกล็ดเลือดน้อยกว่า 10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเลือดออกและไม่มีไข้ ดูแลให้เกิดเลือดในผู้ป่วยที่เกล็ดเลือดน้อยกว่า 20,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือมากกว่าในกรณีผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกและผู้ป่วยที่มีไข้ ดูแลให้เกิดเลือดในผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการที่มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกได้²⁶ เมื่อเกล็ดเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เกล็ดเลือดต้องได้รับการลดจำนวนเม็ดเลือดขาว (leukocyte-reduced) และฉายแสงก่อน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ GVHD จากการได้รับส่วนประกอบของเลือด (TA-GVHD)²⁷

เสี่ยงต่อการเกิดแผลในปาก / แผลในปาก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยช่องปาก ใช้แปรงสีฟันขนนุ่มทำความสะอาดช่องปาก 2-4 ครั้ง/วัน บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 2-4 ชั่วโมง ประเมินเยื่อช่องปากอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ทาลิปาล์ม และดื่มน้ำบ่อย ๆ เพื่อรักษาความชุ่มชื้นบริเวณริมฝีปากและในเยื่อช่องปาก⁷⁻⁹ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรายงานแพทย์

ทันที ที่พบอาการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก

2. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน หรืออาหารเหลว เมื่อมีอาการเจ็บปาก หลีกเลี่ยงอาหารที่แข็ง หยาด คม เผ็ด เค็ม และเป็นกรด เนื่องจากทำให้ระคายเคือง และเกิดแผลในปากมากขึ้น^{7,8}

3. ดูแลให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและสารอาหารในผู้ป่วยที่เจ็บปากและไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้

4. ดูแลให้ยาแก้ปวด หรือยาชา ตามแผนการรักษา เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลในช่องปาก⁷⁻⁹

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ acute GVHD/ เกิดภาวะ acute GVHD กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน เน้นย้ำการรับประทานตรงเวลา หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังรับประทานยา แจ้งแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้ยาแก้คลื่นไส้ก่อนรับประทานยากดภูมิ¹¹

2. ส่งตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน โดยเจาะก่อนรับประทานยา 30 นาที รายงานผลให้แพทย์ทราบเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับยา

3. ให้ความรู้ในการสังเกตอาการ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน acute GVHD ในระบบต่าง ๆ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อาการแสดง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะ Acute GVHD ในอวัยวะต่าง ๆ

อวัยวะ	อาการ Acute GVHD ตามระบบ	การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน
ผิวหนัง	ผื่นคันเป็นตุ่มนูน/แบนราบ/รอยแดง/หรือตุ่มน้ำพอง โดยเฉพาะที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า หัวไหล่ หลัง หู คอ และท้ายทอย เป็นต้น อาจมีอาการคันปวด แสบร้อนคล้ายผิวหนังไหม้	สวมใส่เสื้อผ้าแขนขายาว ป้องกันการสัมผัสแสงแดดโดยตรง ทาครีมกันแดด หลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งระคายเคือง อยู่ในที่อากาศถ่ายเท ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น สังเกตอาการผื่นผิวหนัง หากพบแจ้งแพทย์ทราบทันที
ช่องปาก	มีแผลในช่องปาก	หลีกเลี่ยงอาหารที่แข็ง หยาด คม เผ็ด เค็ม และเป็นกรด เพราะอาจทำให้เกิดแผลในช่องปากได้
ตา	ระคายเคืองตา ตาแห้ง	สวมแว่นตาป้องกันลมและฝุ่น หยอดน้ำตาเทียม
ทางเดินอาหารและลำไส้	คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ถ่ายเหลว ปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร/วัน	บันทึกลักษณะ ปริมาณ ความถี่ในการอาเจียน และขับถ่าย
ตับ	ค่าการทำงานของตับสูงขึ้น ตาตัวเหลือง	ติดตามค่าการทำงานของตับ สังเกตอาการตาตัวเหลือง

ที่มา: Graft-Versus-Host Disease in Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Literature Review and Nursing Implications.¹¹

4. เมื่อเกิดภาวะ acute GVHD ประเมินความรุนแรง ดูแลให้ยาฉีดสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย และหรือยาสเตียรอยด์ที่ออกฤทธิ์เฉพาะที่ เพื่อลดความเสี่ยงในการดำเนินของภาวะ Acute GVHD ไปสู่ระดับที่รุนแรง¹¹

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ VOD/SOS /เกิดภาวะ VOD/SOS

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังและติดตามอาการในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น สูงอายุ มีโรคตับ ได้รับ Myeloablative conditioning regimen เป็นต้น โดยบันทึกสัญญาณชีพ น้ำหนัก น้ำเข้า-น้ำออก วัดเส้นรอบวงท้อง สังเกตจุดเลือดออกบริเวณทรวงอก อาการปวดท้องบริเวณด้านขวาบน ตาตัวเหลือง⁹

2. ติดตามผลเลือด โดยเฉพาะค่าการทำงานของตับ บิลิรูบินในซีรัม อิเล็กโทรไลต์ ยูเรียและครีเอตินินในซีรัม รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ เช่น แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของผลเลือด ค่าบิลิรูบิน ≥ 2 mg/dl น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับก่อน HSCT มีภาวะน้ำเกิน ซึ่งความไม่สมดุลน้ำในร่างกายเป็นสัญญาณแรกของ SOS/VOD และหากไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะถือเป็นสัญญาณเริ่มต้นของความเสียหายของเยื่อปอดน้ำเหลือง⁹

3. ดูแลให้ยาป้องกันภาวะ SOS/VOD ตามแผนการรักษา เช่น โซเดียมเฮปาริน พรอสตาแกลนดิน เออร์โซไดออกซีโคลิก ดีไฟโบรไทด์ เป็นต้น

4. เมื่อได้รับการวินิจฉัย SOS/VOD ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาดีไฟโบรไทด์ ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะลิ่มเลือดของระบบทางเดินหายใจ หัวใจ ไต ตับ หากมีอาการแสดงที่รุนแรงมากขึ้น แจ้งทีมทราบเพื่อพิจารณาย้ายไปหอผู้ป่วยหนัก

การเตรียมจำหน่าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันยังคงต่ำอยู่ประมาณ 1 ปี โดยแนะนำให้รับประทานยาต้านเชื้อราใหม่ สะอาด งดผักสด ผลไม้เปลือกบาง อาหารหมักดอง จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย อากาศถ่ายเทได้ ดี หลีกเลี่ยงชุมชนแออัดและผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือแอลกอฮอล์ก่อนและหลังทำกิจกรรมต่าง ๆ หลีกเลี่ยงการสัมผัสแสงแดดโดยตรงเนื่องจากผิวของผู้ป่วยหลัง HSCT จะบอบบางมากขึ้นและอาจไหม้ได้ง่าย^{7,11,21} วัดอุณหภูมิร่างกายทุกครั้งเมื่อรู้สึกไม่สบาย หากมีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หนาวสั่น ผิวหนังมีรอยแดง มีผื่น ไอ จาม หายใจลำบาก ปัสสาวะแสบขัด มีแผลพุพองเล็ก ๆ คล้ายเริม ถ่ายเหลว ตาตัวเหลือง หรือพบสัญญาณของการติดเชื้ออื่น ๆ แนะนำให้มาพบแพทย์ก่อนนัด^{7,8}

2. แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษา โดยเฉพาะยากดภูมิคุ้มกัน ยาป้องกันการติดเชื้อ ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล รับ

ประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารจำพวกโปรตีน พักผ่อน 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ออกกำลังกายเบา ๆ และระมัดระวังอุบัติเหตุ²¹

3. แนะนำการมาตรวจตามนัด การเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน โดยต้องเจาะก่อนรับประทานยา 30 นาที

4. แนะนำให้ฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันได้ เมื่อแพทย์แจ้งเวลาที่เหมาะสมเท่านั้น^{7,8}

5. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ซักถาม แนะนำช่องทางในการสอบถามข้อมูลหลังการจำหน่าย สังเกตความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลัง HSCT เมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยให้ระบายความรู้สึก พยาบาลรับฟังเพื่อให้กำลังใจและการช่วยเหลือที่เหมาะสม¹¹

สรุป

การดูแลผู้ป่วยหลัง HSCT ต่อเนื่องที่ Step down ward สามารถลดระยะเวลาในการรอคิว HSCT ในโรงพยาบาลศิริราชเหลือเพียง 3-4 เดือน และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ HSCT เพิ่มขึ้นเฉลี่ยในปี พ.ศ.2564-2565 เท่ากับ 116 รายต่อปี ซึ่งการดูแลผู้ป่วยหลัง HSCT ต่อเนื่องที่ Step down ward ยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นการดูแลจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจ เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยหลัง HSCT ปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วีรภัทร โอวัฒนาพานิช อาจารย์ประจำสาขาโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้ข้อเสนอแนะ คำปรึกษา และตรวจสอบเนื้อหาให้มีความถูกต้อง ชัดเจน และหน่วยรายงานสถิติทางการแพทย์ งานเวชระเบียน โรงพยาบาลที่เอื้อเพื่อข้อมูลที่สำคัญในการเขียนบทความครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Khaddour K, Hana CK, Mewawalla P. Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536951/>.
- Silva TS, Horvath JDC, Pereira MP, David CND, Vargas DF, Rigoni LDC, et al. Impact of waitlist time on post-HSCT survival: a cohort study at a hospital in southern Brazil. Hematol Transfus Cell Ther. 2024;46(3):242-9.
- Gómez-Almaguer D, Gómez-De León A, Colunga-Pedraza PR, Cantú-Rodríguez OG, Gutierrez-Aguirre CH, Ruiz-Arguelles G. Outpatient allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation: a review. Ther Adv Hematol. 2022;13:20406207221080739.

4. Owattanapanich W, Suphadirekkul K, Kunacheewa C, Ungprasert P, Prayongratana K. Risk of febrile neutropenia among patients with multiple myeloma or lymphoma who undergo in-patient versus outpatient autologous stem cell transplantation: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2018;18(1):1126.
5. González MJ, Urizar E, Urtaran-Laresgoiti M, Nuño-Solinís R, Lázaro-Pérez E, Vázquez L, et al. Hospital and outpatient models for Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A systematic review of comparative studies for health outcomes, experience of care and costs. *PLoS One*. 2021;16(8):e0254135.
6. Khalid Ahmed A-A, Abdulalah A. Outpatient Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation in Patients with Multiple Myeloma. In: Khalid Ahmed A-A, editor. *Recent Updates on Multiple Myeloma*. Rijeka: IntechOpen; 2023. p. Ch. 9.
7. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. *Allogeneic Stem Cell Transplant: A Guide for Patients & Caregivers*. 2021 [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/allogeneic-stem-cell-transplantation>.
8. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. *Autologous Stem Cell Transplant: A Guide for Patients & Caregivers*. 2021 [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/autologous-stem-cell-transplant-guide-patients-caregivers>.
9. Wallhult E, Kenyon M, Quinn B. Early and Acute Complications and the Principles of HSCT Nursing Care. In: Kenyon M, Babic A, editors. *The European Blood and Marrow Transplantation Textbook for Nurses*. 2nd ed. Switzerland: Springer; 2023. p.185-216.
10. Nakagaki M, Kennedy GA, Gavin NC, Clavarino A, Whitfield K. The incidence of severe oral mucositis in patients undergoing different conditioning regimens in haematopoietic stem cell transplantation. *Support Care Cancer*. 2022;30(11):9141-9.
11. Sinsoongsud T. Graft-Versus-Host Disease in Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Literature Review and Nursing Implications. *Nurs Res Inno J*. 2023;29(1).
12. Murray J, Stringer J, Hutt D. Graft-Versus-Host Disease (GvHD). In: Kenyon M, Babic A, editors. *The European Blood and Marrow Transplantation Textbook for Nurses*. Switzerland: Springer; 2023.
13. Gooptu M, Antin JH. GVHD Prophylaxis 2020. *Front Immunol*. 2021;12:605726.
14. Malard F, Holler E, Sandmaier BM, Huang H, Mohty M. Acute graft-versus-host disease. *Nat. Rev. Dis. Primers*. 2023;9(1):27.
15. Mohty M, Malard F, Abecassis M, Aerts E, Alaskar AS, Aljurf M, et al. Revised diagnosis and severity criteria for sinusoidal obstruction syndrome/veno-occlusive disease in adult patients: a new classification from the European Society for Blood and Marrow Transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 2016;51(7):906-12.
16. Özkan HA, Özkan SG. Hepatic veno-occlusive disease (sinusoidal obstruction syndrome) after hematopoietic stem cell transplantation in adult patients: Diagnosis, incidence, prophylaxis, and treatment. *Transfus Apher Sci*. 2022;61(1):103372.
17. Bonifazi F, Barbato F, Ravaioli F, Sessa M, Defrancesco I, Arpinati M, et al. Diagnosis and Treatment of VOD/SOS After Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Front Immunol*. 2020;11:489.
18. Dalle J-H, Giralat SA. Hepatic Veno-Occlusive Disease after Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Risk Factors and Stratification, Prophylaxis, and Treatment. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2016;22(3):400-9.
19. Mohty M, Malard F, Alaskar AS, Aljurf M, Arat M, Bader P, et al. Diagnosis and severity criteria for sinusoidal obstruction syndrome/veno-occlusive disease in adult patients: a refined classification from the European society for blood and marrow transplantation (EBMT). *Bone Marrow Transplant*. 2023;58(7):749-54.
20. วิจารณ์ เนคมานุรักษ์, ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและมีไข้ (febrile neutropenia) ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. 2021;6(2):20-7.
21. Jamjumrus J, Chanpho D. Roles of Nurses in the Prevention and Management of the Febrile Neutropenia in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Siriraj Med Bull*. 2021;14(3):61-5.
22. Jarding EK, Flynn Makic MB. Central Line Care and Management: Adopting Evidence-Based Nursing Interventions. *J Perianesth Nurs*. 2021;36(4):328-33.
23. Neshor L, Chemaly RF, Shah DP, Mulanovich VE, Hosing C, Rolston KV. Utility of routine surveillance blood cultures in asymptomatic allogeneic hematopoietic stem cell transplant recipients with indwelling central venous catheters at a comprehensive cancer center. *Am J Infect Control*. 2014;42(10):1084-8.
24. Strasfeld L, Riches M. Infectious Complications. In: Maziarz RT, Slater SS, editors. *Blood and Marrow Transplant Handbook*. 3rd ed. Switzerland: Springer; 2021. p.493-512.
25. Adkins BD, Booth GS, Vasu S. Transfusion support for stem cell transplant recipients. *Semin Hematol*. 2020;57(2):51-6.
26. Jekarl DW, Kim JK, Han JH, Lee H, Yoo J, Lim J, et al. Transfusion support in hematopoietic stem cell transplantation. *Blood Res*. 2023;58(S1):S1-s7.
27. Foukaneli T, Kerr P, Bolton-Maggs PHB, Cardigan R, Coles A, Gennery A, et al. Guidelines on the use of irradiated blood components. *Br J Haematol*. 2020;191(5):704-24.

Perioperative Nurse's Role in Taking Care of Geriatric Hip Fracture

Ploychanokporn Kulwattanapun, R.N.*

**Perioperative Nursing Division, Department of Nursing Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.*

Siriraj Medical Bulletin 2024;17(3):231-236

ABSTRACT

Hip fracture is a common and serious health problem in the elderly population, with increasing incidence due to population aging. Delayed treatment and surgery are associated with higher rates of complications, disability, and mortality. Comprehensive, timely, safe perioperative care provided by a multidisciplinary team decreases rates of complications such as respiratory infections, urinary tract infections, venous thromboembolism, pressure sores from prolonged bedridden periods, and delirium. Moreover, this approach accelerates patient recovery, minimizes hospital stays, and reduces mortality rates. Perioperative nursing plays a critical role in the management of hip fracture surgery. By optimizing the surgical process, managing pain, ensuring patient safety, and preventing complications, it ultimately aims to help patients recover quickly and safely and return to their pre-fracture activities of daily living.

Keywords: Hip fracture; geriatrics; perioperative nurse's role

Correspondence to: Ploychanokporn Kulwattanapun

Email: k.ploy_121@hotmail.com

Received: 31 January 2024

Revised: 28 April 2024

Accepted: 29 April 2024

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i3.267553>

บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

พลอยชนกภรณ์ กุลวัฒนาพันธ์

งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

กระดูกสะโพกหักเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ และจากโครงสร้างประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงไปโดยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีแนวโน้มที่จะมีกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น นับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งความล่าช้าในการผ่าตัดและระยะเวลาการรับการรักษาในโรงพยาบาลนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การได้รับการดูแลตั้งแต่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอย่างครอบคลุม รวดเร็วและปลอดภัยโดยทีมสหสาขา มีระบบการบริหารจัดการที่ดี จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักได้ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันจากลิ่มเลือด การเกิดแผลกดทับจากการนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานานและภาวะสับสนเฉียบพลัน ให้ฟื้นตัวได้เร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิต ดังนั้น การพยาบาลในระยะผ่าตัดนั้นมีบทบาทที่สำคัญในการบริหารจัดการห้องผ่าตัด การบริหารความเจ็บปวด ความปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว ปลอดภัย สามารถกลับไปประกอบกิจวัตรประจำวันได้

คำสำคัญ: กระดูกสะโพกหัก; ผู้สูงอายุ; บทบาทพยาบาลผ่าตัด

บทนำ

กระดูกสะโพกหักเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของกระดูก รวมทั้งมีภาวะมวลกระดูกที่ลดลงซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคกระดูกพรุนร่วมกับการพลัดตกหกล้ม และจากโครงสร้างประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงไปโดยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้วนั้นทำให้มีแนวโน้มที่จะมีกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น นับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิตภายในหนึ่งปีหลังกระดูกหักถึงร้อยละ 23¹ ซึ่งมีการประมาณการว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจากการเกิดกระดูกสะโพกหักมากกว่า 4.5 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี² และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจะเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าในอีก 30 ปีข้างหน้า³ สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกสะโพกหักในปี 2561 นั้นมากกว่า 42,000 คนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 3 เท่าในอีก 30 ปีข้างหน้า⁴

ในปัจจุบันการรักษาหลักของกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุนั้นควรเป็นการผ่าตัดที่ทันทั่วทั้ง โดยที่ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินอย่างเหมาะสมเพื่อเตรียมความพร้อมอย่างครอบคลุมก่อนการผ่าตัด และได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ตลอดจนดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน² เพื่อบรรเทาอาการปวด ให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว ลูกขึ้นจากเตียง ฟื้นฟูสภาพและกลับไปประกอบกิจวัตรประจำวันได้โดยเร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตลง รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันจากลิ่มเลือด การเกิดแผลกดทับจากการนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานาน ภาวะซึมและสับสนเฉียบพลัน (delirium)^{5,6} โดยทางภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับภาควิชาวิสัญญีวิทยาและภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัยได้จัดทำโครงการให้การดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและกระดูกสะโพกหักไม่เกิน 7 วันให้ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงนับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ซึ่งได้มีการจัดตั้งทีม Acute Geriatric Hip Fracture Fast Track

in Siriraj Hospital ขึ้นเพื่อให้การดูแลแบบบูรณาการร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาและจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก จากสถิติของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาตามแนวทาง Acute geriatric hip fracture: Fast track ในโรงพยาบาลศิริราชปี พ.ศ.2561 ถึง 2565⁷ (ตารางที่ 1) นั้นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การดูแลอย่างเป็นระบบตามแนวทางปฏิบัติจึงเป็นหลักที่สำคัญยิ่งของทีมสหสาขาที่มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถเฉพาะทางร่วมกันดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แพทย์ออร์โธปิดิกส์ วัสดุแพทย์ อายุรแพทย์สาขาปจฉิมวัย อายุรแพทย์สาขาหทัยวิทยา แพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด พยาบาลและสาขาวิชาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักในระยะผ่าตัดอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจนั้นมีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย งดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หากมีโรคร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ อีกทั้งอาจมีภาวะกังวลจากความเจ็บปวด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้ พยาบาลผ่าตัดจึงต้องเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด การบริหารจัดการห้องผ่าตัด ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ รวมถึงโลหะหรืออวัยวะเทียม การระงับความเจ็บปวด การป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน สามารถพึ่งพาตนเองและประกอบกิจวัตรประจำวันได้โดยเร็ว

การรักษกระดูกสะโพกหัก

การรักษาผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักสามารถแบ่งได้เป็น 3 วิธีหลัก ดังนี้

1. การรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด
2. การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (internal fixation)
3. การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม (arthroplasty)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา Acute geriatric hip fracture: Fast track in Siriraj Hospital

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา Acute geriatric hip fracture: Fast track in Siriraj Hospital เป็นการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และกระดูกสะโพกหักไม่เกิน 7 วัน จะมีแนวปฏิบัติที่เป็นระบบและช่องทางพิเศษ ที่มีทีมสหสาขา ร่วมกันในการให้การดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชได้รับการผ่าตัดในระยะเวลาไม่เกิน 48 ชั่วโมงนับตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการรับปรึกษาโดยไม่ต้องใช้ใบส่งปรึกษา กับแพทย์ต่างสาขา อาทิ อายุรแพทย์สาขาปจฉิมวัย อายุรแพทย์สาขาหทัยวิทยา ผ่านทางช่องทางออนไลน์
2. การประเมินและให้บริการระงับปวดโดยวัสดุแพทย์ ในทีมหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน Acute Pain Service (APS) ด้วยวิธีการฉีดยาที่เส้นประสาทต่าง ๆ (peripheral nerve block) ที่หอผู้ป่วย เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
3. การประเมินความเสี่ยงภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism) ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เพื่อเตรียมความพร้อมและวางแผนให้การรักษ เพื่อป้องกันความเสี่ยงและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
4. มีทีมหน่วยให้บริการและประสานงานหลังเกิดกระดูกหัก (Siriraj hip fracture liaison service) ให้การดูแลผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช โดยประเมินและรักษาโรคกระดูกพรุนอย่างมีมาตรฐานและเป็นองค์รวม ร่วมกับการให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำ
5. การเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด โดยจัดให้มีห้องผ่าตัดฉุกเฉิน (emergency operating room) เพื่อรองรับให้สามารถให้บริการผ่าตัดได้ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ รวมทั้งมีการตั้งทีมเสริมโดยเฉพาะเพื่อให้การดูแลในวันหยุดราชการ

ตารางที่ 1 สถิติผู้ป่วย Acute geriatric hip fracture: fast track ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2561-2565

ปี	2561	2562	2563	2564	2565
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	155	164	250	270	263
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ)	151 (97.4)	159 (97)	234 (97.1)	268 (99.3)	248 (94.3)

ที่มา: หน่วยผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ งานการพยาบาลผ่าตัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

6. การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ โลหะหรืออวัยวะเทียม รวมทั้งการประสานงานกับพัสดุภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด

บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วย Acute geriatric hip fracture: fast track ในระยะผ่าตัด

พยาบาลผ่าตัดนั้นมามีบทบาทที่สำคัญในการร่วมกันดูแลผู้สูงอายุสะโพกหักกับทีมสหสาขา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วและปลอดภัย รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อน โดยบทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้สูงอายุสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (internal fixation) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม (arthroplasty) มีดังนี้

1. การบริหารจัดการห้องผ่าตัด

การบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย รวดเร็วนั้น ปัจจัยหลักที่สำคัญคือ ทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่จะให้การดูแลรักษาร่วมกัน อย่างไรก็ตามห้องผ่าตัด เครื่องมือ อุปกรณ์ โลหะหรืออวัยวะเทียมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเช่นกันในการเตรียมความพร้อมรองรับการผ่าตัดตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวันหยุดราชการ^๑ หน่วยผ่าตัดออร์โธปิดิกส์และภาควิชาออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัดนั้นได้ตระหนักให้มีความสำคัญและมีการบริหารจัดการ ดังนี้

1) **การเตรียมห้องผ่าตัดฉุกเฉิน (emergency operating room)** 1 ห้อง ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อรองรับให้สามารถให้บริการผ่าตัดได้ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ

