



วารสารการพยาบาล

VAJIRA NURSING JOURNAL

ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563

Volume 22 No.1 January - June 2020

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 1513-2498 (print)

<https://tci-thaijo.org/index.php/vnj>

ISSN 2651-0871 (online)

บทความวิจัย

- ❖ ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด
กัมพล อินทรทะกุล ชุริภรณ์ สีสันตสุติ อาวีวรรณ วิทยากรณศักดิ์
บุษบา ศุภวัฒน์ธนสมบัติ ปิยรัตน์ ภาคลักษณ์
- ❖ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอน
ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ
วรวรรณ ขันติชัยธร วรชัย คงเสรีพงศ์ กุลยศ จงพิพัฒน์วิชย์
- ❖ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก
ปิ่นรัฐ รักขิตวงศ์ นาริรัตน์ จิตรมนตรี วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
- ❖ การศึกษาติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยเบาหวาน
ในคลินิก Comprehensive NCD clinic โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
ณัฐภัสสร เต็มขุนทด สว่างจิต สุระอมรกุล รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ ชาญวัฒน์ ชวนต้นติกลม

บทความวิชาการ

- ❖ บทบาทพยาบาล: การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย
ไพรินทร์ พัสตุ
- ❖ การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ
ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์
- ❖ การดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า : บทบาทของพยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉิน
ธีระชล สดาสิน
- ❖ การดูแลบาดแผลขั้นสูง
กิริณา สีนิล กัสมีย์ สะนิลเลาะ จันทรเพ็ญ มีชนะ สุชาดา อุษาวิโรจน์ สุนันทา มากมูล
วัชรภรณ์ ดวงโปธา อภิขญา พลายแก้ว

วารสารการพยาบาล

ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563

เจ้าของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ประยุทธ ศิริวงษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล มณีฤทธิ์
นางสาวดวงเนตร ผู้วัฒนวิชัย
ดร.ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล

บรรณาธิการ

นางสาวธมมวรรณ ยอดกลกิจ

รองบรรณาธิการ

นางสาวพัชรี ประไพพิน

กองบรรณาธิการ

นางสาวจันทนา จินางค์
นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์
นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย
นางสาวเบญจมาภรณ์ มฤตสุธาร
นางสาวนพพร เจริญชาญ
นางสาวจันทรา ว่องพัฒน์กุล
นางสาวณัฐภัสสร เดิมขุนทด
นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์
นางสาวสุชาดา ดีเจริญ
นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทรส
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ นันทสวัสดิ์ศรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรรัตน์ เสตสุวรรณ
ดร.ชจี พงศธรวิบูลย์
ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล
ดร.ยุพา วงศ์สรไธ
นางนพัตถร พงกษอนันตกุล
รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทัยะประสิทธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา ตั้งสุขสันต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังฉริยา พ่วงแก้ว
ดร.ศรินทร์ตา ศรีประสงศ์
ดร.เสาวรส มีกุล
ดร. เกศศิริ วงษ์คงคำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทยา
ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปานจันทร์ ฐานกุลศักดิ์
พันเอกหญิง ดร.พัชรภรณ์ อุ่นเดชะ
พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยภิตติ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
รองศาสตราจารย์เสนา นสาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐฐา เจียรนิลกุลชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุศิลป์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ
ดร.ทัศนีย์ สุนทร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์
พันตำรวจตรีหญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ
ดร.อรเพ็ญ สุขะวัลลิ
พ.ต.ต.หญิง ดร.ศศิญา ฮัวโนวิท
ดร. เสาวนีย์ ทรงประโคน
ดร.เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ
ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์

ฝ่ายจัดการ

นางสาวเมลิน คนที
นางสาวชนิดาภา กล้าพินิจ
นางสาวอำไพ เดชชยา
นางสุกัญญา ศรีสุภา

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภาวิชาชีพไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภาวิชาชีพไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภาวิชาชีพไทย

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน อุดรดิตต์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน อุดรดิตต์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



วารสารการพยาบาล

ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2563

Vajira Nursing Journal

Volume 22 No.1 January - June 2020

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 1513-2498 (print)

<https://tci-thaijo.org/index.php/vnj>

ISSN 2651-0871 (online)

วารสารการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้รับการจัดอยู่ในวารสารกลุ่ม 2 ฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณากลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 2 ท่านต่อบทความ

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาล
2. นำเสนอประสบการณ์ นวัตกรรมและวิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาล
3. สนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อำรงไว้ซึ่งการพยาบาลที่มีคุณภาพ
4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรสุขภาพ

ขอบเขต

สารในวารสารการพยาบาล บทความวิจัย บทความวิชาการและบทความพิเศษ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหา ดังกล่าวหลากหลายแตกต่างกันไป

กำหนดการวารสารการพยาบาล

ออกเผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิกปีละ 100 บาท (2 เล่ม)

สำนักงาน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
681 ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทร.0-2244-3084 Fax. 0-2668-7152

สถานที่พิมพ์ พลก๊อปปี้ 285/3 ซอยสวนอ้อย ถนนราชวิถี แขวงดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีสมาชิกวารสารการพยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ปีที่ 22 ประกอบด้วยบทความวิชาการ และบทความวิจัยเกี่ยวกับผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนตรวจสวนหัวใจ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก การศึกษาติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก Comprehensive NCD clinic โรงพยาบาลวชิรพยาบาลบทธาตพยาบาล: การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า : บทบาทของพยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉิน และการดูแลบาดแผลขั้นสูง

ขอขอบคุณสมาชิกวารสารการพยาบาลทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากวารสารเล่มนี้ และขอเชิญชวนทุกท่านส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานลงในวารสารการพยาบาลผ่านระบบ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj>

นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด	1
กัมพล อินทรทะกุล ชูริภรณ์ สีสันตสุติ อาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์ บุษบา ศุภวัฒน์ธนสมบัติ ปิยรัตน์ ภาคลักษณ์	
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ	15
วรวรรณ ขันติชัยธร วรชัย คงเสรีพงศ์ กุลยศ จงพิพัฒน์วิชัย	
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก	33
ปิ่นรัฐ รักขติวงศ์ นารีรัตน์ จิตรมนตรี วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์	
การศึกษาติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก Comprehensive NCD clinic โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	45
ณัฐภัสสร เดิมขุนทด สว่างจิต สุรอมรกุล รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ ชาญวัฒน์ ขวณตันติกมล	
บทความวิชาการ	
บทบาทพยาบาล: การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย	60
ไพรินทร์ พัสตุ	
การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ	70
ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์นะ	
การดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า : บทบาทของพยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉิน	92
ธีระชล สาดสิน	
การดูแลบาดแผลขั้นสูง	104
กิริณา สีนิล กัสมีย์ สะนิลเลาะ จันท์เพ็ญ มีชนะ สุชาดา อุษาวิโรจน์ สุนันทา มากมูล วัชรภรณ์ ดวงโปธา อภิษฎา พลายแก้ว	
คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล	116

บทความวิจัย

ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P
ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด

Effect of discharge planning for colorectal cancer patients using METHOD-P
on the knowledge of adverse reactions management after receiving chemotherapy

กัมพล อินทรทะกุล* ชุริภรณ์ สีสกันตสูติ** อาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์***

บุษบา ศุภวัฒน์ธนสมบัติ**** ปิยรัตน์ ภาคลักษณ์*****

Kampon Introntakun* Chureeporn Silaguntsuti** Arveewan Vittayatigonnasak***

Busaba Supawattanaobodee**** Piyarat Parklug*****

Received: December 1, 2019

Accepted: April 1, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ One group pretest-posttest design วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างก่อนและหลังการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบ METHOD-P กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย สมุดประจำตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด คู่มือการดูแลตนเอง สื่อวีดิทัศน์และเอกสารสูตรยาเคมีบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบติดตามอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดและแบบทดสอบความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์เครื่องมือด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ METHOD-P ของผู้ป่วยมีคะแนนสูงกว่าก่อนการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก/ อาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด/ แผนการจำหน่าย/ รูปแบบ METHOD-P

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการแทนหัวหน้าหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

***** Corresponding author ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล E-mail : Yui.piyarat@gmail.com

Abstract

The main objective of quasi-experimental research based on one group pretest-posttest design is focus on studying the adverse reactions management of receiving chemotherapy between before and after the discharge planning using METHOD-P model of receiving chemotherapy of colorectal cancer patients. Thirty samples, collected from colorectal cancer patients who admit to Mahavajiravudh 6A at Faculty of Medicine Vajira Hospital were investigated from handbook's patients, self-care guide video media, and chemotherapy regimen documentation. The checklist incident form after chemotherapy, and the knowledge of adverse reactions management after receiving chemotherapy questionnaire were used for the data collection. Content validity was examined from all samples. The reliability coefficient (KR-20) exhibited at 0.95 and 0.97, respectively. Additionally, the data were analyzed by frequencies, means, standard deviation, and paired t-test.

These results indicated that the knowledge score of adverse reactions management in colorectal cancer patients after receiving discharge planning by METHOD-P model were significantly higher than those patients before obtaining discharge planning with the level of 0.001.

Keywords : Colorectal cancer patients / Adverse reaction after chemotherapy / Discharge planning /METHOD-P model

บทนำ

มะเร็งเป็นภัยคุกคามต่อภาวะสุขภาพของประชากรโลก เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและการตายก่อนวัยอันควร รวมทั้งอุบัติการณ์ของอัตราการเกิดและตายสูงอย่างต่อเนื่องในนานาประเทศ องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International agency for research on cancer : IARC) ได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ประมาณ 21.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตที่เป็นมะเร็งทั่วโลก ประมาณ 13.1 ล้านคน (ระดับเพชร กล้าหาญ และบุษบา สมใจวงศ์, 2556) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกยัง พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 18.1 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน ผู้ป่วยใหม่ จำนวน 18.1 ล้านคน พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านคน ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ 881,000 คน (คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ, 2561)สำหรับข้อมูลสถิติโรคมะเร็งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยรายใหม่ 22,250 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบมากเป็นอันดับสองในเพศชายและเป็นอันดับสามในเพศหญิง (โสฬส อนุชปรีดา และคณะ, 2561) ด้านสถิติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ ที่มารับบริการของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลปี พ.ศ. 2557 – 2559 จำนวน 122, 215 และ 293 คน (คู่ขวัญ มาลีวงษ์ และกัญญดา ประจุศิลป์, 2562) พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มี 3 วิธี คือ การผ่าตัด รังสีรักษาและเคมีบำบัด สำหรับเคมีบำบัดนอกจากยาเคมีแล้ว มีการใช้ยาในกลุ่มมุงเป้าและ

ภูมิคุ้มกัน มีการออกฤทธิ์เฉพาะจุดหรือสร้างภูมิคุ้มกันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง (Geng, Wang, Yin, Yu, & Cao, 2017; Sonis et al., 1999) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัดแต่ละครั้งขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยต้องเผชิญกับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ตรวจเลือด การเปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้ยาเคมีบำบัด ในขณะที่หลังรับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ (สุภัสร์ สุขงกช, วรัญญา ครอบแก้ว, นภาพรณ อุดมผล, นภาพรณ ล้ออิสระตระกูลและเพ็ญพร พรรณา, 2560) อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รู้สึกไม่สะดวกสบายร่างกายจน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว ไม่มีเรี่ยวแรง มีแผลในปาก ท้องเสีย พยาธิสภาพจากไซโครดุกถูกกด (Mollaoglu & Erdogan, 2014) ได้แก่ อาการเหนื่อยง่ายจากเม็ดเลือดแดงต่ำ การติดเชื้อง่ายจากเม็ดเลือดขาวต่ำ เลือดออกง่ายหยุดยากจากเกร็ดเลือดต่ำ (พัชรินทร์ แก้วรัตน์, วรรณภา ฉายอรุณ และวาสนา วิเศษฤทธิ์, 2560) อีกทั้งสภาพด้านจิตใจ อารมณ์สังคมและเศรษฐกิจ ความเครียดและความกังวล จากการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ แบบแผนของชีวิต บทบาทของตนเองในสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความรู้สึกวิตกกังวลกลัวโรคแพร่กระจาย รักษาไม่หาย (วิมลรัตน์ เดชะ และรุ่งระวี นาวิเจริญ, 2559) สภาพร่างกายที่อ่อนเพลียไม่มีแรงทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงบางรายต้องหยุดงานตลอดช่วงระยะเวลาที่รักษา ทำให้มีรายได้ลดลง ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แม้ว่าค่ารักษาพยาบาลสามารถที่จะเบิกได้บ้าง แต่ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหารที่พักของผู้ดูแล หากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นผู้หารายได้หลัก ย่อมส่งผลต่อปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (ณัฐมัย ชุตติกาโม, รุ่งระวี นาวิเจริญ, และ วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์, 2560) เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า โกรธ ต่อต้านการรักษา หดหู่กำลังใจ อาจตอบสนองโดยการหนีปัญหาไม่เอาใจใส่การดูแลตนเองและสุดท้าย คือ การไม่มารับการรักษาต่อเนื่องหรือยุติการรักษาในที่สุด (Gharaibeh, Amarnah, & Zamzam, 2009)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย ให้พร้อมในการดูแลตนเองรวมถึงการเตรียมผู้ดูแล ให้พร้อมในการช่วยเหลือดูแลและช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กิงกาญจน์ ชุ่มจรัส และพรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2561) การวางแผนการจำหน่าย จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก เพราะผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ความสามารถเพียงพอที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม (อุบล จวงพานิช, ณัฏฐชญา ไชยวงศ์ และจรีพร อุ่นบุญเรือน, 2551) ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาล ที่จะต้องมีการวางแผนการจำหน่ายให้พร้อมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง สอนผู้ป่วยให้มีความรู้ ความสามารถที่จะจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตน (สมจิตต์ อุทยานสุทธิ, ศรีนวล สติวิทยานันท์ และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, 2558) ซึ่งถ้าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยอาจต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการพึงประสงค์ (Kidd, Kearney, O'Carroll, & Hubbard, 2008) เพราะฉะนั้น กระบวนการวางแผนจำหน่าย จึงต้องทำให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คือตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล จนกระทั่งจำหน่ายและควรมีการติดตามประเมินซ้ำเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม (รัตนภรณ์ แซ่ลิ้ม, นงลักษณ์ ว่องวิชญพงศ์ และสุจิต ไตรประคอง, 2557) โดยมีการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ ในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ (กัลยา เข้มเป้า, 2552)

ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อรู้ว่าตนต้องมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก็ทุกข์ทรมานใจมากแล้ว (วราภรณ์ เขมโชติกูร, สุกัญญา ศรีสง่า และสุนทรีย์ ศิริพรอดุลศิลป์, 2555) ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตใจมาใช้เพื่อปรับการวางแผนจำหน่ายให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็ง จากการศึกษาของ คุณเรวดี อุดม ที่มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (เรวดี อุดม, 2561) โดยมีการใช้เครื่องมือในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในรูปแบบ METHOD-P พบว่า กลุ่มประชากรที่ศึกษามีความรู้ ความสนใจและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเกิดผลดีกับตัวผู้ป่วยและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ METHOD - P ซึ่งประกอบด้วย M : Medication ความรู้เรื่องยา E : Environment and Economic สิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจ T : Treatment แนวทางการรักษา H : Health ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย O : Out patient referral ระบบการดูแลต่อเนื่อง D : Diet โภชนาการที่เหมาะสม P : Psychological support การดูแลด้านจิตใจเป็นการสนับสนุนให้มีการดูแลแบบองค์รวมและเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ทักษะในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด ยัง พบว่า ในการศึกษาเรื่องการติดตามอาการไม่พึงประสงค์และการให้คำแนะนำในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์สามารถเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ฐาปณี อบอุ่น และคณะ, 2555)

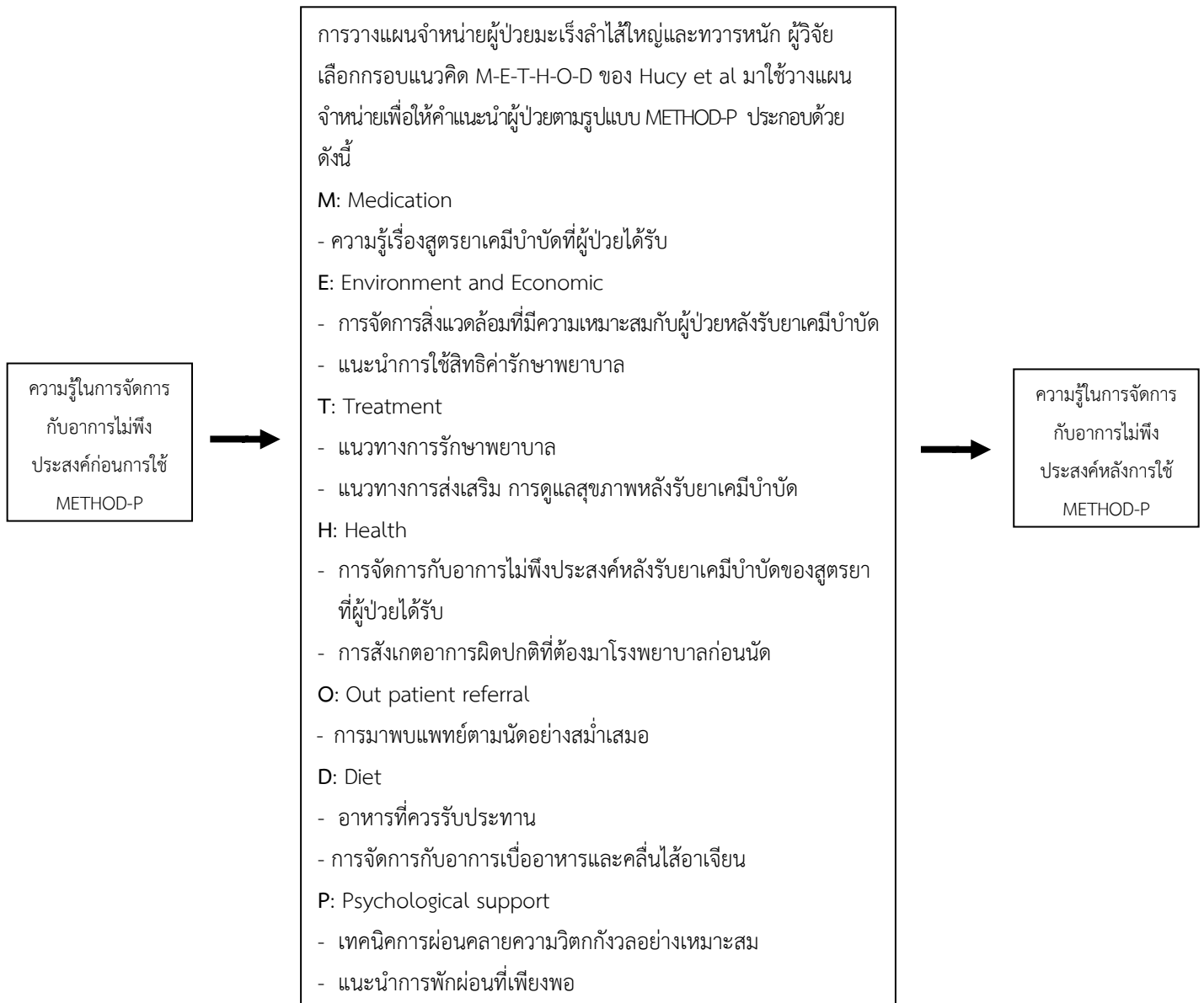
จากการศึกษาปรากฏการณ์รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิม พบว่า มีการวางแผนการจำหน่ายที่ซ้ำ โดยจะสอนวันที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยพร่องความรู้ที่เพียงพอ ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด ขาดการประเมินซ้ำเพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งยังไม่มีรูปแบบการติดตามอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดซึ่งชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมยังมีประสิทธิภาพที่ไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน (ฐิติพร เรือนกุล, ปิยะนุช ชูโต และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2562) จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยทำการศึกษาวิจัยนี้ขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นลักษณะการทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย (Routine to research ; R2R) เพื่อพัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด ซึ่งจากการศึกษาของ คุณวารินทร์ วัฒนานนท์เสถียร เรื่อง ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ต่อความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการปฏิบัติตัว ซึ่งเป็นการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยคนละกลุ่มโรคแต่มีการใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยแบบ METHOD ที่มีการประยุกต์ โดยมี D ตัวแรกคือ โรคที่เจ็บป่วยขณะนั้น นำมาใช้ พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (วารินทร์ วัฒนานนท์เสถียร และมธุสร ปลาโพธิ์, 2561) เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยหลักจึงได้ตัด D ตัวแรกออกเพราะผู้ป่วยมะเร็งเมื่อรู้ว่าตนต้องมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก็ทุกข์ทรมานใจ (วราภรณ์ เขมโชติกูร และคณะ, 2555) จึงไม่เหมาะกับการประยุกต์ใช้ D ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตใจมาใช้

เพื่อปรับการวางแผนจำหน่ายให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็ง โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ METHOD - P ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากการศึกษาของ คุณเรวดี อุดม (เรวดี อุดม, 2561) ที่สร้างขึ้น (Research and development ; R&D) โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด M-E-T-H-O-D ของ Hucy et al (ปริศนา แฝ่วชนะ และวิณา จีระแพทย์, 2557) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้ที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ประกอบด้วย M : Medication ความรู้เรื่องสูตรยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ขนาดของยา ผลข้างเคียงของยา การปฏิบัติเมื่อลิ้มรับประทานยา E : Environment and Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับโรค ที่อยู่อาศัยเป็นระเบียบ เรียบร้อย สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่อ่อนเพลีย และ การติดตาม การใช้สิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง T : Treatment แนวทางการรักษาพยาบาล แนวทางการส่งเสริม การดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง วิธีการคุมความเจ็บปวด H: Health ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดของสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ชนิดของการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ O : Out patient referral การมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอการมาตรวจฉุกเฉินก่อนนัด จากอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด D : Diet อาหารที่ควรรับประทาน โปรตีนสูง เช่น ไข่ขาว เนื้อสัตว์ อาหารที่ไม่ควรรับประทาน เช่น อาหารหมักดอง อาหารที่ปรุงไม่สุก และไม่สะอาด การจัดการกับอาการเบื่ออาหารและคลื่นไส้อาเจียน P : Psychological support การดูแลด้านจิตใจ เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลอย่างเหมาะสม เช่น ฟังธรรมะ ฟังเพลง ทำสมาธิ การให้กำลังใจ และดูแลการพักผ่อนอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง

งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาถึงผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด โดยเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเข้าใจถึงการปฏิบัติตัวหลังรับยาเคมีบำบัดที่ถูกต้องก่อนกลับบ้าน ผู้วิจัยจึงสรุปกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อเปรียบเทียบผลการให้ความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ METHOD-P

วัตถุประสงค์รองที่ชัดเจน

เพื่อติดตามอุบัติการณ์ ความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดขณะนอนโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development ; R&D) ในลักษณะการทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย (Routine to research ; R2R) ด้วยการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยแบบไปข้างหน้า กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบนอนโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วย มหาวชิราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 30 คน โดยวิธีการดำเนินการวิจัยนั้นแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย 1) ประชุมร่วมสหนากลุ่ม โดยผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม ทบทวนรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมกับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาและศึกษาสภาพการณ์แล้ว นำข้อมูลไปสู่การบูรณาการการพัฒนา 2) ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 3) กำหนดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักใหม่เป็นรูปแบบ METHOD-P 4) สร้างเครื่องมือ แผนการจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ METHOD-P แบบบันทึกอาการไม่พึงประสงค์ แบบประเมินความรู้การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ เอกสารสูตรยาเคมีบำบัดโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ และนำโครงร่างวิจัยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อนเก็บข้อมูล

2. ขั้นดำเนินการ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับด้วยรูปแบบ METHOD-P ให้ผู้ป่วยตอบแบบทดสอบความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ Pre - test และผู้วิจัยให้ความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ ด้วยเอกสารสูตรยาเคมีบำบัด ร่วมกับเปิดวิดีโอ มอบสมุดประจำตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและคู่มือการดูแลตนเองขณะนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยติดตามอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์และวางแผนการจำหน่ายด้วยรูปแบบ METHOD - P ทบทวนความรู้และทำแบบทดสอบ Post - test

3. ขั้นประเมินผล ผู้วิจัยเฉลยข้อสอบ และอธิบายเพิ่มเติมในข้อสอบที่ผู้ป่วยทำไม่ถูกต้องพร้อมให้กำลังใจและเสริมแรงบวก

เครื่องมือวัดตัวแปร

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของสมุดประจำตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด คู่มือการดูแลตนเอง สื่อวิดีโอรูปแบบแผนการจำหน่าย METHOD-P แบบติดตามอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด เอกสารสูตรยาเคมีบำบัด และแบบทดสอบความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ณ หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรความเชื่อมั่นของ kuderrichardson method (KR - 20) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (COA No.109/2562) รับรองวันที่ 14/08/2562

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้รับอนุญาตจาก EC ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลแล้ว เก็บข้อมูลแบบ Prospective โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ใช้แบบการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยผู้วิจัยหลักสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงผู้เดียวเท่านั้น เก็บข้อมูลแบบ unidentified subjective มีการอภิปรายผล โดยภาพรวมและมีการทำลายข้อมูลทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัยภายในเวลาไม่เกิน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยร้อยละใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. วิเคราะห์คะแนนความรู้การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย วิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการวางแผนจำหน่าย โดยใช้สถิติ paired t-test
4. วิเคราะห์การติดตามอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ โดยวิเคราะห์ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 30 คน พบว่า แบ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 50 และผู้ป่วยรายเก่า ร้อยละ 50 โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัด ร้อยละ 63.3
2. ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD - P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 18.47 (คะแนนเต็ม 27) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.24 หลังการศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 26.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.84 และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการศึกษา โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังการศึกษาสูงกว่าก่อนการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ METHOD - P

คะแนนความรู้	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์	18.47	4.24	26.33	0.84	10.51	<0.001

3. จากการติดตามอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ในการติดตามผู้ป่วยรายใหม่ครั้งที่ 2 ร้อยละ 46.67 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียและผู้ป่วยรายเก่า พบว่า ในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 ร้อยละ 33.33 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 73.33 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งเกิดจากการที่มียาเคมีบำบัดสะสมในร่างกายของผู้ป่วยมากขึ้นทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียตามมาหลังรับยาเคมีบำบัด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการไม่พึงประสงค์	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 15 คน		จำนวนผู้ป่วยรายเก่า 15 คน	
	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)	
	ติดตาม ครั้งที่ 1	ติดตาม ครั้งที่ 2	ติดตาม ครั้งที่ 1	ติดตาม ครั้งที่ 2
อาการอ่อนเพลีย	0	7 (46.67)	5 (33.33)	11 (73.33)
อาการเบื่ออาหาร	0	3 (20)	4 (26.67)	7 (46.67)
อาการคลื่นไส้/อาเจียน	0	4 (26.67)	2 (13.33)	8 (53.33)
แผลในเยื่อช่องปาก	0	0	0	2 (13.33)
ผมร่วง	0	1 (6.67)	3 (20)	3 (20)
ชาปลายมือปลายเท้า	0	0	0	4 (26.67)
นอนไม่หลับ	5 (33.33)	2 (13.33)	0	1 (6.67)
เล็บเปลี่ยนสี	0	0	0	1 (6.67)
ท้องเสีย	0	0	0	5 (33.33)
ภาวะไวต่อแสง	0	0	0	1 (6.67)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ METHOD - P ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในเรื่องการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น กว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001 ซึ่งแสดงได้ว่ารูปแบบแผนการจำหน่ายใหม่มีประสิทธิภาพมากพอในการเพิ่มความรู้ ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาเหล่านี้จะกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง

ดังนั้นระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ หลังรับยาเคมีบำบัด ที่อาจเกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วย (Kidd et al., 2008; Ream, Richardson, & Alexander-Dann, 2006; Stark, Tofthagen, Visovsky, & McMillan, 2012) พยาบาลในบทบาทผู้ดูแลที่โรงพยาบาลจะต้องให้ความช่วยเหลือและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้พร้อมก่อนจำหน่าย โดยใช้รูปแบบแผนการจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น ใช้สื่อในการให้ข้อมูลเป็นวีดิทัศน์ สมุดคู่มือการดูแลตนเอง เอกสารสูตรยาเคมีบำบัดและการดูแลต่อเนื่อง หลังวางแผนการจำหน่ายแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ตอบข้อสงสัยให้ผู้ป่วยพร้อมเสริมแรงบวกให้กำลังใจเพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความรู้และมีการทบทวน ความรู้บ่อยมากเท่าใดก็จะมีผลกระทบของความจำมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องการจัดการ กับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดไปแล้ว มีการทบทวนในส่วนของเนื้อหาที่ไม่เข้าใจจะทำให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้และจดจำความรู้ได้ดียิ่งขึ้น สามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นกระบวนการ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ค่อนข้างถาวร และเป็นผลที่ได้จากประสบการณ์ โดยไม่ใช่ผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ผลของ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคลึกลึสซีเมียโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ต่อความรู้เรื่องโรค และความรู้ในการปฏิบัติตัว (วารินทร์ วัฒนานนท์เสถียร และมธุสร ปลาโพธิ์, 2561) พบว่า หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัว มากกว่าก่อนวางแผนการจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และยังสอดคล้องกับ เรื่อง ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ต่อความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และความพึงพอใจของผู้ดูแลในหอผู้ป่วย ตา หู จมูก โรงพยาบาลสงขลา (กิ่งกาญจน์ ชุ่มจรัส และพรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2561) พบว่า หลังเข้าโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความสามารถมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้รูปแบบ METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด จึงมีประสิทธิภาพ มากพอที่สามารถเพิ่มความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ผู้ป่วยได้

จากการติดตามอุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดที่พบมากที่สุด ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่า พบอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 46.67 ในผู้ป่วยรายใหม่ และ ร้อยละ 73.33 ในผู้ป่วยรายเก่าซึ่งสอดคล้องกับ เรื่องประสบการณ์อาการและคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด (พรพิมล เลิศพานิช, อำภพร นามวงศ์พรหม และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2560) ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย/ เหนื่อย/ ไม่มีแรง มากที่สุด ร้อยละ 85.54 และยังสอดคล้องกับ เรื่องการติดตามอาการไม่พึงประสงค์และการให้คำแนะนำในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาล มหาสารคาม (ฐาปณี อบอุ้น และคณะ, 2555) พบผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 45.4 และผู้ป่วยรายเก่า ร้อยละ 58.3 ดังนั้นผลการศึกษาวิจัยนี้จึงเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาดังกล่าว ขี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลียเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดและมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ดังกล่าวอาจสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในจำนวนรอบที่เพิ่มขึ้น (Colagiuri et al., 2013)

ซึ่งทางผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลอุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ เนื่องจากผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญและความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น คือ การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์สำหรับการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์นั้น ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถให้ความรู้ได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจขึ้นและตระหนักถึงปัญหาของตน จึงเกิดการเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่ได้คือผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้หลังการวางแผนจำหน่ายได้ ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับลดลงและผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากขึ้นเมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลของการวางแผนจำหน่าย โดยใช้รูปแบบ METHOD-P หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วเป็นระยะ เพื่อดูความสามารถในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้จริง ในเรื่องการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ การสนับสนุนจากทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช คณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ ไทยแท้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัสพร ขำวิชา ดร.ธมลวรรณ ยอดกลกิจ พว.อรอรอล ลากเจริญ และภก.ศรวิตรี ชาวสามทอง ที่ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ เพื่อให้การวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ตลอดจนบุคลากรที่หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล ที่ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, ส. ก. (2560). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2560*. กรุงเทพมหานคร: พรทรีพีการพิมพ์ จำกัด.
- กัลยา เข้มเป้า. (2552). *การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีผลที่เท่า* โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารกองการพยาบาล, 36(3), 113-132.
- กึ่งกาญจน์ ชุ่มจรัส และ พชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2561). *ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ต่อความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และความพึงพอใจของผู้ดูแลในหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลา*. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(1), 124-134.
- คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. (2561). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programme (พ.ศ. 2561 - 2565)*. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- คู่ขวัญ มาลีวงษ์ และกัญญดา ประจุศิลป์. (2562). *การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม*. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 63(4), 273-282.

- ฐาปณี อบอุ่น, จินตหรา โกพล, ปุ้ม ภูสาหัส, ศุภิญญา ถิรศิลาเวทย์, ชุตติมาภรณ์ ไชยสงค์, ภาณุมาศ ภูมาศ และธีระพงษ์ ศรีศิลป์. (2555). การติดตามอาการไม่พึงประสงค์และการให้คำแนะนำในผู้ป่วยที่ได้รับ ยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม. เอกสารการประชุมและนำเสนอผลงานระดับชาติ, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตติพร เรือนกุล, ปิยะนุช ชูโต และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2562). ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อ ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ด้นป็นมารดาครั้งแรก. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 22(1), 40-51.
- ณัฐธรมย์ ชุตติกาโม, รุ่งระวี นาวิเจริญ และวรุฒม์ โล่ห์สิริวัฒน์. (2560). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัย ผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม. วารสารแพทยนาวิ, 44(3), 103-116.
- ประดับเพชร กล้าทางถูก และบุษบา สมใจวงษ์. (2556). อุบัติการณ์ของการเกิดเย็บช่องปากอักเสบในผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สูตรที่มี 5-FU หยดเข้าหลอดเลือดดำเป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ชั่วโมง. บทความงานวิจัย นำเสนอในการประชุมระดับบัณฑิตศึกษา, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปริศนา แฝวชนะ และวิณา จีระแพทย์. (2557). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการจัดการ ตนเองเพื่อป้องกันอาการหิดกำเริบของเด็กรักษาโรคมะเร็ง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 26(3), 61-71.
- พรพิมล เลิศพานิช, อำภาพร นามวงศ์พรหม และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2560). ประสบการณ์อาการ และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษา เอกชนแห่งประเทศไทย, 6(1), 45-55.
- พัชรินทร์ แก้วรัตน์, วรณา ฉายอรุณ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2560). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11(1), 224-234.
- รัตนภรณ์ แซ่ลิ่ม, นงลักษณ์ ว่องวิชญพงศ์ และ สุดจิต ไตรประคอง. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรม การวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย อุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสภาการพยาบาล, 29(2), 101-113.
- เรวดี อุดม. (2561). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจ.
- วรภรณ์ เขมโชติกูร, สุภิญญา ศรีสง่า และ สุนทรี ศิริพรอดุลศิลป์. (2555). การพัฒนารูปแบบการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(3), 146-152.
- วารินทร์ วัฒนานนท์เสถียร และ มธุสร ปลาโพธิ์. (2561). ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมีย โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ต่อความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการปฏิบัติตัว. วารสารเกื้อการุณย์, 25(2), 78-90.

- วิมลรัตน์ เดชะ และ รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียมและได้รับเคมีบำบัด. วารสารเรื่องการรู้, 23(1), 133-147.
- สมจิตต์ อุทยานสุทธิ, ศรีนวล สติวิทยานันท์ และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2558). การพัฒนารูปแบบ การวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลตำรวจ. 7(2), 145-160.
- สุภัทร์ สุปงกช, วรัญญา ครองแก้ว, นภาพรณ อุดมผล, นภาพรณ ล้ออิสระตระกูล และเพ็ญพร พรรณา. (2560). คู่มือมาตรฐาน การทำงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา. กรุงเทพมหานคร: นิเวศรรวมการพิมพ์ จำกัด.
- โสฬส อนุชปรีดา, ประพิมพรรณ อัมพันธ์ทรัพย์, ปัทมดวงพักรตร์ เพ็งสุทธิ, รัชดาภรณ์ วรรณสุข, เจนจิรา บัวเขย, และจุลจักร ลิ้มศรีวิไล. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจพบติ่งเนื้อที่ลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ไม่แสดง อาการ. วารสารมะเร็ง, 38(4), 145-153.
- อุบล จ้างพานิช, ณัฐชญา ไชยวงษ์ และ จุรีพร อุ๋นบุญเรือน. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผน การจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 16(3), 31-42.
- Colagiuri, B., Dhillon, H., Butow, P. N., Jansen, J., Cox, K., & Jacquet, J. (2013). Does assessing patients' expectancies about chemotherapy side effects influence their occurrence. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(2), 275-281. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.07.013
- Geng, F., Wang, Z., Yin, H., Yu, J., & Cao, B. (2017). *Molecular Targeted Drugs and Treatment of Colorectal Cancer: Recent Progress and Future Perspectives*. *Cancer Biother Radiopharm*, 32(5), 149-160. doi:10.1089/cbr.2017.2210
- Gharaibeh, H., Amarnah, B. H., & Zamzam, S. Z. (2009). The psychological burden of patients with beta thalassemia major in Syria. *Pediatric Int*, 51(5), 630-636. doi:10.1111/j.1442-200X.2009.02833.x
- Kidd, L., Kearney, N., O'Carroll, R., & Hubbard, G. (2008). *Experiences of self-care in patients with colorectal cancer: a longitudinal study*. *Journal Advance Nursing*, 64(5), 469-477. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04796.x
- Mollaoglu, M., & Erdogan, G. (2014). *Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy*. *European Journal Oncology Nursing*, 18(1), 78-84. doi:10.1016/j.ejon.2013.07.006
- Ream, E., Richardson, A., & Alexander-Dann, C. (2006). *Supportive intervention for fatigue in patients undergoing chemotherapy: a randomized controlled trial*. *Journal of Pain Symptom Management*, 31(2), 148-161. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.07.003
- Stark, L., Toftthagen, C., Visovsky, C., & McMillan, S. C. (2012). *The Symptom Experience of Patients with Cancer*. *Journal Hospital Palliative Nursing*, 14(1), 61-70. doi:10.1097/NJH.0b013e318236de5c

Sonis, S. T., Eilers, J. P., Epstein, J. B., LeVeque, F. G., Liggett, W. H., Jr., Mulagha, M. T., & Wittes, J. P. (1999). *Validation of a new scoring system for the assessment of clinical trial research of oral mucositis induced by radiation or chemotherapy*. Mucositis Study Group. *Cancer*, 85(10), 2103-2113.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอน
ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ
The Effects of Educational Program with Emotional Support on Uncertainty of
Illness in Acute Coronary Syndrome Patients Before Undergone
Percutaneous Coronary Intervention

วรวรรณ ขันติชัยธร* วรชัย คงเสรีพงศ์** กุลยศ จงพิพัฒน์วนิชย์***

Worawan Kantichaiton* Vorachai Kongsarepong** Kulayot Jongpipatwanit***

Received: March 23, 2019

Accepted: April 2, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนตรวจสวนหัวใจ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2561 ถึง 30 เมษายน 2562 ระยะเวลา 5 เดือน โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของมิเชล (1988) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา และ 4) ด้านไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาได้ ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ วิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อน และหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงจาก 3.46 (S.D.= 0.38) เป็น 1.72 (S.D.= 0.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ

คำสำคัญ : การให้ความรู้/ การสนับสนุนทางอารมณ์/ ความรู้สึกไม่แน่นอน/ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน/ การตรวจสวนหัวใจ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Corresponding Author, Email : Worawan@nmu.ac.th

**แพทย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

E-mail : Kongsav@gmail.com, vkongsarepong@yahoo.com

***แพทย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

E-mail : kulyot@gmail.com

Abstract

The study was a quasi-experimental research with one group pretest and posttest design. The purpose of the study was to determine the effects of Educational Program with Emotional Support on Uncertainty of Illness in Acute Coronary Syndrome patients before undergoing cardiac catheterization at Faculty of Medicine Vajira hospital Navamindradhiraj University. The research data were collected from 1 December 2018 to 30 April 2019 period 5 months from 30 patients with acute coronary syndrome. The program was designed based on the knowledge-based framework on uncertainty in illness by Mishel, (1988). The research samples were purposively selected. Two research instruments were used for data collection such as the demographic data of subjects and the questionnaires on uncertainty in illness of acute coronary syndrome patients prior to undergoing cardiac catheterization which consisted of four aspects: 1) the ambiguity of the illness and treatment; 2) the complexity of the treatment and the health system; 3) the lack of the information about the illness and the treatment they receive; and 4) unpredictability which consisted of 24 questions. The research data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

The findings to the research showed that after intervention of the program, the average score on uncertainty decreased significantly from 3.46 (S.D.= 0.38) to 1.72 (S.D.= 0.31) with p-value < 0.001. Moreover, the findings showed that the educational program with emotional support could decrease the uncertainty in illness acute coronary syndrome patients so that nurses should use this program in caring for patient with acute coronary syndrome who will be undergoing percutaneous coronary intervention.