2) **การเตรียมบุคลากร** โดยการตั้งทีมเสริมมีอัตรากำลังคือ พยาบาล 2 คนและผู้ช่วยพยาบาล 1 คนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในวันหยุดราชการ ซึ่งเป็นทีมเสริมที่ให้การดูแลผู้ป่วย Acute geriatric hip fracture โดยเฉพาะแยกจากทีมที่อยู่เวรที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทั้งหมดของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและลดภาวะภาวะแทรกซ้อน

3) **การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือแพทย์ที่นำมาจากนอกโรงพยาบาล (loaner instrument)** ต้องผ่านกระบวนการล้างทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อ โดยเตรียมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในและผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมให้พร้อมตลอดเวลาอย่างน้อย 2 ชุด ซึ่งพยาบาลจะทำหน้าที่ประสานงานกับเจ้าหน้าที่บริษัท เจ้าหน้าที่พัสดุภาควิชา และหน่วยเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ เพื่อเตรียมทั้งเครื่องมือ โลหะและอวัยวะเทียมให้ตรงกับแผนการผ่าตัดของแพทย์และเตรียมเครื่องมือสำรองให้พร้อมก่อนการผ่าตัด

2. การบริหารความเจ็บปวด

ผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหักอย่างน้อย 2 ใน 3 จะมีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ ความ

เจ็บปวด ความเครียด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เป็นปัจจัยสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้^{9,10} การได้รับการประเมินและระงับปวดโดยวิสัญญีแพทย์ในทีมหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน Acute Pain Service (APS) ด้วยวิธีการฉีดยาที่เส้นประสาทต่าง ๆ (peripheral nerve block) ที่หอผู้ป่วย จึงมีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการความปวด เช่นภาวะสับสนเฉียบพลัน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิต^๑

ในปัจจุบันได้มีการนำเทคนิคการใช้วิธีหรือยาระงับปวดแบบผสมผสาน (multimodal analgesia) โดยการให้ยาเฉพาะที่บริเวณแผลผ่าตัด การฉีดยาชาที่เส้นประสาทต่าง ๆ และการให้ยาระงับปวดบริเวณช่องไขสันหลังในการผ่าตัดเพื่อจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการลดการกระตุ้นความปวดโดยการจัดการกระดูกสะโพกที่หักให้ได้พักอยู่นิ่งตามลักษณะทางกายวิภาค ลดการกระทบกระเทือน เช่น การวางขาในบล็อกวางขา การดัดงอหน้าแข้ง และขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย พยายามหลีกเลี่ยงด้วยความระมัดระวัง รวมทั้งประเมินระดับความปวดและติดตามอาการปวดร่วมกับแพทย์เพื่อพิจารณาดูแลให้ได้รับยาระงับปวดที่เหมาะสม และมีการประเมินซ้ำ รวมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยาระงับปวด

3. ความปลอดภัย

ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญซึ่งต้องได้รับการตระหนักจากทีมผ่าตัด ซึ่งแพทย์ผ่าตัดเป็นผู้ดำเนินการสื่อสารข้อมูลสำคัญระหว่างทีมผ่าตัด โดยเริ่มจากการแนะนำทีม ชื่อ นามสกุล อายุผู้ป่วย ชื่อการผ่าตัด ตำแหน่ง อวัยวะ ข้าง และการระบุตำแหน่งที่ผ่าตัด (mark site) ที่ผิวหนังของผู้ป่วย การจัดทำ เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การใช้อุปกรณ์พิเศษ เช่น เครื่องเอกซเรย์ การให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา หากผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาต้องเลี่ยงใช้ยาในกลุ่มอื่น การส่งตรวจชิ้นเนื้อ และสถานการณ์ที่ต้องพึงระวัง เช่น หลอดเลือดดำชั้นลึกอุดตัน (deep vein thrombosis; DVT), fat embolism ร่วมกับทีมวิสัญญีแพทย์และพยาบาล รวมทั้ง พยาบาลมีบทบาทด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย¹¹ ดังนี้

1) **การระบุตัวผู้ป่วย** โดยการถามชื่อ นามสกุลของผู้ป่วย วันเดือนปีเกิด อายุและหมายเลขบัตรผู้ป่วยของโรงพยาบาล (hospital number) ให้ตรงกับป้ายข้อมือ แพ้มประวัติ ตรวจสอบโรค หัตถการที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัด อวัยวะ ตำแหน่ง ข้างของการผ่าตัด หนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก (consent form) เครื่องหมายระบุตำแหน่งอวัยวะข้างที่ทำผ่าตัด (mark site) ที่ผิวหนังให้ถูกต้องและบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะ ตำแหน่ง ข้างที่ทำผ่าตัด ในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถถามตอบได้ให้ซักถามจากญาติและตรวจสอบให้ตรงกับป้ายข้อมือ เวชระเบียน เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดอวัยวะ

2) **ตรวจสอบเอกสารทางการแพทย์** ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายทางรังสีที่มากับผู้ป่วยให้ถูกต้องและครบ

ถ้วน และตรวจสอบสิ่งที่ไม่ควรติดมากับผู้ป่วย เช่น ฟันปลอม ของมีค่า เลนส์สัมผัส ถ้าหากพบแจ้งผู้ป่วยให้ถอดออกฝากญาติ หรือประสานงานเพื่อส่งคืนห่อผู้ป่วย

3) **ซักประวัติความเจ็บป่วยในอดีต** การผ่าตัดที่เคยได้รับในอดีต การเคยได้รับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก ข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ข้อจำกัดในการสื่อสาร โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ยาที่ได้รับก่อนผ่าตัด การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การใช้ยาสมุนไพร อาหารเสริม เป็นต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยการใส่ระยะรับความรู้สึกต้องดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนเข้ารับการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย คือ การสำลักอาหารลงปอด รวมทั้งดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาและเตรียมเลือดสำรองเพื่อเผื่อระวัง ป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัด

4) **ตรวจสอบความพร้อม ความถูกต้อง และครบถ้วนของโลหะหรืออวัยวะเทียม** ให้ตรงกันทั้งชนิด รุ่น ขนาด ข้างที่ใช้กับผู้ป่วย โดยบรรจุภัณฑ์ต้องอยู่ในสภาพสมบูรณ์ไม่มีรอยฉีกขาดและมีวันหมดอายุอย่างน้อยก่อน 6 เดือน และตรวจสอบความปราศจากเชื้อของเครื่องมือด้วยตัวบ่งชี้ทางเคมีทั้งภายในและภายนอก

5) **ตรวจสอบการเตรียมยาปฏิชีวนะ** ตามแผนการรักษา มาจากห่อผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ภายใน 60 นาทีก่อนเริ่มผ่าตัด

6) **กล่าวข้อมูลสำคัญก่อนการผ่าตัด** ในระยะก่อนเริ่มผ่าตัดพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกจะทำหน้าที่กล่าวชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ชื่อการผ่าตัด ตำแหน่ง อวัยวะ ข้างที่ทำผ่าตัด การทำการระบุตัวผู้ป่วย (patient identification) ของศัลยแพทย์ การได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ภายใน 60 นาทีก่อนเริ่มผ่าตัด ความพร้อมของเครื่องมือพิเศษและอวัยวะเทียม

7) **เปิดโลหะหรืออวัยวะเทียมร่วมกัน** มีการยืนยันร่วมกันของศัลยแพทย์ พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก และเจ้าหน้าที่บริษัท เพื่อป้องกันการเปิดโลหะหรืออวัยวะเทียมไม่ถูกต้อง

8) **กล่าวข้อมูลสำคัญหลังการผ่าตัด** เมื่อเริ่มเย็บปิดหรือก่อนหัตถการเสร็จสิ้น พยาบาลช่วยเหลือรอบนอกกล่าวชื่อข้อวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด การผ่าตัด ความครบถ้วนของเครื่องมือและผ้าซับโลหิต การส่งตรวจของชิ้นเนื้อ สิ่งที่ต้องดูแลหลังผ่าตัดเป็นพิเศษที่ห้องฟักฟื้น ห่อผู้ป่วย หรือห่อผู้ป่วยหนัก

9) **ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง** โดยใช้แผ่นเลื่อนตัวผู้ป่วย มีผู้ทำการเคลื่อนย้ายจำนวน 4 คน โดยยืนข้างผู้ป่วยข้างละ 1 คน ประคองศีรษะ 1 คนและปลายเท้า 1 คน ล้อคล้อยเดียว และเตียงผ่าตัดก่อนการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง ดูแลการเลื่อนหลุดหรือตั้งรั้งของอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น สายให้สารน้ำ สายสวนปัสสาวะ ยกวางกันเตียงขึ้นทั้งสองข้าง รวมทั้งระวังการบาดเจ็บของแขนขาขณะเคลื่อนย้าย

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1) การป้องกันการเกิดแผลกดทับและการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด ในการผ่าตัดนั้นต้องมีอุปกรณ์และเตียงผ่าตัดที่เหมาะสมกับประเภทของการผ่าตัด หากเป็นการผ่าตัดด้วยวิธียึดตรึงกระดูกภายในจะต้องเตรียมเตียงพิเศษ (fracture table) และอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำให้ครบถ้วนเหมาะสมกับผู้ป่วย แต่หากเป็นการผ่าตัดด้วยวิธีเปลี่ยนข้อเทียมในโรงพยาบาลศิริราชส่วนใหญ่ ศัลยแพทย์จะใช้เทคนิคการผ่าตัดเข้าหาข้อสะโพกจากทางด้านหลัง (posterior approach) ดังนั้น ผู้ป่วยจะถูกจัดทำให้อยู่ในท่านอนตะแคง มีอุปกรณ์จัดทำที่ช่วยพยุงทั้งด้านหน้าและหลังให้ผู้ผู้ป่วยอยู่นิ่งระหว่างการผ่าตัด ซึ่งอุปกรณ์ที่สัมผัสกับผู้ป่วยมีความแข็ง ดังนั้นจึงมีการนำอุปกรณ์รองรับมาห่อหุ้มเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ อุปกรณ์รองรับปมกระดูก และดูแลวางแขนขาที่ไม่ได้ทำผ่าตัดบนที่รองแขน (arm board) โดยวางแขนไม่เกิน 90 องศา และพันผ้าผูกแขนไว้กับที่รองแขน เพื่อป้องกันเกิดแผลกดทับและการบาดเจ็บของเส้นประสาท

2) การป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ดูแลให้ผ้าห่มลมร้อน (blanket warmer) ห่มบริเวณลำตัวส่วนบนและแขน ปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย และให้ผิวหนังแห้ง สะอาด เปลี่ยนผ้าให้เมื่อเปียกชื้น

3) การป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตันจากลิ่มเลือด ดูแลให้ได้รับการใส่ intermittent pneumatic compression device หากไม่มีข้อห้าม เช่น หลอดเลือดดำชั้นลึกอุดตัน หลังจากการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว

4) การป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม โดยการจัดทำหลังผ่าตัดการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมมีข้อห้ามและข้อควรระวังตามเทคนิคของการผ่าตัด ดังนี้

- การผ่าตัดเข้าหาข้อสะโพกจากทางด้านหลัง (posterior approach) หลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกเกิน 90 องศา (flexion) การหุบข้อสะโพกเข้าใน (adduction) ร่วมกับการหมุนข้อสะโพกเข้าทางด้านใน (internal rotation) โดยการจัดท่าขาข้างที่ทำผ่าตัดออกและใช้หมอนวางคั่นระหว่างขาทั้งสองข้างขณะนอนราบบนเตียง⁶

- การผ่าตัดเข้าหาข้อสะโพกจากทางด้านหน้า (Anterior approach) หลีกเลี่ยงการกางข้อสะโพก (Abduction) และหมุนข้อสะโพกออกด้านนอก (external rotation)¹²

5) การเกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด โดยมีการประเมินและเผื่อระวัง ดังนี้

- ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หรือจนกว่าจะคงที่ ร่วมกับ

ประเมินผิวหนังบริเวณปลายเท้ามีสีผิวซีดหรือมีอุณหภูมิเย็นหรือไม่

- เฝ้ารอและสังเกตบริเวณที่แผลผ่าตัด หากมีแผลซึมขยายเป็นวงกว้างมากขึ้นเรื่อย ๆ ในเวลาอันรวดเร็ว หรือมีความผิดปกติต้องรายงานแพทย์ทราบทันที เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้ใส่สายระบายเลือดหลังทำผ่าตัด และหากมีภาวะที่จำเป็นต้องได้รับเลือด ต้องประสานงาน จัดเตรียมให้พร้อมกับธนาคารเลือด เมื่อมีการให้เลือดต้องตรวจสอบร่วมกับวิสัญญีแพทย์ทั้งชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรผู้ป่วยของโรงพยาบาล หมู่เลือด และหมายเลขของถุงเลือดให้ตรงกัน รวมทั้งหลังให้เลือดต้องประเมิน เฝ้ารอ ติดตามอาการและส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลห้องฟักรอดูอาการหลังผ่าตัดดูแลต่อเนื่องต่อไป

สรุป

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็วและปลอดภัย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวทาง Acute geriatric hip fracture fast track นั้นเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและเวลาในการผ่าตัด รวมทั้งไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต¹³ โดยพยาบาลผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการห้องผ่าตัด การเตรียมพร้อมบุคลากรและเครื่องมือ การบริหารความเจ็บปวด ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับสภาพก่อนการเกิดกระดูกสะโพกหักโดยเร็ว

เอกสารอ้างอิง

- Downey C, Kelly M, Quinlan JF. Changing trends in the mortality rate at 1-year post hip fracture - a systematic review. *World J Orthop.* 2019;10(3):166-75.
- หน่วยวิจัยและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ. เรื่องการประเมินระบบการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ผ่าตัดเร็วโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลนำร่องของประเทศไทยและผลกระทบของการระบาดของโควิด-19 ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2567] เข้าถึงได้จาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/healthpolicy/admin/knownledges_files/5_145_10L21Lv.pdf.
- Sing C-W, Lin T-C, Bartholomew S, Bell JS, Bennett C, Beyene K, et al. Global Epidemiology of Hip Fractures: Secular Trends in Incidence Rate, Post-Fracture Treatment, and All-Cause Mortality. *J Bone Miner Res.* 2023;38(8):1064-75.
- Cheung CL, Ang SB, Chadha M, Chow ES, Chung YS, Hew FL, et al. An updated hip fracture projection in Asia: The Asian Federation of Osteoporosis Societies study. *Osteoporos Sarcopenia.* 2018;4(1):16-21.
- Fischer H, Maleitzke T, Eder C, Ahmad S, Stöckle U, Braun KF. Management of proximal femur fractures in the elderly: current concepts and treatment options. *Eur J Med Res.* 2021;26(1):86.
- อาศิส อุณนันทน์, เอกเกษม วานิชเจริญกุล. หลักการฟื้นฟูผู้สูงอายุหลังเกิดกระดูกข้อสะโพกหัก. ใน: อาศิส อุณนันทน์, บรรณาธิการ. ตำรากระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562:304-21.
- ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด. Acute Geriatric Hip Fracture : Fast Track. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2567] เข้าถึงได้จาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/soqD/admin/knownledges_files/401_18_1.pdf
- Kyriacou H, Khan WS. Important perioperative factors, guidelines and outcomes in the management of hip fracture. *J Perioper Pract.* 2021;31(4):140-6.
- Parke S, Eaves C, Dimond S, Bainbridge C, Bellwood J, Mattinson D. Perioperative optimization of hip fracture patients. *J Orthop Trauma.* 2020;34(2):80-8.
- เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์. การพยาบาลเพื่อจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ. การดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2559:161-82.
- งานการพยาบาลผ่าตัด. เอกสารวิธีปฏิบัติงาน เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด (NS-04-3-008-03). กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช; 2566.
- Graber M, Marino DV, Johnson DE. Anterior Hip Dislocation. *StatPearls. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Dominic Marino declares no relevant financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Dean Johnson declares no relevant financial relationships with ineligible companies. StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.;2024.*
- Sura-Amonrattana U, Tharmviboonsri T, Unnanuntana A, Tantigate D, Srinonprasert V. Evaluation of the implementation of multidisciplinary fast-track program for acute geriatric hip fractures at a University Hospital in resource-limited settings. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):548.

Comprehensive Care for COVID-19 Patients: Roles of Nurse

Juthatip Kachawaro, M.N.S.*, Chaninat Chamnandee, M.N.S.**

**Department of Nursing, Faculty of Medical Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, **Siriraj Piyamaharajkarun Hospital, Bangkok 10700, Thailand.*

Siriraj Medical Bulletin 2024;17(3):237-242

ABSTRACT

The highly contagious COVID-19 pandemic has significantly impacted patients and families, both physically and mentally. Nurses, due to their close contact with infected patients, serve as a crucial frontline. Their responsibilities encompass implementing infection control measures, providing mental health support for anxiety and stress, educating patients and families about the illness and self-care strategies, coordinating care with other healthcare professionals to address both physical and mental health needs, and finally, facilitating a smooth discharge plan to ensure a healthy recovery and a good quality of life for patients and families.

Keywords: Roles of nurse; patient care; coronavirus disease 2019

Correspondence to: Juthatip Kachawaro

Email: juthatip.kac@gmail.com

Received: 18 January 2024

Revised: 4 March 2024

Accepted: 19 March 2024

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i3.267371>

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จุฑาทิพย์ คชะวะโร*, ชนิษฐา ชำนาญดี**

*งานพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย, **โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ พยาบาลซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญด้านต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะปฏิบัติงานตามหลักการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวล 2. ด้านการให้บริการ พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ กระตุ้นให้กำลังใจ และเสริมสร้างพลังด้านบวก 3. ด้านการวางแผน พยาบาลจะต้องวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาล วางแผนเรื่องวัสดุ อุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ รวมทั้งวางแผนตารางการปฏิบัติงาน และ 4. ด้านการประสานงาน พยาบาลเป็นผู้ประสานงานเรื่องต่างๆ กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสุขภาพร่างกาย และจิตใจที่ดี สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล; การดูแลผู้ป่วย; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

บทนำ

อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มต้นขึ้นที่ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 และหลังจากนั้นเพียงไม่กี่สัปดาห์ การระบาดของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว พบจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกระจายเป็นวงกว้างไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) จึงประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic)¹

ในประเทศไทยพบการระบาดครั้งแรกในเดือนมกราคม พ.ศ.2563 จากนั้นพบผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงออกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย ซึ่งอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ผู้ป่วยจะมีไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ โดยในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้² เนื่องจากผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้เตียงทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามไม่เพียงพอ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศมาตรการดูแลรักษาผู้ป่วย แบบ Home Isolation และ Community Isolation เพื่อช่วยลดวิกฤตเตียงไม่เพียง

พอในโรงพยาบาล และช่วยแบ่งเบาภาระบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่ต้องทุ่มเททั้งกำลังกายและกำลังใจ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ตลอดจนการเฝ้าระวัง และควบคุมการแพร่การกระจายเชื้อ

ผลจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด ได้รับบทบาทสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่เป็นแนวหน้าดูแลผู้ป่วยครบทุกด้าน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความเครียด ความกลัว และความกดดันรอบด้าน

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่ระบาดของเชื้อเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบในหลายมิติ บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้หายดี ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ปกติสุข รวมทั้งเพื่อให้พยาบาลปลอดภัยจากการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สาเหตุการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โคโรนาไวรัสเป็นไวรัสขนาดใหญ่ที่มีเปลือกหุ้มเป็นอาร์เอ็นเอไวรัส ทั้งนี้สายพันธุ์ที่ไม่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการหายใจเฉียบพลันในคน (severe acute respiratory syndrome) มี 4 ชนิด ได้แก่ HCoV 229E, NL63, OC43, และ HKU1 ส่วนสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการหายใจเฉียบพลันที่พบในผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ SARS-CoV-2 ต้นตอการแพร่กระจายเชื้อมาสู่คนยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์รหัสพันธุกรรมของเชื้อ พบว่ามีความสัมพันธ์กับรหัสพันธุกรรมที่พบในค้างคาว (Bat CoV RaTG 13) ร้อยละ 92.60 จึงสันนิษฐานว่าต้นตอของการติดเชื้อ COVID-19 มีสาเหตุจากค้างคาว นอกจากนี้ จากการตรวจรหัสพันธุกรรมของตัวลัน (pangolins) พบว่า มีความสัมพันธ์กับเชื้อ COVID-19 สูงถึงร้อยละ 99 จึงอาจเป็นไปได้ว่า ค้างคาวแพร่กระจายเชื้อไปยังตัวลัน และแพร่กระจายเชื้อไปสู่คน สำหรับการติดต่อของเชื้อที่สำคัญเกิดจากเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ผ่านการไอและจามรดกัน หรือการสัมผัสเชื้อผ่านมือไปยังเยื่อตา จมูก และปาก เป็นการแพร่เชื้อแบบ Droplet transmission และ Contact transmission ซึ่งการแพร่กระจายเชื้อพบได้ทั้งในระยะปรากฏอาการและระยะไม่ปรากฏอาการ 1-14 วัน และหลัง 24 วันของการติดเชื้อ³

พยาธิสภาพของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

SARS-CoV-2 จำแนกออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ SARS-CoV-2 type พบประมาณร้อยละ 70 และ S type พบประมาณร้อยละ 30 โดยชนิด L type กลายพันธุ์มาจาก S type ซึ่งก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคได้มากกว่า ขนาดของเชื้อไวรัสประมาณ 29.9 kb ซึ่งมีภายในนิวเคลียสและภายนอกเซลล์ไวรัสโปรตีนเป็นองค์ประกอบสำคัญ ภายในนิวเคลียสมีจีโนม (genome) หรือข้อมูลทางพันธุกรรมของเชื้อไวรัส เรียกว่า ORF (ORF1 a/b) และโปรตีนสำคัญอีก 4 ประเภท ได้แก่

- 1) S protein ซึ่งเป็นส่วนที่ SARS-CoV-2 ใช้จับกับ Angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) ซึ่งอยู่ในทางเดินหายใจของคน
- 2) M protein ทำหน้าที่ขนส่งอาหาร สร้างโปรตีนเปลือกหุ้ม และการแบ่งตัวใหม่ของเชื้อไวรัส
- 3) N protein
- 4) E protein มีบทบาทสำคัญในการขัดขวางการทำหน้าที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายคน

เมื่อเชื้อ SARS-CoV-2 เข้าสู่ร่างกายจะใช้ส่วนของ S-glycoprotein จับกับตัวรับ ACE2 receptor ของคนผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ เข้าสู่เซลล์ของคน (Fusion) 4-6 จากนั้นจะมีการปล่อย RNA virus จำนวน 2 สาย ได้แก่ pp1a และ pp1ab ซึ่งไม่มีโปรตีนโครงสร้างห่อหุ้ม จากนั้นจะมีการสำเนาหีของเชื้อไวรัสในลักษณะเยื่อหุ้มเป็นถุงสองเท่า (Replication-transcription complex (RTC) in

double-membrane vesicle) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นสำหรับการสร้างโปรตีนโครงสร้างของเชื้อไวรัส ได้แก่ Endoplasmic reticulum (ER) และ Golgi ทั้งนี้ RNA virus ที่ถูกสร้างขึ้นใหม่จะมีการแบ่งตัวหรือแตกหน่อ เพื่อแพร่กระจายเชื้อต่อไป เชื้อไวรัสที่ผ่านเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิด Cytopathic effect และ Cytokine storm ทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรง การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่างกายพร่องออกซิเจน ช็อก เลือดเป็นกรด การแข็งตัวของเลือดเสียไป อวัยวะหลายระบบล้มเหลว และเสียชีวิตตามมา ทั้งนี้ โรคจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในกรณีผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด³

อาการและการแสดงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจุบันข้อมูลของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือโรคโควิด 19 ได้จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเกือบทั้งหมดจะแสดงอาการโดยอาจพบตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงเสียชีวิต เชื้อไวรัสมีระยะฟักตัวประมาณ 5 วัน (4-7 วัน) ผู้ป่วยบางรายหอบเหนื่อยและต้องรักษาในโรงพยาบาลหลังเริ่มมีอาการประมาณ 5-7 วัน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 10 วัน⁴ โดยสามารถแบ่งผู้ป่วยได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 มีอาการไม่รุนแรง อาการของผู้ป่วยโควิด 19 ส่วนใหญ่จะมีอาการเริ่มจากมีไข้ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายเหลวท้องเสีย โดยผู้ป่วยส่วนมากหายป่วยได้โดยไม่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งหากมีอาการไม่รุนแรง ได้แก่ ไอเล็กน้อย หรือใช้คำโดยทั่วไปแล้วไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ อยู่บ้านแยกตัวเอง และติดตามดูอาการ ปฏิบัติตามคำแนะนำของทางการในการแยกตัวเองจากผู้อื่น โดยผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีไข้ (ร้อยละ 83-100) ไอ (ร้อยละ 58-82) อ่อนเพลียหรือปวดเมื่อยตัว (ร้อยละ 11-80) หอบเหนื่อย (ร้อยละ 20-60) ส่วนอาการอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ ปวดศีรษะ เจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 มีหลายอาการร่วมกัน อาการทางเดินหายใจส่วนบน เช่น มีน้ำมูกหรือคัดจมูกพบได้น้อยมาก⁷

ผู้ป่วยอาการรุนแรง

จากข้อมูลที่มีอยู่พบว่า ผู้ติดเชื้อไวรัสจะมีอาการรุนแรงเพียงประมาณ ร้อยละ 15 และมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 2 ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 23-30 ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีประวัติสูบบุหรี่ หรือเคยสูบบุหรี่ หรือมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ กลุ่มที่มีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (acute

Respiratory Distress Syndrome) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 30-60) ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือช็อก ภาวะไตวายฉับพลัน การติดเชื้อแทรกซ้อน ซึ่งมีรายงานทั้งการติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จะมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภาพทางรังสีของปอดในผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 โดยพบความผิดปกติของปอดทั้งสองข้าง ผลเลือดของผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีจำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ในระดับปกติหรือค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์⁴

การวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในปัจจุบันการวินิจฉัยของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อจะมีอาการไข้ร่วมกับอาการทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอ จาม มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ และมีประวัติเสี่ยงติดเชื้อ พยาบาลจะดำเนินการวินิจฉัยโดยวิธี Real Time Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) เป็นวิธีมาตรฐานในการยืนยันการวินิจฉัยโดยเก็บสิ่งส่งตรวจจากคอและช่องจมูก (nasopharyngeal swab) สำหรับทางเดินหายใจส่วนล่างสามารถเก็บเสมหะโดยตรง (tracheal suction) กรณีใส่ท่อช่วยหายใจ รวมถึงการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยวิธี Rapid antigen (RAT) หรือ Antigen test kit (ATK) เป็นวิธีการตรวจที่ทำได้ง่ายและรวดเร็ว ช่วยในการวินิจฉัยผู้ติดเชื้อได้รวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้ใช้วิธีดังกล่าวในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรค (prevalence) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 สามารถใช้ชุดตรวจโควิด 19 แบบเร่งด่วนที่มีความไวมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 และความจำเพาะมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 97 เมื่อเทียบกับการตรวจ RT-PCR ในการตรวจค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และในการสอบสวนโรคและติดตามอุบัติการณ์ของโรคในชุมชนได้⁵

ประเทศไทยได้นำการตรวจ ATK มาใช้ช่วงต้นเดือนกรกฎาคม 2564 เป็นช่วงเวลาที่มียาผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขประกาศแนวปฏิบัติการตรวจคัดกรองด้วย ATK และการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ได้แก่ การค้นหาเชิงรุก การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง หากตรวจด้วย ATK แล้วผลเป็นบวกจะรายงานเป็นผู้ติดเชื้อเข้าข่าย แต่อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ออกคำแนะนำเกี่ยวกับการนำ ATK มาใช้ในการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย ในกรณีรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาล นอกจากนั้นพยาบาลยังสามารถตรวจหาเชื้อจากในเลือดหรืออุจจาระได้ ส่วนวิธีการตรวจโดยหาแอนติบอดีในเลือดนั้นยังรอการศึกษาต่อไปเพื่อดูความแม่นยำและความถูกต้องต่อไป⁶

การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ที่ติดเชื้อเข้าข่าย (Probable case) ผู้ที่มีผลการตรวจ ATK หรือ RT-PCR ต่อ SARS-CoV-2 ให้ผลบวก รวมทั้งผู้ที่มีอาการและไม่แสดงอาการ โดยจะแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของโรคและปัจจัยเสี่ยง เป็น 4 กรณีดังรายละเอียดต่อไปนี้⁷

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือสลายติ (asymptomatic COVID-19)

- ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ให้ปฏิบัติตาม DMH อย่างเคร่งครัด อย่างน้อย 5 วัน
- ไม่ให้ยาด้านไวรัส เนื่องจากส่วนมากหายได้เอง

2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ (symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease)

- ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ให้ปฏิบัติตาม DMH อย่างเคร่งครัด อย่างน้อย 5 วัน
- ให้การดูแลรักษาตามอาการ ตามดุลยพินิจของแพทย์

3. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือ มีโรคร่วมสำคัญ หรือ ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง แต่มีปอดอักเสบ (pneumonia) เล็กน้อยถึงปานกลางแต่ยังไม่ต้องให้ Oxygen ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง ได้แก่

- อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
- เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ
- โรคไตเรื้อรัง (CKD) ใน stage 3 ขึ้นไป
- โรคหัวใจและหลอดเลือด
- โรคหลอดเลือดสมอง
- โรคเบาหวาน (ไม่รวมเบาหวานที่รักษาหายแล้ว)
- เบาหวาน ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI ≥ 30 กก./ตร.ม.)
- ตับแข็ง (child-pugh class B ขึ้นไป)
- ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (เป็นโรคที่อยู่ในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดหรือยากดภูมิคุ้มกันหรือ Corticosteroid equivalent to prednisolone 15 มก./วัน นาน 15 วันขึ้นไป)
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 cell count น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม.

คำแนะนำการให้ยาด้านไวรัสในกลุ่มนี้ คือให้เลือกยา 1 ชนิด ได้แก่ Nirmatrelvir / Ritonavir หรือ Molnupiravir ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยาภายใน 5 วันตั้งแต่เริ่มมีอาการ

โดยใช้ยาจำนวน 5 วัน 10 Dose ส่วน Remdesivir ควรเริ่มภายใน 5 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ โดยใช้ยาจำนวน 3 วัน 3 Dose

การให้ยาต้านไวรัส ต้องพิจารณาจากปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่

1) ประสิทธิภาพของยาในการลดอัตราการป่วยหนักและอัตราการตาย ประวัติโรคประจำตัว

2) ข้อห้ามการใช้ยา

3) ปฏิกริยาต่อกันของยาต้านไวรัสกับยาเดิมผู้ป่วย

4) การบริหารเตียง

5) ความสะดวกของการบริหารยา และราคา

การเลือกยารักษาโรคได้กับผู้ป่วยรายใด แพทย์อาจใช้ยาตามรายการข้างต้นได้โดยพิจารณาจากปัจจัยดังกล่าว ทั้งนี้ สถานพยาบาลแต่ละแห่งอาจจะตัดสินใจเลือกใช้ยาแตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดอักเสบ ที่มี Hypoxia (resting O₂ saturation ≤ 94% ปอดอักเสบรุนแรง ไม่เกิน 10 วัน หลังจากมีอาการ และได้รับ Oxygen)

- แนะนำให้รับประทานยา Remdesivir โดยเร็วที่สุดเป็นเวลา 5-10 วัน โดยพิจารณาร่วมกับอาการทางคลินิก พยาบาลควรติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ร่วมกับการให้รับประทาน Corticosteroid

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ในการจัดการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยร่วมมือประชุมปรึกษาร่วมกัน และวางแผนการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งให้การพยาบาลด้วยทฤษฎีของสาขาวิชาชีพตนเอง ทั้งนี้ พยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุดในระหว่างการดูแล รักษา และป้องกันการแพร่ระบาด⁸ บทบาทในด้านต่าง ๆ ของพยาบาลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลจำเป็นต้องทราบและเรียนรู้วิธีการใส่และการถอดชุดป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) อย่างถูกต้องและเหมาะสม ตามหลักการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคตามคำแนะนำของ WHO ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และตามนโยบายสาธารณสุขของประเทศ⁹

พยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด จึงควรจะต้องมีการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด¹⁰ ได้แก่ การคัดกรองผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการซักประวัติความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ การตรวจร่างกาย การวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะการวัดอุณหภูมิร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อส่วนใหญ่มิ

อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 °C³ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยบรรเทาความกลัว ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยอธิบายให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลทราบเกี่ยวกับสาเหตุ ความเสี่ยง การจัดการ และการพยากรณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจแผนการรักษา¹¹

บทบาทด้านการให้บริการ

พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้สอน สานิต ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ และสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชน เกี่ยวกับวิธีการดูแลป้องกันการติดเชื้อ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยและเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้¹² นอกจากนี้ เมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ออกจากโรงพยาบาล พยาบาลควรเป็นผู้ให้คำแนะนำ และให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ¹³ บทบาทอิสระอื่น ๆ ที่พยาบาลสามารถทำได้ คือ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา แนะนำ กระตุ้นให้กำลังใจ เสริมพลังด้านบวก ให้คิดหาทางออกที่เหมาะสมด้วยตนเอง และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญหรือยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วย เพราะอาการของ Long COVID นั้น มีทั้งที่ไม่รุนแรงไปจนถึงอาการรุนแรง หากพยาบาลได้ให้คำปรึกษาที่รวดเร็วและเหมาะสม จะช่วยชะลอ และป้องกันการเกิดภาวะ Long COVID ได้¹⁴

บทบาทด้านการวางแผน

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการวางแผน แก้ไข/ปรับปรุง การปฏิบัติงาน ออกแบบพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงาน การดูแลสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อรวมถึงผู้รับบริการ¹⁵ พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการวางแผน การเก็บรักษาอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้มีจำนวนเพียงพอ มีการตรวจสอบอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์เป็นระยะ ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย และมีการซ่อมแซมบำรุงเมื่อจำเป็น¹¹ อีกทั้งต้องวางแผนกำหนดเวลาของการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) ให้สอดคล้องกับเวลาที่ต้องบริหารยา หรือแผนการรักษาอื่น ๆ เพื่อให้พยาบาลสัมผัสกับผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น⁹ สำหรับบทบาทของหัวหน้าพยาบาล คือการจัดตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลให้มีชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่น เพื่อให้พยาบาลได้มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ¹⁶

บทบาทด้านการประสานงาน

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งเป็นตัวแทนผู้ป่วยและญาติในการสื่อสารกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์¹⁷ พยาบาลผู้ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (infection Control Nurse) มีบทบาทในการประสานการดำเนินงาน ควบคุม และป้องกันการติดเชื้ออย่างครอบคลุมทุกพื้นที่การบริการสำหรับ

ผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและญาติ รวมไปถึงการประสานงานเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมภายในหน่วยงาน¹⁸ ซึ่งการประสานงานนี้ช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพเกิดความเข้าใจที่ตรงกันและสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ยังทำการประสานงานกับบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จากภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความร่วมมือเช่นกัน¹⁹

สรุป

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่สูงผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัว ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การคัดกรอง การวางแผนกิจกรรมต่าง ๆ ก่อนให้การพยาบาล ประสานงานกับสหวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วย ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ให้ความรู้การดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และป้องกันการเกิดภาวะ Long COVID รวมทั้งป้องกันการติดเชื้อซ้ำ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ พยาบาลจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งพยาบาลปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานผลการทบทวนสถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2566] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 ในแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด 19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ: ทีเอส อินเทอร์เน็ต.
3. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, Tan KS, Wang DY. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. Military Med Res. 2020;7:1-10.
4. สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 19 (Coronavirus disease 19, COVID 19). [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2566] เข้าถึงได้จาก <https://www.idthai.org/Contents/Download>
5. World Health Organization. COVID-19 target product profiles for priority diagnostics to support response to the COVID-19 pandemic v.1.0. 2020 [Internet]. [cited 2023 November 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-target-product-profiles-for-priority-diagnostics-to-support-response-to-the-covid-19-pandemic-v.0.1>
6. ศิวานฎ พิระเชื้อ, กัญจน์ วชิรรังสินันต์. ความถูกต้องในการตรวจวินิจฉัยของชุด ทดสอบแอนติเจนอย่างรวดเร็วในการระบุผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาใน แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. วารสารสาธารณสุขสุลล่านา 2564;17:14-25.
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และ ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อโควิด 19 (COVID-19) ฉบับ ปรับปรุง ครั้งที่ 27 วันที่ 18 เมษายน 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2566] เข้าถึงได้จาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25660418150721PM_CPG_COVID-19_v.27_n_18042023.pdf
8. ศรีนทรทิพย์ ขวพันธ์, พนิดา เขื่อนนันท, รัตนารักษ์ ธนศิริจิรา นนท์. พยาบาลกับการปฏิบัติด้วยน้ำใจไมตรีที่ส่งในช่วงการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19. วารสารสภาการพยาบาล 2564;36:5-17.
9. นภาพร อภิธวัชเศรษฐ์, เสาวนีย์ เนาวพณิข, จิตหทัย สุขสมัย. การเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. เวชบัณฑิตศิริราช 2564;14:81-90.
10. วรณัฏฐ์ โพธารินทร์, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, วัชรุประภัสร์ จันทร์บุ ลวัชร, ประเสริฐ โพบุลย์รุ่งโรจน์, ศิราณี อิมน้ำขาว. สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: บทบาทพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 2563;4:1-19.
11. Sharma RP, Pohekar SB, Ankar RS. Role of Nurse in COVID-19 Pandemic. Evolution Med Dent Sci 2020;9:2550-55.
12. สภาการพยาบาล. แนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2566] เข้าถึงได้จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Covid-Update01042020.pdf>
13. กัญยาณี เอียนเล่ง, อัญญู ญาโนภาส, กมลชนก เผ่าประพัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยรวมแยกโรคสามัญ โรงพยาบาลศิริราช. เวชบัณฑิตศิริราช 2564;14:12-18.
14. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, สายสมร เฉลยกิตติ, ศศิพร อุ นใจชน. บทบาทพยาบาลในการพยาบาลภาวะลองโควิด. วารสารพยาบาลตำรวจ 2565;14:214-21.
15. Chen SC, Lai YH, Tsay SL. Nursing Perspectives on the Impacts of COVID-19. Nurs Res. 2020;28:1-5.
16. Aydogdu AL. Nurse Managers on Front Line against New Coronavirus. World Acad. J. Manag. 2020;8:21-24.
17. Sawsan A, Manar A, Tareq M. The perception of nurse towards their roles during the COVID-19 pandemic. Int. J. Clin. Pract. 2020;1-6.
18. สาคร อินโทะโล, ทศนีย์ สีหาบุญนา, ณัฐพร สายแสงจันทร์. พยาบาลควบคุมการติดเชื้อกับบทบาทการจัดการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหน่วยบริการสุขภาพ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564;39:14-21.
19. รัชนิย์ วงศ์แสน, สมรรถเนตร ตระโย, อัญญารัตน์ จันทร์ตา. กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคโควิด-19: บทบาทพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2564;8:5-19.

Tele-Nursing for Heart Failure Patients Discharged from the Emergency Department

Jatuporn Yotha, Bussagorn Peerapong, Surasak Mulrsisuk

Out Patient Division, Department of Nursing, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2024;17(3):243-250

ABSTRACT

The discharge process for patients with acute heart failure from the emergency room is crucial and must be handled cautiously to ensure patient safety upon arriving home. Continuous monitoring is essential, requiring close observation of the patient's well-being. However, limitations within the emergency room setting may compromise the thoroughness of patient education and understanding before discharge. This can potentially lead to severe symptoms and frequent readmissions, impacting the patient's quality of life and healthcare costs. Therefore, remote nursing plays a vital role. By providing self-care knowledge based on Orem's theory, remote nurses can continuously monitor patients' conditions. Nurses with strong communication skills and a positive demeanor are essential for this role. Additionally, a deep understanding of acute heart failure pathophysiology is crucial. These nursing competencies can reduce emergency readmissions due to acute heart failure, promote patient self-care, and improve quality of life.

Keywords: Acute heart failure; tele-nursing; nursing roles; emergency department discharge

Correspondence to: Bussagorn Peerapong

Email: bussagorntat@gmail.com

Received: 30 January 2024

Revised: 20 May 2024

Accepted: 21 May 2024

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i3.267538>

การพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่จำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน

จตุพร โยธา, บุษกร พืระพงษ์, สุรศักดิ์ มุลศรีสุข

งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

การจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากห้องฉุกเฉินเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่งและต้องดำเนินการอย่างระมัดระวัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านอย่างปลอดภัย ซึ่งควรมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่ด้วยบริบทของการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ทำให้มีข้อจำกัดด้านความละเอียดและการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย ซึ่งมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินอยู่บ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระด้านค่าใช้จ่ายตามมา ดังนั้น การพยาบาลทางไกลจึงมีความสำคัญมากในการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการสื่อสาร และบุคลิกภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน; การพยาบาลทางไกล; บทบาทพยาบาล; การจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute heart failure) เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีการดำเนินโรคจากภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก และเป็นสาเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและภาระด้านค่าใช้จ่าย¹ จากสถิติการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินถึงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งหมด และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเหล่านั้นเป็นผู้สูงอายุ มีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในห้องฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ 44 และพบอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี² จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการเข้ารับการรักษาซ้ำในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้น

การเข้ารับการตรวจรักษาในภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระบบการบริหารจัดการเตียงในโรงพยาบาลมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงส่วนใหญ่จึงได้รับการดูแลรักษาและนอนสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉินจนอาการทุเลา หรืออาการดีขึ้น และได้รับการจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินเพื่อสังเกตอาการต่อที่บ้าน โดยขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยขณะนั้น³ โดยผู้ป่วยส่วน

ใหญ่ที่ได้รับการจำหน่ายจากห้องฉุกเฉินจะได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเบื้องต้น และได้รับการเน้นย้ำให้เข้ารับการตรวจตามนัดหมาย เนื่องจากข้อจำกัดในการให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม หรือในการสาธิตวิธีการสังเกตอาการตนเอง และการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงบุคลากรที่ให้คำแนะนำในขณะนั้นไม่มีความพร้อม ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการจำหน่ายจากห้องฉุกเฉินมีโอกาสเข้ารับการรักษาซ้ำเพิ่มขึ้น⁴

การพยาบาลทางไกล (tele-nursing) หมายถึง การพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อให้คำปรึกษา และแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยนาระบบดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการ⁵ เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย การพยาบาลทางไกลมีส่วนสำคัญในการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และมีส่วนสำคัญในการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ กระตุ้น และเตือนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้น พยาบาลควรมีทักษะในการให้คำแนะนำอย่างละเอียดรอบคอบ มีความเข้าใจในการใช้ระบบการพยาบาลทางไกล เพื่อวางแผนการจัดการอย่างเหมาะสม ลดโอกาสเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลัน ลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน คือ กลุ่มของอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้การทำงานของหัวใจและการไหลเวียนของเลือดในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป หัวใจมีการปรับตัวโดยการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อให้หัวใจส่วนปลายได้รับเลือดเพียงพอ การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะได้รับการแก้ไขสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้น หากกลไกดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขตามสาเหตุที่เกิดขึ้น หัวใจจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและหน้าที่การทำงานถาวร³

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ มักเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนเลือดในร่างกาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลงจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาการที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ (dyspnea) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีลักษณะการหายใจหอบเหนื่อยที่แตกต่างกันไปได้ เช่น อาการเหนื่อยนอนราบไม่ได้ (orthopnea) ตื่นขึ้นมาเหนื่อยตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea: PND) และเหนื่อยเมื่อออกแรง (dyspnea on exertion) เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อาจพบอาการเจ็บแน่นหน้าอก บวมตามร่างกาย ไอแห้ง เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง และในบางกรณีอาจเป็นสาเหตุของอาการใจสั่น (Atrial Fibrillation: AF) ร่วมด้วย²

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

เกณฑ์ที่ใช้ในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีหลายเกณฑ์จากสมาคมหรือองค์กรทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น American Heart Association (AHA), Heart Failure Society of America (HFSA), European Society of Cardiology (ESC), หรือ National Heart Failure Society of America (NHFSA) ระบบการจำแนกประเภทที่ใช้กันมากที่สุดคือ New York Heart Association (NYHA) Functional Classification ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงโดยพิจารณาจากระดับของกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ และจากระดับความรุนแรงของอาการ ดังนี้⁴

Functional class I

ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ สามารถกระทำกิจกรรมปกติได้โดยไม่มีอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อย

Functional class II

ผู้ป่วยไม่มีอาการในขณะพัก แต่การทํากิจวัตรประจำวันหรือกิจวัตรอื่น ๆ ที่ต้องออกแรงมากขึ้น ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Functional class III

ผู้ป่วยไม่มีอาการในขณะพัก แต่การทํากิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อยจะเกิดอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อยอย่างรวดเร็ว

Functional class IV

ผู้ป่วยมีข้อจำกัดอย่างมากในการกระทำกิจกรรมปกติ มีอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อยหอบขณะพัก

การแบ่งระดับความรุนแรงโดยพิจารณาจากระดับของกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ดังกล่าวบ่งบอกถึงอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาส่วนมากจะเป็นกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ คือมีสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 และ 3 (functional class II, III) อย่างไรก็ตาม ระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้สะท้อนถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค และความรุนแรงดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงได้ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาเหมาะสม และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี การจำแนกตามเกณฑ์ดังกล่าวสามารถช่วยในการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยและการรักษาของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะนี้ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาส่วนมากจะเป็นกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของอาการได้ตามการรักษาและการดูแลที่เหมาะสม

การจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

การจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมีเป้าหมายหลักคือ ลดอัตราการเสียชีวิต ป้องกันการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และเพิ่มคุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน ส่วนใหญ่หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเฉียบพลันมักได้รับการจัดการด้วยยา เช่น ยาขับปัสสาวะ (Diuretics), Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs), Angiotensin Receptor Blockers (ARBs), Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRAs) หรือ Angiotensin Receptor-Nephrilysin Inhibitors (ARNI) เป็นต้น

การให้ยา มีประสิทธิภาพในการช่วยลดการทำงานของหัวใจ รวมถึงช่วยลดการเกิดสารที่กระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด และสามารถลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

การให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตน สามารถทำร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ โดยสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยในการจำกัดปริมาณน้ำดื่มให้ไม่เกิน 1.5 ลิตร/วัน จำกัดอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียม และแนะนำให้บันทึกปริมาณปัสสาวะ เป็นต้น^{3, 7}

อย่างไรก็ตาม ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็นพยาธิสภาพที่ไม่หยุดนิ่ง การรักษาดังกล่าวเป็นเพียงการรักษาตามอาการ

เพื่อชะลอไม่ให้หัวใจเกิดความเสื่อมเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งแนวทางการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันส่วนใหญ่ต้องขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้แผนการรักษาต้องมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา เพื่อให้การจัดการตรงกับภาวะของโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีความจำเป็นต้องรับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ต้องได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินก่อนกลับบ้าน โดยขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ณ ขณะนั้น ต้องมีการติดตามอาการและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง³⁻⁸

การบูรณาการจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

การบูรณาการจากทฤษฎีของโอเร็มส่งเสริมการเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโดยให้ความรู้ที่เหมาะสมและครอบคลุม ส่งเสริมทักษะให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้เมื่อมีภาวะผิดปกติ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน คือ

- 1) การดูแลตนเองในรูปแบบการรักษาสุขภาพ (self-care of health)
- 2) การวางแผนและควบคุมการดูแลตนเอง (self-care management)
- 3) ความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care agency)