Keywords: educational/ emotional support/ uncertainty/ acute coronary syndrome/ percutaneous coronary intervention

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นปัญหาที่พบทั่วโลก ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดโรคหนึ่งในปี ค.ศ.2002 ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary artery disease) มากกว่า 16.5 ล้านคน แล้วมีแนวโน้มว่าในปี ค.ศ.2020 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 25 ล้านคนทั่วโลก (Lukkarinen & Lukkarinen, 2007) จากข้อมูลสถิติองค์การอนามัยโลกในปี 2553 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 7.2 ล้านคน เสียชีวิตชั่วโมงละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการตายทั้งหมด สำหรับประเทศไทยปี 2558 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมด 19,417 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด (cardiac catheterization) เป็นวิธีตรวจชนิดที่ให้ผลแม่นยำเป็นที่นิยมและยอมรับว่าเป็นวิธีการที่เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยและการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน โดยมีจุดมุ่งหมายในการรักษาเพื่อลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Levine et al., 2011) การทำหัตถการชนิดนี้จำเป็นต้องสอดใส่สายสวนเข้าสู่หัวใจซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญของร่างกายทำให้ผู้เข้ารับการตรวจรู้สึกกลัวเกิดอันตรายถึงชีวิต (Luden, Bengtson, & Lundgren, 2006; McNamara, Burnham, Smith, & Carroll, 2003)

ผลกระทบทางด้านจิตใจผู้เข้ารับการตรวจอาจแสดงออกทางความรู้สึกและพฤติกรรมในลักษณะต่าง ๆ ที่ทำให้เป็นอุปสรรคในการตรวจรักษาได้ (Houston, Eagen, Freeborg, & Dougherty, 1996) กรณีเกิดภาวะหัวใจเต้นช้า (bradycardia) อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ (Kern, 2003) นอกจากนั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนโลหิต เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต แรงต้านของหลอดเลือดแดง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้นต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Okvat, et al., 2002) เกิดการหดตัวของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ (spasm of coronary artery) ทำให้การไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจลดลงมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้นนำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรงเป็นอันตราย ได้แก่ หัวใจห้องล่างบีบตัวก่อนกำหนด (premature ventricular contraction) หัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (ventricular tachycardia) การเต้นผิดปกติของหัวใจห้องล่างแบบสั่นไม่เป็นจังหวะ (ventricular fibrillation) ซึ่งภาวะดังกล่าวอาจนำไปสู่ความรุนแรงและเสียชีวิตได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) และพบปัญหาคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาโดยการสวนหัวใจมักมีความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยเฉพาะในระยะก่อนทำการตรวจสวนหัวใจ

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมการปรับตัวโดยจะต้องมีความรู้ ความสามารถ พัฒนาตัวเองให้มีทักษะในการเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ และเข้าใจการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (กอบกาญจน์ ศรประสิทธิ์, 2550) นอกจากนี้จะต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีบทบาทอิสระในการหาวิธีการช่วยเหลือเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนการได้รับการสวนหัวใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ยาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น การให้คำปรึกษา การเสริมแรงสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัว การประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลเกิดประสิทธิผลสูงสุด นอกจากนี้จะต้องมีการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) ความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้าน (complexity) การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (lack of information) การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ (unpredictability) มาใช้พัฒนา

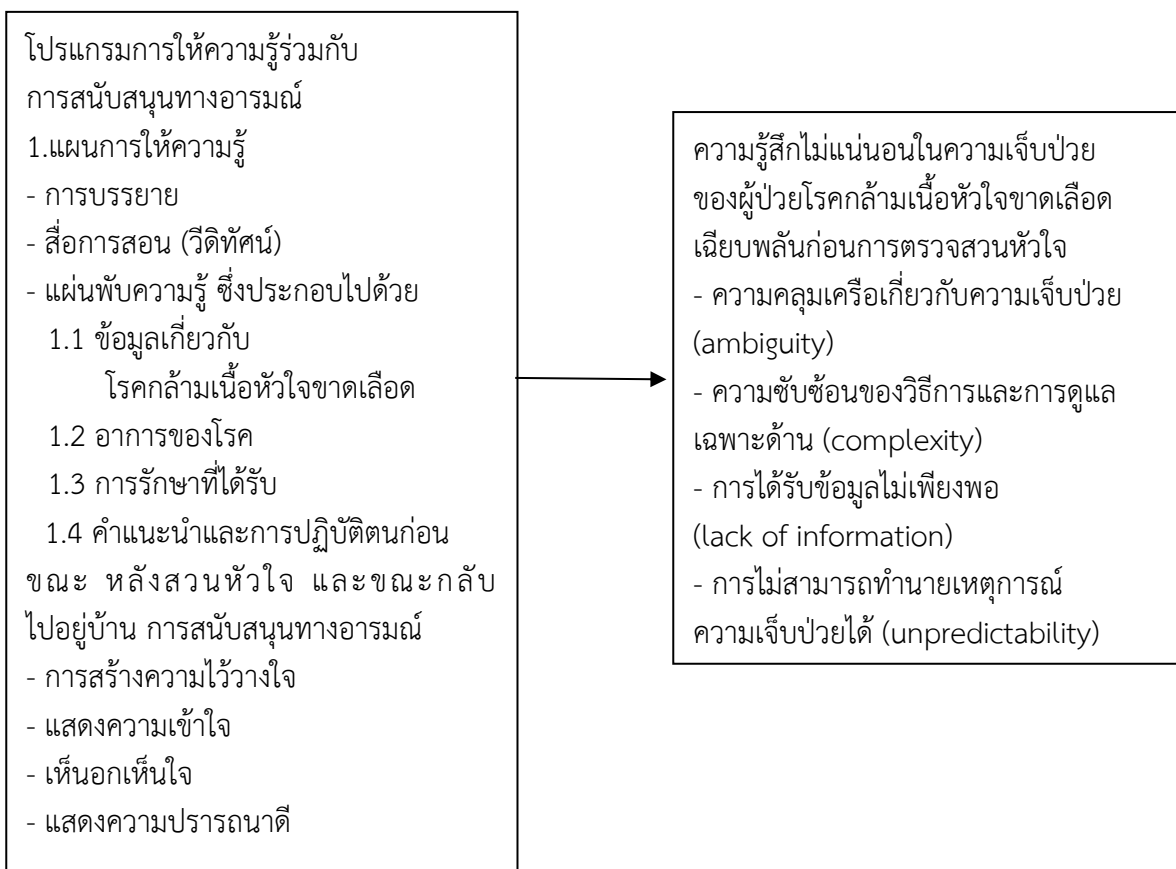
เป็นโปรแกรมเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดก่อนการตรวจสวนหัวใจ โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมจะสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้การให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) อธิบายถึงการใช้กระบวนการของความคิด (cognitive process) เพื่อแปลความหมายของสิ่งเร้า คือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้น คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (cognitive scheme) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเนื่องมาจากความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการและไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเนื่องจากขาดข้อมูลและคำแนะนำที่เพียงพอ (Mishel, 1988)

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดมีความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลใจ 1) ด้านความคลุมเครือเรื่องโรคหัวใจ การวินิจฉัย การรักษา โรคหัวใจ 2) ด้านความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้าน 3) การรับรู้ข้อมูลไม่เพียงพอ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดมิเชล (Mishel, 1988)

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการตรวจสวนหัวใจโดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยโดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2) การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3) คำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ โดยการใช้วิธีการสอนผู้ป่วยโดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ จากการได้รับข้อมูลและสามารถแปลความหมายต่อสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้อง จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสิ่งที่เผชิญได้



กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนเข้ารับการตรวจสวนหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์
2. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนได้รับการตรวจสวนหัวใจ ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ณ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจครั้งแรก ณ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเปิดตารางอำนาจทดสอบ (statistic power table) โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ 80% กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) 1.07 อ้างอิงจากงานวิจัยของ ปาริชาติ คงเสือ (2557) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test จากการเปิดตาราง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย (Polit, 1987) เพื่อให้ตัวเลขเป็นจำนวนเต็มสิบ ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดให้เป็น 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มารับการตรวจสวนหัวใจครั้งแรก 3) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ดี 4) ยินดีและให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ขณะทำการทดลองมีอาการผิดปกติที่ต้องรับการรักษาเร่งด่วน ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที การตรวจสวนหัวใจฉุกเฉินหรือเร่งด่วน มีความดันโลหิตสูงเกิน 200/100 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดคล้ำจะเป็นลม สตรีมีครรภ์ มีปัญหาจิตใจ มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 เก็บโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามก่อนการได้รับโปรแกรม จากนั้นดำเนินการใช้รูปแบบโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์โดยการบรรยายและใช้สื่อการสอน วิดีทัศน์ให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยใช้เวลา 15-20 นาที หลังการให้ข้อมูลตอบข้อซักถามและข้อสงสัยเสร็จเรียบร้อย ดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เฉพาะส่วนที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังได้รับโปรแกรมอีกครั้ง

2. ซักถามประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรักษาที่ได้รับ ตลอดจนการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านพร้อมกับให้ข้อมูลผู้ป่วยอีกครั้งในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ ซึ่งได้มาจากการระดมสมอง อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาลในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารตำราต่าง ๆ ประกอบไปด้วย

- 1.1 แผนการให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรักษา และการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังการตรวจสวนหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยกิจกรรมประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ทำสื่อการสอนตามโปรแกรมครอบคลุมรายละเอียด ดังนี้ ก่อนตรวจสวนหัวใจ การให้ความรู้ในระยะที่อยู่ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนก่อน ขณะ และหลังตรวจสวนหัวใจ การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรม และการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการที่ผิดปกติ

- 1.2 วิดีทัศน์ สร้างขึ้นโดยเป็นเนื้อหาในแผนการสอน

1.3 แผนพับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังการตรวจสวนหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ศาสนา สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน ดัดแปลงมาจากของ นิตยา โรจน์ทินกร (2536) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24-120 คะแนน โดยมีองค์ประกอบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน ด้านความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษาจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 20 คะแนนอยู่ในช่วง 9-45 คะแนน ด้านความซับซ้อนของการรักษา และระบบบริการสุขภาพจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 13, 23, 24 คะแนนอยู่ในช่วง 5-25 คะแนน ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 11, 18, 22 คะแนนอยู่ในช่วง 6-30 คะแนน ด้านที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 16, 19, 21 คะแนนอยู่ในช่วง 4-20 คะแนน ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) มี 5 อันดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเรียงกันอย่างไม่จงใจ ความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามทางบวกเป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก ส่วนข้อคำถามทางลบเป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงของเนื้อหา (content validity)

นำเครื่องมือที่ประยุกต์ขึ้นและผ่านการแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งจะพิจารณาความตรงตามโครงสร้างครอบคลุมของเนื้อหา ความครบถ้วน ความถูกต้องทางด้านภาษา การตีความหมายของข้อความรวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกัน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 0.91

2. การหาค่าความเที่ยง (reliability)

นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าความเที่ยงรายข้อและทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ซึ่งคำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลงานวิจัย และการศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามรหัสโครงการ COA เลขที่ 165/2561 เลขรับเอกสารโครงการ 138/61 กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับ มีการปกปิดชื่อโดยใช้รหัสแทนชื่อ เมื่อการประเมินผลลัพธ์เสร็จสิ้น ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่สามารถสืบค้นระบุกลุ่มตัวอย่างได้ และจะทำลายทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C ในทุก ๆ วัน และเก็บข้อมูลเมื่อมีกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายการเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
4. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมก่อนการตรวจสอบหัวใจ ในช่วงที่ไม่มีกิจกรรมการรักษา และการพยาบาล จากแพทย์และพยาบาล เริ่มจากสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (pre test) ด้วยแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
5. ผู้วิจัยดูแลความสบาย จัดทำที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างดูวิดีโอที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ ร่วมกับแจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนก่อนขณะ และหลังตรวจสอบหัวใจ การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน
6. ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย
7. ดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เฉพาะส่วนที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอีกครั้ง (post test)
8. ชักถามประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรักษาที่ได้รับ ตลอดจนการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านพร้อมกับให้ข้อมูลผู้ป่วยอีกครั้งในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2561 - 30 เมษายน 2562 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการตรวจสอบหัวใจ ผลการศึกษาตามลำดับ มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ศาสนา สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	76.67
หญิง	7	23.33
อายุ		
30 - 40	1	3.33
41 -50	4	13.33
51- 60	3	10.00
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	22	73.34
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	40.00
มัธยมศึกษา	7	23.33
อนุปริญญา	6	20.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	16.67
สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.67
สมรส	22	73.33
หม้าย	4	13.33
หย่าร้าง	2	6.67
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	16	53.34
รับจ้างทั่วไป	4	13.33
ค้าขาย	3	10.00
ธุรกิจส่วนตัว	1	3.33
รับราชการ	3	10.00
เกษตรกรรม	1	3.33
อื่นๆ	2	6.67

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ศาสนา สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
3,000-5,000 บาท	9	30.00
5,001-11,000 บาท	8	26.67
11,001-15,000 บาท	5	16.67
15,001-20,000 บาท	1	3.33
20,001-25,000 บาท	2	6.66
ตั้งแต่ 25,001 บาทขึ้นไป	5	16.67
ศาสนา		
พุทธ	30	100.00
สิทธิการรักษา		
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า	13	43.33
ประกันสังคม	4	13.34
เรียกเก็บต้นสังกัด	13	43.33
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	28	93.33
ไม่มีโรคประจำตัว	2	6.67
โรคหัวใจ		
เป็น	13	43.33
ไม่เป็น	17	56.67
ไขมันในเลือดสูง		
เป็น	8	26.67
ไม่เป็น	22	73.33
เบาหวาน		
เป็น	10	33.33
ไม่เป็น	20	66.67
ความดันโลหิตสูง		
เป็น	21	70.00
ไม่เป็น	9	30.00
โรคไต		
เป็น	5	16.67
ไม่เป็น	25	83.33
โรคเก๊าท์		
เป็น	6	20.00
ไม่เป็น	24	80.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ศาสนา สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคหอบหืด		
เป็น	1	3.33
ไม่เป็น	29	96.67
โรคประจำตัวอื่นๆ		
เป็น	7	23.33
ไม่เป็น	23	76.67

จากตารางที่ 1 พบว่า จำนวนผู้เข้ารับการตรวจสวนหัวใจทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 เป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.33 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ พบว่า อายุมากกว่า 60 ปี 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.34อายุน้อยที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 30-40 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 การศึกษาส่วนใหญ่ เป็นระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีคู่สมรสแล้ว จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 โสด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 เป็นหม้าย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 หย่าร้าง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ด้านอาชีพ เป็นผู้ไม่ได้ทำงาน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ที่เหลือเป็นผู้มีอาชีพ รวม 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 รายได้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้เท่ากับหรือต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 25,001 บาทขึ้นไป มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 พบว่า ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ การใช้สิทธิการรักษา ร้อยละ 43.33 เป็นการใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับใช้สิทธิเรียกเก็บต้นสังกัด ส่วนโรคประจำตัว ไม่มีโรครวม 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 6.67 และคนที่มโรคประจำตัว มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง มีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมา คือโรคหัวใจ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ สรุปรวมและรายด้าน

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบรายด้าน ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=30)

ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยรายด้าน	หลังได้รับโปรแกรมฯ				t	p-value
	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	หลังได้รับโปรแกรมฯ				
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านความคลุมเครือ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา	3.62	0.45	1.80	0.34	20.53	0.001
ด้านความซับซ้อน ของการรักษาและ ระบบบริการสุขภาพ	2.82	0.53	1.29	0.41	12.94	0.001
ด้านความไม่สม่ำเสมอ ในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย	3.57	0.54	1.52	0.42	15.66	0.001
ด้านการไม่สามารถ ทำนายผลลัพธ์ของ ความเจ็บป่วย และการรักษา	3.75	0.68	2.39	0.43	8.27	0.001
รวมทั้งสี่ด้าน	3.46	0.38	1.72	0.31	19.75	0.001

Significant level at p-value < 0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ สรุปดังนี้

ด้านที่ 1 ค่าเฉลี่ยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ก่อนรับโปรแกรม ($\bar{x}$ =3.62, S.D.=0.45) หลังรับโปรแกรม ($\bar{x}$ =1.80, S.D.=0.34) พบว่า หลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ด้านที่ 2 ค่าเฉลี่ยด้านความซับซ้อนของการรักษา และระบบบริการสุขภาพ และการรักษาก่อนรับโปรแกรม ($\bar{x}$ =2.82, S.D.=0.53) หลังรับโปรแกรม ($\bar{x}$ =1.29, S.D.=0.41) พบว่า หลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ด้านที่ 3 ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยก่อนรับโปรแกรม ($\bar{x}$ =3.57, S.D.=0.54) หลังได้รับโปรแกรม ($\bar{x}$ =1.52, S.D.=0.42) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ด้านที่ 4 ค่าเฉลี่ยด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาก่อนรับโปรแกรม ($\bar{x}=3.75$, S.D.= 0.68) หลังรับโปรแกรม ($\bar{x}=2.39$, S.D.=0.43) พบว่า หลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

สรุปผลรายด้านทั้ง 4 ด้าน ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับโปรแกรม ($\bar{x}=3.46$, S.D.= 0.38) หลังรับโปรแกรม ($\bar{x}=1.72$, S.D.= 0.31) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบโดยรวมทุกข้อ คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (n=30)

ความรู้สึกไม่แน่นอน	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
รวม	3.46	0.38	1.72	0.31	19.75	0.001

Significant level at p-value < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า สรุปปรายรวมทุกข้อ คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนรับโปรแกรม($\bar{x}=3.46$, S.D.=0.38) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และหลังรับโปรแกรม ($\bar{x}=1.72$, S.D.=0.31) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนหลังรับโปรแกรมลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

การอภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัย ค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจลดลง กว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน ดังนี้ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สรุปรวมทั้ง 24 ข้อ คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{x}=3.46$, S.D.=0.38) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย เท่ากับ ($\bar{x}=1.72$, S.D.= 0.31) ซึ่งพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนหลังได้รับโปรแกรมลดลงอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุน สมมติฐานที่ตั้งไว้และสนับสนุนทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เดินทางมาเพื่อเข้ารับการตรวจสวนหัวใจที่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชแห่งนี้ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโรคที่ตนเองเป็น ความสามารถในการรู้คิด แหล่งที่ให้การช่วยเหลือ ซึ่งการได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือจากทีมบุคลากรทางสุขภาพ จะสามารถลดความไม่เข้าใจที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง เมื่อได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับ

การสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งผลคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ละมัย อยู่เย็น (2559) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล และด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ ผลคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปผลรายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้านของความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยหลังรับโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนตรวจสวนหัวใจมีความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงต่ำกว่าก่อนรับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยในลักษณะเดียวกันในประเทศไทย และต่างประเทศ ที่ทำการศึกษารู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ แต่พบงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ ได้แก่ งานวิจัยของละมัย อยู่เย็น (2559) ได้ผลสอดคล้องกันโดยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่ 4 มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงที่สุด และของดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ได้ผลสอดคล้องกันโดยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่ 4 มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงที่สุด จากผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายด้านสามารถทำนายผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ลดลงต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่ 4 มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงที่สุด เนื่องจาก ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการเข้ารับการตรวจสวนหัวใจซึ่งเป็นการตรวจสวนหัวใจครั้งแรก ซึ่งผลของการวินิจฉัยที่ยังไม่แน่นอน และยังไม่ทราบทั้งแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งไม่มีใครยืนยันผลตรวจและการรักษาก่อนที่จะเห็นว่าเส้นเลือดหัวใจตีบมากจนสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นมากหรือน้อยได้แน่นอน ประกอบกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่สำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลทุกคนรับรู้หัวใจเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อการมีชีวิต (Whitehead, et al., 2005) การสวนหัวใจโดยตรง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนหวาดกลัวเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจและกลัวการเสียชีวิตจากการตรวจสวนหัวใจ และหลังการตรวจสวนหัวใจ ผู้ป่วยยังอาจมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่บ้าง เนื่องจากยังไม่แน่ใจว่ากลับไปอยู่บ้านจะสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากการสวนหัวใจครั้งแรก อาจทำให้ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงน้อยกว่าด้านอื่น ๆ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งมิเชล (Mishel, 1988) มีปัจจัยทั้งทางตรงและทางอ้อม 3 ประการ คือ (1) แบบแผนตัวกระตุ้น (stimuli Frame) หมายถึง รูปแบบ ส่วนประกอบหรือโครงสร้างของตัวกระตุ้นที่ผู้ป่วยรับรู้ตัวกระตุ้นนี้ คือ ความเจ็บป่วยหรือวิธีการรักษา ซึ่งแบบแผนของตัวกระตุ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ รูปแบบของอาการแสดงออก (symptom pattern) ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (even familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง (even congruence) ส่วนประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถสร้างกรอบแผนความรู้ ความเข้าใจในเหตุการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (2) ความสามารถในการใช้สติปัญญา (cognitive capacity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการใช้สติปัญญาและความรู้ที่มีอยู่ รวมทั้งประสบการณ์มาพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความสามารถในการใช้สติปัญญาของผู้ป่วย ความสามารถในการรับรู้ข่าวสารสภาพร่างกายที่มีผลต่อความรู้สึกและความจำ ดังนั้นปริมาณและชนิดของข้อมูลผู้ป่วยได้รับควรเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา ไม่มากหรือน้อยเกินไปถ้าบุคคลนั้นได้รับข้อมูลผู้ป่วยได้รับข้อมูลมากเกินไปจะสามารถรับรู้ได้หรือข้อมูลได้รับน้อยเกินไปจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ (3) แหล่งประโยชน์ที่ให้

การสนับสนุนช่วยเหลือ (structure providers) หมายถึง แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถแปลความหมายของแบบแผนของตัวกระตุ้นได้เหมาะสมซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้แหล่งประโยชน์คือ พยาบาลผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือโดยผ่านรูปแบบกระตุ้นประกอบไปด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการให้ความรู้ และการสนับสนุนด้านอารมณ์มาใช้โดยที่เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่เชื่อถือ (credible authority) เป็นผู้ดำเนินการเอง และให้การสนับสนุนตาม กรอบของสิ่งที่เรารู้ทั้งสามรูปแบบที่กล่าวมา โดยในทางสติปัญญา (cognitive state) ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่มีเค้าโครงเรื่องราว หรือจำแนกเหตุการณ์ความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ เช่น ไม่รู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นจะรักษาอย่างไร อยู่โรงพยาบาลทำไม จะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการให้ความรู้โดยเลือกการสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านสื่อการบรรยายประกอบภาพและวีดิทัศน์สั้นๆ และสอดแทรกการสนับสนุนด้านอารมณ์ระหว่างการบรรยายเป็นระยะ โดยมีการสร้างความไว้วางใจ แสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ แสดงความปรารถนาดี และ เนื้อหาที่ให้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้สร้างความเชื่อให้มั่น จากการได้รับข้อมูลจากการสนับสนุนครั้งนี้ แล้วนำไปเผชิญปัญหาและมุ่งแก้ปัญหาหรืออันตรายที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่แล้วนำไปตัดสินใจแล้วปรับตัวได้ จึงลงความเห็นเพื่อรับการรักษา ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดให้มีเนื้อหาให้ครอบคลุมความรู้สึกไม่แน่นอนของ มิเชล 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย (ambiguity) คือ การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้อย่างครอบคลุม สาเหตุส่วนใหญ่ของความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยเกิดจากการใช้เทคโนโลยีในการรักษาที่ซับซ้อนต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้การตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ทันสมัย สามารถแยกความแตกต่างการรักษาหนึ่งกับการรักษาวิธีอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้การรักษาที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือไม่ได้รับการอธิบาย ทำให้เกิดความคลุมเครือเพิ่มมากขึ้น และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับไม่สามารถบอกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายได้ 2) การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความซับซ้อนของระบบการให้บริการ การวินิจฉัยกระบวนการรักษาพยาบาล (complexity) ซึ่งอาจเกิดจากการขาดประสบการณ์ หรือมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความสามารถทางสติปัญญา หรือ ข้อจำกัดทางการศึกษา มีปัญหาในการเรียนรู้ จากผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์และคณะ (2554) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.40 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Neuyen และคณะ (2012) (Neuyen et al., 2012) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ประเทศเวียดนามมีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา มากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เนื่องจากการศึกษา (education) ที่สูงทำให้บุคคลสามารถทำนายแบบแผนของอาการแสดง ค้นเคยกับประสบการณ์ที่ประสบอยู่ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (ละมัย อยู่เย็น, 2559) 3) ความไม่เพียงพอของข้อมูล (lack of information) มีความสัมพันธ์กับการขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและระบบการให้บริการเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือไม่ทราบข้อมูลที่เพียงพอ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยส่งผลให้ไม่สามารถสร้างความคาดหวังถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ 4) การไม่สามารถทำนายผลลัพธ์เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค (unpredictability) เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับบทบาทของตนเองและผลลัพธ์จากการเจ็บป่วย ขณะที่มีการเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่สามารถทำนายอนาคตได้ (Mishel, 1988)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจไปใช้ในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ
2. นำผลวิจัยที่ได้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ต้องทำหัตถการอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ (CABG)
3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาในการรักษา และทำหัตถการ ผลการรักษา ระยะฟื้นตัว เพื่อเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและจะลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้อย่างแท้จริง
4. ควรมีการต่อยอดในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้ครอบคลุมในทุกหอผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2560).จำนวนและอัตราตายโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน จำแนกตามจังหวัดในเขตบริการสาธารณสุข และจำแนกตาม สคร.12 เขต และภาพรวมประเทศ(รวมกรุงเทพมหานคร) ปี 2557 สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/information statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2561. สืบค้นจาก <http://www.bps.moph.go.th>.
- กอบกาญจน์ ศรประสิทธิ์. (2550). การผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในการดูแลสตรีที่เป็นโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์. กรุงเทพฯ: อลลายด์เพรส. หน้า 96.
- ขวัญเมือง สอนดา. (2558). ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการสวนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงเดือน สุวรรณพันธ์. (2544). ผลของการได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้สึกรู้สต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา โรจน์พินกร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์ เทพวัลย์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกุล และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2554). การรับรู้การเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์และประสบการณ์และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(1), 111-119.
- ละมัย อยู่เย็น. (2559). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