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อพักสังเกตอาการอยู่ที่บ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังคำนึงถึงข้อจำกัดในการดูแลตนเองน้อยลง (self-care deficit)⁹ เกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และเพ่งผ่านพ้นจากภาวะฉุกเฉิน ส่งผลต่อความพร้อมในการรับรู้ข้อมูล ดังนั้น จึงควรมีระบบการดูแลพยาบาลทางไกลในการทยอยให้ข้อมูลเป็นระยะ ๆ และเพื่อช่วยลำดับความสำคัญของหัวข้อความรู้ การพยาบาลทางไกลจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการสนับสนุนจากทีมพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพยาบาลทางไกล (Tele-nursing)

การพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่จำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน พัฒนาขึ้นเพื่อให้บริการให้คำปรึกษา และแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขอนามัยภายใต้กรอบความรู้ทางการพยาบาลด้วยระบบดิจิทัล ใช้ในการบันทึกข้อมูลการรับบริการ และการขอยกเลิกรับบริการ ผู้รับบริการการพยาบาลทางไกลต้องเคยได้รับการพยาบาลแบบต่อหน้ามาก่อน โดยต้องยอมรับการบันทึกข้อมูลขณะรับบริการ และผู้รับบริการสามารถขอยกเลิกการรับบริการได้ การปฏิบัติการให้การพยาบาลทางไกล มีการยืนยันตัวตนของผู้ให้และผู้รับบริการ มีการประเมินประวัติสุขภาพเดิมมีการวิเคราะห์ข้อมูลและวินิจฉัยการพยาบาล การประเมินความเสี่ยงมีระบบวางแผนการให้การพยาบาล ระบบบันทึกผล ประเมินผล และ

ระบบประสานงานส่งต่อตามความเหมาะสม โดยการใช้แนวทาง การพยาบาลทางไกลนี้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินจะได้รับการดูแลอย่างครบวงจร และได้รับความสะดวกสบายในการรับบริการอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย โดยไม่จำเป็นต้องมาพบผู้ดูแลที่โรงพยาบาล ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยงานหลังจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน

หน่วยพยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช ได้วางแผนแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่จำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน ดำเนินการด้วยการใช้การพยาบาลทางไกล (tele-nursing) ในการติดตาม และให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁹ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อพักสังเกตอาการอยู่ที่บ้าน

การพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่จำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน โดยประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

การพยาบาลทางไกลในการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับการดูแลรักษาในภาวะฉุกเฉินจนอาการดีขึ้น เน้นการป้องกันการกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง¹⁰ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย กิจกรรมการพยาบาลทางไกลแบ่งออกเป็น 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมก่อนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน และกิจกรรมการติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน

สำหรับกิจกรรมก่อนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน พยาบาลต้องจัดกิจกรรมการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยควรมาพบผู้ดูแลที่โรงพยาบาล ให้ความรู้แหล่งข้อมูลสำหรับการขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ให้คำแนะนำในการมาตรวจกับอายุรแพทย์ตามนัดหมาย ให้เอกสารแนะนำวิธีการปฏิบัติตนเอง ให้แบบบันทึกติดตามอาการ รวมถึงแนะนำวิธีการติดตามอาการทางโทรศัพท์

สำหรับกิจกรรมการติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ควรเป็นการส่งเสริมทักษะความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งสามารถจัดกิจกรรมให้เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ทางโทรศัพท์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายกับพยาบาล รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยพยาบาลให้คำปรึกษาและติดตามผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และนัดติดตามผลที่โรงพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดของอายุรแพทย์ มีการจัดกิจกรรมอย่างน้อย 3 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และเพื่อติดตามอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายใน 28 วันของผู้ป่วย

การบูรณาการตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยผ่านการดูแลตนเอง โดยมีการติดตามอาการผู้ป่วย 3 ครั้ง ดังนี้

การติดตามอาการของผู้ป่วยครั้งที่ 1 (ภายใน 3 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล)

1. การดูแลสุขภาพ (self-care of health) พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจในการรับรู้ความรู้ด้านการดูแลตนเองและด้านการส่งเสริมทักษะการจัดการดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง มีการประเมินความสามารถด้านการรับรู้ ความเข้าใจและการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ (health literacy) พร้อมกับเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและดูแลตนเองได้เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- การสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว ควรทำอย่างละเอียดโดยระบุชื่อและนามสกุลของพยาบาล รวมถึงหน่วยงานที่สังกัดอยู่ เพื่อสร้างความมั่นใจ ความไว้วางใจ และสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

- การอธิบายวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเข้าใจเป้าหมาย เห็นถึงความสำคัญของการติดตามอาการแต่ละครั้ง ซึ่งพยาบาลสามารถทำได้โดยการแจ้งจำนวนครั้งในการติดตามอาการ ระยะเวลาในการติดตามอาการแต่ละครั้ง แจ้งประโยชน์ที่จะได้รับในการติดตามอาการแต่ละครั้ง เป็นต้น

- การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเริ่มกิจกรรม มีความสำคัญในการสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน ค้นหาผู้ดูแลหลัก และสำรวจความสัมพันธ์ในครอบครัว อาชีพการงาน เพื่อให้พยาบาลเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และสามารถวางแผนกิจกรรมต่อไปได้อย่างเหมาะสม

- การประเมินความรู้ก่อนให้คำแนะนำ พยาบาลสามารถพัฒนารูปแบบของคำถามที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้จากการทบทวนวรรณกรรมหรือจากการยกตัวอย่างกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยสามารถทำได้หรือไม่สามารถทำได้ เพื่อให้พยาบาลเข้าใจระดับความรู้ของผู้ป่วย และสามารถปรับการให้คำแนะนำให้เหมาะสมตามความเข้าใจของผู้ป่วยได้

2. การจัดการการดูแลตนเอง (self-care management) พยาบาลควรสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงศักยภาพของตนเอง อันจะนำไปสู่การดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง สามารถทำได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงศักยภาพและแผนการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยพยาบาลจะคอยให้คำแนะนำ ส่ง

เสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย รวมถึงแสดงถึงความใส่ใจในการรับฟังผู้ป่วย เพื่อให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยที่แท้จริง เพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

- การแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคต โดยพยาบาลให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง เช่น น้ำหนักตัว วัดความดันโลหิต ความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดความดันโลหิต พยาบาลควรแนะนำวิธีการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากความดันโลหิตสูง เช่น รู้สึกหัวใจเต้นแรง ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว เวียนศีรษะ มึนงง หรือมีเลือดกำเดาไหล เป็นต้น

- การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการติดตามอาการ เช่น อาการบวม เหนื่อย การนอน การสังเกตอาการที่ต้องมาพบแพทย์ และการติดตามน้ำหนักตัวเองวันละ 1 ครั้งตอนเช้านก่อนรับประทานอาหารเช้า กรณีผู้ป่วยไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนักอาจแนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักหน้าร้านสะดวกซื้อหรือสถานที่ที่ให้บริการประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ พร้อมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยสรุป หรือทบทวนความรู้ที่ได้รับ และประเมินความรู้ความเข้าใจหลังได้รับคำแนะนำ เพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง

3. ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตน (self-care agency) พยาบาลควรมีการวางแผนเป้าหมายสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและมีการประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยพยาบาลอาจกำหนดเป็นตัวเลขนคะแนนความมั่นใจ จาก 1-10 คะแนน และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลให้คะแนนตนเอง หากพบว่าคะแนนความมั่นใจน้อยกว่า 8 คะแนน พยาบาลอาจต้องประเมินหรือสอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจในปฏิบัติตน และวางแผนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งต่อไป

การติดตามอาการของผู้ป่วยครั้งที่ 2 (1-2 สัปดาห์ พร้อมนัดหมายของแพทย์)

การติดตามอาการของผู้ป่วยครั้งที่ 2 เป็นการติดตามผลของการให้คำแนะนำจากการติดตามอาการครั้งที่ 1 ควรมีการนัดติดตามอาการ พร้อมกับการมาตรวจตามนัดหมายของแพทย์ การติดตามอาการควรใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที ก่อนหรือหลังการตรวจติดตามอาการของแพทย์ เพื่อให้สะดวกต่อการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความสนใจกับกิจกรรมการติดตามอาการ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ อาจปรับการจัดกิจกรรมโดยการโทรศัพท์ภาพ (video calling) พร้อมการจัดหาสื่อวีดิทัศน์ให้ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลตนเองมีการบูรณาการตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพ (self-care of health) โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและดูแลตนเองได้เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- การแนะนำตัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พร้อมกับการสอบถามความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรม

- พยาบาลควรประเมินความรู้ความเข้าใจหลังจากการให้คำแนะนำครั้งแรก สอบถามการรับประทานยา ติดตามโดยการสอบถามว่ารับประทานยาสม่ำเสมอหรือไม่ เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถปรับแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพปัจจุบันรวมถึงการดูแลโรคประจำตัวอื่น ๆ เพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยพร้อมกับการชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ หากผู้ป่วยปฏิบัติตามเป้าหมาย นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการวิเคราะห์ปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้ โดยผลการติดตามทั้งหมดนี้จะช่วยให้แพทย์และพยาบาลได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม

- หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล หากพยาบาลพบปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยผ่านการให้คำแนะนำหรือการสาธิตกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

- การให้ความรู้เรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ และไม่สามารถรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้อย่างปกติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ หัวใจห้องขวาล้มเหลว กับหัวใจห้องซ้ายล้มเหลว อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน คือ เหนื่อยง่ายเวลาออกแรง นอนราบไม่ได้จำเป็นต้องใช้หมอนหนุน หรือนั่งหลับ บวมบริเวณข้อเท้า หน้าแข้ง หรือ ข้อมือ น้ำหนักเพิ่มโดยไม่ทราบสาเหตุ

- การแนะนำการควบคุมภาวะน้ำคั่งตามอวัยวะในร่างกาย พยาบาลสามารถทำได้โดยการประเมินความสามารถในการควบคุมปริมาณน้ำและเกลือโซเดียม โดยใช้ข้อคำถาม เช่น บอกตัวอย่างลักษณะอาหารมื้อเช้า/กลางวันของคุณ มีการดื่มเครื่องดื่มหรือไม่ หรือให้บอกอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมที่คุณชอบรับประทาน เป็นต้น รวมถึงการให้คำแนะนำผู้ป่วยให้ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี คือ น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นเร็ว ร่วมกับไม่มีอาการบวม ไม่มีอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะน้ำคั่ง เช่น เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ นอนแล้วไอ ขาบวมกดบุ๋ม แน่นอึดอัดท้อง ท้องอืด โดยบอกค่าเป้าหมายของน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็นของผู้ป่วย

- การส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อน โดยแนะนำผู้ป่วยในการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อย 7-9 ชั่วโมงต่อคืน¹¹ และแนะนำให้งีบกลางวันไม่เกิน 60 นาที เพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้า หากผู้ป่วยมีปัญหาในการนอน ควรประเมินสาเหตุของปัญหาและร่วมกันกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไข

การแนะนำการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยให้เพิ่มการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การทำงาน ประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน งานสวนในบริเวณบ้าน เป็นต้น หรือออกกำลังกาย ร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการออกกำลังกาย และกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เพศ อายุ และวิถีชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะราย รวมถึงแนะนำหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

2. การจัดการการดูแลตนเอง (self-care management) และ ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (self-care agency) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- แนะนำการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ด้วยตนเอง โดยให้ข้อมูล/สอนผู้ป่วย (patient education) ให้เข้าใจ และให้สามารถรับรู้อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ดังนี้

- อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้แก่ อาการที่ดีขึ้น (expected symptom of heart failure) ได้แก่ ไม่มีอาการเหนื่อย สามารถออกกำลังกายได้มากและนานขึ้น นอนราบได้โดยไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีการบวมตามอวัยวะร่างกาย สามารถรับประทานอาหารได้ อาการคงที่ (stable symptom of heart failure) ได้แก่ ไม่มีอาการเหนื่อย ผิดปกติ น้ำหนักที่บ่งชี้ น้ำคั่งอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และอาการที่แย่ลง (worsening symptom of heart failure) ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ มีอาการแขนขาบวม ท้องบวม

- อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันกำเริบตั้งแต่ระยะต้นที่ควรมาโรงพยาบาล ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย อาการนอนราบแล้วหอบเหนื่อย สะดุ้งตื่นกลางคืน เพราะหอบเหนื่อย อาการหายใจลำบาก ต้องนอนหนุนหมอนเพิ่มจากปกติ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือเดิน/ออกกำลังกายได้ลดลง น้ำหนักขึ้นเร็ว 1-2 กิโลกรัมใน 1-2 วัน ร่วมกับเริ่มมีอาการเหนื่อย หอบ ขาบวม จุกแน่นท้อง ท้องบวม คลื่นไส้อาเจียน

- ทักษะการกดบวมที่หลังเท้า ข้อเท้าและหน้าแข้ง¹² โดยเริ่มจากการอธิบายและสาธิตท่าที่ใช้ในการประเมิน คือ ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาในท่าสบาย เขยียดขาออกด้านหน้าโน้มตัวลงเล็กน้อย สาธิตวิธีการประเมินภาวะน้ำคั่งด้วยการกดดูอาการบวมกดบุ๋ม โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดด้วยแรงระดับปานกลาง นานประมาณ 5 วินาที แล้วปล่อย ตั้งแต่บริเวณหลังเท้า ข้อเท้า ขึ้นมาถึงหน้าแข้งบริเวณ anterior tibia ตรงแนวปุ่มกระดูกเชิงไล่ขึ้นไปเรื่อย ๆ จนถึงเข่า และเรียนรู้ร่วมกันในการตัดสินใจระดับการบวมกดบุ๋มจากน้อยไปมาก ได้แก่ 1+ (กดบุ๋มลึก 2 มิลลิเมตร) มองไม่เห็นชัดเจน รอยบุ๋มหายไปเร็ว 2+ (กดบุ๋มลึก 4 มิลลิเมตร) สังเกตได้ยาก หายไปใน 15 วินาที 3+ (กดบุ๋มลึก 6 มิลลิเมตร) สังเกตได้ชัด คงอยู่นานกว่า 1 นาที มองดูพบว่าขาบวมชัดเจน และ 4+ (กดบุ๋มลึก 8 มิลลิเมตร) รอยบุ๋มลึกชัดเจน คงอยู่นานราว 2-5 นาที รวมถึงให้ผู้ป่วยสาธิตย้อน

กลับวิธีการประเมินภาวะน้ำคั่งด้วยการกดดูอาการบวมกดปุ่ม และ ตัดสินระดับการบวมกดปุ่ม เพื่อประเมินความถูกต้องของวิธีการกด และความสามารถในการแปลผลระดับการบวมกดปุ่ม อาการบวมที่ บริเวณเท้า ขา และบริเวณท้อง อาจเป็นสัญญาณของการเกิดภาวะ หัวใจล้มเหลวเฉียบพลันกำเริบหรือภาวะรุนแรงขึ้น

- ส่งเสริมทักษะการประเมินปริมาณน้ำดื่มและปริมาณ ปัสสาวะ ได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วยจัดหาเหยือกตวงน้ำที่มีการระบุ ปริมาณเป็นมิลลิลิตรอยู่ข้างเหยือก แนะนำวิธีตวง/คำนวณปริมาณ น้ำและของเหลวโดยใช้เครื่องตวงมาตรฐาน เช่น ช้อนโต๊ะ ช้อน ขา หรือถ้วยตวง หรือวัดปริมาณเทียบกับแก้วน้ำที่ใช้ประจำ และเทปริมาณน้ำเท่าเดิมไว้ดื่มเสมอ เช่น เทน้ำใส่แก้วครึ่งละ 200 มิลลิลิตร แนะนำวิธีการจดบันทึกปริมาณน้ำหรือของเหลวที่ดื่มหรือ อาหารที่สามารถหลอมเหลวเป็นน้ำได้ เช่น น้ำแข็ง ไอศกรีม ที่ผู้ป่วย ดื่มหรือรับประทานภายใน 1 วันเป็นมิลลิลิตร หลีกเลี่ยงการคาดเดา ปริมาณน้ำในแต่ละวันที่รับประทาน รวมถึงของเหลวหรืออาหารที่ มีค่าเท่ากับน้ำ ได้แก่ กาแฟ นม น้ำผลไม้ปั่น ไอศกรีม เจลลี่ น้ำซุ๊ป และน้ำแกงต่าง ๆ เป็นต้น

- ส่งเสริมทักษะการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต สอนวิธีการ ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและการแปลผลเบื้องต้นที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ได้แก่ แนะนำให้ผู้ป่วยทำจิตใจให้สงบ ร่างกายผ่อนคลาย หลีกเลี่ยง การดื่ม ชา กาแฟ สูบบุหรี่ ภายใน 1 ชั่วโมงแรกก่อนจะวัดความดัน โลหิต ต่อมา让ผู้ป่วยเหยียดแขนให้ตรงและวางแขนให้อยู่ในระดับ เดียวกับตำแหน่งของหัวใจให้มากที่สุด และเทคนิคการใช้เครื่อง วัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง รวมถึงการการอ่านค่า และการแปลผล เป็นต้น

- เน้นย้ำการรับประทานยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา โดยไม่ปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง รวมถึงการรับประทาน ยารักษาโรคประจำตัวอื่นๆอย่างสม่ำเสมอ และมาติดตามการรักษา โรคอย่างต่อเนื่อง

การติดตามอาการของผู้ป่วยครั้งที่ 3 (การติดตามทางโทรศัพท์ใน สัปดาห์ที่ 4)

การติดตามอาการของผู้ป่วยครั้งที่ 3 (ใช้เวลา 30-45 นาที) มีกิจกรรมลักษณะเดียวกันกับการจัดกิจกรรมการพยาบาล ครั้งที่ 2 และเป็นการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันหลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ โดยใช้แบบประเมินชุดเดิมกับการประเมินครั้งแรก และเก็บข้อมูลตาม แบบบันทึกการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล พร้อมให้คำแนะนำ และเน้นย้ำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการมาตรวจ ตามนัดสม่ำเสมอ

สรุป

การพยาบาลทางไกล (tele-nursing) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยเฉพาะ กลุ่มผู้ป่วยที่จำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน เพราะมีข้อจำกัดในการให้คำแนะนำอย่างละเอียดและจำเป็นต้องมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการ กลับมาเป็นซ้ำของโรค และการกลับมารักษาตัวซ้ำที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งต่อตัวผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขของประเทศได้ด้วยการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมีประสิทธิภาพอย่างมาก เนื่องจากสามารถให้บริการอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ การที่พยาบาลสามารถติดตามอาการผู้ป่วย และให้คำแนะนำการดูแลตนเองผ่านทางพยาบาลทางไกล ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและลดความเสี่ยงในการกลับมารักษาตัวซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรให้ความสำคัญในการประเมินความสามารถ ด้านการรับรู้ ความเข้าใจและการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ (health literacy) ของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อประกอบการวางแผนการจัดกิจกรรมการพยาบาลทางไกลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการพฤติกรรม สุขภาพได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Tersalvi G, Tersalvi G, Gasperetti A, Schiavone M, Je-roen Dauw, Gobbi C, et al. Acute heart failure in elderly patients: a review of invasive and non-invasive management. J Geriatr Cardiol. 2021;18(7):560-76.
2. สุรศักดิ์ มุลศรีสุข, สุปรีดา มั่นคง, นุชนาฏ สุทธิ. อาการและอาการแสดง การจัดการอาการด้วยตนเอง และการจัดการที่ห้องฉุกเฉินในผู้สูง อายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารสหการพยาบาล. 2565;37(03):144-58.
3. Phrommintikul A, Buakhamsri A, Janwanishstaporn S, Sanguanwong S, Suvachittanont N. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 heart failure guideline: Acute heart failure. J. Med. Assoc. Thai. 2019;102(3), 373-379.

4. ณัฐชญา ชัยผดุง, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, จงจิต เสน่หา, ฉัตรกนก ทุมวิภาต. ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566;41(1):73–86.
5. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 33 ง (ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2564). เข้าถึงได้จาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0049.PDF
6. American Heart Association. Classes of Heart Failure [Internet]. Heart.org. American Heart Association; 2017. Available from: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure/classes-of-heart-failure>
7. Takagi K, Kimmoun A, Sato N, Mebazaa A. Management of acute heart failure during an early phase. *Int J of Heart Fail.* 2020;2(2):91.
8. Russell SD, Saval MA, Robbins JL, Ellestad MH, Gottlieb SS, Handberg EM, et al. New York Heart Association functional class predicts exercise parameters in the current era. *Am. Heart J.* 2009;158(4):S24–30.
9. Orem D.E. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. London: Mosby; 2001.
10. Gupta AK, Tomasoni D, Sidhu K, Metra M, Ezekowitz JA. Evidence-based management of acute heart failure. *Canadian J Cardiol.* 2021;37(4).
11. Piscesiana E, Afriyani T. The Effect of tele-nursing on preventing re-admission among patients with heart failure: A literature review. *Int J Nurs Health Serv.* 2020;3(2):251–60.
12. Son YJ, Choi J, Lee HJ. Effectiveness of nurse-led heart failure self-care education on health outcomes of heart failure patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Envi Res Pub Health.* 2020;17(18):6559.

The Role of Nurses in Promoting Successful Breastfeeding in the Digital Era

Nutchanat Munsittikul*, Supanee Tanthaopas*, Buranee Yangthara**

*Pediatric Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand,

**Department of Pediatric, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2024;17(3):251-258

ABSTRACT

Breastfeeding is a fundamental right that newborns should have access to as the best nutrition. It plays a crucial role in the growth and development of both the physical and cognitive aspects of infants, serving as a foundation for a healthy life in the long term for both mothers and babies. The benefits extend to infants, mothers, families, society, and the nation. The success of promoting breastfeeding in the digital era depends on various factors, including maternal and infant factors, family support, close relationships, and the healthcare team, particularly nurses who have a significant role in promoting and supporting breastfeeding throughout pregnancy, delivery, and postpartum periods. Technology adaptation to support mothers in the digital society results in positive changes in attitudes towards breastfeeding, providing accurate, contemporary, and confidence-boosting knowledge and skills. This promotes successful breastfeeding, increasing the rates of breastfeeding success.