- วสินี สมศิริ, และจินตนา ชูเซ่ง. (2553). *ผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*
- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). *อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง วิเคราะห์ข้อมูลโดยกลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ ปี 2555-2557.
- อภิชาติ สุนทรสรรพ. (2543). *โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี*. เชียงใหม่: ไอดีเนตตีกรุป.
- Bashore, T.M., Berger, P.B., O’Laughlin, M.P., Dehmer, G.J. (2001). *American College of Cardiology/Society for Cardiac Angiography and Interventions Clinical Expert Consensus Document on Cardiac Catheterization Laboratory Standards*. Catheterization and Cardiovascular Intervention, 53, 281-286.
- Elliott D. (1994). *The effects of music and muscle relaxation on patient anxiety in a coronary care unit*. Heart Lung. 23(1), 27-35.
- Houston, S., Eagen, M., Freeborg, S., & Dougherty, D. (1996). *A comparison of structured versus guide preheat catheterization information on mood states and coping resources*. Applied Nursing Research, 9(4), 189-194.
- Kern, M.J. (2003). *The cardiac catheterization handbook*. Missouri: Mosby.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lunden, M.H., Bengtson, A., & Lundgren, S.M. (2006). *Hours during and after coronary intervention and angiography*. Clinical Nursing Research, 15(4), 274-289.
- Lukkarinen, H., & Lukkarinen, O. (2007). *Sexual satisfaction among patients after coronary bypass surgery or percutaneous transluminal angioplasty: Eight-year follow-up*. Heart & Lung, 36(4), 262-269.
- McNamara, E.M., Burnham, C. D., Smith, C., & Carroll. L.D. (2003). *The effects of back massage before diagnostic cardiac catheterization*. Alternative Therapies, 9(1), 50-56.
- Mishel, M. H. (1988). *Uncertainty in illness*. Image: Journal of Nursing Scholarship, 20(4), 225-232.
- Nguyen, QN., Pham, ST., Do, LD., Nguyen, VL., Wall, S., Weinehall, L., Bonita, R., & Byass, P. (2012). *Cardiovascular disease risk factor patterns and their implication for intervention strategies in vietnam*. Int J Hypertens, 560397. <http://doi.org/10.1155/2012/560397>.
- Oka, R. K., Burke, L.E., & Froelicher, E.S.S. (1995). *Emotional Responses and Inpatient Cardiac Nursing (3rd ed)*. Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Okvat, A. H., Ting W., & Namerow B.P. (2002). *Massage therapy for patients undergoing cardiac catheterization*. Alternative Therapies, 8(1), 68-75.

Whitehead DL, Strike P, Perkins-Parras L, Steptoe, (2005). *A Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndrome and consequences for adaptation*. American Journal of Cardiology, 96(11), 1512-1516.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย
 ของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก
 THE EFFECT OF SELF-EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM ON EXERCISE
 BEHAVIOR IN OLDER ADULTS WITH SUBDURAL HEMATOMA

ปิ่นรัฐ รักขติวงศ์* นาริรัตน์ จิตรมนตรี** วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์***

PINRATH RUKHATIWONG* NARIRAT JITRAMONTREE** VIRAPUN WIROJRATANA***

Received: May 2, 2020

Accepted: June 29, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial ; RCT) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ที่เข้ารับการรักษาทันทีผู้ป่วยประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด สุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายร่วมกับการดูแลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โปรแกรมฯ สร้างโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) ประกอบด้วยสื่อเว็บไซต์ให้ความรู้และคลิปวิดีโอแนะนำแบบผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก แบบบันทึกการออกกำลังกาย แผนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ ANCOVA โดยควบคุมคะแนนพฤติกรรมก่อนทดลอง ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยสูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

คำสำคัญ : โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน / พฤติกรรมการออกกำลังกาย / ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail : pinrath@outlook.co.th

**ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ E-mail : nsnjrm@gmail.com

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail : headnsfn@mahodol.ac.th

Abstract

This study was a randomized controlled trial (RCT). The objective of this study was to investigate the effect of self-efficacy promoting program for enhancing physical exercise behavior among older adults with subdural hematoma. The sample of this study was 60 older adults with subdural hematoma admitted to the neurosurgery ward, Siriraj hospital. The sample was selected based on the inclusion criteria, then it was randomly divided into two groups: the experimental group (n=30) and the control group (n=30). The experimental group was given a self-efficacy promoting program in addition to standard care, whilst the control group received only standard care. The program was developed based on self - efficacy theory, comprising website for information and video clip for model presentation, exercise form, and telephone follow-up plan. The instrument was a questionnaire consisted of 1) general information and illness 2) physical exercise behavior of older adults with subdural hematoma. Data were analyzed by comparing mean scores of physical exercise behavior between the experimental group and the control group using ANCOVA. Mean scores at pre - experimental period were controlled.

The results revealed that the experimental group had higher physical exercise behavior than the control group with a statistical difference ($p < .05$).

The study suggests that nurses should apply the self-efficacy enhancement program in caring for older adults with subdural hematoma.

Keywords : self – efficacy enhancement program/ exercise behavior/ older with subdural hematoma

บทนำ

วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราเกิดและการตายลดลง มีผลกระทบต่อโครงสร้างประชากร ขนาดของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยสถานการณ์การสูงวัยของประชากรโลกในปี 2558 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 901 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรโลกเข้าเกณฑ์การเป็นสังคมสูงวัย สำหรับประชากรอาเซียน มีทั้งหมด 630 ล้านคน เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 59 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9 โดยประเทศไทยเข้าเกณฑ์เป็นสังคมสูงวัยแล้ว โดยมีประชากรสูงอายุ 11 ล้านคน จาก 65.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

อุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก พบได้ในทุกวัยตั้งแต่เด็กแรกเกิดไปจนถึงผู้สูงอายุ ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเกิดได้ใกล้เคียงกัน องค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายงาน The Global status report on non-communicable diseases ปี 2014 พบอุบัติการณ์เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ ร้อยละ 75 รายงานภาวะเลือดออกในสมอง ร้อยละ 11.9 ของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด มีความรุนแรง

คือผู้ป่วยภาวะเลือดออกในสมองมีอัตราการตายร้อยละ 31.1 โดยเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 78 สาเหตุของภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองในผู้สูงอายุ พบบ่อยในผู้สูงอายุชาย การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ สมองขาดเลือด ตีบสุรา และมีประวัติได้รับบาดเจ็บหลายครั้ง ประวัติมีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น (Edward et al., 2014) ส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 20 - 30 โดยบริเวณที่เลือดแดงไหลออกมาสะสมเป็นก้อนเลือดมักเป็นบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองแถวกลีบสมองส่วน temporoparietal (Feliciano & Jesus, 2008)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกที่ดี นอกจากการส่งเสริมพฤติกรรมด้านการรับประทานยาตามคำสั่งการรักษา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุแล้ว พฤติกรรมสำคัญอีกประการหนึ่งที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการมีเลือดออกซ้ำและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วยภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกได้ คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยให้การไหลเวียนของหลอดเลือดในสมองทำงานดีขึ้น ระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายมีการสั่งงานและทำงานประสานกันได้ดี ในระบบของประสาทอัตโนมัติ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ในหอผู้ป่วยประสาทศัลยศาสตร์ จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัย พบว่า มีพฤติกรรมการออกกำลังกายต่ำ โดยจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความกังวลเกี่ยวกับชนิดของการออกกำลังกาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้วยวิธีการเดินเร็ว เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ลดความดันโลหิต และลดการกลับเป็นซ้ำดังนั้นการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ดีย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ ในบทบาทของผู้วิจัยคือ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยประสาทศัลยศาสตร์สมอง จึงมีความสนใจในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก จึงสนใจสร้างโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดทฤษฎี Self - efficacy ของ Bandura เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก โดยเชื่อว่าโปรแกรมห้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ความดันโลหิตลดลง ยังผลไปสู่การลดความรุนแรงการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้สูงอายุ และยกระดับมาตรฐานการพยาบาลไทยต่อไป (วิศาล คันธารัตนกุล, 2550 และ Glen & Gardner, 2015)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้เลือกกรอบแนวคิดการวิจัยโดยประยุกต์ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) ของ Albert Bandura (1997) ซึ่งแบนดูรา กล่าวว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้นั้นขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความเชื่อในสมรรถนะ และเมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังในผลลัพธ์

และความเชื่อในสมรรถนะ แบบดรูรา เชื่อว่า ความเชื่อในสมรรถนะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และการดำรงอยู่ของพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก โดยนำกระบวนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบบดรูรามาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม ซึ่งขั้นตอนในการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ (Vicarious experiences) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) และสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial ; RCT) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre – post test design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) กลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประเมินโดยผู้วิจัย ได้แก่ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) ใช้ประเมินผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก เพื่อคัดกรองเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย การประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับความนิยมในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด มีจำนวน 11 ข้อ การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องตอบคำถามข้อที่ 4,9,10) หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน แสดงว่ามีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน แสดงว่ามีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน แสดงว่ามีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง

1.2 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป General health questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ) (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) Thai GHQ-12 ซึ่งมีข้อคำถาม 12 ข้อ โดยจุดตัดอยู่ที่ 2 คะแนนขึ้นไป ถือว่าผิดปกติโดยเป็นแบบประเมินเบื้องต้นว่ามีสภาวะทางอารมณ์เป็นอย่างไร แต่ไม่ได้เป็นเครื่องมือวินิจฉัยโรค และเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันมากกว่า 36 ภาษาทั่วโลก ดังนั้นหากผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้ 2 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำและประเมินซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยันผู้เข้าร่วมวิจัยปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่

กระบวนการที่ 1 การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่สำเร็จด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกได้มีประสบการณ์ตรง จากการฝึกกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การเดินเร็ว มีการให้จัดเป็นภารกิจทีละขั้น โดยมีแบบบันทึกให้ผู้สูงอายุเห็นความสำเร็จในการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น และมีการประเมินในผลการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง

กระบวนการที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเกิดการเรียนรู้และสังเกตการกระทำจากตัวแบบโดยผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ได้สังเกตตัวแบบในคลิปวิดีโอ จากเว็บไซต์เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ซึ่งมีเนื้อหาเหมือนความรู้ที่ได้รับในขั้นตอนการได้รับคำแนะนำหรือใช้คำพูดชักจูง

กระบวนการที่ 3 การได้รับคำแนะนำหรือใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก เชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการออกกำลังกายได้โดยใช้คำพูดชักจูงให้เชื่อในสมรรถนะแห่งตนทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังจากฝึกทักษะการเดิน ประกอบกับการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนในหัวเรื่องการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ เพื่อลดความตึงเครียดและเตรียมร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองให้พร้อม โดยซักถามอาการ ประเมินสภาพทั่วไป เตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 5 ครั้ง มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี จัดสถานที่ให้เหมาะสมมีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ลดอุปสรรคในการเรียนรู้จากกิจกรรมต่าง ๆ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและมีความเชื่อมั่น (Valid) เท่ากับ 1 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่าน ซึ่งมีความเหมาะสมในการสอบถามผู้ป่วยสูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Average) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

โดยใช้ค่าสถิติไค - สแควร์ (Chi-square test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุมคะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลอง ใช้สถิติทดสอบ ANCOVA

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ณ หอผู้ป่วยประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 66.33 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-64 ปี ร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรส/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 86.7 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.3 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 การประกอบอาชีพก่อนการเจ็บป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.7 รายได้ปัจจุบันอยู่ในช่วงน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 83.3 ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 66.7 สำหรับกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 67.57 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 43.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 90 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 การประกอบอาชีพก่อนการเจ็บป่วยประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50 รายได้ปัจจุบันอยู่ในช่วงน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 86.7 ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 53.3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วย รายได้เฉลี่ย และความเพียงพอของรายได้ ไม่แตกต่างกัน

การเจ็บป่วยของกลุ่มทดลอง มีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน ร้อยละ 46.7 ไม่มีอาการแขน ขา อ่อนแรง ร้อยละ 83.3 กลุ่มทดลองเกือบทั้งหมด เดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ร้อยละ 90 ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ร้อยละ 50 สถานที่ออกกำลังกายส่วนใหญ่ออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ ร้อยละ 73.3 ได้รับการวินิจฉัย Acute subdural hematoma ร้อยละ 43.3 ระดับความเจ็บปวดก่อนผ่าตัด 0 - 3 คะแนน ร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มควบคุม โรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 ไม่มีอาการแขน ขา อ่อนแรง ร้อยละ 90 กลุ่มควบคุมเกือบทั้งหมดเดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ร้อยละ 96.67 สิทธิการรักษาใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ร้อยละ 40 สถานที่ออกกำลังกายส่วนใหญ่ออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ ร้อยละ 40 ได้รับการวินิจฉัย Acute subdural hematoma ร้อยละ 60 ระดับความเจ็บปวด 0 - 3 คะแนน ร้อยละ 90 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi - square test พบว่า โรคประจำตัว ไม่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มทดลองโรคประจำตัวโรคเบาหวาน ส่วนกลุ่มควบคุมโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง และสถานที่ออกกำลังกายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ ดังตาราง 1

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุมคะแนนพฤติกรรมก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมออกกำลังกายเท่ากับ 0.78 (SD = 0.07) ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม

ออกกำลังกายเท่ากับ 0.55 (SD = 0.15) จึงสรุปว่าหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($F = 12.88$) ดังตาราง 2

พฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกปฏิบัติ 3 อันดับสูงสุดได้แก่ ออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที และมีอาการปวดศีรษะขณะออกกำลังกาย ท่านหยุดออกกำลังกาย ($M=4.73$, $SD=0.75$) ออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 30 นาที ($M = 4.53$, $SD=0.51$) และสวมเสื้อผ้าที่มีการระบายอากาศได้ดีขณะออกกำลังกาย และอบอุ่นร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ก่อนออกกำลังกาย 5 - 10 นาที ($M=4.40$, $SD=0.62$) ส่วนพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหลังการทดลองที่ปฏิบัติ 3 อันดับน้อยที่สุด ได้แก่ ยังคงออกกำลังกายหลังผ่าตัดที่ศีรษะ แม้บุคคลรอบข้างไม่สนับสนุนให้ท่านออกกำลังกาย ($M=3.45$, $SD=1.36$) ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยพอสมควรที่ยังสามารถพูดจนจบประโยคได้ ($M=3.37$, $SD=1.24$) และสวมรองเท้าที่รับน้ำหนักได้ดีขณะออกกำลังกาย ($M=3.17$, $SD=1.05$) ดังตาราง 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square test และ Fisher's exact test

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n=30$)		กลุ่มควบคุม ($n=30$)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.00 ^a
ชาย	11	36.7	11	36.7	
หญิง	19	63.3	19	63.3	
อายุ Mean $\pm$ SD	66.33 $\pm$ 5.54		67.57 $\pm$ 5.22		0.56 ^b
60-64 ปี	15	50.0	9	30.0	
65-69 ปี	9	30.0	13	43.3	
70-74 ปี	2	6.7	4	13.3	
75-79 ปี	3	10.0	3	10.0	
80 ปีขึ้นไป	1	3.3	1	3.3	
สถานภาพสมรส					0.63 ^b
โสด/หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	26	86.7	15	50.0	
สมรส	4	13.3	15	50.0	
ศาสนา					0.17 ^a
พุทธ	22	73.3	27	90.0	
คริสต์	7	23.3	1	3.3	
อิสลาม	1	3.3	2	6.7	

* $p < .05$ a = Chi-Square test, b=Fisher's exact test

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square test และ Fisher's exact test (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					0.78 ^b
ไม่ได้ศึกษา	6	20.0	9	30.0	
ประถมศึกษา	20	66.7	14	46.7	
มัธยมศึกษา	1	3.3	1	3.3	
อนุปริญญา	1	3.3	3	10.0	
ปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.3	2	6.7	

*p <.05 a = Chi-Square test, b=Fisher's exact test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ ANCOVA โดยควบคุมคะแนนพฤติกรรมก่อนทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมการออกกำลังกาย		F	p
	M	SD		
กลุ่มทดลอง	0.78	0.07	12.88	<.01*
กลุ่มควบคุม	0.55	0.15		

*p <.05

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายรายข้อของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	M	SD	ระดับพฤติกรรม
ออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที	4.73	0.53	มากที่สุด
มีอาการปวดศีรษะขณะออกกำลังกาย ท่านหยุดออกกำลังกาย*	4.73	0.53	มากที่สุด
ออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 30 นาที	4.53	0.51	มากที่สุด
สวมเสื้อผ้าที่มีการระบายอากาศได้ดีขณะออกกำลังกาย	4.40	0.62	มากที่สุด
อบอุ่นร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกาย 5-10 นาที	4.40	0.62	มากที่สุด

* ข้อคำถามด้านลบ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายรายข้อของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับพฤติกรรม
ผ่อนคลายร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย 5-10 นาที	4.30	0.75	มากที่สุด
ยังคงออกกำลังกายหลังผ่าตัดที่ศีรษะ แม้ว่าท่านจะกลัวอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย*	4.30	0.75	มากที่สุด
ไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามแผนที่กำหนดไว้*	4.27	0.64	มากที่สุด
ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	4.10	0.67	มากที่สุด
ยังคงออกกำลังกายหลังผ่าตัดที่ศีรษะ แม้บุคคลรอบข้างไม่สนับสนุนให้ท่านออกกำลังกาย *	3.45	1.36	ปานกลาง
ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยพอสมควร ที่ยังสามารถพูดจนจบประโยคได้*	3.37	1.24	ปานกลาง
สวมรองเท้าที่รับน้ำหนักได้ดีขณะออกกำลังกาย	3.17	1.05	ปานกลาง

* ข้อคำถามด้านลบ

อภิปรายผลการศึกษา

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุมคะแนนพฤติกรรมก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมออกกำลังกายเท่ากับ 0.78 ($SD = 0.07$) ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมออกกำลังกายเท่ากับ 0.55 ($SD = 0.15$) จึงสรุปว่าหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($F = 12.88$) อธิบายได้ว่าการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยโดยประยุกต์ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Albert Bandura (1997) ซึ่งการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือสมรรถนะแห่งตนที่ดีเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม ทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่ การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับคำแนะนำหรือใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ โปรแกรมฯในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ 4 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่สำเร็จด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกได้มีประสบการณ์ตรง จากการฝึกกระทำในกิจกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินเร็ว มีการให้จัดเป็นภารกิจทีละขั้น โดยมีแบบบันทึกให้ผู้สูงอายุเห็นความสำเร็จในการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น และมีการประเมินในผลการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง

กระบวนการที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเกิดการเรียนรู้และสังเกตการกระทำจากตัวแบบโดยผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้สังเกตตัวแบบในคลิปวิดีโอ จากเว็บไซต์เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ซึ่งมีเนื้อหาเหมือนความรู้ที่ได้รับในขั้นตอนการได้รับคำแนะนำหรือใช้คำพูดชักจูง

กระบวนการที่ 3 การได้รับคำแนะนำหรือใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก เชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการออกกำลังกายได้โดยใช้คำพูดชักจูงให้เชื่อในสมรรถนะแห่งตนทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังจากฝึกทักษะการเดินเร็ว ประกอบกับการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนในหัวเรื่องการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

กระบวนการที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ เพื่อลดความตึงเครียดและเตรียมร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองให้พร้อม โดยซักถามอาการ ประเมินสภาพทั่วไป เตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 5 ครั้ง มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี จัดสถานที่ให้เหมาะสมมีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ลดอุปสรรคในการเรียนรู้จากกิจกรรมต่างๆ โดยมีแหล่งสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ พรทิพย์พา ธิมายอม (2555) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มผู้รับบริการที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถการออกกำลังกายของตนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) และการรับรู้ความสามารถของตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้รับบริการ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Allison และ Keller (2014) ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้า ควบคุม และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยตนเอง การพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถที่เพิ่มขึ้น สอบถามและอธิบายถึงอาการแสดงที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้มองถึงผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจรายอื่น ที่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจนประสบความสำเร็จซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผลการทดลองครั้งนี้ นอกจากจะสอดคล้องกับทฤษฎีและผลการศึกษาที่คล้ายกันแล้ว ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย คือ อายุ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 66.33 ปี ส่วนใหญ่

อยู่ในช่วงอายุ 60-64 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ยังมีความสามารถในการออกกำลังกายได้ ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหลังการผ่าตัดที่ปฏิบัติ 3 อันดับน้อยที่สุด ได้แก่ ยังคงออกกำลังกายหลังผ่าตัดที่ศีรษะ แม้บุคคลรอบข้างไม่สนับสนุนให้ท่านออกกำลังกาย ($M=3.45$, $SD=1.36$) ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยพอประมาณที่ยังสามารถพูดจนจบประโยคได้ ($M=3.37$, $SD=1.24$) และสวมรองเท้าที่รับน้ำหนักได้ดีขณะออกกำลังกาย ($M=3.17$, $SD=1.05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุก้าวข้ามอันตรายจากการออกกำลังกาย ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก จึงอาจต้อง ให้บุคคลรอบข้างสนับสนุนการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลางจนรู้สึกเหนื่อย และสวมรองเท้าที่รับน้ำหนักได้ดีขณะออกกำลังกาย ดังนั้นผลการศึกษาพบ ว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีผลส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหลังการผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดควรนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหลังการผ่าตัด ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และสามารถออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง

ด้านการศึกษาพยาบาล

สถาบันการศึกษาควรนำผลการศึกษาไปประกอบการสอนเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหลังการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหลังการผ่าตัด อย่างต่อเนื่องในระยะยาวประมาณ 30 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม และติดตามเรื่องการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 30 วัน

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. [รายงานประจำปี]. สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค.2560 จาก <http://thaitgri.org/?p=37841>
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง ชัชวาล ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 41(1) : 2 – 17
- พรธิพา ธิมายอม. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของคนที่มีความพิการทางสุขภาพของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28(2), 33-45.

- วิศาล คันธารัตนกุล. (2550). *สรีรวิทยาการออกกำลังกาย ใน วิศาล คันธารัตนกุล และภาริส วงศ์แพทย์ (บรรณาธิการ). คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โฮลิซซิงค์พับลิช.*
- Allison, M. J., & Keller, C. (2014). *Self-Efficacy intervention effect on physical activity in older adults*. Western Journal of Nursing Research, 32(8), 31-46.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Edwards MD, et al. (2014) *Interactions between chromosomal and nonchromosomal elements reveal missing heritability*. Proc Natl Acad Sci U S A 111(21):7719-22
- Glen, M., & Gardner, K. I. (2015). *Effectiveness of short-term aerobic exercise program on cardiovascular risk profile in moderate risk adults: a randomized controlled pilot study*. Journal of Health and Research, 2(1), 38-45.

บทความวิจัย

การศึกษาติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยเบาหวาน

ในคลินิก Comprehensive NCD clinic โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

Following the trend to change of HbA1c on diabetes patient

in Comprehensive NCD clinic Vajira Hospital

ณัฐภัสสร เดิมขุนทด* สว่างจิต สุระอมรกุล**

รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ*** ชาญวัฒน์ ชวนตันติกมล****

Natphassorn Dermkhuntod* Swangjit Sura-Amornkul**

Ratchaneewan Kwancharoen*** Charnwat chuantantikamol****

Received: April 29, 2020

Accepted: June 27, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี (Poor control) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานใน Comprehensive NCD clinic โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 30 ราย ที่เข้ารับบริการครั้งแรกตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2560 และมาตรวจตามนัดต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดและไม่มีการปรับเพิ่มยาตลอดการติดตาม 18 เดือน ติดตามผลของน้ำตาลสะสม (HbA1C) หลังจากรับบริการครั้งแรกจนถึงเดือนที่ 18 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินแรกเข้า Comprehensive NCD clinic วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ผลของน้ำตาลสะสม (HbA1C) ด้วยสถิติ Linear mixed model โดยโปรแกรม Stata

ผลการศึกษการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) หลังติดตามทุก 3 เดือน พบว่า เดือนที่ 3 ลดลง 1.57 (95%CI: -2.05 to -1.09) เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เดือนที่ 6 ลดลง 2.05 (95%CI: -2.58 to -1.52) เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เดือนที่ 9 ลดลง 2.34 (95%CI: -2.95 to -1.74) เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เดือนที่ 12 ลดลง 2.13 (95%CI: -2.65 to -1.62) เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เดือนที่ 15 ลดลง 2.18 (95%CI: -2.77 to -1.59) เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เดือนที่ 18 ลดลง 2.13 (95%CI: -2.83 to -1.44) เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม

* ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล e-mail : tong.naphat@hitmail.com

** corresponding author อาจารย์ประจำหน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

*** อาจารย์ประจำหน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

**** แพทย์ประจำบ้านต่อมไร้ท่อ อนุสาขายูรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

(HbA1c) หลังติดตามผลการรักษาทุก 3 เดือน ถึง 18 เดือน โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Linear mixed model พบว่า ลดลงเฉลี่ย 0.09 ต่อเดือน (95%CI: -0.12 to - 0.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และจะลดลงมากที่สุดเดือนที่ 9 และชะลอการลดลงเดือนที่ 12 15 และ 18

การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ควรเพิ่มเติมหรือกระตุ้นเตือนผู้ป่วย หรือเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้ความรู้ใหม่ที่ผู้ป่วยสนใจภายหลังได้รับการติดตามให้ความรู้ 9 เดือนเป็นต้นไป

คำสำคัญ : น้ำตาลเฉลี่ยสะสม/ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง/ Comprehensive NCD clinic

Abstract

This retrospective study is about following the trend to change of HbA1c on diabetes poor control patients. The sample are 30 diabetes patients in comprehensive NCD clinic Vajira Hospital, total of them on service the first time since 1 November 2016 to 31 march 2017 and continuing follow up at least 1 year. Purposive sampling only does not adjust medicine and always visit follow up through 18 months. Follow HbA1C after first visit until 18 months, tool for collect data is assessment form of Comprehensive NCD clinic. Analysis of Personal information by descriptive statistics and trend of HbA1C Linear mixed model by stata program.

Result of study about variation HbA1C after follow up 3 months found that 3 months reduced by 1.57 (95%CI: -2.05 to -1.09) when compared to the first statistically significant (p-value < 0.001). Month 6 decreased by 2.05 (95%CI: -2.58 to -1.52) when compared to the first statistically significant (p-value < 0.001). Month 9 decreased by 2.34 (95%CI: -2.95 to -1.74) when compared to the first statistically significant (p-value < 0.001). Month 12 decreased by 2.13 (95%CI: -2.65 to -1.62) when compared to the first statistically significant (p-value < 0.001). Month 15 decreased by 2.18 (95%CI: -2.77 to -1.59) when compared to the first statistically significant (p-value < 0.001). Month 18 decreased by 2.13 (95%CI: -2.83 to -1.44) when compared to the first statistically significant (p-value < 0.001). Changes in average HbA1C after follow-up very 3 months to 18 months by analysis with linear mixed model found that average decrease 0.09 per month (95%CI: -0.12 to - 0.06) statistical significant (p-value < 0.001) and will decrease by the most at 9 months and then will slow down the months 12 15 and 18

Educating for behavior modifications for sustainability should have knowledge awareness patient or change the style of knowledge that patients are interest in after receiving knowledge for 9 months onwards.

Keyword : HbA1C/ Trend change/ Comprehensive NCD clinic

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2040 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่อายุ 20-79 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนทั่วโลก (IDF, 2017) สำหรับประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 8.8 คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 4.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2552 ซึ่งพบเพียงร้อยละ 6.9 หรือประมาณ 3.2 ล้านคน (วิชัย เอกพลากร, 2557) ประเมินได้ว่า คนไทย 11 คนเป็นเบาหวาน 1 คน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) คณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สถิติจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวนเพิ่มขึ้น ต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2558 2559 และ 2560 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานต่อปีเท่ากับ 30,774, 30,377 และ 42,478 คน ตามลำดับ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพที่สำคัญ

โรคเบาหวาน คือความผิดปกติของตับอ่อนที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่ได้ หรือผลิตไม่เพียงพอหรือมีภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดส่วนปลาย โรคตา โรคไต ระบบประสาทหรือระบบประสาทถูกทำลาย ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นที่เป็น ภาวะคุกคามชีวิตเกิดการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อย เพิ่มขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านอาหาร และการมีกิจกรรม ทางด้านร่างกายที่เปลี่ยนไป เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน คือการทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิต การรักษาโรคเบาหวาน นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การให้ความรู้และช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะการจัดการดูแลตนเอง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยาและการออกกำลังกาย จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ ด้วยตนเองและสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้

ผลกระทบจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ก่อให้เกิดภาวะ ให้กับผู้ป่วยและระบบสุขภาพ โดยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะทำลายเส้นเลือดแดงฝอยขนาดเล็ก ในตา ไต และเส้นประสาท ซึ่งเรียกรวมเป็น โรคแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดเล็ก (Micro vascular complications) และยังก่อให้เกิดผลเสียต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หรือเรียกว่า โรคแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macrovascular complications) โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงในสมอง ทำให้ เนื้อสมองขาดออกซิเจน โรคเบาหวานเร่งขบวนการของหลอดเลือดแดงแข็งตัว และการแตกของ Plaque ที่สะสมที่ผนังหลอดเลือดทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานเกิดโรคหลอดเลือดสมองบ่อยกว่า คนปกติ 3 - 4 เท่า (Khouri et al., 2013) จากการศึกษาปี 2546 ผู้ป่วยเบาหวาน 9,400 คนใน 11 โรงพยาบาล พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือโรคไตจากเบาหวาน โดยพบมากถึงร้อยละ 43.9 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ขึ้นจอตาและโรคหลอดเลือดหัวใจ พบ ร้อยละ 30.7 และ 8.1 ตามลำดับ และการศึกษาติดตามระยะเวลา 4 ปี ในปี พ.ศ. 2549 - 2553 ในผู้ป่วยจำนวน 1,120 พบว่า ร้อยละ 24 มีการสูญเสียประสาทรับความรู้สึกบริเวณเท้า จากโรคเบาหวาน (Diabetic neuropathy) และผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) สูง เสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีระดับน้ำตาลสะสมปกติ โดย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ที่มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมร้อยละ 7 - 7.9 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของเบาหวานมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมน้อยกว่าร้อยละ 7 เป็น 0.8 เท่า และที่มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8 เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมน้อยกว่าร้อยละ 7 เป็น 1.7 เท่า (ราม รังสินธ์ และปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์, 2555)

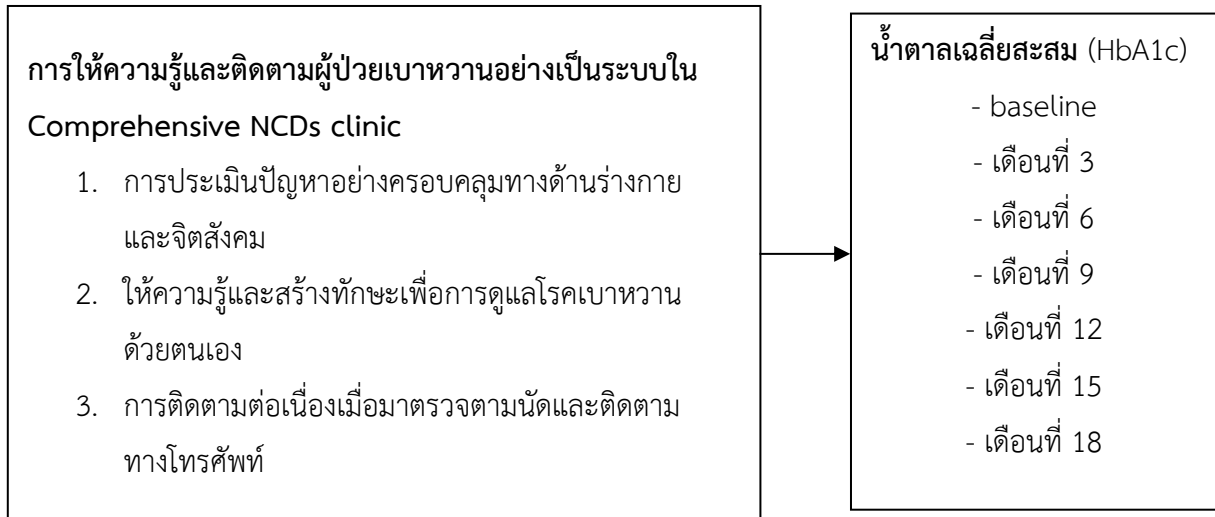
น้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) เป็นค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในช่วง 60-120 วัน เป็นตัวทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กที่สำคัญ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือการควบคุมโรคเบาหวานไม่ดีสามารถวัดโดยใช้ระดับใช้ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) เป็นตัวทำนายการควบคุมเบาหวาน หากน้อยกว่าร้อยละ 7 บ่งบอกว่าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (American Diabetes Association, 2007) น้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่มากกว่าร้อยละ 7 สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้น และสัมพันธ์กับอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการศึกษา United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) พบว่า ทุก ๆ ร้อยละ 1 ของน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่ลดลง จะลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กได้ร้อยละ 37 ลดการผ่าตัดตัดอวัยวะได้ร้อยละ 19 ลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 16 ลดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 14 ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 12 (Stratton et al., 2000) ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติหรือใกล้เคียงกับระดับปกติหรือให้ได้ตามเป้าหมายเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (Diabetes care, 2012) และเนื่องจากการรักษาโรคเบาหวานผู้ป่วยต้องดูแลตนเองเป็นสำคัญ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค การกระตุ้นและสร้างให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องและการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญ

การศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น ภายหลังได้รับความรู้และติดตามในระยะเวลาประมาณ 3 เดือน (ณัฐภัสสร เดิมขุนทดและประสิทธิ์ ลีวัฒนภัทร, 2560) แต่ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลเริ่มลดลงในการติดตามครั้งก่อนครบ 1 ปี (บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ และน้ำเพชร สายบัวทอง, 2551) โดย พบว่า ในช่วง 3 - 6 เดือนแรกของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลงดี อยู่ระหว่าง 0.5 ถึง 1.8% ภายหลังการติดตาม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นภายหลังการติดตาม 6 เดือน ขึ้นไป แต่พบว่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่อง (Hsu & Tai, 2014)

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีหรือมีน้ำตาลสะสมมากกว่า 8% ของ comprehensive NCDs clinic คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยการติดตามโดยพยาบาล ผู้จัดการรายกรณี ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จากการสังเกตการณ์ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งและค่าน้ำตาลสะสมจะเพิ่มขึ้นภายหลังการควบคุมไปได้ประมาณ 6 เดือน โดย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายการรักษาของแพทย์ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงดีในช่วงแรกหลังได้รับการเข้ารับบริการ แต่จะเพิ่มสูงขึ้นในระยะต่อมา ซึ่งการมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่เปลี่ยนแปลงไม่ยั่งยืนหรือเป็นความไม่แน่นอนนี้ อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยที่ดูแลและติดตาม เพื่อประเมินช่วงเวลาที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มสูงขึ้น หรือช่วงเวลาที่มีการลดลงได้ดี และเพื่อวางแผนออกแบบ

กิจกรรมการพยาบาลให้ความรู้หรือการกระตุ้นเตือนหรือติดตามผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ระดับน้ำตาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีการติดตามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการควบคุมโรคเบาหวานด้วยตนเอง

กรอบแนวคิด



วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับบริการใน Comprehensive NCD clinic ภายหลังการติดตาม 1 ปี
2. วัตถุประสงค์รอง เพื่อศึกษาช่วงเวลาที่มีประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง หรือช่วงเวลาที่มีแนวโน้มน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) เพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ในระยะเวลา 1 ปี หลังเข้ารับบริการใน Comprehensive NCDs clinic ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (Poor control)

ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ที่เข้ารับบริการใน Comprehensive NCDs clinic ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2560 และรับบริการต่อเนื่องตามแพทย์นัดทุก 3 เดือน จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2561

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (Poor control) ที่ไม่ได้รับการปรับเพิ่มยาตลอดการติดตาม 18 เดือน หลังเข้ารับบริการใน Comprehensive NCDs clinic

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการวัดตัวแปร คือแบบบันทึกการประเมินแรกเข้า Comprehensive NCDs clinic สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูล ต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ เพศ สิทธิการรักษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดตีบที่ขา โรคไต โรคตา โรคระบบประสาทอัตโนมัติ

1.2 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FBS, HbA1c, Creatinine, eGFR, HDL, LDL Cholesterol, Triglyceride, Urine micro albumin ทุก 3 เดือน จำนวน 6 ครั้ง

1.3 ข้อมูลการเฝ้าระวัง การตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง (SMBG) ประวัติการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงรุนแรง การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงรุนแรง การออกกำลังกาย หรือการมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย

1.4 ข้อมูลความสม่ำเสมอของการใช้ยารับประทานและยาฉีดอินซูลิน เพื่อประเมินความต่อเนื่องในการใช้ยา จำนวนครั้งของการลืมรับประทานยาตามระดับน้ำตาลหรือฉีดอินซูลิน ต่อสัปดาห์ อุปสรรคของความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการใช้ยา

1.5 ข้อมูลภาวะโภชนาการ ลักษณะอาหารที่รับประทาน จำนวนมื้ออาหาร

1.6 ประวัติการเกิดแผลที่เท้า ความเสี่ยงในการเกิดแผล ลักษณะแผล (ถ้ามี) รวมทั้งประเมินลักษณะความเหมาะสมของรองเท้าที่สวมใส่ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ CVD Thai Risk ประเมินการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานประจำปี

1.7 คัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จะประเมินต่อยด้วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินครั้งแรกเข้า Comprehensive NCDs clinic ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการปรับยาเพิ่มขึ้นตลอด 18 เดือน หลังจากได้รับการสอนให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานโดยพยาบาลผู้วิจัย จำนวน 30 ราย รวบรวมข้อมูลค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) และข้อมูลส่วนบุคคล ทุก 3 เดือน ในเดือนที่ 3, 6, 9, 12, 15 และ 18 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2561 ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ในวันแรกที่พยาบาลพบผู้ป่วย และให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองตามขั้นตอนและระบบบริการของ Comprehensive NCD clinic ทุกครั้งที่มาติดตามการรักษาและมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมตามแนวทางการปฏิบัติ

2. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือเดือนที่ 3

3. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 3 ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือเดือนที่ 6

4. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 4 ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือเดือนที่ 9

5. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 5 ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือเดือนที่ 12

6. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 6 ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือเดือนที่ 15

7. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 7 ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือเดือนที่ 18

การพิทักษ์สิทธิ์

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล (COA 005/2562) วันที่รับรอง 16 มกราคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตามที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนตามชนิดของข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ด้วยสถิติ Linear mixed model