Keywords: Breastfeeding; nurses; digital era; roles of nurse

Correspondence to: Nutchanat Munsittikul

Email: nukachi@hotmail.com

Received: 31 January 2024

Revised: 21 May 2024

Accepted: 28 May 2024

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i3.267542>

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้ประสบความสำเร็จในสังคมยุคดิจิทัล

นุชนารถ มั่นสิทธิกุล*, สุพรรณิ ตันทโธภาส*, บุรณี อย่างธรรา**

*งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย, **ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทารกแรกเกิดควรได้รับ นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับลูกไม่มีอาหารใดเทียบได้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการทั้งร่างกายและสมอง และเป็นรากฐานแห่งชีวิตที่ดีในระยะยาวของ มารดาและทารก มีประโยชน์ทั้งต่อทารก มารดา ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ การนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสังคมยุคดิจิทัลมีบทบาทสำคัญ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสังคมยุคดิจิทัลนี้จะประสบความสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านมารดาและทารก ปัจจัยแรงสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับมารดาและทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ การนำเทคโนโลยีมาปรับใช้สนับสนุนให้มารดาในสังคมยุคดิจิทัลเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดี เรื่องนมแม่ มีความรู้ มีทักษะ มีความมั่นใจ ที่ถูกต้องและทันสมัย ส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่; พยาบาล; ยุคดิจิทัล; บทบาทของพยาบาล

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทารกแรกเกิดควรได้รับ เพื่อสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรงจะนำไปสู่การพัฒนาการที่ดีตลอดทุกช่วงวัย¹ การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นับว่าเป็นสิ่งสำคัญ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบความสำเร็จได้นั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านมารดาและทารก ปัจจัยจากการสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับมารดาและทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะหลังคลอด มีบทบาทเด่นชัดในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา ให้ความรู้ ฝึกทักษะในการให้นม สร้างความมั่นใจ สร้างทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ยาวนานและต่อเนื่อง²

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และยูนิเซฟ (UNICEF) ให้คำแนะนำว่าเด็กทารกควรได้รับนมแม่ครั้งแรกภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และควรได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือน ควรได้รับนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้นตามต้องการ³ ปัจจุบันอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนม

แม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนทั่วโลกมีอัตราเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 48⁴ แต่จากผลการสำรวจของสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2565 (MICS7)⁵ กลับพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 28.6 ซึ่งยังต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลก และจากข้อมูลเปรียบเทียบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่าประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนต่ำที่สุด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีนโยบายส่งเสริม สนับสนุน และปกป้องให้เด็กทุกคนได้กินนมแม่และตั้งเป้าหมายไว้ว่าในปี พ.ศ.2568 ทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน ต้องมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 50 และนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้นตามต้องการ³

ในสังคมยุคดิจิทัลที่มีการเติบโตอย่างรวดเร็วพร้อมกับความเจริญของเทคโนโลยี ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าข้อมูลที่มีการเผยแพร่มีทั้งข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง การพัฒนาและสร้างสื่อออนไลน์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมความรู้ของมารดาและเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ

ในกลุ่มมารดาที่ไม่สามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลได้ เป็นปัจจัยส่งเสริม การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลในสังคมยุคดิจิทัลสามารถปรับบทบาทพัฒนาดตนเอง นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือมาประยุกต์ควบคู่กับเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อพัฒนางานด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน มีอัตราความสำเร็จเพิ่มมากขึ้น

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ การที่ลูกได้รับน้ำนมแม่โดยการดูดจากเต้านมหรือได้รับน้ำนมด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การป้อนแก้ว ป้อนช้อน น้ำนมแม่เป็นสารอาหารที่ดีที่สุดในการเจริญเติบโตของทารก ช่วยพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา⁷ มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ซึ่งไม่มีสารอาหารใดเทียบได้¹ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลดีต่อทั้งมารดา ทารก ครอบครัว และสังคม⁸ การส่งเสริมสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดีต้องเริ่มต้นตั้งแต่วัยตั้งครรรค์เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาตั้งครรรค์จะช่วยส่งผลให้มารดาให้นมลูกมีแนวโน้มเพิ่ม ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบผลสำเร็จเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากการเริ่มต้นการสร้างทัศนคติที่ดีตั้งแต่วัยตั้งครรรค์แล้ว การดูแล ส่งเสริม สร้างทัศนคติที่ดีต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอดเป็นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบผลสำเร็จเพิ่มขึ้นเช่นกัน^{9,10}

ในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสื่อต่าง ๆ มีความรวดเร็ว สังคมยุคนี้มีอัตราการเพิ่มขึ้นของมารดาวัยรุ่น จากรายงานสถานการณ์การคลอดในประเทศไทย พ.ศ.2565 พบอัตราการคลอดของมารดาในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ถึงร้อยละ 21.8 ของการคลอดทั้งหมด¹¹ โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกเกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงที่สุด มารดาในกลุ่มนี้จะเข้าถึงสื่อได้รวดเร็ว ทั้งสื่อที่มีข้อมูลที่เชื่อถือได้และมีความน่าเชื่อถือต่ำ เนื่องจากมารดาในกลุ่มนี้ยังไม่มีความพร้อมในวุฒิภาวะในการเลี้ยงดูบุตร อยู่ระหว่างการศึกษาล่าเรียน ขาดการเตรียมความพร้อมในการเป็นมารดา ขาดความประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้เชื่อข้อมูลในสื่อช่องทางต่าง ๆ ที่มีข้อมูลความน่าเชื่อถือต่ำ ความรู้ ความเข้าใจเรื่องนมแม่ไม่ถูกต้อง เมื่อต้องมาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ ไม่สุขสบาย มีความวิตกกังวล ขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดความมั่นใจ เกิดปัญหา คิดว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องยากไม่สามารถแก้ปัญหาได้จึงหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเลือกใช้นมผสมเลี้ยงลูกแทน¹² ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่และระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นต่ำและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยต่ำด้วย

ปัจจุบันปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ มารดาวัยรุ่น มารดาขาดความรู้ เข้าใจ มีทัศนคติด้านลบ มารดาทำงาน มารดาเลี้ยงเดี่ยว รายได้ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม หากปัญหาลดลงหรือแก้ไขได้จะช่วยส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จมากขึ้น ซึ่งบุคคลที่ให้การสนับสนุน ส่งเสริม ช่วยเหลือที่สำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จได้แก่ สมาชิกในครอบครัวโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม บุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญมากในการสนับสนุน ส่งเสริมและให้ความช่วยเหลือที่ดีและมีประสิทธิภาพแก่มารดา ส่งผลให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบผลสำเร็จและยาวนานตามต้องการ^{2,13,14,15}

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

บทบาทของพยาบาลเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในยุคดิจิทัลเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรรค์ต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอดรวมทั้งในชุมชน โดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

การสร้างทัศนคติและความเชื่อของมารดา

การสร้างทัศนคติที่ดีแก่มารดาในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เริ่มจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น การมีทัศนคติที่ดีคือการมีความคิด ความรู้สึกที่ดี จนกระทั่งมีพฤติกรรมที่ดีตามมา เพราะทั้ง 3 สิ่งนี้จะส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้มารดาควรได้รับการสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองและครอบครัวอีกด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

สร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้กับมารดา

เพื่อให้มารดาเชื่อว่า “แม่ทุกคนสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้” ด้วยการให้ความรู้ อธิบายความสำคัญ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับคุณค่าทางสารอาหารของนมแม่ ซึ่งจะเป็นการสร้างความมั่นใจ เสริมสร้างความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เมื่อมารดามีทัศนคติที่ดีต่อตนเองจะทำให้มารดาพัฒนาศักยภาพของตนเองตามมา^{10,15}

ฝึกการประเมินและพัฒนาศักยภาพของตนเอง

เมื่อมารดามีความเชื่อมั่นว่านมแม่เป็นสิ่งที่ดีสำหรับลูก มารดาทุกคนสามารถให้นมแม่ได้ ต่อไปจะฝึกทักษะให้มารดาประเมินความรู้ ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดียิ่งขึ้น ปัญหาในด้านใดที่ทำให้นมแม่ไม่ได้ และวิธีการแก้ปัญหาคืออะไร โดยพยาบาลจะเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็น ให้กำลังใจ และให้มารดามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาพัฒนาศักยภาพของตนเอง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ใช่เรื่องง่ายและไม่ใช่ว่าเรื่องยากหากมารดาพัฒนาศักยภาพตนเองอยู่เสมอ¹⁶

ฝึกทักษะการยอมรับและการให้เกียรติตัวเอง

ทัศนคติต่อตัวเองที่มีพื้นฐานจากการมีความเชื่อมั่นในตนเองร่วมกับการประเมินศักยภาพของตนเอง เมื่อมารดามีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถประเมินศักยภาพของตนเองได้¹⁰ หากมารดาประเมินศักยภาพของตนเองในทิศทางลบ พยาบาลควรให้มารดารู้จักการยอมรับและนำมาปรับแก้ไข พัฒนาตนเองเพื่อให้มีศักยภาพที่ดี

“การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นสิ่งที่ภาคภูมิใจ” การสร้างทัศนคติที่ดีแก่มารดาทำให้มารดามีความตั้งใจให้นมแม่ ส่งเสริมพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นำไปสู่การประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

ให้ความรู้ ฝึกทักษะการให้นมและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับมารดา

การให้ความรู้และทักษะการให้นมที่เหมาะสมสำหรับมารดาในแต่ละรายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อมารดามีความรู้และทักษะในการให้นมจะเกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นี้ประสบผลสำเร็จอย่างมีคุณภาพ

ความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในมารดาระยะตั้งครรภ์

ประโยชน์ของนมแม่ต่อทารก นมแม่ช่วยการเจริญเติบโตของร่างกาย¹ พัฒนาระบบประสาท เสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ดี ส่งเสริมให้ลูกสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อต่อต้านการเจ็บป่วย ลดโอกาสการเกิดการติดเชื้อ ลดการเกิดโรคมุมแพ สารอาหารและวิตามินจากน้ำนมแม่ยังช่วยให้พัฒนาการของสมองเด็กและเซลล์ประสาททำงานได้อย่างสมบูรณ์ ความสำคัญต่อพัฒนาการทางร่างกายเมื่อลูกเข้าสู่วัยเริ่มเดินจะมีการทรงตัวที่ดีเนื่องจากมีกระดูกและกล้ามเนื้อที่แข็งแรงจากการได้รับสารอาหารที่เพียงพอจากนมแม่ พัฒนาการทางสมองและเชาวน์ปัญญาคิดว่าเด็กที่กินนมผสม⁷ การให้นมแม่ในระยะยาวยังช่วยลดความเสี่ยงโรคอ้วน เบาหวาน ในอนาคต⁶

ประโยชน์ของนมแม่ต่อมารดา ขณะให้นมลูกจะมีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน กระตุ้นให้มดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมได้เร็ว ลดอัตราการตกเลือด กระบวนการสร้างน้ำนมแม่ มารดาต้องใช้พลังงานมากกว่าปกติถึงเกือบ 500 กิโลแคลอรี (KCal) โดยการดึงพลังงานจากไขมันที่สะสมในช่วงตั้งครรภ์ทำให้กลับมามีรูปร่างที่ดีขึ้น และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาวช่วยลดโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ในมารดาได้ นอกจากนี้ยังช่วยทำให้เกิดความผ่อนคลาย ลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีความสุขในขณะที่ให้นมลูก ช่วยเสริมสร้างความรักและความผูกพันสายสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก ส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน ทำให้น้ำนมแม่ไหลได้ดีและช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายอีกด้วย^{8,17,19}

ความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในมารดาระยะคลอดและระยะหลังคลอด

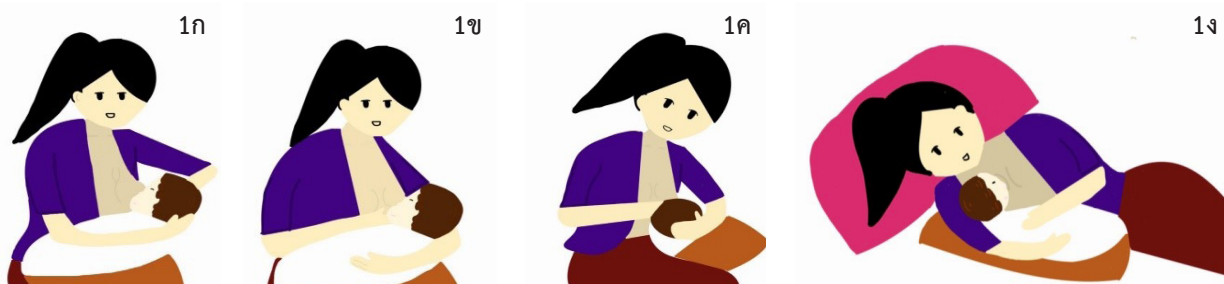
มารดาต้องเรียนรู้ ตั้งใจและมีความเชื่อมั่นในการให้นม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นทั้งการให้อาหารที่ดีที่สุดแก่ลูกเป็นการเรียนรู้ปรับตัวร่วมกันของแม่และลูกอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มให้ลูกดูดนมโดยเร็วภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด การให้ลูกดูดนมเร็วกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็ว เพราะมีการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินกระตุ้นการสร้างน้ำนม และมีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน กระตุ้นการไหลของน้ำนม และช่วยให้มดลูกหดตัว ลดการตกเลือดหลังคลอด เป็นระยะที่มารดาได้ออกกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อ เป็นการเริ่มต้นความผูกพันที่ดี ป้องกันภาวะตัวเย็นในทารก และให้ลูกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง หรือ 8-10 ครั้ง/วัน^{18,19} ต้องจัดท่าให้นมและลูกอมหัวนมให้ลึกถึงลานนม ป้องกันการบาดเจ็บที่หัวนมและลานนม มารดาต้องให้ลูกดูดนมได้อย่างถูกวิธีก่อนกลับบ้านเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่ที่บ้าน¹⁸ ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าสารอาหารครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ พักผ่อนให้เพียงพอ

“แม่ทำงานลูกก็กินนมแม่ได้” การเตรียมตัวมารดา ก่อนทำงาน หรือมารดาต้องแยกจากลูกชั่วคราว เช่น แม่หรือลูกป่วย การระบายน้ำนมทุก 3 ชั่วโมง จะทำให้มีน้ำนมเพียงพอ การระบายน้ำนมทำได้โดยการบีบมือหรือการใช้เครื่องปั้มนมซึ่งเป็นวิธีการเก็บน้ำนมเพื่อให้ลูกได้รับนมอย่างต่อเนื่อง การบีบเก็บน้ำนมเป็นวิธีการที่ใช้อุปกรณ์น้อย ไม่ยุ่งยาก การบีบน้ำนมด้วยมือที่ถูกต้องจะไม่เกิดการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณเต้านม เริ่มจากการวางนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ที่ขอบลานหัวนม กดเข้าหาตัวเบา ๆ แล้วบีบน้ำนมเข้าหากัน ทำเป็นจังหวะ ทำการบีบน้ำนมให้รอบขอบลานหัวนม สำหรับการปั้มนมระยะยาวที่ถูกวิธี เริ่มจากเลือกขนาดของกรวยให้เหมาะสมกับขนาดหัวนมโดยทำการวัดขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหัวนมและบวกเพิ่มอีกร้อยละ 20 (ขนาดของหัวนมที่มีการบวมระหว่างปั้ม) จับกรวยให้นิ้วมือทั้ง 5 นิ้วกระจายอยู่บนกรวยและเต้านมไม่กดแรง เลือกใช้แรงดูดที่ทำให้เฉพาะหัวนมเคลื่อนเข้าในกรวย และต้องเป็นแรงดูดที่ไม่เจ็บไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บหลังปั้มนมระบายน้ำนม การระบายน้ำนมทั้ง 2 วิธี ใช้เวลา 15-30 นาที จนเต้านมนิ่มลง¹⁸ หลังจากนั้นเก็บนมในถุงเก็บน้ำนม เขียนวัน เวลา จำนวนน้ำนม เพื่อง่ายและสะดวกต่อการนำนมไปใช้ หลักการจัดเก็บน้ำนม¹⁹ (ตารางที่ 1) การนำนมไปใช้ให้นำน้ำนมที่เก่าสุดและยังไม่หมดอายุออกมาใช้ก่อน โดยนำไปแช่น้ำธรรมดาหรือน้ำอุ่น ห้ามนำไปต้มหรืออุ่นด้วยไมโครเวฟ เพราะจะทำให้คุณค่าของสารอาหารในน้ำนมบางชนิดสูญหายหรือลดน้อยลง การเตรียมตัวมารดา ก่อนทำงานหรือมารดาที่มีข้อจำกัดในการให้นมที่ดีเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วานานขึ้น¹⁸

ตารางที่ 1 ตารางการจัด เก็บน้ำมัน

การจัดเก็บนมแม่	ระยะเวลาที่แนะนำ
อุณหภูมิห้องที่สูงกว่า 25 องศา	ไม่เกิน 1 ชั่วโมง
อุณหภูมิห้องที่ต่ำกว่า 25 องศา	4 ชั่วโมง
กระติกแช่เย็นด้วยน้ำแข็ง	24 ชั่วโมง
ตู้เย็น (4 องศา)	5 วัน
ตู้แช่แข็งในตู้เย็นประตูเดียว (-15 องศา)	2 สัปดาห์
ตู้แช่แข็งในตู้เย็น 2 ประตู (-18 องศา)	3 เดือน
ตู้แช่แข็ง (-20 องศา)	6 เดือน

ที่มา: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย



ภาพที่ 1 ทำอุ้มพื้นฐานในการให้นมแม่

ท่าที่ 1 การให้นมทารกท่านอนขวางตักแบบประยุกต์ (1ก) ท่าที่ 2 การให้นมทารกท่านอนขวางตัก (1ข)
ท่าที่ 3 การให้นมทารกทำอุ้มลูกฟุตบอล (1ค) ท่าที่ 4 การให้นมทารกท่านอน (1ง)

ที่มา: นุชนารถ มั่นสิทธิกุล งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การฝึกทักษะการให้นมและการสร้างความมั่นใจ¹⁸

การให้นมแม่ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการประสพผลสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฝึกทักษะทำอุ้มและการดูนมที่ถูกวิธี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวนม ลานนม และเต้านม พยาบาลควรสอนให้มารดาให้นมได้ถูกต้องก่อนกลับบ้าน ทำอุ้มพื้นฐานในการให้นมแม่ประกอบด้วย

1. ทารกนอนขวางตักแบบประยุกต์

เป็นท่าอุ้มให้นมที่เหมาะสมแก่ทารกแรกเกิดและทารกทั่วไป ท่านี้อารดาสามารถควบคุมศีรษะและคอของทารกได้ดีกว่าท่าอุ้มอื่น ๆ (ภาพที่ 1ก)

2. ทารกนอนขวางตัก

เป็นท่าอุ้มให้นมที่เหมาะสมแก่ทารกทั่วไป มารดาไม่สามารถควบคุมศีรษะและคอของทารกได้ (ภาพที่ 1ข)

3. ทำอุ้มลูกฟุตบอล

ท่านี้นี้เหมาะสำหรับมารดาที่มีปัญหาหัวนม ลานนม มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง มีก้อนในเต้านมบริเวณรักแร้ มารดาทารกแผดทารกน้ำหนักตัวน้อย ท่านี้อาจช่วยให้ลูกดูนมได้ลึก มองเห็นปากลูกได้ดีกว่า ดูดกระชับกว่าการให้นมท่าอื่น ๆ (ภาพที่ 1ค)

4. ท่านอน

ท่านี้อาจช่วยให้มารดาได้พักผ่อนขณะให้นมทารก เหมาะกับทารกที่ร้องกวนท่านี้อาจช่วยให้ทารกอบอุ่นและนอนได้นานขึ้น

การปรับท่าให้นมที่เหมาะสมในมารดาแต่ละรายจะช่วยให้ลูกดูนมที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ หากช่วงแรกมารดาไม่สามารถให้นมลูกได้ตามลำพังพยาบาลจะให้สามีหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามาช่วยฝึกทักษะการให้นมเพื่อช่วยให้มารดาสามารถให้นมแม่ได้และเกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น และส่งเสริมสายสัมพันธ์ของครอบครัว^{2,15,18,20} (ภาพที่ 1ง)

การแก้ไขปัญหการให้นมที่พบบ่อยในมารดา

ปัญหาเรื่องหัวนม ลานนม การแก้ไขปัญหานี้สามารถทำได้โดยการเตรียมหัวนมและลานนมตั้งแต่วัยตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอดสามารถปรับด้วยการใช้ทำอัมให้นมและอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมตามลักษณะหัวนมของมารดา¹⁸

ปัญหาน้ำนมน้อย ต้องสร้างความรู้ความเข้าใจ กลไกการสร้างน้ำนม มารดาให้นมลูกหรือระบายน้ำนมทุก 2 – 3 ชั่วโมง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำและพักผ่อนให้เพียงพอ ลดภาวะเครียด^{18,19}

ปัญหาเต้านมคัด ท่อน้ำนมอุดตัน เต้านมอักเสบ พบในมารดาที่ไม่ได้ให้นมและไม่ระบายน้ำนมไม่สม่ำเสมอ หรือในมารดาที่รับประทานยาเพิ่มน้ำนมเพราะต้องการเพิ่มปริมาณน้ำนม และในมารดาที่นิ้วดื่บ แค้น ด้วยความแรงและไม่ถูกวิธีเพื่อเพิ่มการไหลของน้ำนม จนเกิดการบาดเจ็บและติดเชื้อตามมา การแก้ไขคือการสร้างความมั่นใจในปริมาณน้ำนม และให้ความรู้เพื่อให้มารดาสามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้ การแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาคือการประคบอุ่นด้วยความร้อนชื้นและระบายน้ำนมทุก 3 ชั่วโมง ร่วมกับการนวดระบายน้ำนมถูกวิธีไม่เกิดการบาดเจ็บหลังการนวดเต้านมจะทำให้ขนาดของก้อนน้ำนมในเต้านมมีขนาดเล็กลงอย่างรวดเร็วและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน²¹

การส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มารดาในยุคดิจิทัลส่วนใหญ่ต้องทำงานประจำควบคู่ไปกับการทำหน้าที่แม่ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้มารดาที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย ต่างต้องมีวิธีการปรับตัวในการเลี้ยงลูกและทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน การที่สามีหรือสมาชิกในครอบครัวขาดการสนับสนุน ขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือยังติดกับความรู้เดิม ๆ ที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีการช่วยเหลือในการทำงานบ้านและการเลี้ยงลูก ทำให้มารดาต้องมีหน้าที่รับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ไม่มีเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จ พยาบาลต้องส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในการให้กำลังใจ ช่วยเหลือมารดาจะทำให้มารดาเพิ่มโอกาสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วานานขึ้น^{2,21,22,23}

ช่องทางการให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือในสังคมยุคดิจิทัล

ปัจจุบันสามารถศึกษาหาความรู้ได้สะดวก รวดเร็วจากเว็บไซต์ โสมเพจ Line Facebook YouTube และในกลุ่มมารดาที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น แอปพลิเคชันที่ให้ความรู้เกี่ยวกับนมแม่ของแพทย์หญิงสุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ²⁴ Application MoomMae (มูมแม่) ของสำนักงานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี²⁵ ที่สนับสนุนการ

ให้นมแม่ในครอบครัวยุคดิจิทัล เข้าถึงง่าย ปลอดภัย ช่องทาง LINE ซึ่งมีการนำมาใช้ในหลายสถานพยาบาลและมีการสร้างนวัตกรรมเช่น นวัตกรรม Application Line "นมที่ดีคือนมแม่" ของโรงพยาบาลบางกะพุ่ม²⁶

การบริการของคลินิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่โรงพยาบาลศิริราชให้บริการในกลุ่มมารดาที่เข้ามาใช้บริการและกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึง ได้เพิ่มการให้บริการตามสังคมยุคดิจิทัล นำเทคโนโลยีสื่อต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้เผยแพร่ความรู้ ติดตามนัดหมาย แก้ปัญหาให้กำลังใจ ผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อเข้าถึงได้รวดเร็วและเหมาะสมกับความต้องการของมารดา โดยแบ่งเป็น

1. มารดาที่มารับบริการ

ได้รับการดูแล ให้ความรู้ แก้ไขปัญหาได้ทันทีทางสื่อบุคคลนัดติดตามโดยเข้ามาใช้บริการ หรือโทรศัพท์ส่งข่าว และเพิ่มช่องทางการติดตามด้วย Line Official Account และ Tele nursing ทำให้สามารถดูแลแก้ไขปัญหาค่อยๆ กลุ่มมารดาที่มาตามนัดและให้นมแม่จนถึง 6 เดือน จะได้รับการถ่ายภาพครอบครัวนมแม่ลงเพจ Facebook “คลินิกนมแม่ศิริราช” เพื่อสร้างกำลังใจและเป็นการสร้างแรงจูงใจให้นมแม่ต่อเนื่องทั้งตัวมารดาเองและสมาชิกในกลุ่ม

2. มารดาที่ไม่สามารถเข้ารับบริการ

ได้รับความรู้ คำแนะนำในการแก้ไขปัญหามาผ่านช่องทางโทรศัพท์, Tele nursing, เพจ Facebook “คลินิกนมแม่ศิริราช” และ Line Official Account ได้นำความรู้จัดทำสื่อแอนิเมชันเพื่อเข้าใจง่าย และมีการอัปเดตความรู้ใหม่ ๆ ที่ถูกต้อง ทำให้มารดาที่มีปัญหาลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเดินทาง ลดค่าใช้จ่าย กรณีมารดาไม่สะดวกเข้าถึงสื่อและช่องทางต่าง ๆ ของคลินิกนมแม่ จะมีการแนะนำสถานพยาบาล แหล่งให้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือแก่มารดา