ผลการวิจัย

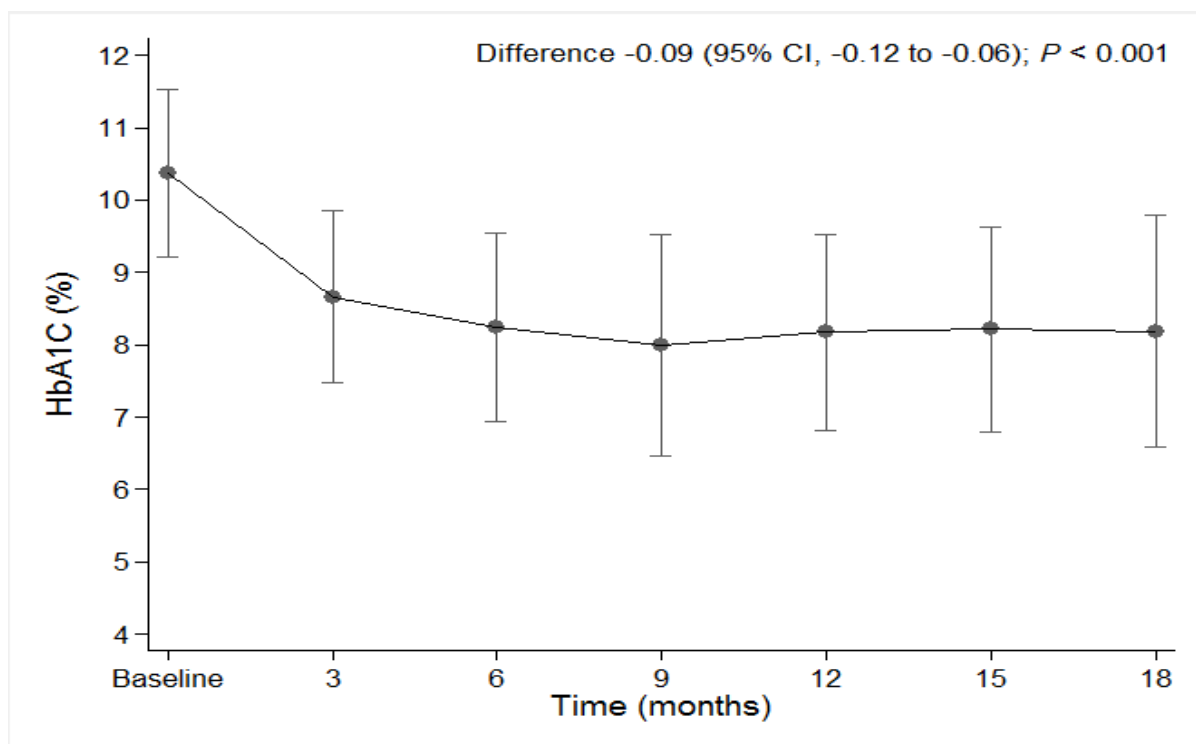
การศึกษาติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก Comprehensive NCD clinic โรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ที่เข้ารับบริการใน Comprehensive NCD clinic ภายหลังจากติดตามอย่างน้อย 18 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ที่เข้ารับบริการใน Comprehensive NCDs clinic หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครมีอายุเฉลี่ย 65.67 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.81) และมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อาสาสมัครประกอบอาชีพพ่อบ้านหรือแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 63.3 รองลงมาคือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ และอาชีพรับจ้างหรือค้าขาย ร้อยละ 20, 10 และ 6.7 ตามลำดับ อาสาสมัครมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 56.7 และมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40 อาสาสมัครเกือบทั้งหมด มีโรคร่วม ร้อยละ 96.7 โดยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.7 และโรคไขมันสูง ร้อยละ 93.3 ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานพบว่าอาสาสมัครไม่มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ร้อยละ 46.7 มีภาวะแทรกซ้อน 1 โรค ร้อยละ 43.3 และมีภาวะแทรกซ้อน 2 โรค ขึ้นไป ร้อยละ 10 อาสาสมัครมีระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 16.23 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.03) ยารักษาเบาหวานพบอาสาสมัครได้รับยารับประทานเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 36.7 และได้รับยารับประทานร่วมกับยาฉีดอินซูลิน ร้อยละ 63.3 การปรับยาเบาหวานพบว่าตลอดการติดตาม 18 เดือน อาสาสมัคร สิ้นใจหรือการลดยา ร้อยละ 83.3 และรับประทานยาหรือฉีดอินซูลินเท่าเดิม ไม่มีการปรับยา ร้อยละ 16.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	
อายุ (ปี), Mean $\pm$ SD	65.67 $\pm$ 13.81
(Min - Max)	(25 - 82)
เพศ, n (%)	
ชาย	11 (36.7)
หญิง	19 (63.3)
อาชีพ, n (%)	
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	19 (63.3)
รับจ้าง/ค้าขาย	2 (6.7)
ราชการ/ราชการบำนาญ	3 (10.0)
รัฐวิสาหกิจ	6 (20.0)
การศึกษา, n (%)	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	17 (56.7)
ปริญญาตรี	12 (40)
ไม่ทราบ	1 (3.3)
โรคร่วม, n (%)	
โรคความดันโลหิตสูง	29 (96.7)
โรคไขมันสูง	28 (93.3)
ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน, n (%)	
ไม่มี	14 (46.7)
1	13 (43.3)
2 ขึ้นไป	3 (10.0)
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (ปี), Mean $\pm$ SD	16.23 $\pm$ 6.03
(Min - Max)	(4 - 29)
ยารักษา, n (%)	
ยารับประทาน	11 (36.7)
ยารับประทาน + ยาฉีดอินซูลิน	19 (63.3)
การปรับยาเบาหวาน, n (%)	
ไม่มีการปรับยาเพิ่มขึ้นหรือลดลง	5 (16.7)
มีการปรับลดยาลง	25 (83.3)

การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ารับบริการใน Comprehensive NCD clinic โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และหลังติดตามผลการรักษาทุก 3 เดือน ได้แก่ เดือนที่ 3, 6, 9, 12, 15 และ 18 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.37 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.16) 8.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.18) 8.24 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.29) 8.00 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.53) 8.17 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.35) 8.22 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41) และ 8.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.60) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

โดยการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) หลังติดตามผลการรักษาทุก 3 เดือน เปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมครั้งแรกที่เข้ารับบริการ พบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเดือนที่ 3 ลดลง 1.70 (95% CI: -2.25 to -1.15) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมครั้งแรกที่เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเดือนที่ 6 ลดลง 2.12 (95% CI: -2.71 to -1.54) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมครั้งแรกที่เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเดือนที่ 9 ลดลง 2.36 (95% CI: -3.00 to -1.73) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมครั้งแรกที่เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเดือนที่ 12 ลดลง 2.19 (95% CI: -2.77 to -1.62) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมครั้งแรกที่เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเดือนที่ 15 ลดลง 2.15 (95% CI: -2.76 to -1.54) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมครั้งแรกที่เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเดือนที่ 18 ลดลง 2.18 (95% CI: -2.91 to -1.46) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมครั้งแรกที่เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) (ตารางที่ 2) และการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) หลังติดตามผลการรักษาทุก 3 เดือน ถึง 18 เดือน โดยเฉลี่ยจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Linear mixed model พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังติดตามผลการรักษาลดลงโดยเฉลี่ย 0.09 ต่อเดือน (95% CI: -0.12 to -0.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) (รูปภาพที่ 1)



รูปที่ 1 การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c)

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่าง

Months	HbA1C		Mean Difference			t	p-value*
	Mean	SD	Mean	SD	95%CI		
Baseline	10.37	1.16					
3	8.66	1.18	-1.70	1.47	(-2.25 to -1.15)	-6.328	<0.001*
6	8.24	1.29	-2.12	1.56	(-2.71 to -1.54)	-7.450	<0.001*
9	8.00	1.53	-2.36	1.70	(-3.00 to -1.73)	-7.598	<0.001*
12	8.17	1.35	-2.19	1.53	(-2.77 to -1.62)	-7.833	<0.001*
15	8.22	1.42	-2.15	1.62	(-2.76 to -1.54)	-7.258	<0.001*
18	8.18	1.60	-2.18	1.93	(-2.91 to -1.46)	-6.187	<0.001

*Paired samples t-test for comparison with baseline value.

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีที่ได้รับการบริการใน Comprehensive NCDs clinic โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการปรับเพิ่มยาลดระดับน้ำตาล ตลอดการติดตามเป็นเวลา 18 เดือน และเป็นการให้ความรู้แบบรายบุคคล พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมลดลงอย่างต่อเนื่องและลดลงดีที่สุดในเดือนที่ 9 และเริ่มชะลอการลดลงในเดือนที่ 12 ถึง 15 แต่ระดับน้ำตาลสะสมลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบริการ การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการให้ความรู้และ

ติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้หรือฝึกอบรม เรื่องการดูแลตนเองจะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ รัตนภรณ์ จีระวัฒน์, สิริมนต์ รุ่งตระกูล ประเทืองธรรม และ อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าโครงการวิจัยทุกราย มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมภายหลังเข้ารับโปรแกรมลดลง ก่อนได้รับโปรแกรมและผู้ป่วย ร้อยละ 70 มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมตามแผนการรักษาที่ได้ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ, น้ำเพชร สายบัวทอง (2551) ที่พบว่าประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเริ่มลดลงในการติดตามครั้งที่ 4 และ 5 ของการติดตาม 1 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Norris et al. 2002 ถึงผลของการให้ความรู้ ต่อค่าน้ำตาลสะสมพบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมลดลง 0.26% หลังการติดตาม 4 เดือน และ Steinsbekk et al. 2012 และ Wattana et al 2007 พบว่า การให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ที่ 6 เดือน

จากการศึกษา พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน จะเริ่มลดลงเมื่อติดตามประมาณ 1 ปี การทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดความยั่งยืน ควรมีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องและเติมเต็มความรู้ เรื่องโรคเบาหวานเพื่อให้มีทักษะในการจัดการดูแลตนเอง (Diabetes Self-management Education: DSME) อย่างน้อยปีละ 10 ชั่วโมง และเป็นทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรทำหน้าที่เป็น Partner ในการปรับพฤติกรรม และดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- กุสุมา กังหลิ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, (13)3. 256-268.
- จุฑามาศ เกษศิศิลป์, พาณี วิรัชกุล และอรุณี หล่อนิล. (2556). การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อน-หลัง เข้าโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อ. เมือง จ. อุทัยธานี. วารสารกองการพยาบาล, 40, 84-103.
- จุฑามาศ จันทรฉาย, มณิรัตน์ อีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ. (2555). โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและ การจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรค เบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 7, 69-83.
- ณัฐภัตสร เตมขุนทด และประสิทธิ์ ลีวัฒนภัทร. (2560). การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง เบาหวานต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาล, 19(1). 33-41.
- ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล, เกษร สำภาทอง และชดช้อย วัฒนะ (2551) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกัน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 14(3). 298-311.

- ตำราการวิจัยทางคลินิก. (2554). ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทรงเดช ยศจำรัส, ปาริชา นิพพานนท์. (2556). ผลการพัฒนาความสามารถของตนเองและการตั้งเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชนแพ อำเภอยะรัง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6, 21-30.
- ทรงศนี สิริวัฒนพรกุล, นงนุช โอบะ และสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1, 57-67.
- ทัศนวรรณ พลอุทัย และพรรณิ บุญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด: กรณีศึกษาในตำบลห้วยเก้ง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร, 28, 421-430.
- ทัศนีย์ ชันทอง, แสงอรุณ อิศระมัลย์ และพัชรี คมจักรพันธ์. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารสภาการพยาบาล, 28, 85-99.
- ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(3). 515-522.
- นันทน์ พิระพลพิงศ์, น้ำอ้อย รักติวงศ์ และอำภาพร นามวงศ์พรหม. (2556) ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองต่อความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30: 98-105.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ และน้ำเพชร สายบัวทอง. (2551) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม. ราชบัณฑิตยสาร, 14: 289-297.
- ปกาสิต โอวาทกานนท์, วิริยาสุนทรา. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบกลุ่มในโรงพยาบาลทรายมูล. ศรีนครินทร์เวชสาร, 27; 236-241.
- ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 23, 1-14.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, ปิยนันท์ พรหมคง, พย.ม. และ ประคอง อินทรสมบัติ. (2010). ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. Rama Nursing Journal, (16)2. 218-237.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์, ปัญญาภรณ์ ยะเกษม และนรากุล พัดทอง. (2557). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเกินระดับปกติในชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติ, 18, 1-12.

- พัชร อ่างบุญตา, ลินจง โปธิบาล และณัฐพงศ์ โฆษขุนพันธ์.(2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร, 39: 93-104.
- ยุคลธร เขียววรรณ, มยุรี นิรัตธราดร และชดช้อย วัฒนะ. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง. พยาบาลสาร, 39:132-143.
- รุ่งระวี นาวีเจริญ, ยุพิน อังสุโรจน์ และสุรพร ธนศิลป์. (2552). ผลของระบบการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. Journal of the medical association of Thailand, 92: 1101-1112.
- วรรณภา ประสิทธิปาน, ฉัตรชัย ไชเกษ. (2558). ผลของโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลสะสม. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 32: 69-82.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร. (2551). เอกสารการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ร่มเย็นมีเดีย จำกัด.
- อภิรดี เจริญบุญกุล, ยุพารัตน์ สุริโย และปาจริย์ ตรินนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองกับ ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 37-48.
- Adepoju, O. E., Bolin, J. N., Phillips, C. D., Zhao, H., Ohsfeldt, R. L., McMaughana, D. K., Forjuoh, S. N. (2015). Effectiveness of diabetes education and self management program (DESMOND) for people with newly diagnosis type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomized controlled trial in primary care. British medicine journal, 95(1): 111–117.
- American Diabetes Association (2007) Standards of medical care in diabetes–2007. Diabetes Care 30:S4–S41.
- American Diabetes Association.(2015). Standard of medical care in diabetes. American Diabetes Association.; 38:S1-94.
- Brown S A., Garcia A A., Brown A., Becker B J., Conn V S., Ramirez G., Winter M A., (2016). Biobehavioral determinants og glycemic control in type 2 diabetes: A systemic review and meta-analysis. Patient Education and counselling, 99, 1558-1567.

- Chow, S. C., Shao, J., & Wang, H. (2003). *Sample Size Calculations in Clinical Research* (2nd ed.). Chapman & Hall/CRC., 51 p.
- Funnell M M, Brown T L, Childs B P, Haas L B, Hosey G M, Jensen B, et al. (2010). *National standard for diabetes self-management education*. Diabetes care, 33:S89-S96.
- Funnell, M. M., Brown, T. L., Childs, B. P., Haas, L. B., Hosey, G. M., Jensen, B, et al. (2009). *National standards for diabetes self-management education*. Diabetes care, 32: S87-S94.
- Hsu, C-C., & Tai, T-Y. (2014). *Long-term glycemic control by a diabetes case - management program and the challenges of diabetes care in Taiwan*. Diabetes Research and Clinical Practice. S328–S332
- Haas, L., Maryniuk, M., Beck, J., Cox, C. E., Duker, P., Edward, L., Kolb, L. (2012). *National standard for diabetes self-management education and support*. Diabetes care, 35: 2393-2401
- Jiao F., Fung C S C., Wan Y F., McGhee S M., Wong C K H., Dai D., Kwok R & Lam C L K. (2016). *Effectiveness of multidisciplinary Risk Assessment and Management Program for patient with diabetes mellitus (RAMP-DM) for diabetic microvascular complication: A population -based cohort study*. Diabetes & Metabolism; 42, 242-232.
- Khattab M., Khader Y S., Khawaldeh A A. Ajlouni K. (2010). *Factors associated with poor glycemic control among patients with type 2 diabetes*. Journal of Diabetes and It Complication. 24: 84-89.
- Momesso, D. P., Costa Filho, R. C., Ferreira Costa, J. L., Saddy, F., Mesquita, A., Calomeni, M. Volschan, A. (2018). *Impact of an inpatient multidisciplinary glucose control management program*. Archives of Endocrinology and Metabolism. 62(5). 514-522
- Ngamjarus C., & Chongsuvivatwong V. (2016). *N4Studies: Sample size and power calculations for android*. Siriraj Medical Journal, 68:160-170.
- Norris, S. L., Engelgau, M. M., Carande-Kulis, V. G. McCulloch, D. (2002). *Increasing diabetes self-management education in community setting*. American journal of prevention medicine, 22: 39-66.
- Norris, S. L., Engelgau, M. M., & Narayan Venkat, K.M. (2001). *Effectiveness of self - management training in type 2 diabetes: a systemic review of randomized controlled trial*. Diabetes care, 24: 561-587.
- Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H., & Engelgau, M. M. (2002). *Self-management education for adult with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control*, Diabetes Care, 25: 1159–1171.

- Ogurtsova, K., Rocha Fernandes, da, J. D., Huang, Y., Linnenkamp, U., Guariguata, L., Cho, N. H., Makaroff, L. E. (2017). *IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040*. Diabetes Research and Clinical Practice, 40-50.
- Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., Vivian, E. (2015). *Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics*. Diabetes Care, 38:1372–1382.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. King, H. (2004). *Global prevalence of diabetes*. Diabetes Care, 27(5), 1047-1053.

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาล: การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

Nursing roles: paradigm shift in stroke care
in the health care system in Thailand

ไพรินทร์ พัสดู*

Pairin Patsadu*

Received: April 24, 2020

Accepted: June 24, 2020

บทคัดย่อ

พยาบาลถือเป็นบุคลากรสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยไม่ได้มีหน้าที่เพียงเป็นผู้ปฏิบัติงานเท่านั้น พยาบาลยังต้องพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลให้ทันสมัย ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน รวมทั้งความซับซ้อนของโรค บุคคล และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้เฉพาะทางการพยาบาลในการดูแลสุขภาพ ดังเช่น แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทั้งในด้านการรักษา ปัจจัยการเกิดโรค การเข้าถึงระบบการดูแล หากพยาบาลเข้าใจและปรับตัวถึงกระบวนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทุกมิติทั้ง 4 มิติทัศน์ คือ ความเป็นปัจเจกบุคคล วัฒนธรรม ครอบครัว ชุมชน สิ่งที่เป็นอยู่ในตัวบุคคลทั้งภายในภายนอก รวมทั้งศาสนา วัฒนธรรม สังคม นโยบาย เศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของมนุษย์ กระบวนการของคนในขณะที่มีชีวิตหรือใกล้ตายและการปฏิบัติการโดยพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ รวมทั้งผลลัพธ์ของการปฏิบัติ จะสามารถช่วยให้บทบาทพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยประสบความสำเร็จ อุบัติการณ์ลดลง ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง / ระบบบริการสุขภาพ

Abstract

Nurses are important personnel to drive healthcare system in Thailand. They perform duties not only as operators but they have to develop nursing science to be updated and suitable with current social changes as well as complexity of diseases, persons and technology to construct specific nursing know-how for healthcare. It is in accordance with a concept of taking care of patients having stroke that at present, it is highly advanced in terms of treatment, disease factors, and access to healthcare system. If the nurses understand and adapt themselves for

*อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย Email: Pairin.P@stin.ac.th.

changing paradigms in every dimension including 4 aspects: individuality, culture, family and community as well as characters lying inside and outside persons, religion, culture, society, policy and economy related to human's health and processes of alive or dying persons, the roles of nurses in connection with providing care for stroke patients at every level of health service system in Thailand will be successful with decreased occurrences. Furthermore, people will be able to take care of themselves and have better quality of life.

Keyword: paradigm shift/ stroke care/ health care system

บทนำ

การพยาบาลถือว่าเป็นสาขาหนึ่งซึ่งมีองค์ความรู้เฉพาะของตน เป็นวิชาชีพหนึ่งซึ่งมีหน้าที่ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาวิจัย และการจัดการศึกษา ซึ่งองค์ความรู้ในสาขาวิชา สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ 1) องค์ความรู้ที่เป็นพื้นฐานของวิชาชีพ (Professional foundations) ประกอบด้วยประวัติความเป็นมาของวิชาชีพ จริยศาสตร์ การจัดการเรียนการสอน และการบริหาร และ 2) ศาสตร์ทางการพยาบาล (Nursing science) เป็นองค์ความรู้เฉพาะทางการพยาบาล ศาสตร์ทางการพยาบาลเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวกับมนุษย์ (Human science) ศาสตร์ของการปฏิบัติ (Practical science) ศาสตร์ของการดูแล (Caring science) และศาสตร์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health oriented science) ศาสตร์ทางการพยาบาล เป็นศาสตร์เกี่ยวกับมนุษย์ ให้ความสำคัญกับบุคคลในฐานะองค์รวมได้บูรณาการ และสังเคราะห์ความรู้จาก Basic biological physical รวมทั้งศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องตลอดจนมีการศึกษาค้นคว้า และแสวงหาองค์ความรู้ที่เฉพาะเพื่อใช้เป็นพื้นฐานที่จำเป็นของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งความรู้ที่ช่วยให้เข้าใจสุขภาพของบุคคล (Human health) พฤติกรรมของบุคคล (Human behaviors) ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพของบุคคล (Human experience of health) การให้ความหมายต่อเหตุการณ์และสถานการณ์ของบุคคล การตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วย (Human responses to illness) ศาสตร์ทางการพยาบาลจึงเน้นที่คนแบบองค์รวม มีแก่นอยู่ที่มีความเข้าใจ ประสบการณ์ของบุคคล การให้ความหมายตามการรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ของบุคคล จากกระบวนการที่ค้นดังกล่าวช่วยให้วิชาชีพพยาบาลสามารถดูแล และตอบสนองต่อปัญหาภาวะสุขภาพของคนได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพกับโรคในปัจจุบันที่มีความซับซ้อน ดังเช่น โรคหลอดเลือดสมองที่มีความเกี่ยวข้องกับมนุษย์ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล

กระบวนทัศน์ (Paradigm)

กระบวนทัศน์ (Paradigm) มาจากภาษากรีก โดย Para หมายถึง Beside และ Digm หมายถึง ทฤษฎี คือ ชุดแนวความคิด หรือ มโนทัศน์ (Concepts) ค่านิยม (Values) ความเข้าใจรับรู้ (Perceptions) และการปฏิบัติ (Practice) ที่มีร่วมกันของคนกลุ่มหนึ่ง ชุมชนหนึ่งและได้ก่อตัวเป็นแบบแผนของทัศนอย่างเฉพาะแบบหนึ่งเกี่ยวกับความจริง (Reality) ซึ่งเป็นฐานของวิถีเพื่อการจัดการตนเองของชุมชนนั้น โทมัส คูน (Thomas S. Khun) กล่าวว่า “ตัวอย่างต่าง ๆ ที่เป็นที่ยอมรับของการทำงานด้านวิทยาศาสตร์อย่างแท้จริง ตัวอย่างที่รวมไปถึงกฎ ทฤษฎี การนำไปใช้และเครื่องมือรวมกัน ซึ่งทั้งหมดนี้ได้ก่อให้เกิดรูปแบบซึ่งนำไปสู่แนวปฏิบัติที่เชื่อมโยงกัน

อย่างเฉพาะพิเศษในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ คนที่มีงานวิจัยอยู่ในกระบวนทัศน์เดียวกัน จะมีกฎและมาตรฐานการปฏิบัติทางวิทยาศาสตร์เหมือนกันและได้ผลออกมาเหมือนกัน” สำหรับทางการพยาบาลนั้นกระบวนทัศน์ (Paradigm) หมายถึง กรอบการมอง หรือกรอบเค้าโครงแนวความคิด ซึ่งช่วยให้เกิดแนวคิดเชิงวิทยาศาสตร์ คุณลักษณะที่สำคัญของ กระบวนทัศน์ (Paradigm) คือ เป็นศาสตร์ที่มีการยอมรับในแวดวงของนักวิชาการของศาสตร์นั้น ๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และเป็นศาสตร์ที่มีลักษณะเปิดกว้างสำหรับที่จะศึกษาและพิสูจน์ต่อไป

อภิกระบวนทัศน์ (Metaparadigm of nursing) Fawcett (2005) กล่าวว่า อภิกระบวนทัศน์ทางการพยาบาล หมายถึง อัตมโนทัศน์สากลที่อธิบายปรากฏการณ์ที่สนใจในวิชาชีพเป็นประโยคที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และเป็นส่วนที่เป็นนามธรรมที่สุดขององค์ความรู้ทางการพยาบาลและควรมีลักษณะคือ บอกถึงความแตกต่างของขอบเขตความรู้แต่ละวิชาชีพ รวมปรากฏการณ์ที่สนใจในวิชาชีพไว้ด้วยกัน มีความคิดเห็นที่เป็นกลาง และมีขอบเขตเนื้อหาสาระที่เป็นสากล ซึ่งอภิกระบวนทัศน์ทางการพยาบาลมี 4 มโนทัศน์ คือ **มนุษย์** หมายถึง ความเป็นปัจเจกบุคคล วัฒนธรรม ครอบครัว ชุมชน หรือกลุ่มคน หรือคนซึ่งมีส่วนร่วมในทางการพยาบาล **สิ่งแวดล้อม** หมายถึง สิ่งที่เป็นอยู่ในตัวบุคคลทั้งภายในภายนอก รวมทั้งศาสนา วัฒนธรรม สังคม นโยบาย เศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของมนุษย์ **สุขภาพ** หมายถึง กระบวนการของคนในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือใกล้ตาย **การพยาบาล** หมายถึง การปฏิบัติการโดยพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับมนุษย์ และเกี่ยวข้องกับเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติ สำหรับอภิกระบวนทัศน์ทางการพยาบาล (Metaparadigm) ในการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลจะต้องมีขอบเขต ปรากฏการณ์ในวิชาชีพการพยาบาลที่สามารถอธิบายถึงความแตกต่างจากทฤษฎีวิชาชีพอื่น

ดังนั้น กระบวนทัศน์ทางการพยาบาล (Metaparadigm) หรือมโนทัศน์หลัก หรือทัศนะแม่บท เป็นกรอบขอบเขต หรือโครงสร้างทางความคิดหรือมโนคติในภาพรวมกว้าง ๆ ของศาสตร์สาขาทางการพยาบาล ซึ่งจะประกอบด้วย มโนทัศน์ของศาสตร์สาขานั้น ๆ รวมทั้งมีการกำหนดลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เหล่านั้นด้วย ซึ่งมโนทัศน์หลักที่เป็นองค์ประกอบของกระบวนทัศน์ในศาสตร์สาขาทางการพยาบาล จะต้องมียุทธศาสตร์ดังนี้

1. มโนทัศน์จะต้องกว้างพอที่จะครอบคลุมถึง ความรู้ และปรากฏการณ์ทางการพยาบาลทั้งหมดซึ่งมีความแตกต่างจากศาสตร์สาขาวิชาชีพอื่น
2. มโนทัศน์เหล่านี้จะต้องได้รับการยอมรับในวิชาชีพ ว่าเป็นแก่นหรือสาระองค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลอย่างแท้จริง
3. มโนทัศน์เหล่านี้จะต้องไม่มีความซ้ำซ้อนกัน
4. มโนทัศน์เหล่านี้ต้องมีความเป็นสากลทั้งขอบเขตและเนื้อหา
5. การพัฒนาองค์ความรู้ของศาสตร์ทางการพยาบาลจะอยู่ภายใต้ขอบเขตของมโนทัศน์เหล่านี้

การเปลี่ยนแปลงของกระบวนทัศน์

ศตวรรษที่ 18 ถึงต้นศตวรรษที่ 19 ผลจากสงครามไครเมียทำให้ทหารที่บาดเจ็บต้องการการดูแลในตึกเกลได้รวบรวมผู้หญิงขึ้นกลุ่มหนึ่งเพื่อให้การดูแลทหารที่บาดเจ็บเหล่านั้น ในระยะนี้พันธกิจของพยาบาล คือ การปฏิบัติเพื่อช่วยให้บุคคลพ้นภัย โดยการดูแลในเรื่องความสบาย ลดความทุกข์ทรมาน การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยใช้วิธีการสังเกตและการจดบันทึกของมิสไนติงเกลมาพัฒนาปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม

สุขภาพและการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย การเรียนทางการพยาบาลเน้นที่การฝึกปฏิบัติงาน ต่อมาได้มีการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาล โดยในช่วงแรกของการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล เน้นตามแนวคิดปรัชญาแบบ Positivism/ Empiricism ต่อมาพัฒนามาเป็นรากฐานของแนวคิด Post positivism Interpretivism และ Critical social ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาล อันเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติ การพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการศึกษาวิจัยมาในปัจจุบัน

ต่อมาในปี 1960 Positivism /Empiricism paradigm มีบทบาทในการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาล สิ่งที่มีอิทธิพลอย่างมากคือ รูปแบบ Medical model ซึ่งอิงเรื่องโรคเป็นหลัก และเน้นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และจากการศึกษาองค์ความรู้อื่น นักการศึกษาพยาบาลในยุคแรก ๆ จะนิยมรูปแบบนี้เนื่องจากเป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการสร้างองค์ความรู้ ต่อมา พบว่า แนวคิดนี้ยังขาดในเรื่องของคุณค่า ความเชื่อ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมา รากฐานแนวคิดเชิงปฏิฐาน (Positivism) เริ่มไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการนำวิธีการทางสถิติมาใช้ในการวิเคราะห์ และสรุปอ้างอิง โดยละเลยปรากฏการณ์จริง ต่อมาจึงเกิดแนวคิดเชิงประจักษ์นิยมสมัยใหม่ (Modern empiricism) ที่เรียกว่า Post - positivism ที่ได้รับการยอมรับในเรื่องของการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ผสมผสานกับแนวคิดของ Historicism ซึ่งคำนึงถึงคุณค่าและความเชื่อมาใช้ในการบวนการตัดสินใจร่วมกับเทคนิควิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยในช่วงต้นศตวรรษที่ 1960 ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาเปลี่ยนผ่านจากยุคสมัยใหม่ (Modern) สู่ยุคหลังสมัยใหม่ (Postmodern) ซึ่งภาวะทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมกำลังมีการเปลี่ยนแปลง อันเป็นยุคที่ความมีเหตุผลตามหลักวิทยาศาสตร์และอิสรภาพทางการเมืองถูกทำลาย ดังนั้นวิธีคิดแบบหลังสมัยใหม่คือ สิ่งที่เราเชื่อว่าเป็นความรู้และความจริงในโลกนี้นั้น คือสิ่งที่ถูกประกอบขึ้นมาด้วยอุดมการณ์และกระบวนการชุดหนึ่ง ๆ ความรู้ที่มีลักษณะพึงประสงค์คือ ความรู้ที่มีความหลากหลาย มีการปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ ซึ่งเอดเวิร์ด (Edward, 1999) กล่าวว่า วิธีการทางวิทยาศาสตร์เป็นเพียงวิธีหนึ่งในการแสวงหาความรู้ทางการพยาบาลเท่านั้น ซึ่งควรจะมีการแสวงหาความรู้โดยใช้กระบวนการทัศน์ของปรัชญาอื่นที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้น เช่น Interpretative paradigm โดยได้รับอิทธิพลจาก Ontological assumptions ที่ว่าความจริงมีความซับซ้อน เป็นองค์รวม แบ่งแยกไม่ได้ (Multiple reality) ให้ความสนใจในประสบการณ์ของมนุษย์ เพราะความจริงและประสบการณ์ของมนุษย์มีการปรับเปลี่ยน วิธีการแสวงหาความรู้ที่หลากหลายจึงมีความจำเป็นในการนำความรู้ที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล (Tacit knowledge) ออกมาปรากฏให้เห็นชัดเจนมากขึ้น ทำให้ได้ความรู้ใหม่ที่อธิบายประสบการณ์ การให้ความหมายและรูปแบบการจัดการดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพ ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลดีขึ้น จะเป็นได้ว่าศาสตร์ความรู้ทางการพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ในการดูแลเพื่อพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยในปัจจุบันพยาบาลได้กลายเป็นส่วนหนึ่ง และฟันเฟืองขนาดใหญ่ในการดูแลสุขภาพของมนุษย์

ระบบบริการสุขภาพ (Health service system)

ปัจจุบันฐานคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ประกอบด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค การรักษา รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ (สงวน นิตยารัมภพงศ์, 2556) โดยสามารถแบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of Care) เป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care level) เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เกิดความตระหนัก รวมถึงเลือกปฏิบัติในเรื่องสุขภาพอนามัยของตนเองมากขึ้น การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแนวโน้มประชาชนมีความตระหนักในการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น พยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนที่ยังไม่เพียงพอในการป้องกัน ป้ายเสี่ยง เห็นได้จากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง และขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงของสุขภาพอื่น ๆ หากพยาบาลมีบทบาทและให้ความสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน พัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลให้มีความเฉพาะเจาะจงของบริบท สังคมและวัฒนธรรมจะช่วยให้กลุ่มคนที่มีปัญหาโรคเรื้อรังไม่กลายเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และสมองตามมา

2. การบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Primary health of care level : PHC) เป็นการบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสม และสอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพ และปัญหาของชุมชน ผู้ให้บริการสาธารณสุขในระดับนี้คือ ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ดำเนินการโดยประชาชน และสามารถทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก เหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน ระดับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยประชาชนสามารถจัดทำแผนสุขภาพชุมชนเพื่อชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาพ วางระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะยาว ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ในระบบการเงินการคลังนั้น ยังช่วยสร้างความเป็นธรรม เน้นกระจายอำนาจ ทุน ทรัพยากร สถานพยาบาลควบคู่ไปกับการวางแผนเรื่องกำลังคนที่มีอัตราการผลิตเพื่อพัฒนาคนทั้งประเทศเน้นคุณภาพและสามารถกระจายได้อย่างทั่วถึงซึ่งจะเป็นทางออกลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ

3. บริการสุขภาพระดับต้น (Primary care level หรือ Primary medical care : PMC) เป็นการบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์ประเภทต่าง ๆ และแพทย์ทั่วไป เป็นกลไกหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุข เนื่องจากระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ช่วยให้เกิดกลไกสำคัญเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนมากขึ้น ย่างขึ้น เกิดประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ด้วยค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่มากเกินไป ช่วยกระจายอำนาจแก่ชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดการ รวมถึงมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากรด้านวิชาชีพที่เชื่อมประสานกับองค์กรต่าง ๆ และชุมชน พยาบาลจะเกี่ยวข้องกันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เน้นความร่วมมือกันทำงาน ในระดับอำเภอ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการระดับต้นที่ดูแลแบบองค์รวม ทุกครัวเรือนที่เป็นองค์กรรวม และเข้มแข็งขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทที่โดดเด่นในฐานะนักประสานงานกับภาคส่วนด้านสุขภาพ และภาคสาธารณสุข ภาคประชาชน รวมทั้งภาคการปกครองท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความร่วมมือด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพร่วมกันซึ่งระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในระดับนี้ หากสามารถเกิดระบบ

การดูแลที่มาร่วมกัน จะช่วยให้คนในชุมชนปลอดภัยลดเลือดสมอง เกิดนโยบายสุขภาพท้องถิ่นที่ดี และสามารถขับเคลื่อนชุมชนต่อไปได้

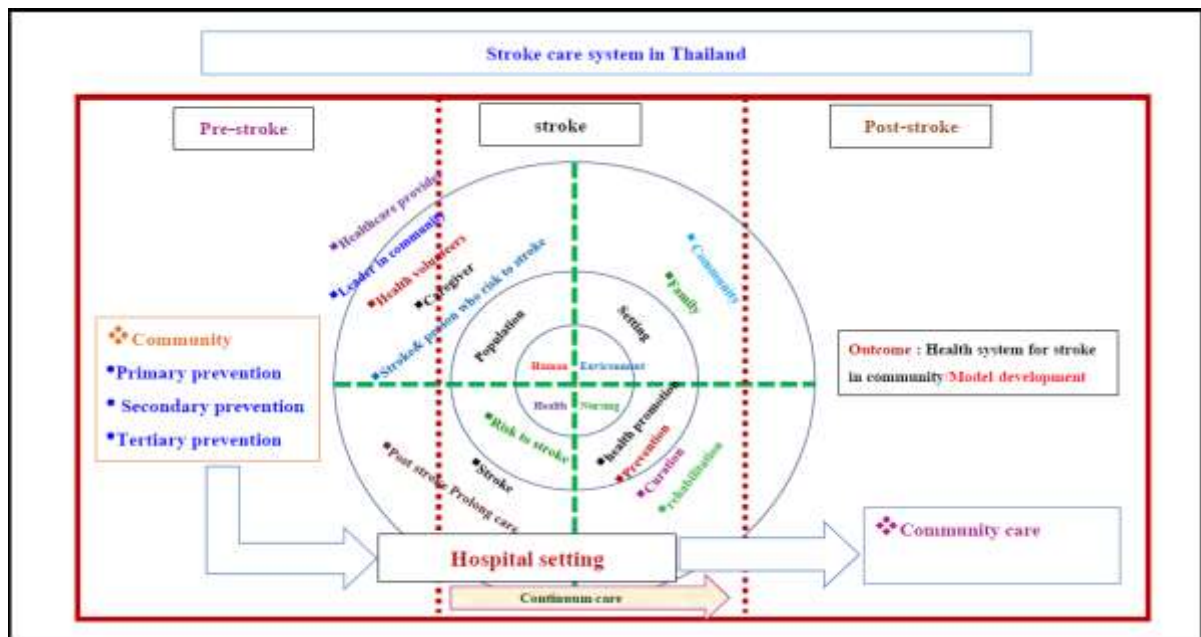
4. บริการสุขภาพในระดับกลาง (Secondary care level หรือ Secondary medical care : SMC) การให้บริการในระดับนี้ ต้องการแพทย์ที่มีความชำนาญ เป็นการดูแลที่เน้นรักษาความเจ็บป่วย และผลกระทบจากโรคที่มีความซับซ้อน รุนแรงวิกฤต ต้องการความช่วยเหลือจากการรักษาเฉพาะทาง ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการค้นหา แก้ไขปัญหา การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งในระบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ระบบบริการสุขภาพในระดับนี้จะเกี่ยวข้องกับการรักษาที่มีความรวดเร็ว เช่น การรักษาด้วยระบบ Stroke fast track การรับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายเนื่องจากมีศักยภาพในด้านบุคลากร เทคโนโลยีมากกว่า ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความเชี่ยวชาญที่เฉพาะทาง ซึ่งอาจปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานพิเศษ เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต หรือกึ่งวิกฤต เป็นต้น

5. บริการสุขภาพขั้นสูง (Tertiary care หรือ Tertiary medical care: TMC) เป็นการบริการด้านการแพทย์ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ คือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐในสังกัดอื่น ซึ่งบทบาทพยาบาลมีความสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ให้มีความสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีจำกัด ไร้รอยต่อการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนกระทั่งถึงความเชี่ยวชาญระดับสูง รวมทั้งหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพครบทั้งระบบ ภายใต้ปัจจัยด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สภาพสังคม การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง และโรคอุบัติใหม่ สำหรับระบบบริการสุขภาพในระดับนี้ พยาบาลถือเป็นบุคคลสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องการความเชี่ยวชาญพิเศษ การพัฒนาด้านองค์ความรู้จากงานวิจัย การติดต่อประสานงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรแพทย์ กลุ่มญาติผู้ดูแล นักกายภาพบำบัดที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูผู้ป่วยในทุกมิติ นักสังคมสงเคราะห์ และการติดต่อประสานงานส่งต่อกลับ และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากแนวคิดของระบบบริการสุขภาพดังกล่าว ปัจจุบันบทบาทของพยาบาลถูกแทรกซึมอยู่ในทุกมิติของกระบวนการทัศน์ทางสุขภาพ โดยช่วยส่งเสริมให้บุคคล และชุมชนร่วมกันรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่ดี ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง เห็นได้จากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องและขาดการออกกำลังกาย ดังนั้น ศาสตร์ทางการพยาบาล (Nursing science) เป็นศาสตร์ของการปฏิบัติ (Practical science) องค์ความรู้ทางการพยาบาลจะต้องนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล หรือการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) เป็นศาสตร์ที่เน้นเรื่องสุขภาพ (Health oriented science) องค์ความรู้ทางการพยาบาลจึงเป็นความรู้ที่ใช้ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน และเป็นศาสตร์ของการดูแล (Caring science) องค์ความรู้ทางการพยาบาลจึงอธิบาย

การปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำด้วยความเอาใจใส่และเอื้ออาทร หรือเป็นองค์ความรู้เฉพาะของสาขาวิชาการพยาบาล ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ที่เชื่อมต่อกันระหว่าง มนุษย์ โลก และสุขภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals) ของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะของทุกคนทุกวัย โดยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ลดการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เกวลิน ชื่นสุขและคณะ, 2560) รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เนื่องจากแนวโน้มของประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เกิดความเสื่อมของร่างกาย และโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นเลิศ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ลดความเหลื่อมล้ำของผู้รับบริการ มีระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพ สามารถเข้ารับบริการได้อย่างเท่าเทียม นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลโดยตรง พยาบาลต้องเป็นกำลังคนที่มีคุณภาพ สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง ซึ่งแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ซึ่งได้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นโรคพื้นฐานที่หากไม่สามารถควบคุมได้จะกลายเป็นโรคที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น จะเห็นได้จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำแนกสาเหตุการตายของประชากรไทย พ.ศ. 2554-2557 พบว่า อัตราป่วย และเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

หากพยาบาลไม่สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ ประชาชนคงไม่สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองและครอบครัวแทนการพึ่งพิงสถานบริการ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาระบบสุขภาพไทยได้รับผลกระทบจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ตลอดจนเทคโนโลยีที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ระบบบริการสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนเพื่อทำหน้าที่ให้สมดุล ดังนั้นพยาบาลจะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนในการดูแลสุขภาพ โดยต้องเน้นบทบาทสนับสนุนสามารถดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ ประชาชนสุขภาพดีสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ระบบมีความสมดุล มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และยั่งยืนรวมทั้งพัฒนาองค์ความรู้โรคหลอดเลือดสมองให้มีความเฉพาะเจาะจงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้เขียนสามารถสรุปกระบวนการทัศนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพได้ ดังภาพ



ภาพแสดงสรุปกระบวนการพัฒนาระบบการพยาบาลในระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปี พ.ศ. 2560 - 2564 ซึ่งได้ถูกจัดทำขึ้นภายใต้หลักการ และกรอบแนวคิด การดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และความเชี่ยวชาญระดับสูง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และสนับสนุนให้บุคลากรมีศักยภาพในการดำเนินงาน นอกจากนี้พบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่ต้องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศตามสาขาต่าง ๆ 19 สาขา ดังนั้น พยาบาลคือกำลังหลักในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ ที่จะร่วมกันปรับเปลี่ยนกระบวนการของการดูแล เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ตลอดจนมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพตามความจำเป็นของสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และมีคุณภาพได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นระบบที่มีปัญหาเป็นพื้นฐาน ซึ่งมีลักษณะดังนี้ 1) เป็นการดูแลสุขภาพเชิงรุก เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีทุกด้าน เน้นการกระบวนทัศน์ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าการรักษา ปรับทัศนคติของกลุ่มเสี่ยงให้รักตนเอง 2) คำนึงถึงสิทธิที่จะเข้าถึงการบริการที่ดีพอ โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม 3) เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีสำหรับคนไทยทุกคน 4) มีระบบการควบคุมและป้องกันโรค ที่มีประสิทธิภาพสูง 5) พัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพที่ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ สามารถจัดการกับปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพได้ 6) มีระบบควบคุมคุณภาพที่สร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชนได้ว่าระบบบริการสุขภาพ มีมาตรฐาน และประชาชนสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างใกล้ชิด 6) มีการจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสารของสถิติ อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูล และ 7) การพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านความเชี่ยวชาญทางคลินิก มีการนำข้อมูล

หลักฐานที่น่าเชื่อถือมาใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการและการยอมรับของผู้รับบริการที่มีความเฉพาะเจาะจงของสภาพปัญหา ผ่านการปฏิบัติโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guidelines - CPGs) เป็นเครื่องมือสำคัญที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัยกับการปฏิบัติได้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพอย่างสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- กิริติ บุญเจือ. (2521). *ปรัชญาเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2549). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ปรีชา ช้างขวัญยืน. (2549). *ปรัชญากับวิถีชีวิต*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.
- พระธรรมโกศาจารย์. (2550). *ปรัชญากรีก : บ่อเกิดภูมิปัญญาตะวันตก*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยาม.
- รัตนะ บัวสนธ์. (2551). *ปรัชญาวิจัย*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวรรณกุล. (2552). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- สงวน นิตยารัมภพงศ์. (2556). *การบริหารระบบสุขภาพในท้องถิ่นกับอนาคตระบบสุขภาพไทย*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *ศาสตร์ทางการพยาบาล. ในการพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พริ้นติ้ง.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2552). *ทฤษฎีสังคมวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดม บัวศรี. (2544). *ปรัชญา*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Anne, B., Lori, R. and Angela, L. (2014). *Understanding Philosophy in a Nurse's World: What, Where and Why?*. Nursing and Health, 2(3): 65-71.
- Brink, H. (1992). *The science of nursing: current issues and dilemmas*. Curationis, 15 (2); 12-19.
- Butts, B. J and Rich, L. K. (2015). *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. (2 nd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Cody, W. K. (2013). *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice*. (5th ed.). Burlington, MA : Jones & Bartlett Learning.
- Dahnke, M. D. and Dreher, M. H. (2011). *Philosophy of science for nursing practice : concepts and application*. New York : Springer Pub.
- DeWitt, R. (2010). *Worldviews : an introduction to the history and philosophy of science*. (2nd ed.). Chichester, West Sussex, U.K. ; Malden, MA : Wiley-Blackwell.