พยาบาลยุคดิจิทัลต้องเพิ่มช่องทางให้ความรู้ ด้วยการนำเทคโนโลยีใหม่มาประยุกต์ใช้โดยสื่อในการให้ความรู้มีหลายรูปแบบ เช่น สื่อแผ่นพับ สื่อจากตัวบุคคลโดยตรง สื่อจากข้อความอัตโนมัติ การใช้สื่อในการให้ความรู้มากกว่า 1 สื่อ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความมั่นใจ ความตั้งใจ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^{6,9}

สรุป

ในสังคมยุคดิจิทัลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วพร้อมกับความเจริญเติบโตของเทคโนโลยี การนำเทคโนโลยีที่ความหลากหลายทันสมัย ง่ายต่อการค้นคว้าและเข้าถึง นำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันมากขึ้นในทุกด้าน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นหนึ่งในแนวทางการดูแลสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทารกแรกเกิดต้องได้รับ นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการทั้งร่างกายและสมอง และเป็นรากฐานแห่งชีวิตในระยะยาวของมารดาและทารก

มีประโยชน์ทั้งต่อมารดา ทารก ครอบครัวและสังคม พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้เหมาะกับยุคดิจิทัล การใช้สื่อที่มีความหลากหลาย น่าสนใจ เข้าใจง่าย ถูกต้องและทันสมัย ควบคู่กับการให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจะเป็นการส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่วานานขึ้น และส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยุคดิจิทัลเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอแสดงความขอบคุณ รศ.ดร.สุดาภรณ์ พยัคฆะ เรื่อง ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและ พว.นิตยา ยอดเกิด พยาบาลชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ข้อมูล คำแนะนำ และคำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อบทความฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Lawrence RA, Lawrence, RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. 1088 p.
2. ดวงพร ผาสุวรรณ. ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม. วารสารเกื้อการุณย์. 2563;27(1):71-82.
3. World Health Organization. Breastfeeding. Retrieved 28 January 2024, Available from: www.who.int/topics/breast-feeding/en
4. UNICEF 2565. Infant and young child feeding. Retrieved 16 April 2024, Available from: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565: รายงานผลฉบับ สมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย; 2565.
6. ดวงพร ผาสุวรรณ. การสนับสนุนทารกให้ได้รับนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน เป็นการเตรียมเด็กไทยเข้าสู่ยุค Thailand 4.0 (Prepare Thai children for Thailand 4.0: the procedures for supporting of Exclusive Breastfeeding). งานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 9 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. 28-29 กันยายน 2560:620-627.
7. มยุรา เรืองเสรี. ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือนของมารดา วัยรุ่นหลังคลอดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 2560; 6(1):37-48.
8. The Global Breastfeeding Collective, UNICEF, WHO. Breastfeeding: A smart investment. 2019. Cited 18 April, 2024. Available at: <https://ffmuskoka.org/breastfeeding-a-smart-investment>
9. ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, กรณิการ์ กันธรักษา, นาฏยา งามพสุธาตล. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านเว็บต่อความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาวัยรุ่น. พยาบาลสาร. 2564;48(3):342-52.
10. สุนันทา ชุมจิตร. ความรู้ ทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครบ 6 เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย ที่ 5 ราชบุรี; 2563.
11. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565:1-3.
12. Bureau of Reproductive Health. Statistics on adolescent births, Thailand 2018. Department of Health. Ministry of Public Health. (in Thai) Retrieved from <http://203.157.71.115/knowledge/mapping/paper/view?id=533>
13. ปณณทัต บณฺฑิต, ภาวริย์ แสงงาม, ธีรวิทย์ พิมมานุรักษ์, กัลยา มั่นล้วน. บทบาทพยาบาลและครอบครัวในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์. 2564;36(2):1-8.
14. ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย, จันทรีเพ็ญ ชินคำ, อัจฉรา วริสุน, สุรพร ศรีโพธิ์อุ่น. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกและครอบครัว. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(3):99-111.
15. สุภาพันธ์ จันทศิริ, เจริญชัย วงศ์วัฒนกิจ, อนุตา หนูนการคำ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้ การ รับผิดชอบแห่งตน ประสิทธิภาพการให้นมแม่ และอัตราการเลี้ยงลูกอย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นคนแรก. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2565;40(2):1-19.
16. ปณณทัต บณฺฑิต, วิภาดา กาญจนสิทธิ์, ขนาธิป สันติวงศ์, สุพรรณ จิตธรรม, พิมพ์ดา ธรรมมีภักดี, ศุภล รัตน์ ขาววิรัตน์, และคณะ. ความรู้ และทัศนคติของมารดาหลังคลอดปกติที่ต้องการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุตรธานี. 2563;28(3):275-83.
17. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatrica. 2015;104(467):96-113.
18. วิมา จิระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. กลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ธรรมดาเพลส จำกัด; 2563.
19. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2019). เรื่องการตั้งครุภัณฑ์คุณภาพและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ค้นเมื่อ 23 เมษายน 2567 จาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/oawoocha/2019/07/HP-eBook_06.pdf
20. สุพารัตน์ ชูรส, ปรีดาพรรณ กะสินัง, พิเศษ เชื้ออำ. ประสิทธิภาพของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาโดยการสนับสนุนของสังคม: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสารแพทยสารทหารอากาศ. 2565;68(2):21-33.
21. Nuchanat Munsittikul, Supanee Tantaobharse, Pitiporn Siripattanapong, Punnanee Wuthigat, Sopapan Nger-ncham, Buranee Yangthara. Integrated breast massage versus traditional breast massage for treatment of plugged milk duct in lactating women: a randomized controlled trial. Int Breastfeeding J. 2022;17(1):43
22. สุรีย์พร ฤกษ์เจริญ, ศศิกันต์ กาละ, วรางคณา ชัชเวช, ศิริไท พงกษะศรี, สุสิริรัตน์ เพชรวัชรไพบูลย์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริม

เสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาวัยรุ่น. วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์. 2563;40(4):85-96.

23. สุสันหา ยิ้มแย้ม, สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์, อัมพิกา สุวรรณ บุตร. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับแม่วัย รุ่น. 2562;48(2):259-70.

24. รักศิริ อาวชนางค์, ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์. ผลของโปรแกรม การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการรับรู้การ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแรงสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากญาติตามการ รับรู้ของมารดาหลังคลอด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(4):38-48.

25. สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ. (2559). แอปพลิเคชัน นมแม่. ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2567 จาก <https://play.google.com/store/apps/details?id=be-inspried.milkmom>.

26. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (2559). Application MoomMae (มูมแม่). จาก https://www.nectec.or.th/news/news-pr-news/moommae_press.html.

27. จุฑาทิพย์ กลิ่นเจริญ. (2566). นวัตกรรม Application Line "นมที่ดีคือนมแม่" จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/innovation/MA2566-004-04-0000001233-0000001261.pdf>

The Role of Nurses in Caring for Cancer Patients to Prevent Hypersensitivity Reactions from Receiving Oxaliplatin

Rungthip Chankhamwong

Private Ward Nursing, Department of Nursing, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2024;17(3):259-265

ABSTRACT

Cancer is a major public health problem and the cause of an increasing number of deaths worldwide. In 2022, the World Health Organization reported that there were 19.9 million new cases of cancer worldwide, with 9.7 million people dying from cancer. In Thailand, 183,541 new cancer patients are found per year. Cancer is the leading cause of death for Thai people and continues to increase in 2022, with 118,829 cases in Thailand, an annual increase of 3.38 percent from 2021. Chemotherapy is the main treatment that doctors choose to treat cancer. While it can calm the disease, the drug's side effects are significant. Patients receiving oxaliplatin chemotherapy also encounter emergency conditions that can occur while giving chemotherapy, namely hypersensitivity. (Hypersensitivity Reaction: HSR). The most common symptoms include flushed face or neck, chest discomfort, dyspnea, tachycardia, abdominal pain, back pain, hypoxia, cough, dizziness, allergic rashes (Urticarial rash), fever and shaking chills, swollen lips, facial edema, hypotension and anaphylaxis. This condition, if not evaluated quickly and treated immediately, will become more severe and cause the patient's death. Therefore, nurses must be able to closely care for patients. Assess for symptoms of hypersensitivity and provide accurate and efficient care to patients quickly to prevent and reduce the severity of hypersensitivity. Keep patients safe while receiving chemotherapy.

Keywords: Cancer patients; oxaliplatin; hypersensitivity; roles of nurse

Correspondence to: Rungthip Chankhamwong

Email: moolee.ru@gmail.com

Received: 31 January 2024

Revised: 13 May 2024

Accepted: 28 May 2024

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i3.267548>

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาออกซาลิพลาติน

รุ่งทิพย์ จันทรคำวงษ์

งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ.2565 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 19.9 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 9.7 ล้านคน ในประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น 183,541 คนต่อปี โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับหนึ่งและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2565 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 118,829 คนต่อปี เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2564 ร้อยละ 3.38 การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักที่แพทย์เลือกใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง สามารถทำให้โรคสงบลงได้ แต่ผลข้างเคียงของยาก็มากเช่นกัน ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดออกซาลิพลาติน ยังพบภาวะฉุกเฉินที่สามารถเกิดขึ้นได้ขณะให้ยาเคมีบำบัด คือ ภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reaction: HSR) อาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ หน้าแดง คอแดง แ่น่นหน้าอก หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ปวดท้อง ปวดหลัง ภาวะขาดออกซิเจน ไอ เวียนศีรษะ มีผื่นแพ้ ผื่นลมพิษ มีไข้หนาวสั่น ปากบวม หน้าบวม ความดันโลหิตต่ำ และอาการแพ้รุนแรง ซึ่งภาวะดังกล่าวหากไม่ได้รับการประเมินอย่างรวดเร็วและดูแลทันทีจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการภาวะภูมิไวเกิน และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันและลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะมารับยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็ง; ออกซาลิพลาติน; ภาวะภูมิไวเกิน; บทบาทพยาบาล

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับหนึ่งและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ.2565 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในประเทศไทยเพิ่มขึ้น 118,829 คนต่อปี¹ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจะได้รับการรักษาหลายรูปแบบ ได้แก่ การผ่าตัด ฉายแสงและยาเคมีบำบัด ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาให้หายจากโรคหรือควบคุมให้โรคสงบและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย² การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักที่แพทย์เลือกใช้ อย่างไรก็ตาม แม้ยาเคมีบำบัดจะมีผลต่อการรักษา แต่ผลข้างเคียงของยาก็มากเช่นกัน เมื่อยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายจะไปทำลายเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติบางส่วน โดยเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัว เช่น เซลล์ไขกระดูก เยื่อบุทางเดินอาหารและรากผม ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้ เช่น คลื่นไส้อาเจียน รับประทานได้น้อย มีแผลในปาก ติดเชื้อง่ายจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ผม่ว และนอนไม่หลับ^{3,4,5} เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่ได้รับยาเคมีบำบัดออกซาลิพลาติน (Oxaliplatin) ยังพบภาวะฉุกเฉินที่สามารถเกิดขึ้นได้ขณะให้ยาเคมีบำบัด คือ ภาวะ

ภูมิไวเกิน (hypersensitivity reactions: HSR) อาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ หน้าแดง คอแดง แ่น่นหน้าอก หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ปวดท้อง ปวดหลัง ภาวะขาดออกซิเจน ไอ เวียนศีรษะ มีผื่นแพ้ ผื่นลมพิษ มีไข้หนาวสั่น ปากบวม หน้าบวม ความดันโลหิตต่ำ และอาการแพ้รุนแรง⁵ ซึ่งภาวะดังกล่าวหากไม่ได้รับการประเมินและให้การดูแลอย่างทันท่วงที อาการของภาวะภูมิไวเกินจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้⁶

ออกซาลิพลาติน (Oxaliplatin) เป็นยาเคมีบำบัด ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งท่อน้ำดี เป็นต้น การใช้ยาออกซาลิพลาตินร่วมกับยาเคมีบำบัดกลุ่มอื่น มีอัตราการควบคุมโรคในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้มากถึง ร้อยละ 95.6 ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ จึงมีการใช้ยาออกซาลิพลาตินแพร่หลายมากขึ้น อุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินจากยาออกซาลิพลาติน เกิดขึ้นร้อยละ 12-25 และพบบ่อยขึ้นตามจำนวนรอบ (cycle) ของการใช้ยาออกซาลิพลาตินที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินหลังจากได้รับยาออกซาลิพลาตินมาแล้ว 6 ครั้ง⁷ โดยมีแนว

โน้มน้าวให้เกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินในช่วงรอบการให้ยาที่ 7-9 ของสูตรยาโฟลฟอกซ์ (FOLFOX) คือ สูตรยาเคมีบำบัดที่ประกอบด้วยตัวยาฟลูออโรยูราซิล (5- Fluorouracil) ลิวโคโอริน (Leucovorin) และออกซาลิพลาติน (Oxaliplatin) โดยผู้ป่วยจะได้รับยาทุก 2 สัปดาห์ทั้งหมด 12 รอบ ผู้ป่วยที่เคยได้รับยาออกซาลิพลาตินมาก่อน พบอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินสูงถึงร้อยละ 28.18 และมีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 3.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 10-20 เป็นปฏิกิริยาภูมิไวเกินในความรุนแรงปานกลาง (ระดับ 1-2) ตามเกณฑ์อาการไม่พึงประสงค์ที่แบ่งตามระดับความรุนแรง (Common Terminology Criteria for Adverse Events; CTCAE) และเกิดความรุนแรงระดับ 3-4 ร้อยละ 1.6 และพบความรุนแรงระดับเสียชีวิต ร้อยละ 1 หากเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินที่รุนแรงอาจมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนสูตรยาเคมีบำบัดและหยุดการใช้ยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาจเสียโอกาสในการได้รับยาออกซาลิพลาตินและอาจมีผลตอบสนองต่อการรักษาโรคมะเร็งที่น้อยลง

หอผู้ป่วยวิบูลย์รักษ์-ธนากรไทยพาณิชย์ 3 โรงพยาบาลศิริราช รับผิดชอบผู้ป่วยทางอายุรกรรม ในปี พ.ศ. 2565 มีสถิติผู้ป่วยมะเร็งมารับยาเคมีบำบัดตามนัดร้อยละ 80 โดยร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน ซึ่ง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาดังกล่าวเกิดภาวะภูมิไวเกิน ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น บางรายมีอาการรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตได้ ภาวะภูมิไวเกินมักพบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดออกซาลิพลาติน มากกว่า 6 Cycle ขึ้นไป⁷ อาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ หน้าแดง คอแดง แขนหน้าอก หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ภาวะขาดออกซิเจน ไอ เวียนศีรษะ ผื่นลมพิษ มีไข้หนาวสั่น ปากบวม หน้าบวม ความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาแก้แพ้ทันที เพื่อป้องกันอาการรุนแรงที่อาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการภาวะภูมิไวเกิน และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันและลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะรับยาเคมีบำบัด

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกิน

ภาวะภูมิไวเกิน หมายถึง ภาวะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายมีการตอบสนองที่มากเกินไป เกิดจากร่างกายได้รับแอนติเจน (antigen) หรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกายทำให้ระบบภูมิคุ้มกันพยายามกำจัดแอนติเจนนั้นให้หมดไป ถ้าแอนติเจนถูกกำจัดไม่หมดระบบภูมิคุ้มกันจะถูกระตุ้นตลอดเวลา ซึ่งจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพแก่เนื้อเยื่อและอวัยวะทำให้สูญเสียการทำงานที่⁹ ทั้งนี้ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำ (Infusion Reactions : IRs) เป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้ประเภทที่สัมพันธ์กับการสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อตอบสนองต่อโปรตีนแปลกปลอม หรือ เรียกว่า ปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity reactions) โดยส่วนใหญ่จะแสดงอาการผื่นแพ้ทางผิวหนังเป็น

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยที่สุด ตั้งแต่ ร้อยละ 2-72 ของอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากเคมีบำบัด มักพบทั้งผื่นชนิดไม่รุนแรง ไปจนถึงผื่นแพ้ที่รุนแรง¹⁰ ร้อยละ 40.9 จะมีลักษณะการแพ้เป็นแบบหน้าแดง (flushing) และอาการผื่นลมพิษ (urticarial)¹¹ ออกซาลิพลาติน เป็นยาเคมีบำบัดในกลุ่มแพลทินัม คอมพาวด์ ที่พัฒนาออกเป็นรุ่นที่ 3 (third-generation platinum compound) มีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้และไส้ตรง มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน เป็นต้น จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่าการใช้ยาออกซาลิพลาติน ร่วมกับ ยาเคมีบำบัดชนิดอื่น เช่น 5-Fluorouracil, Irinotecan หรือ Capecitabine ช่วยเพิ่มอัตราการตอบสนอง ยืดระยะเวลาการดำเนินไปของโรค และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ จึงมีการใช้ยาออกซาลิพลาตินเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้อัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินพบมาร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดออกซาลิพลาติน¹²

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน แบ่งได้ 2 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล และ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ รายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล มีดังนี้

- 1) เพศ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย¹³
- 2) อายุ พบในผู้ป่วยอายุน้อยและจำนวนอีโอซินินฟิลส่วนปลายที่สูงขึ้น¹³
- 3) ประวัติภูมิแพ้ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินอย่างมาก¹⁴

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ การได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน มีดังนี้

- 1) กลุ่มแพลทินัม คอมพาวด์ (platinum compounds) ได้แก่ ออกซาลิพลาติน (Oxaliplatin), คาโบพลาติน (Carboplatin) และ ซิสพลาติน (Cisplatin)
- 2) กลุ่มแทกเซน (Taxanes) ได้แก่ แพคลิแทกเซล (Paclitaxel) และ โดซีแทกเซล (Docetaxel)
- 3) กลุ่มยับยั้งเอนไซม์โทโปไอโซเมอเรส (Topoisomerase inhibitors) ได้แก่ อีโทโพไซด์ (Etoposide)
- 4) กลุ่มโมโนโคลนอล แอนติบอดี (Monoclonal antibodies) ได้แก่ ซีทูซิแมบ (Cetuximab), ริทุซิแมบ (Rituximab), ทราสทูซูแมบ (Trastuzumab) และ บีวาซิซูแมบ (Bevacizumab)

ประเภทของภาวะภูมิไวเกิน

ภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity reactions; HSR) สามารถแบ่งหมวดหมู่ได้ 2 ประเภท¹⁵ ดังนี้

1. แบ่งตามระยะเวลาการเกิดปฏิกิริยาหลังได้รับแอนติเจน แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะภูมิไวเกินที่เกิดขึ้นทันที (immediate hypersensitivity) และภาวะภูมิไวเกินที่มีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่ 1 ชั่วโมงหลังได้รับยา (delayed hypersensitivity)

2. แบ่งตามกลไกการเกิดพยาธิสภาพต่อเนื้อเยื่อ แบ่งเป็น 4 ชนิด

2.1 ภาวะภูมิไวเกินแบบที่หนึ่ง (Type 1 หรือ Anaphylactic hypersensitivity) เกิดเร็วภายในเวลาเป็นนาทีหรือชั่วโมง แอนติเจนที่เป็นสาเหตุ คือ สารที่อยู่ทั่วไปในธรรมชาติ เช่น ผุ่น ขนสัตว์ โปรตีนต่าง ๆ จากสารพิษของผึ้ง ต่อ แตนยาบางชนิด เช่น เพนนิซิลลิน จำแนกอาการได้เป็น 2 ประเภท คือ อาการเกิดกับอวัยวะหลายระบบพร้อม ๆ กัน อาการเกิดอย่างเฉียบพลันและรุนแรงเช่น มีผื่น อาเจียน ถ่ายเหลว ความดันโลหิตต่ำ หายใจลำบาก มีภาวะช็อคและเสียชีวิตได้ ส่วนอีก ประเภท คือ อาการเกิดกับอวัยวะบางระบบเท่านั้น เช่น ลมพิษ โรคหืด ภูมิแพ้อากาศ

2.2 ภาวะภูมิไวเกินแบบที่สอง (Type II หรือ Cytotoxic hypersensitivity) แอนติเจนที่กระตุ้นให้เกิดการแพ้เป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์ของร่างกาย ซึ่งชนิดของแอนติบอดีที่ถูกกระตุ้นขึ้นมาก็มีความจำเพาะต่อแอนติเจนของผนัง เซลล์ ทำงานร่วมกับโปรตีนบางชนิดทำให้เกิดการทำลายเซลล์ของร่างกาย เช่น เลือดแม่กับลูกไม่เข้ากัน การปฏิเสธการปลูกถ่ายอวัยวะ มักพบอาการซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ

2.3 ภาวะภูมิไวเกินแบบที่สาม (Type III หรือ Arthus type and immune complex hypersensitivity) แอนติเจนเป็นสารที่อยู่ในกระแสเลือด หรือส่วนที่เป็นน้ำของร่างกาย แอนติบอดีที่ถูกกระตุ้นขึ้นมาเป็นชนิดที่มีความจำเพาะต่อแอนติเจนในกระแสเลือด เช่น เซรั่มแก่พิษงู วัคซีน แอนติเจนของตัวเองในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่อต้านตัวเอง แอนติบอดีที่เกิดเป็นชนิด IgG จะมีอาการไข้ ผื่นคัน ปวดตามข้อ

2.4 ภาวะภูมิไวเกินแบบที่สี่ (Type IV หรือ Cell mediated or delayed hypersensitivity) ปฏิกิริยาค่อย ๆ เกิดขึ้นช้า ๆ 6 ชั่วโมง-7 วันหลังได้รับยาและสิ่งแปลกปลอมทั่ว ๆ ไป จะมีผื่นนูนแดง (Maculopapular rash; MP rash) ผื่นแพ้ยา ผื่นแดงคันพุพอง เป็นต้น

กลไกการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินจากยาออกซาลิฟลาติน

กลไกการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินในผู้ป่วยที่ได้รับยาออกซาลิฟลาติน ยังไม่มีคำอธิบายถึงกลไกและสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด แต่เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาออกซาลิฟลาติน ส่วนมากจะมีอาการแสดงรวดเร็วและเกิดในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ ดังนั้นสมมติฐานที่เป็นไปได้จึงเชื่อว่าเข้าได้กับทฤษฎีของกลไกภาวะภูมิแพ้แบบที่ 1 (Type 1 hypersensitivity reactions) เมื่อร่างกายได้รับยาออกซาลิฟลาติน ซึ่งเสมือนเป็นแอนติเจน ทำให้กระตุ้นการสร้างอิมมูโนโกลบูลิน อี (IgE) จากนั้นจึงไปกระตุ้นแมสต์เซลล์ (mast cell) และ

เม็ดเลือดขาวชนิดเบโซฟิล (basophils) ทำให้เกิดการหลั่งแกรนูล (granule) และไซโตไคน์ (cytokine) ต่างๆ ออกมา นอกจากนั้นยังทำให้เกิดการรวมตัวของเม็ดเลือดขาวชนิด นิวโทรฟิล (neutrophils) อีโอซิโนฟิล (eosinophils) และแมสต์เซลล์ (mast cell) ทำให้เกิดการขยายตัวของเส้นเลือด เพิ่มความสามารถการซึมผ่านสารน้ำของผนังหลอดเลือด และการทำลายพื้นผิวผนังชั้นนอก¹⁵

อาการแสดงของภาวะภูมิไวเกิน

อาการแสดงของภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยที่ได้รับยาออกซาลิฟลาติน มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง ประเมินระดับความรุนแรงของอาการภาวะภูมิไวเกินโดยใช้เกณฑ์จาก Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 4.03 ตามอาการหลักที่เกิดขึ้น แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 มีอาการหน้าแดง มีผื่น มีไข้ต่ำกว่า 38 องศาเซลเซียส

ระดับที่ 2 มีอาการหน้าแดง มีผื่นลมพิษ หายใจลำบาก/แน่นหน้าอก มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส

ระดับที่ 3 มีอาการหลอดลมหดรัดเกร็ง บวม ความดันโลหิตต่ำ

ระดับที่ 4 มีอาการแพ้รุนแรงคุกคามชีวิต (Anaphylaxis) ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

ระดับที่ 5 เสียชีวิต

แนวทางการป้องกันการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาออกซาลิฟลาติน

จากการศึกษา Zhang พบว่า การให้ยาออกซาลิฟลาติน ช้าลง โดยการให้ยาหนึ่งในห้าของยาทั้งหมด ภายใน 1 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นให้ยาที่เหลือใน 6 ชั่วโมง สามารถลดการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินลงร้อยละ 10.2 โดยลดเหลือร้อยละ 3.4 จากร้อยละ 13.6 จากการศึกษาของซลิตา ละกะปิ่น¹⁵ เป็นวิจัยแบบสุ่มเปิดเผยชื่อยา (open-label randomized controlled trial) พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารที่ได้รับยาเคมีบำบัดออกซาลิฟลาติน การได้รับยาคลอร์เฟนิรามีน ร่วมกับ การบริหารยาออกซาลิฟลาตินทางเส้นเลือดที่เพิ่มเป็น 3 ชั่วโมง ตั้งแต่รอบการให้ยาครั้งแรก (รอบที่ 7 ของสูตรยาฟูลฟอกซ์ และรอบที่ 5 ของสูตรยาเคปอ็อกซ์) สามารถป้องกันการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินจากยาออกซาลิฟลาตินโดยลดอุบัติการณ์จากร้อยละ 13.2 เป็นร้อยละ 1.4 การเพิ่มเวลาในการให้ยาทางหลอดเลือดดำจะสามารถลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกินได้

จากการศึกษาของรัชกาญจน์ และคณะ¹⁶ (unpublished data) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินขณะบริหารยาออกซาลิฟลาตินทางเส้นเลือดดำ ให้ยาป้องกันกลุ่มแอนตี้ฮิสตามีน ได้แก่ ยาคลอร์เฟนิรามีน 10 มิลลิกรัม ร่วมกับยารานิทิดีน 50

มิลลิกรัม เพิ่มเติมจากยาเดกซาเมทาโซนปริมาณ 10 มิลลิกรัม ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 30 นาที เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินจากยาออกซาลิพลาตินในขณะได้รับยาทางเส้นเลือดดำ พบว่าเกิดอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน ร้อยละ 14.28 เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น พบร้อยละ 24-28

จากการศึกษาของ สมชาย เป็กเตปิน และคณะ¹⁷ พบว่าการเพิ่มขนาดของยาเดกซาเมทาโซน จาก 8-12 มิลลิกรัม เป็นยาเดกซาเมทาโซน 20 มิลลิกรัม ร่วมกับการให้ยารานิทิดีน 50 มิลลิกรัมและ ยาคลอร์เฟนิรามีน 10 มิลลิกรัม สามารถลดอัตราการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินได้

จากการศึกษาวิจัยของ Francesco Barbin และคณะ¹⁸ ในประเทศอิตาลี พบว่า การใช้ยาเดกซาเมทาโซนเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดปฏิกิริยาที่ไม่รุนแรง ระดับ 1-2 ร่วมกับการให้ยาคลอร์เฟนิรามีน ก่อนฉีดยาออกซาลิพลาตินและเพิ่มระยะเวลาการให้ยาให้ยาวขึ้น (นานกว่าการฉีดยาคั้งก่อน 60 นาที) เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน

จากการศึกษาของ Linhui Zhu และคณะ¹⁹ ในประเทศจีน การลดขนาดยาออกซาลิพลาตินจาก 130 มิลลิกรัม/ตารางเมตร เหลือ 100 มิลลิกรัม/ตารางเมตร และการขยายเวลาจาก 2 เป็น 4 ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาครบโดยไม่มีปฏิกิริยาภูมิไวเกิน

จากการศึกษานำร่องแบบไปข้างหน้าแบบแผนเดียว ของ Stacy Stein และคณะ²⁰ พบว่า ยาโอมาลิซูแมบ (Omalizumab) ช่วยลดปฏิกิริยาภูมิไวเกินจากยาออกซาลิพลาติน และมีประโยชน์ทางคลินิกชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบแนวทางป้องกันการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด ดังนี้

1. การให้ยาป้องกันการเกิดภาวะภูมิไวเกินก่อนเริ่มยาเคมีบำบัดประมาณ 30 นาที (pemedication) ได้แก่ เดกซาเมทาโซน 20 มิลลิกรัม ร่วมกับยาคลอร์เฟนิรามีน 10 มิลลิกรัม และการให้ยารานิทิดีน 50 มิลลิกรัม

2. การบริหารยาทางหลอดเลือดดำแบบค่อย ๆ ปรับระดับอัตราการไหลเพิ่มขึ้นทีละน้อย ๆ (IV drip titration) ใน 1 ชั่วโมงแรก โดยปรับอัตราเร็วเป็นมิลลิลิตรต่อชั่วโมง (ml/hr.) ปรับเพิ่มขึ้นทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมงจากนั้นบริหารยาที่เหลือให้หมดภายในระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้เพื่อช่วยยืดระยะเวลาที่ยาเข้าสู่ร่างกายในช่วงแรก ส่งผลให้ร่างกายสามารถปรับสภาพให้ทนต่อยาได้ ทำให้การตอบสนอง ต่อการแพ้ลดลงและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกิน

นอกจากนี้หากผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิไวเกิน ควรดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด (แผนภาพที่ 1)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาออกซาลิพลาติน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน เนื่องจากเป็นยาที่มีผลข้างเคียงต่อร่างกายและ มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินซึ่งอาจเกิดอาการแพ้รุนแรงถึงเสียชีวิตได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะภูมิไวเกินพยาบาลจึงควรให้การดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนได้รับยาออกซาลิพลาติน ขณะได้รับยาออกซาลิพลาติน หลังได้รับยาออกซาลิพลาติน ดังนี้

การพยาบาลก่อนได้รับยาออกซาลิพลาติน

1. ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ประเมินสัญญาณชีพแรก รับ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินสภาพร่างกายทั่วไปตามเกณฑ์ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Eastern Cooperation Oncology Group :ECOG performance status scale) เท่ากับ 0 หรือ 1 คะแนน คือ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ จึงจะสามารถรับยาเคมีบำบัดได้ เพื่อความปลอดภัยจากผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

2. ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่
 - Complete Blood Count (CBC) เพื่อประเมินความพร้อมของระบบโลหิต
 - Liver function test (LFT) เพื่อประเมินค่าการทำงานของตับ
 - BUN, Creatinine (Cr) เพื่อประเมินค่าการทำงานของไต

3. ชักประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร การได้รับยาในกลุ่มเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน เช่น การได้รับออกซาลิพลาตินมาแล้ว มากกว่า 6 รอบ และการเกิดภาวะภูมิไวเกินในการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งก่อน ๆ และรายงานแพทย์พิจารณาเพิ่มยาแก้แพ้และเพิ่มระยะเวลาการให้ยานานขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะภูมิไวเกิน

4. ตรวจสอบความถูกต้องของยา Pre-medication ได้แก่ เดกซาเมทาโซน 20 มิลลิกรัม ร่วมกับ ยาคลอร์เฟนิรามีน 10 มิลลิกรัม หรือยารานิทิดีน 50 มิลลิกรัม และประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาสั่งยาให้ผู้ป่วย

การพยาบาลขณะได้รับยาออกซาลิพลาติน

1. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น หน้าแดง แขนงหน้าอก หายใจลำบาก ปากบวม หัวใจเต้นเร็ว โดยใช้สื่อการสอน คลิปวิดีโอ และแผ่นพับ และทบทวนความเข้าใจ รวมถึงเน้นย้ำให้รีบแจ้งพยาบาลหากเริ่มมีอาการผิดปกติ
2. ให้การพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด 1 ชั่วโมงแรก ในผู้ป่วยที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน รอบที่ 6 เป็นต้นไป เนื่องจากมีการ

สะสมของสิ่งแปลกปลอมต่อร่างกายมาแล้วจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินจากยาออกซาลิพลาตินได้ และแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติให้เฝ้าระวังอาการผื่นผดผื่นขึ้น นำป้ายแจ้งเตือนอาการที่ต้องเฝ้าระวังและต้องแจ้งให้พยาบาลทราบทันที ว่างบริเวณที่ผู้ป่วยและญาติมองเห็นได้ชัดเจน

3. ดูแลให้ได้รับยา Pre-medication ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 30 นาที โดยต้องบันทึกเวลาจริงที่ให้น้ำ เพื่อให้ได้ระยะห่างของเวลา Pre-medication กับยาเคมีบำบัดที่ถูกต้อง เพื่อให้ยามีประสิทธิภาพสูงสุดและระยะเวลาการออกฤทธิ์ยังครอบคลุมตลอดการได้รับยาเคมีบำบัด และช่วยลดผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด²¹

4. พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ให้ยาเคมีบำบัดผ่านเครื่อง Infusion pump บริหารยาทางหลอดเลือดดำแบบค่อย ๆ ปรับระดับอัตราการไหลเพิ่มขึ้นทีละน้อย ๆ (IV drip titration) เป็นเวลา 1 ชั่วโมงจากนั้นบริหารยาที่เหลือให้หมดภายในระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้เพื่อช่วยยืดระยะเวลาที่ยาเข้าสู่ร่างกายในช่วงแรก ส่งผลให้ร่างกายสามารถปรับสภาพให้ทนต่อยาได้ ทำให้การตอบสนองต่อการแพ้ลดลงและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกิน โดยปรับอัตราหยดช้าสุดก่อน²² ดังนี้

Rate 40 ml/hr. นาน 15 นาที

Rate 60 ml/hr. นาน 15 นาที

Rate 80 ml/hr. นาน 15 นาที

Rate 140 ml/hr. นาน 15 นาที

และบริหารยาที่เหลือต่อจนยาเคมีบำบัดหมดภายในระยะเวลาตามคำสั่งการรักษา

ตัวอย่าง เช่น Oxaliplatin +5%DW 250 ml IV in 2 hr. บริหารยาโดย IV drip titration ตามอัตราหยดข้างต้นเป็นเวลา 1 ชั่วโมง แล้วให้ยาที่เหลือต่อจนยาเคมีบำบัดหมดภายใน 2 ชั่วโมง เป็นต้น

5. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนยาออกซาลิพลาตินหมด พร้อมทั้งสอบถาม และสังเกตอาการของการเกิดภาวะภูมิไวเกินทุกครั้ง

6. หากเกิดภาวะภูมิไวเกินให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการภาวะภูมิไวเกิน ตามขั้นตอน ดังนี้

- หยุดให้ยาทันที และให้ 0.9% NaCl IV KVO รีบรายงานแพทย์ทันที และอ่านปริมาณยาที่ได้จากเครื่อง Infusion pump และจดบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล

- ประเมินอาการ และระดับความรุนแรง ประเมินโดยใช้เกณฑ์จาก Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 4.03 ตามอาการหลักที่เกิดขึ้น ดังที่กล่าวไว้ในเนื้อหาข้างต้น

- ดูแลให้ยาคลอร์เฟนิรามีน 10 มิลลิกรัม และ เดกซาเมทาโซน 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที

- ดูแลความสบายของผู้ป่วยโดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตามใบหน้าและลำคอ

- ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที 2 ครั้ง 15 นาที 2 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง

- สังเกตอาการต่อเนื่อง 1-2 ชั่วโมง กรณีที่แพทย์ต้องการให้ยาออกซาลิพลาตินซ้ำ ดูแลให้ Pre-medication เพิ่ม และสังเกตอาการ 30 นาที แล้วเริ่มให้ยาออกซาลิพลาตินอีกครั้ง โดยปรับอัตราหยดลดลง ดังนี้

Rate 20 ml/hr. นาน 15 นาที

Rate 40 ml/hr. นาน 15 นาที

Rate 60 ml/hr. นาน 15 นาที

Rate 80 ml/hr. นาน 15 นาที

และบริหารยาที่เหลือต่อจนยาเคมีบำบัดหมดภายใน 3-4 ชั่วโมง

- ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนยาออกซาลิพลาตินหมด พร้อมทั้งสอบถาม และสังเกตอาการของการเกิดภาวะภูมิไวเกินทุกครั้ง

- ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพหลังยาออกซาลิพลาตินหมด และสังเกตอาการต่อ 30 นาที

การพยาบาลหลังได้รับยาออกซาลิพลาติน

1. ผู้ป่วยที่ได้ยาคลอร์เฟนิรามีน ผลข้างเคียงของยาอาจมีอาการง่วงนอน หรือปากแห้ง หลังได้ยาประมาณ 4-6 ชั่วโมง แนะนำให้ดื่มน้ำและนอนพักผ่อน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

2. เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่ต้องรับประทานที่บ้าน (home medication) ยาตามแพทย์สั่ง จนครบตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันและลดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น ยาออนแดนซิตรอน (Ondansetron) เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารแช่เย็น อากาศเย็น เพื่อป้องกันอาการปลายชามือปลายเท้า เป็นต้น

3. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังได้รับยาเคมีบำบัด และแนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์หากมีปัญหาคิดขึ้นหลังการรักษา เช่น มีไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส มีอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก มีอาการชาปลายมือปลายเท้ามากกว่าปกติ

4. ให้คำแนะนำการมาตรวจและเจาะเลือดตามแผนการรักษาครั้งถัดไป เพื่อความต่อเนื่องของการรักษา

สรุป

การเกิดภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยที่ได้รับยาออกซาลิพลาตินเป็นผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและเป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถเกิดขึ้นได้ขณะให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งสามารถป้องกันการได้โดยการประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะภูมิไวเกินและให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อน - ขณะ - หลังได้รับยาออกซาลิพลาตินอย่างใกล้ชิด มีประสิทธิภาพ

และรวดเร็ว เพื่อป้องกันและลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ให้อาการป่วยปลอดภัยและสามารถเข้าในการรักษามะเร็งต่อไปได้จนครบตามแผนการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ร.ท. นพ.นพดล โสภารัตนาไพศาล ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขามะเร็งวิทยา โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่กรุณาให้คำปรึกษาในการเขียนบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer. Latest global cancer data. [Internet]. 2022.[cited 2023 Dec 25]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>.
2. Albrecht, T., Moreno, M.-M., Jelenc, M., Gorgojo, L., & Harris, M. European guide for qualitynational cancer control programmes. Slovenia: National Institute of Public Health, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana;2015.
3. Cancer care. Understanding and Managing Chemotherapy Side Effects. [Internet]. 2018:[cited 2023 Dec 25]. Available from: https://media.cancercare.org/publications/original/24ccc_chemo_side_effects.pdf.
4. ณัฐวิจิ สิบหมู่. เภสัชวิทยา เนื้อหาสำคัญและแบบฝึกหัด (Pharmacology: principles and exercises). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง;2559.
5. Elie R, Florence LR, Cristina S, Marine V, Valérie B, Michel D, et al. Rechallenge After Oxaliplatin-Induced Hypersensitivity Reactions. JAMA Oncology. 2023;9(3):434-5.
6. อัจฉราภรณ์ ม่วงมูลตรี, ศิรินทรา โคตะโน. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาวิศวกรรมทางสุขภาพ. 2563;1(2):115-22.
7. Barbara BR, Terri C, Caralyn B, Nicole R, Anthony JO, Crystal SD. Oxaliplatin detection and management of hypersensitivity reactions. Clin. J. Oncol. Nurs. 2019;23:68.
8. Suenaga M, Mizunuma N, Matsusaka S, Shinozaki E, Ozaka M, Ogura M, et al. Phase II study of reintroduction of oxaliplatin for advanced colorectal cancer in patients previously treated with oxaliplatin and irinotecan: RE-OPEN study. Drug Des Devel Ther. 2018;35(5):65.
9. สุจิรา พึ่งเพื่อง. บทบาทการพยาบาลในการจัดการภาวะภูมิไวเกิน และปฏิกิริยาจากการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ. วารสารโรคมะเร็ง. 2561;38(1):29-41.
10. ภัทธภา ขุนศักดิ์โยดม. ผื่นผิวหนังจากยา cytarabine: การทบทวนวรรณกรรมและกรณีศึกษา. วารสารโรคมะเร็ง. 2559;36(4):159-69.
11. ธนะบุญ ประสานนาม. ผื่นแพ้ทางผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งจากการได้รับยาเคมีบำบัดศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(10):55-62.
12. รุ่งนภา พิมพ์โพธิ์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะภูมิไวเกินจากยา Oxaliplatin ในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลตากสิน. กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://webportal.bangkok.go.th/user_files/400/6750953064bf73b-3be1a60.31253707.pdf.
13. Selcuk A, Yildiz B. Oxaliplatin-induced hypersensitivity reactions: risk factors and management. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2023;27:2640-5.
14. Fumitaka K, Takeshi A, Takafumi T, Kentaro K, Ryochiro K, Hiroki S, et al. Differentiating between Laryngopharyngeal Dysesthesia and Hypersensitivity Reactions to Oxaliplatin and Addressing Dyspnea: 2 Case Reports. Case Reports in Oncology. 2023;16:346-52.
15. ชลิตา ละกัปัน. การวิจัยคลินิกแบบสุ่มเปิดเผยชื่อยาในการให้ยาต้านฮิสตามีนและการบริหารยาชาลง เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาการแพ้แบบภูมิไวเกินต่อยาออกซาลิพลาติน. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). 2020.3965.
16. วิชชาญจน์ จันทสิริยากร. การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาการแพ้แบบภูมิไวเกินขณะบริหารยาทางเส้นเลือดหลังการให้ยาต้านฮิสตามีนในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดออกซาลิพลาติน. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). 2018.3623.
17. สมชาย เป็กเตปิน, พัทธมน สนิท, วีรวรรณ พรหมคา, ทิพย์เนตร มหามิตร, ภาณุวัฒน์ ไตรธรรม, ณัฐ นาเอก, นพพร ชัยพิชิต. ประสิทธิผลของการปรับสูตรยานก่อนให้ยาเคมีบำบัดต่อการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX: การศึกษานำร่อง. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;16(3):211-18.
18. Francesca B, Michele G, Alessandra P, Gianluca T, Claudia B, Barbara G, et al. Oxaliplatin-Related Hypersensitivity Reactions: A Single Institution Series and Literature Review. Biomedicines. [Internet]. 2022; 10: 3275. [cited 2023 Dec 15]. Available from: <https://doi.org/10.3390/biomedicines10123275>.
19. Linhui Z, Huan L, Qiong D, Xuan Y, Sijia Y, Xin L, et al. Meta-analysis of risk factors associated with oxaliplatin hypersensitivity reactions in cancer patients. International Journal of Clinical Oncology. 2021;26:2194-2204.
20. Stacey S, Kirsten D, Nataliya VU, Howard SH. A Pilot Study of Omalizumab to Treat Oxaliplatin-Induced Hypersensitivity Reaction. Oncology (Williston Park). 2022;36(7):414-19.
21. อัญชลี อ้วนแก้ว, สุจิตรา มลิล, และภาวนา ดาวงค์ศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน หอผู้ป่วยวีเคช โรงพยาบาลอุดรธานี การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 4 “การวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”. 2019:737-44.
22. ทีมนำทางคลินิกด้านเคมีบำบัด. แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขการเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี[อินเทอร์เน็ต]. 2021. [เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mthcancer.in.th/knowledge/uploads/Hypersensitivity%20MTH.pdf>.

Perioperative Nursing Care for Patients Underwent Spinal Surgery with Enhanced Recovery after Surgery Program

Tarngamon Sondtiruk, Pattharakorn Thapthimthong

Perioperative Nursing Division, Department of Nursing, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2024;17(3):266-272

ABSTRACT

Spine surgery is an operation that takes a long time and has a high risk of postoperative complication. Enhance Recovery After Surgery (ERAS) program is a program to reduce physical and mental stresses and also decrease postoperative complications. Patients could have a rapid recovery after surgery. Perioperative nursing care followed ERAS program for spine surgery focuses on complication prevention such as surgical site infection, complication from bleeding, hypothermia, venous thromboembolism, pressure injuries, including pain management. Once the patient has no complication, pain releases and can reduced opioid used that it has site effects. For these reasons, it means that ERAS program can decrease the length of hospital stay, readmission rate, health care cost. These can increase patients' satisfaction. There are even no specific perioperative guidelines of ERAS program for spine surgery in any hospital around the world, but all key elements focus on effective nursing care and expect patient can recover very well after surgery.

Keywords: Enhanced recovery after spine surgery; surgical site infection; perioperative hypothermia; venous thromboembolism; pressure injuries

Correspondence to: Tarngamon Sondtiruk

E-mail: tarngamon.son@mahidol.ac.th

Received: 31 January 2024

Revised: 10 June 2024

Accepted: 12 June 2024

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i3.267558>

การพยาบาลในระยะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ธารกมล สนธิรักษ์, ภัทรกร ทับทิมทอง

งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานานและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhance Recovery After Surgery: ERAS) เป็นโปรแกรมเพื่อลดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว โดยแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดตามโปรแกรม ERAS สำหรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังให้ความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ การติดเชื้อแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ผลกดทับจากการจัดทำผ่าตัดรวมถึงการบริหารจัดการความปวด เมื่อผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ความปวดลดลงและสามารถลดการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งมีผลข้างเคียงที่เกิดจากยาได้ จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโปรแกรม ERAS สามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการมากขึ้น แม้ว่าในแต่ละโรงพยาบาลทั่วโลกยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนของโปรแกรม ERAS ในระยะผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง แต่องค์ประกอบสำคัญ มีจุดมุ่งหมายเพื่อการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและคาดหวังผลลัพธ์การฟื้นตัวที่ดีของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง; การติดเชื้อแผลผ่าตัด; ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำระยะผ่าตัด; ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ; ผลกดทับ

บทนำ

การผ่าตัดผู้ป่วยทางกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานานและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มาก ได้แก่ การติดเชื้อแผลผ่าตัด (Surgical Site Infection: SSI) การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism: VTE) การเกิดผลกดทับจากการจัดทำผ่าตัด (pressure injury) รวมถึงถึงความปวดหลังผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhance Recovery After Surgery: ERAS) เกิดจากความร่วมมือของทีมนสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด เพื่อลดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว¹⁻⁴ จากรายงานพบว่าการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังด้วยโปรแกรม ERAS สามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยจาก 6 วันเป็น 2.9 วัน และอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำลดลงจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 3¹ ซึ่งส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับมากขึ้น^{1,4} เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลใน

ระยะผ่าตัดตามโปรแกรม ERAS อย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถลดอาการปวดหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จากการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถบริหารร่างกายหลังผ่าตัดตามโปรแกรม ERAS ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถกลับบ้านได้ตามระยะเวลาของโปรแกรม แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังในระยะผ่าตัดตามโปรแกรม ERAS มีความหลากหลายและแตกต่างกันออกไปตามบริบทของสถานพยาบาล เนื่องจากผู้เขียนปฏิบัติงานพยาบาลห้องผ่าตัด จึงได้รวบรวมแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในระยะผ่าตัดตามโปรแกรม ERAS เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไปในอนาคต

โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระยะผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังในระยะผ่าตัดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และหากเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังในระยะผ่าตัดตามโปรแกรม ERAS

ประกอบด้วยหลากหลายมิติซึ่งในหลายโรงพยาบาลทั่วโลกได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป⁴ ในบทความนี้ได้รวบรวมและนำเสนอแนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาล ศิริราชได้กำหนดไว้ รวมไปถึงข้อเสนอแนะจากบทความทางวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การติดเชื้อแผลผ่าตัด (Surgical Site Infection: SSI)

จากรายงานพบว่า อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังอยู่ที่ร้อยละ 1-4⁵ การติดเชื้อแผลผ่าตัดสามารถเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้ และยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม การติดเชื้อแผลผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยพยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญดังนี้

1) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยผู้ป่วยจะได้รับยาในกลุ่มเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin) เป็นหลัก ในกรณีผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่มนี้ แพทย์จะพิจารณาให้ยากลับอื่นแทน โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาที ก่อนเริ่มผ่าตัด และได้รับยาปฏิชีวนะซ้ำเมื่อครบ 4 ชั่วโมงหลังจากได้รับยาครั้งแรก หรือขึ้นอยู่กับค่าครึ่งชีวิตของยา หากมีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดมากกว่า 1500 มิลลิลิตร และผู้ป่วยได้รับเลือดและสารน้ำทดแทนปริมาณมากจะทำให้ความเข้มข้นของยาปฏิชีวนะที่คงเหลือในกระแสเลือดไม่เพียงพอต่อการป้องกันการติดเชื้อ ควรพิจารณายาปฏิชีวนะซ้ำทันที⁵⁻⁷

2) ดูแลทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยด้วยสารละลายที่มีส่วนผสมของคลอโรเฮกซิดีน (Chlorhexidine) และแอลกอฮอล์ความเข้มข้นร้อยละ 70 (70% Alcohol) ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ พยาบาลสามารถใช้โพวิโดนไอโอดีน (Povidone iodine) แทน และหากมีความจำเป็นต้องโกนขน ให้ใช้วิธีการคลิป์ (clip) แทนการโกนด้วยมีดโกน^{7, 8}

3) ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เนื่องจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด⁵⁻¹⁰

4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การได้รับออกซิเจนที่เพียงพอจะช่วยส่งเสริมการหายของแผลดีขึ้น โดยค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O₂ Saturation) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95^{9, 10}

5) ดูแลควบคุมปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่ส่งผลต่อการติดเชื้อตามหลักการปราศจากเชื้อ ได้แก่ เครื่องมือผ่าตัด การแต่งกาย การล้างมือของทีมนักการ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด และการควบคุมจำนวนบุคลากรภายในห้องผ่าตัดเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น⁹

2. การเสียเลือด (blood loss)

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดที่มีโอกาสเสียเลือดมาก การส่งผลเสียต่อผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะช็อค การเกิดเลือดคั่ง เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ หาก

เลือดออกปริมาณมากอาจนำไปสู่ภาวะช็อค^{1, 2, 11} ซึ่งล้วนแต่เพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายสูงขึ้น¹² พยาบาลห้องผ่าตัดมีส่วนสำคัญในการลดความเสี่ยงการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ต้องมีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเลือดและสารประกอบของเลือดตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ตามโปรแกรม ERAS ของโรงพยาบาลศิริราชในการผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลัง 1-2 ระดับ หรือการผ่าตัดที่มีขนาดเล็ก แพทย์จะพิจารณาเตรียมเลือดชนิดยังไม่ครบขั้นตอน (type and screen) แต่หากมีการผ่าตัดมากกว่า 2 ระดับ แพทย์จะพิจารณาเตรียมเลือดชนิดผ่านการทดสอบความเข้ากันของเลือดแล้ว (crossmatching) 1-2 ยูนิต ดูแลประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับเลือดอย่างเหมาะสม

แพทย์อาจพิจารณาให้ยาต้านการขยายตัวของเส้นเลือดเพื่อลดโอกาสการเสียเลือดในรายที่มีความเสี่ยงสูงและไม่ขัดห้ามในการใช้ยา นอกจากนี้ จะต้องดูแลจัดท่านอนคว่ำโดยไม่ให้ท้องมีการกดทับเพื่อลดแรงดันภายในช่องท้อง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะเลือดออกปริมาณมากได้^{12, 13}

3. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia)

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในระยะผ่าตัดนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียเลือด การทำงานของระบบหัวใจผิดปกติ ส่งผลให้แผลหายช้าและเพิ่มโอกาสการติดเชื้อแผลผ่าตัด¹⁴ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ในการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรม ERAS แพทย์และพยาบาลจึงให้ความสำคัญในการควบคุมอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติที่ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส และในระยะผ่าตัดควรรักษาระดับอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส¹⁵ นอกจากนี้ ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินอุณหภูมิร่างกาย เพื่อพิจารณากระบวนการอบอุ่นร่างกายระหว่างรอผ่าตัดอย่างเหมาะสม อาจอบอุ่นร่างกายด้วยการใช้ผ้าห่มอุ่นในผู้ป่วยอุณหภูมิปกติและใช้ผ้าห่มลมร้อน (forced air-warming) ในผู้ป่วยที่อุณหภูมิต่ำกว่าปกติ และขณะผ่าตัดจะต้องดูแลให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยด้วยผ้าห่มลมร้อน ไปถึงระยะหลังผ่าตัด มีการศึกษาว่าการอบอุ่นร่างกายก่อนการผ่าตัดเป็นเวลา 10 นาที สามารถลดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญ⁷ นอกจากนี้ การอุ่นสารน้ำและส่วนประกอบของเลือดมีความจำเป็นต่อการควบคุมอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย รวมไปถึงจะต้องควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้อยู่ระหว่าง 23- 24 องศาเซลเซียส⁷

4. การป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism: VTE)

การเกิด VTE แม้จะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นน้อยในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยคิดเป็นร้อยละ 4.1 แต่การเกิด VTE อาจนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายเป็นอย่างยิ่ง^{16, 17} ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิด VTE ในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ได้แก่ กลุ่มชาวเอเชีย ผู้สูงอายุ ผู้หญิง ผู้ที่ก่อนผ่าตัดไม่สามารถเดินได้ ผู้ป่วยที่มีระดับตัวบ่งชี้ทางชีวภาพการเกิด

ลิ่มเลือด (D-dimer) สูง การผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานาน มีการผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลัง รวมทั้งการได้รับเลือดระหว่างผ่าตัด ตลอดจนผู้ที่มิควรร่วมเป็นโรคเบาหวานหรือโรคไต¹⁸ ตามโปรแกรม ERAS ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความเสี่ยงตามแบบประเมินคาปรินิ-ดีวีที (Caprini-DVT) และได้รับการดูแลใส่อุปกรณ์บีบรัดด้วยเครื่องขับเคลื่อนอากาศ (Intermittent Pneumatic Compression: IPC) หากไม่มีข้อห้ามอื่น ๆ ในผู้ป่วยรายนั้น นอกจากการใส่ IPC แล้ว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำการบริหารข้อเท้า (ankle pumping exercise) ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิด VTE อีกวิธีหนึ่ง^{19, 20}

5. ผลกระทบจากการจัดทำผ่าตัด (pressure injury)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่เกิดปัญหาแผลกดทับร้อยละ 3.5²¹ และการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่จัดทำนอนคว่ำมากถึงร้อยละ 24.7 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ^{22, 23} ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับประกอบด้วยปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยภายในของผู้ป่วย ได้แก่ ความชุ่มชื้นของผิวหนัง โรคเบาหวาน การไหลเวียนเลือด ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะทุพโภชนาการ อ่อนหภูมิร่างกาย อายุ การรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย

ปัจจัยที่เกี่ยวกับการผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก ปริมาณการเสียเลือด แรงภายนอกที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ภาวะความดันโลหิตต่ำ รวมถึงกระบวนการพยาบาลต่าง ๆ ที่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้น^{24, 25}

โรงพยาบาลศิริราชได้จัดทำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับในท้องผ่าตัด (modified early warning sign for perioperative pressure injury prevention) โดยมีการประเมินจากความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการผ่าตัด ทำการผ่าตัดดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงตามแบบประเมิน พยาบาลท้องผ่าตัดต้องเตรียมอุปกรณ์จัดทำทางเพื่อป้องกันการกดทับบริเวณปุ่มกระดูกและการกดทับจากอุปกรณ์ต่าง ๆ ควรมีการประเมินความเสี่ยงซ้ำ ให้การพยาบาลเมื่อเกิดแผลกดทับ และควรส่งต่อข้อมูลให้ทีมที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. การบริหารจัดการความปวด (pain management)

อาการปวดแผลหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลหายช้า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการฟื้นตัวช้าลง หรือผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาลดลง หากมีการบริหารจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะสามารถบริหารร่างกายหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น ทำให้สามารถลดระยะเวลาการรักษาที่โรงพยาบาล และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{5, 26} โปรแกรม ERAS เน้นการบริหารจัดการความปวดด้วยวิธีการผสมผสาน (multimodal analgesia)²⁷ มีการให้ยาชาเฉพาะที่ร่วมด้วยเพื่อลดความปวดหลังผ่าตัดและลดการให้ยากลุ่มโอปิออยด์^{3, 13, 28} ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูก

สันหลังหลายระดับ หรือมีความปวดรุนแรง แพทย์และพยาบาลควรให้การรักษาแบบผสมผสานระหว่างยารับประทาน และการบริหารยาทางหลอดเลือดดำแบบควบคุมด้วยตนเอง (Patient-controlled analgesia: PCA) นอกจากนี้ ควรมีการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอและปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสม²⁷

กรณีศึกษา

ประวัติเบื้องต้น

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี วินิจฉัยโรคเป็นกระดูกสันหลังตีบแคบส่วนเอว ระดับ 3-4 (Spinal stenosis L3-4) โรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ หยุดรับประทานยาละลายลิ่มเลือดมา 7 วัน ผู้ป่วยมีลำตัวขนาดใหญ่ ดัชนีมวลกายวัดได้เป็น 34.3 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คอสัมพันธ์ล่างขวาโยก สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจรนับได้เป็น 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจนับได้เป็น 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตวัดได้เป็น 132/80 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation ร้อยละ 99

การผ่าตัดที่ได้รับคือ Decompressive laminectomy with posterior instrumentation with posterolateral fusion L3-4 ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ และพยาบาลจัดทำนอนคว่ำบนเตียงผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ตลอดระยะเวลาการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการใส่ IPC และให้ความอบอุ่นด้วยการใช้ผ้าห่มลมร้อน มีการให้ยา Cefazolin 2 กรัม และ IV drip ก่อนการผ่าตัด ฉีดยาระงับปวดบริเวณแผลผ่าตัดเป็น 0.5% Marcaine 20 มล. ผสมกับ Ketolac 30 มก. มีการใช้สายระบายเลือดชนิด 1 เส้น แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้เปิดสายระบายเลือดหลังปิดแผล 2 ชั่วโมง 30 นาที ใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำในท้องผ่าตัด 1,100 มล. เสียเลือดในท้องผ่าตัด 400 มล. การผ่าตัดใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 35 นาที

แรกเริ่มในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยแจ้งว่าปวดแผลมาก ประเมินระดับความปวดตามมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) เท่ากับ 10 คะแนน เรียกปลุกตื่นระดับความรู้สึกตัว (sedation score) เท่ากับ 0 อุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจรนับได้เป็น 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจนับได้เป็น 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตเท่ากับ 150/80 มิลลิเมตรปรอท ขณะใส่สายออกซิเจนทางจมูก (O₂ Canular) 3 ลิตรต่อนาที O₂ Saturation ร้อยละ 100 มีปัสสาวะค้างสาย และผู้ป่วยได้รับสารน้ำเป็น Acetar IV drip 100 มล/ชม.

ข้อวินิจฉัยพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน:

- ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ

- มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยคอค่อนข้างสั้น

- มีฟันโยก ทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจยากขึ้น

เป้าหมายการพยาบาล:

ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล:

- O₂ Saturation มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95
- อัตราการหายใจ 12-20 ครั้งต่อนาที
- ไม่มีอาการหายใจลำบาก เช่น หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หน้าซีด

การพยาบาล:

- 1) ประเมินสัญญาณชีพแรกขึ้นก่อนการระงับความรู้สึก
- 2) ประเมินความเสี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ด้านร่างกาย ดูแลช่วยเหลือทีมวิสัญญีในการเตรียมอุปกรณ์ และเตรียมเครื่องดูดเสมหะให้พร้อมใช้งานตลอดการผ่าตัด

- 3) ดูแลการจัดท่าผ่าตัดไม่ให้ท่อช่วยหายใจหัก พับ หรืองอตลอดการผ่าตัด

- 4) ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวแรกขึ้นภายในห้องพักฟื้น และทุก 15 นาทีจนผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวปกติและสามารถสลับหอบผู้ป่วยได้

- 5) ประเมินลักษณะการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น เช่น หายใจหอบเหนื่อย มีเสียงเสมหะ บริเวณริมฝีปากและปลายมือปลายเท้ามีสีเขียวคล้ำ เมื่อแรกเริ่มและตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้น หากพบอาการผิดปกติรีบให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันที

- 6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O₂ Canular 3 ลิตรต่อนาที

- 7) จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศาเพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ หากผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่มีข้อห้าม ในกรณีที่ยังรู้สึกตัวจัดให้ผู้ป่วยนอนราบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง

- 8) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการหายใจเข้าออกลึก ๆ และสอนให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพกรณีมีเสมหะ หากผู้ป่วยยังตื่นจากยาระงับความรู้สึกไม่เต็มที่ ปลุกเรียกผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกเป็นระยะ ๆ ทุก 15 นาทีจนกว่าผู้ป่วยจะตื่นเต็มที่ และหายใจได้เองตามปกติ

- 9) ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มอุ่นหรือผ้าห่มลมร้อนเพื่อลดอาการหนาวสั่น (shivering) ซึ่งทำให้ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนสูงกว่าปกติ

- 10) ดูแลให้ผู้ป่วยหายใจในอากาศปกติ (room air) เมื่อผู้ป่วยหายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประเมินจากลักษณะการหายใจ ไม่มีการหายใจเร็ว แรงหรือใช้กล้ามเนื้อบริเวณท้องช่วยในการหายใจ อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation

มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 คงที่อย่างน้อย 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง หลังหยุดให้ออกซิเจน

ประเมินผล:

ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ขณะใส่ O₂ Canular 3 ลิตรต่อนาที O₂ Saturation ร้อยละ 100 แต่เมื่อให้ผู้ป่วยหายใจในอากาศปกติ พบว่า O₂ Saturation ร้อยละ 93 แต่ไม่มีอาการผิดปกติ จึงพิจารณาให้ O₂ Canular 3 ลิตร/นาที ขณะส่งผู้ป่วยกลับหอบผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน:

- ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด
- ระดับความปวด 10 คะแนน
- สีหน้าแสดงความเจ็บปวด นอนดิ้นไปมา
- ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

เกณฑ์การประเมินผล:

- ระดับความปวด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน
- หลับพักผ่อนได้ ไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม

การพยาบาล:

- 1) ประเมินระดับความปวดและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับการปวด เช่น สีหน้า ท่าทาง และสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้น

- 2) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Morphine 2 มก. IV ตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามประเมินอาการข้างเคียงได้แก่อาการคลื่นไส้ อาเจียน คั่น ง่วงซึม กดการหายใจ

- 3) ดูแลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยสุขสบาย สัมผัส ปลอดภัย กำลังใจ และเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด โดยแนะนำวิธีการกำหนดลมหายใจเข้าออก

- 4) ติดตามประเมินระดับความปวด ลักษณะของการปวด และประเมินแผลผ่าตัด หากพบว่า มีอาการผิดปกติหรือระดับความปวดที่รุนแรงมากขึ้น ควรรายงานแพทย์เพื่อประเมิน และร่วมค้นหาสาเหตุของอาการปวด

ประเมินผล:

ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม ระดับความปวด 3 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับจากการจัดท่าผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน:

- มีการจัดท่านอนคว่ำระหว่างผ่าตัดนานมากกว่า 3 ชั่วโมงซึ่งมีการกดทับบริเวณใบหน้าและปุ่มกระดูกต่าง

- ผู้ป่วยอายุ 66 ปี

- ดัชนีมวลกาย 34.3 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- มีรอยแดงบริเวณคางหลังผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บของผิวหนังจากการจัดทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล:

- ไม่มีรอยแดง แผลถลอก หรือแผลกดทับบนผิวหนัง

การพยาบาล:

1) ประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยก่อนการจัดทำผ่าตัด เช่น ความชุ่มชื้นของผิวหนัง ภาวะทุพโภชนาการ รวมถึงบาดแผลเดิมของผู้ป่วย

2) จัดเตรียมเตียงผ่าตัด อุปกรณ์จัดท่านอนคว่ำให้มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้าและลำตัวผู้ป่วย ปรับหมอนรองอกและเชิงกราน อุปกรณ์รองเข่าและหมอนรองขาให้เหมาะสมกับขนาดตัวผู้ป่วย

3) พลิกตัวผู้ป่วยไปสู่ท่านอนคว่ำด้วยความระมัดระวัง รวมไปถึงขั้นตอนการเปลี่ยนท่าจากนอนคว่ำ มาสู่ท่านอนหงายเมื่อผ่าตัดเสร็จ ดูแลให้ร่างกายผู้ป่วยอยู่บนอุปกรณ์จัดท่าอย่างเหมาะสมและป้องกันไม่ให้ร่างกายผู้ป่วยกดทับสายหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ

4) ประเมินสภาพผิวหนังหลังผ่าตัดทันทีและให้การพยาบาลเบื้องต้นหากเกิดแผลกดทับ และทำการประเมินซ้ำและให้การพยาบาลเพิ่มเติมขณะผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้น

5) บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยและรายงานแพทย์เมื่อเกิดแผลกดทับ และส่งต่อข้อมูลให้หอผู้ป่วย เพื่อดูแลต่อเนื่อง ประเมินผล ผู้ป่วยมีไม่มีรอยแดง แผลถลอก หรือแผลกดทับบนผิวหนัง

สรุปผลการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา

หลังจากได้รับการดูแลภายในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 124/69 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation ร้อยละ 100 อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ระดับความปวด 3 คะแนน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามโปรแกรม ERAS ในระยะผ่าตัดและได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจนผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติและสามารถส่งกลับหอผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

สรุป

การดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรม ERAS เป็นความร่วมมือของทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนการเตรียมก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะฟื้นตัวหลังผ่าตัด จะเห็นได้ว่าทุกระยะมีความสำคัญซึ่งในระยะผ่าตัดมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากตัวอย่างกรณีศึกษา เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลตามโปรแกรม ERAS และให้การพยาบาลแก้ไขปัญหาตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลจนผู้ป่วยไม่เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยก็จะสามารถเข้าสู่กระบวนการบริหารร่างกายตามโปรแกรมหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว

กลับบ้านได้ตามระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่ต้องกลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาลซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการเข้ามารับบริการภายในโรงพยาบาลมากขึ้นด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Wainwright TW, Wang MY, Immins T, Middleton RG. Enhanced recovery after surgery (ERAS)—Concepts, components, and application to spine surgery. *Seminars in Spine Surgery*. 2018;30(2):104-10.
2. Corniola MV, Debono B, Joswig H, Lemée JM, Tessitore E. Enhanced recovery after spine surgery: review of the literature. *Neurosurg Focus*. 2019;46(4):E2.
3. Dietz N, Sharma M, Adams S, Alhourani A, Ugiliweneza B, Wang D, et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for Spine Surgery: A Systematic Review. *World Neurosurg*. 2019;130:415-26.
4. Fiasconaro M, Wilson LA, Bekeris J, Liu J, Poeran J, Soffin EM, et al. Enhanced Recovery Implementation and Perioperative Outcomes in Posterior Fusion Patients. *Spine*. 2020;45(16):E1039-E46.
5. Aleem IS, Tan LA, Nassr A, Riew KD. Surgical Site Infection Prevention Following Spine Surgery. *Global Spine J*. 2020;10(1 Suppl):92s-8s.
6. White AJ, Fiani B, Jarrah R, Momin AA, Rasouli J. Surgical Site Infection Prophylaxis and Wound Management in Spine Surgery. *Asian Spine J*. 2022;16(3):451-61.
7. Debono B, Wainwright TW, Wang MY, Sigmundsson FG, Yang MMH, Smid-Nanninga H, et al. Consensus statement for perioperative care in lumbar spinal fusion: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Spine J*. 2021;21(5):729-52.
8. Goldberg B, Elazar A, Glatt A, Camins B, Datta R, Takahashi H, et al. Perioperative Interventions to Reduce Surgical Site Infections: A Review. *Aorn J*. 2021;114(6):587-96.
9. Lohsirawat VC, Vichit Lohsirawat, Darin Rongrungruang, Yossaray Malathum, Khamin Ratanachai, Pornpan Butsrupoom, Bandit. Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection: The Surgical Infection Society of Thailand Recommendations (Executive Summary). *J Med Assoc Thai*. 2020;103.
10. Rosa R, Sposato K, Abbo LM. Preventing Surgical Site Infections: Implementing Strategies Throughout the Perioperative Continuum. *Aorn j*. 2023;117(5):300-11.
11. Yoo JS, Ahn J, Karmarkar SS, Lamoutte EH, Singh K. The use of tranexamic acid in spine surgery. *Ann Transl Med*. 2019;7(Suppl 5):S172.
12. Pennington Z, Ehresman J, Westbroek EM, Lubelski D, Cottrell E, Sciubba DM. Interventions to minimize blood loss and transfusion risk in spine surgery: A narrative review. *Clin Neurol Neurosurg*. 2020;196:106004.
13. Khanna P, Sarkar S, Garg B. Anesthetic considerations in spine surgery: What orthopaedic surgeon should know! *J Clin Orthop Trauma*. 2020;11(5):742-8.

14. Buraimoh MA, Nash A, Howard B, Yousaf I, Koh E, Banagan K, et al. Effect of forced-air warming blanket position in elective lumbar spine surgery: Intraoperative body temperature and postoperative complications. *Surg Neurol Int.* 2019;10:229.
15. Sessler DI. Perioperative Temperature Monitoring. *Anesthesiology.* 2021;134(1):111-8.
16. Colomina MJ, Bagó J, Pérez-Bracchiglione J, Nishishin-ya Aquino MB, Salas KR, Requeijo C, et al. Thromboprophylaxis in elective spinal surgery: A protocol for systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(21):e20127.
17. Konbaz F, Tahan H, Farraj A, Jafari S, Dusari R, Aleissa R. Incidence and risk factors of venous thromboembolism in the perioperative period of spine surgery at a tertiary care hospital. *J. Musculoskelet. Res.* 2023;7:1-5.
18. Zhang L, Cao H, Chen Y, Jiao G. Risk factors for venous thromboembolism following spinal surgery: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(29):e20954.
19. Zhao Z, Tian Q, Zhang B. Effects of rehabilitation nursing care on deep vein thrombosis of the lower limbs following spinal fractures. *Am J Transl Res.* 2021;13(3):1877-83.
20. Li H, Zhang W, Lu Q, Wang J, Zhi Y, Zhang L, et al. Which Frequency of Ankle Pump Exercise Should Be Chosen for the Prophylaxis of Deep Vein Thrombosis? *Inquiry.* 2022;59:469580221105989.
21. Kimsey DB. A Change in Focus: Shifting From Treatment to Prevention of Perioperative Pressure Injuries. *Aorn j.* 2019;110(4):379-93.
22. Luo M, Long XH, Wu JL, Huang SZ, Zeng Y. Incidence and Risk Factors of Pressure Injuries in Surgical Spinal Patients: A Retrospective Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2019;46(5):397-400.
23. Choi S, Kim YJ, Oh H, Yuh WT, Lee CH, Yang SH, et al. Factors Associated With Perioperative Hospital Acquired Pressure Injury in Patients Undergoing Spine Surgery in the Prone Position: A Prospective Observational Study. *J Neurosurg Anesthesiol.* 2024;36(1):45-52.
24. Sving E, Bååth C, Gunningberg L, Björn C. The experiences of operating room teams working with real-time feedback of interface pressure to prevent pressure injuries—A feasibility study. *Perioperative Care and Operating Room Management.* 2020;20:100096.
25. Techanivate A, Athibai N, Siripongsaporn S, Singhatanadgige W. Risk Factors for Facial Pressure Ulcers in Patients Who Underwent Prolonged Prone Orthopedic Spine Surgery. *Spine (Phila Pa 1976).* 2021;46(11):744-50.
26. Raja SD, Shetty AP, Subramanian B, Kanna RM, Rajasekaran S. A prospective randomized study to analyze the efficacy of balanced pre-emptive analgesia in spine surgery. *Spine J.* 2019;19(4):569-77.
27. Sanansilp V, Tangwiwat S, Raksakietisak M. Acute pain management. Bangkok: Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2019. (In Thai)
28. Bullock WM, Kumar AH, Manning E, Jones J. Perioperative Analgesia in Spine Surgery: A Review of Current Data Supporting Future Direction. *Orthop Clin North Am.* 2023;54(4):495-506.