- Edwards, S.D. (1997). *What is philosophy of nursing*. Journal of Advanced Nursing, 25: 1089 - 1093.
- Edwards, S.D. (2001). *Philosophy of nursing : An introduction*. New York: Palgrave Publishers.
- Jan, R., Ian, G. (1997). *Philosophy for nursing*. London: Arnold.
- Leaman, O. (2000). *Eastern philosophy: key reading*. London: Routledge.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development & progress*. (5th ed). Pennsylvania : Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wikins.
- McEwan, M. & Will, E. M. (2011). *Theoretical basis for nursing*. (3th ed). Philadelphia : Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wikins.
- McEwan, M. and Will, E.M. (2014). *Theoretical basis for nursing*. (4th ed). Philadelphia : Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wikins.
- Rodgers, B. L. (2005). *Developing Nursing Knowledge: Philosophical Traditions and Influences*. Lippincott Williams & Wilkins.

บทความวิชาการ**การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive
: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ****Humanized nursing care for patients receiving invasive mechanical ventilator
: From concept to practice**

ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์*

Suttichit Phumivadhana*

Received: April 13, 2020

Accepted: June 25, 2020

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ รวมทั้งมีผลกระทบต่อจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ท้อแท้ และสิ้นหวัง จนมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาและการพยาบาล การพยาบาลตามมาตรฐานโดยคำนึงถึงหัวใจความเป็นมนุษย์เพิ่มมากขึ้นในทุกการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและกำลังใจในการฟื้นหาย ท่ามกลางความทุกข์จากการเจ็บป่วย พยาบาลควรเพิ่มความเห็นอกเห็นใจ และเอาใจใส่ในการพยาบาลผู้ป่วยด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย ตลอดจนสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม นอกจากนี้ผลของการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ยังช่วยให้พยาบาลเกิดความสุขใจจากการเป็นผู้ให้ และเมื่อใจของผู้ปฏิบัติเป็นสุขแล้วก็จะช่วยให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง ส่งผลดีต่อหน่วยงานและองค์กรวิชาชีพ

คำสำคัญ : การพยาบาล/ การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์/ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

Abstract

Patients receiving invasive mechanical ventilator have a chance to develop multiple system complications and can be affect to psychological, psychosocial and spiritual which cause suffering, discourage and hopelessness until affecting the cooperation in treatment and nursing care. Increasing humanized nursing care in every nursing practices in these group of patients can help the patients to be happy and having the encouragement to recover in the midst of suffering from illness. Nurse should increase compassion and nurturance the patients in nursing care with determined to benefit the patients which in accordance with the expectation

* อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย E – mail : suttichit.p@stin.ac.th

of the society. In addition, the outcome of humanized nursing care can help nurses to be happy from being a giver. When the mind of nurses is happy, it will help to work more efficiently, truly have holistic nursing care resulting in good impact for department and professional organization.

Keywords : nursing care/ humanized nursing care/ patients receiving invasive mechanical ventilator

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจจำนวนมาก และได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับประเทศไทยจากสถิติของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปี พ.ศ.2556 - 2557 พบผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 1,363 คน และ 1,396 คน ตามลำดับ (นนทิกานต์ กลิ่นเชตุ และศิริพร สว่างจิตร์, 2561) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีอัตราสูงขึ้น ทั้งชนิด invasive และ non invasive นอกจากจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) เพิ่มขึ้นแล้ว ยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและต้องอยู่ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โดยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีไอซียูแยกตามระบบหลายไอซียู มีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนอนรักษาตัวอยู่ตามหอผู้ป่วยทั่วไป ประมาณ 2 - 6 เตียงต่อ 1 หอผู้ป่วย ที่มีจำนวนเตียงทั้งสิ้นประมาณ 20 เตียง จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลขนาดเล็กในต่างจังหวัดที่มีเพียง 1 - 2 ไอซียูรวม มีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและต้องอยู่ตามหอผู้ป่วยทั่วไป ประมาณ 6 - 10 เตียงต่อ 1 หอผู้ป่วยที่มีเตียงทั้งสิ้นประมาณ 35 - 40 เตียง

ปัจจุบันผู้ป่วยมักเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีความซับซ้อนส่งผลให้มีการพัฒนาวิธีการรักษา รวมทั้งมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น อุปกรณ์การแพทย์ใหม่ ๆ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนและพัฒนามาตรฐานการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาวะการเจ็บป่วย สภาพสังคมและเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา และสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุด หลายคนเคยกล่าวว่าเมื่อมีความเจริญด้านวัตถุมากความเจริญทางด้านจิตใจจะลดลง แต่การพยาบาลไม่เป็นเช่นนั้นเพราะพยาบาลจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศส่วนมากมักกล่าวถึงความเป็นเลิศที่ช่วยดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยด้านร่างกายเป็นหลัก เพราะถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ แต่ขณะเดียวกันก็ไม่ได้ละเลยประเด็นด้านจิตใจ เพียงแต่เป็นคำแนะนำในการดูแลที่มีลักษณะเป็นนามธรรม โดยต้องนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละคน พยาบาลจึงจำเป็นต้องแสวงหาวิธีการที่เป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นองค์รวมอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดความสมดุลในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมิเช่นนั้นจะส่งผลกระทบต่อกันได้ เช่น ความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น หรืออาการเหนื่อยบ่อย ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและกลัว เป็นต้น สุขภาพของคนเราเป็นผลที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์อันละเอียดอ่อนระหว่างกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ความสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงไม่ได้อยู่ที่ความสามารถในการรักษาโรคเท่านั้น หากอยู่ที่ความสามารถในการช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญและผ่านโรคต่าง ๆ ไปได้อย่างผาสุก (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549 อ้างถึงใน จินตามาศ โกศลชื่นวิจิตร, 2556) ดังนั้นการที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมนั้น จึงควรมีการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบที่สำคัญ มีหลายการศึกษายืนยันว่าผลที่ได้จากการดูแลดังกล่าวจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข

แม้ขณะเจ็บป่วย และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพโดยรวม อีกทั้งยังมีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติ ตลอดจนหน่วยงานและองค์กรวิชาชีพ

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจผิดปกติ และมีข้อบ่งชี้อื่น ๆ ที่มีผลต่อการหายใจและระดับออกซิเจนในเลือดที่จำเป็นต้องช่วยการหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ผลกระทบของการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive

การใช้เครื่องช่วยหายใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเป็นองค์รวมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

1. ด้านร่างกาย เกิดผลกระทบในระบบต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ โดยเฉพาะจากผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (positive pressure ventilator) เนื่องจากการไหลเวียนกลับของเลือดดำเข้าสู่หัวใจลดลง จากการเพิ่มขึ้นของแรงดันในทางเดินหายใจและช่องอกในขณะหายใจเข้า ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง

1.2 ระบบหายใจ : มีความรู้สึกเจ็บในปากและมุมปากจากการคาท่อช่วยหายใจ ปากและคอแห้ง เหนื่อยหอบ (วรรณิ์ รักอิม, สุนุตตรา ตะขุนพงศ์, พัชรีย์ ไชยลังกา และศิวศักดิ์ จุทอง, 2549) การบาดเจ็บของปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-induced lung injury) เช่น ภาวะถุงลมปอดแตก (barotrauma) ภาวะปอดแฟบ (atelectasis) การบาดเจ็บต่อกล่องเสียงและเยื่อหุ้มหลอดลมคอ (laryngeal damage) การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia : VAP) ภาวะพิษจากการใช้ออกซิเจนในระดับสูง รวมทั้ง cuff-related complication (พิกุล ตันติธรรม, 2554), sinusitis

1.3 ภาวะไม่สมดุลของกรด-ด่างจากการหายใจ เนื่องจากการตั้งเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสม ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรดจากการหายใจ (respiratory acidosis) และภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis)

1.4 ระบบทางเดินอาหาร : ท้องอืด แน่นท้อง (วรรณิ์ รักอิม, สุนุตตรา ตะขุนพงศ์, พัชรีย์ ไชยลังกา และศิวศักดิ์ จุทอง, 2549) การเกิดแผลหรือภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญผิดปกติ (metabolic acidosis)

1.5 ระบบผิวหนังและระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อต่อ จากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

1.6 การทำงานของตับและไตผิดปกติ จากภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด คือความดันโลหิตต่ำ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากการรักษาพยาบาล เช่น การดูดเสมหะทางท่อหลอดลมคอ การเปลี่ยนท่านอน การไอจาม (วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2560) ความเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการดูดเสมหะ ความรู้สึกอึดอัดไม่สุขสบาย เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะกระสับกระส่าย กระวนกระวาย หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (บังอร นาคฤทธิ์, อำภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย รักดีวงศ์, 2558) ความปวดส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น (วิจิตรา กุสุมภ์, 2560) รวมทั้งการถูกใส่สายให้อาหาร การสำลัก นอกจากนี้ยังเกิดแผลในกระเพาะอาหารจากความเครียดและ

เกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น 8 เท่า (ลัดดาวรรณ เสียงอ่อน และธารารัตน์ ส่งสิทธิกุล, 2562)

2. ด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า การใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด (Chen, 2011 อ้างถึงใน นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ และศิริพร สว่างจิตร, 2561) ส่วนผลกระทบด้านจิตสังคม ได้แก่ ความลำบากในการสื่อสารไม่สามารถบอกความต้องการได้ (มาณี ชัยวีระเดช, 2555) ต้องการให้คนเข้าใจความรู้สึกที่เป็นอยู่ ต้องการพูดคุย บอกความรู้สึก ต้องการให้ญาติมาเยี่ยมมานั่งเป็นเพื่อนอยู่ใกล้ ๆ ซึ่งจากการศึกษาเรื่องคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ปัจจัยรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดใส่ท่อช่วยหายใจ นอกจากอาการด้านร่างกายแล้วยังเกิดจาก ฝันร้าย กลัวการเอาท่อช่วยหายใจออกหรือหย่าเครื่องช่วยหายใจและกลัวเครื่องช่วยหายใจไม่ทำงาน (วรวิธ รักอิม, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, พัชรีย์ ไชยลังกา และศิวศักดิ์ จุทอง, 2549) รวมทั้งไม่กล้าหลับเนื่องจากกลัวเครื่องช่วยหายใจหลุดไปโดยไม่มีคนเห็น และต้องคอยเฝ้าระวังเสมหะที่เกิดขึ้น (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543 อ้างถึงใน วรวิธ รักอิม, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, พัชรีย์ ไชยลังกา และศิวศักดิ์ จุทอง, 2549) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ กำลังใจ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ต้องการพบใครบางคน ต้องการรับรู้ถึงความหวัง ตลอดจนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นนำไปสู่การศึกษา วิจัย และสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศทางการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วยของพยาบาลนำไปสู่การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

แนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หมายถึง การบริการอย่างเอื้ออาทรมีความรักและความเมตตาเป็นที่ตั้ง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีและมีคุณค่าต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (จินตามาศ โกศลชื่นวิจิตร, 2556) การพยาบาลด้วยความเมตตา ดูแลด้วยความจริงใจ อยากช่วยเหลือให้เขาพ้นทุกข์ ไม่ว่าจะเป็นทุกข์เพราะเจ็บป่วยทางกายหรือจิตใจ (สงศรี กิตติรักษตระกูล, 2554 อ้างถึงใน อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, ส่วนฮานาณี วัดเส้น และวันดี สุทธรังษี, 2557) การเข้าใจมนุษย์และความเป็นจริงของชีวิต เพื่อเป็นพื้นฐานในการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ (ปานทิพย์ ปุณณานนท์ และกุลธิดา พานิชกุล, 2561) ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการอย่างแท้จริง สามารถให้บริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับชีวิต ลดความขัดแย้ง ทำให้ผู้รับบริการสามารถพึ่งตนเองได้ (พนารัตน์ วิสวเทพนิมิตร และกมลรัตน์ เทอร์เนอร์, 2560) โดยพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้และผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับต้องมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกต่อกัน พยาบาลรู้สึกเป็นสุขที่ได้ให้ และผู้ป่วยมีความสุขในความทุกข์จากความเจ็บป่วยแต่ก็ยังมีความสุขที่ได้รับความคิดเห็นที่แสดงออกผ่านวจนภาษาและอวัจนภาษา ในระหว่างที่ได้รับการดูแลจากพยาบาล การยิ้มทักทาย สื่อสารด้วยความรักความห่วงใย อ่อนน้อมถ่อมตน จะทำให้ช่วงเวลาทุกข์ของผู้รับบริการกลายเป็นช่วงเวลาแห่งความสุขได้ (จริรัตน์ อินทวัฒน์, ธนพล บรรดาศักดิ์ และนฤมล จันทระเกษม, 2560) พฤติกรรมการบริการเป็นส่วนประกอบหลักในการให้บริการ (วิสารกร มดทอง, 2555) การแสดงออกที่มีต่อผู้รับบริการด้วยความห่วงใย สัมผัสนุ่มนวล อ่อนโยน ปราศรณาให้ผู้รับบริการมีสุขภาพกายและใจที่ดี ได้รับการที่รวดเร็ว ปลอดภัย รวมทั้งการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ คือ

การให้เกียรติและดูแลผู้รับบริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เข้าใจความแตกต่างของผู้รับบริการ ไม่ตำหนิการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการ (ชฎาภา ประเสริฐทรง, อังสนา เบญจมินทร์ และพัฒนา วันพูน, 2559) การตั้งใจฟังผู้รับบริการ เป็นการฟังด้วยความใส่ใจแสดงถึงการยอมรับผู้รับบริการ เป็นการสื่อว่าสิ่งที่คุณกำลังพูดมีความสำคัญ (จิริรัตน์ อินทวัฒน์, ธนพล บรรดาศักดิ์ และนฤมล จันทระเกษม, 2560) จากเคยถามสิ่งที่เราอยากรู้ ไม่ให้ความสำคัญกับสิ่งที่เขาอยากเล่า เปลี่ยนเป็นฟังเขามากขึ้น ทำให้มองเห็นปัญหาของเขา (ปานทิพย์ ปุณณานนท์ และกุลธิดา พานิชกุล, 2561) เข้าใจความทุกข์ของชีวิตมนุษย์ ที่ไม่ใช่จากโรคเพียงอย่างเดียว เข้าใจข้อจำกัดของผู้ป่วย คำแนะนำที่อาจไม่ได้ช่วยผู้ป่วยเนื่องจากไม่สอดคล้องกับชีวิตและบริบทของผู้รับบริการ โดยปรับแนวทางการบริการ (เพลินตา พรหมบัวศรี, จิรียา อินทนา, กัลยา ศรีมหันต์ และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก, 2558) การพยาบาลด้วยความรู้สึกรู้สึกเห็นอกเห็นใจ รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา จะช่วยให้เกิดความเข้าใจกันอย่างถ่องแท้ และสามารถตอบสนองกลับได้ตรงกับภูมิหลังของแต่ละคน เมื่อพยาบาลมีความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่นเช่นเดียวกับที่เข้าใจตนเอง ทักษะทางสังคมในด้านอื่น ๆ ก็จะตามมา เช่น การพูดจาด้วยถ้อยคำที่ไพเราะ การกระทำที่ยกย่องให้เกียรติผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ เป็นต้น (จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร, 2556) การพูดคุยสื่อสารจะต้องมาจากความรัก ความเมตตา ความเข้าใจ ไม่มีอคติ มีความหวังดีที่ต้องการให้ผู้รับบริการมีความสุข (จิริรัตน์ อินทวัฒน์, ธนพล บรรดาศักดิ์ และนฤมล จันทระเกษม 2560) การสบตา การพูด การสัมผัสเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และเคารพในความเป็นมนุษย์ (Ginesste และ Marescotti, 2008 อ้างถึงใน อัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกตุ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2562) การแสดงออกที่แสดงถึงความเต็มใจให้บริการ หมายถึง คำพูดและภาษาท่าทางที่ปรารถนาจะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการ เช่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ใช้คำพูดไพเราะ (ชฎาภา ประเสริฐทรง, อังสนา เบญจมินทร์ และพัฒนา วันพูน, 2559) รวมทั้งการปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ และความกระตือรือร้น ช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความเต็มใจโดยไม่ต้องร้องขอ จัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงความปลอดภัย ตอบสนองต่อการร้องขอด้วยความรวดเร็ว ตรวจเยี่ยมอาการของผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ ยอมรับความคิด การกระทำ ของผู้รับบริการโดยไม่ตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ รับฟังปัญหา ความคับข้องใจของผู้รับบริการ (สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, พิมพิมล วงศ์ไชยา, สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน และหทัยรัตน์ บรรณกิจ, 2559) นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลที่เกิดจากใจและความต้องการของผู้ปฏิบัติ ไม่มีรูปแบบเฉพาะแล้วแต่ความเหมาะสมในแต่ละบริบท มิติสังคมและวัฒนธรรม (สุกัญญา ศิริโสภารักษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557)

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จะต้องอาศัยความรู้สึกรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นตั้งใจของพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ผ่านการแสดงออกทั้งทางวัจนภาษา และอวัจนภาษา โดยคำนึงถึงคนอย่างเป็นองค์รวมคาดหวังให้คนมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งต้องใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล รวมทั้งศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ที่เมื่อแสดงออกแล้วผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าพยาบาลกระทำด้วยความรู้และความตั้งใจอันดี ส่งผลกระทบในทางบวกต่อความรู้สึกของผู้ป่วยให้รู้สึกว่าตนมีคุณค่า ได้รับการปฏิบัติเยี่ยงบุคคลคนหนึ่งซึ่งมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับผู้อื่น ตลอดจนมีความพึงพอใจ อีกทั้งยังเกิดประโยชน์แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติคือความสุขใจ อิ่มเอมใจ และรู้สึกว่าตนมีคุณค่า

ประโยชน์ของการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จะช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเกิดความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ขณะเดียวกันพยาบาลที่ดูแลก็จะมีกำลังใจในการทำงาน และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545 อ้างถึงใน จินตามาศ โกศลชื่นวิจิตร, 2556) การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นลักษณะเฉพาะทางวิชาชีพที่ผู้รับบริการทุกคนคาดหวัง และเป็นกระบวนการที่ช่วยให้พยาบาลได้เห็นคุณค่าของชีวิตและงาน จากการศึกษาคุณค่าในงานพยาบาล : ความหมายและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า คุณค่าในงานของพยาบาลประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) คุณค่าจากการดูแล 2) คุณค่าจากการให้ และ 3) คุณค่าจากความปิติในใจ (กนกอร ธารา, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ พบว่า พยาบาลมีความรู้สึกในส่วนลึกของจิตใจว่าตนมีคุณค่า งานที่ทำมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจกับความสำเร็จของงาน และทำงานอย่างมีความสุข (สุกัญญา ศิริโสภารักษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) ซึ่งเป็นสิ่งยืนยันว่าการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ นอกจากจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยแล้ว ยังเกิดประโยชน์กับผู้ให้คือบุคลากรทางสุขภาพเช่นกัน การทำงานด้วยใจไม่มีใครบังคับ จึงทำให้รู้สึกสนุกและมีความสุขกับงานที่ทำ ไม่รู้สึกว่าการนี้นั้นยากลำบาก ทำงานอย่างมุ่งมั่นจนสำเร็จ และอยากทำต่อไปเรื่อย ๆ การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ช่วยยกระดับจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ในผู้ปฏิบัติให้สูงขึ้น ได้เห็นคุณค่าของตนเอง คุณค่าของชีวิต (สุกัญญา ศิริโสภารักษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้มีพลังในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการประยุกต์ใช้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

มาตรฐานการพยาบาลโดยส่วนใหญ่มักเขียนถึงความเป็นเลิศทางการพยาบาล (best practice) โดยเน้นประเด็นและรายละเอียดของการปฏิบัติการดูแลด้านร่างกายเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นหนึ่งในประเด็นหลักที่สำคัญสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลด้วยเทคนิคที่ดีคือถูกต้องตามหลักการ ทำแล้วมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นั่นคือการกระทำด้วยความเข้าใจ เหตุผลของการกระทำ ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละคนแต่ละสถานการณ์แต่ละช่วงเวลา อาจใช้เทคนิคไม่เหมือนกันเพราะคนมีความเป็นปัจเจกบุคคล ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านกายภาพ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ กิริยาท่าทาง ปฏิกริยาตอบสนอง ฯลฯ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2546 อ้างถึงใน จินตามาศ โกศลชื่นวิจิตร, 2556) การนำเทคนิคบางอย่างมาใช้แล้วไม่ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ไม่ได้หมายความว่าเทคนิคนั้นไม่ดี แต่อาจนำมาใช้ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือสถานการณ์ในขณะนั้น ดังนั้นหากพยาบาลเข้าใจและเข้าถึงปัจจัยเหล่านี้ก็จะสามารถเลือกใช้และปรับเปลี่ยนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ วัตถุประสงค์พื้นฐานของการพยาบาลคือให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสุขสบาย ทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ความปลอดภัยของผู้ป่วยมาจากการกระทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ และการกระทำด้วยความระมัดระวังไม่กระทำสิ่งที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย โดยตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้าและสามารถป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาได้ เฝาระวังปัญหาที่อาจเกิดเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (early detection) การประยุกต์ใช้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะช่วยให้สามารถดูแล

ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมได้อย่างแท้จริง โดยใส่ใจในทุกการกระทำ คำนึงถึงความปลอดภัยและความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์

1.1 การดูแลอุปกรณ์ให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1.1 ท่อช่วยหายใจ ต้องดูแลและตรวจสอบในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1) ตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องซึ่งยืนยันด้วยผลเอ็กซเรย์ แล้วระวังการทำให้ท่อขยับขึ้นหรือลงขณะจัดทำผู้ป่วยหรือขณะบีบ self inflating bag (ambu bag) เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บปวดได้

2) แนวโค้งของท่อช่วยหายใจ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่าควรจัดให้อยู่ในทิศทางที่ตรงออกจากลำคอและช่องปาก โดยส่วนของท่อช่วยหายใจที่อยู่ด้านนอกปากไม่เฉียงไปด้านใดด้านหนึ่ง เพราะผู้ป่วยจะเกิดการเจ็บปวด ไม่สบาย และอาจเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ ดังตัวอย่างจากผู้ป่วยรายหนึ่งที่ไอและขย้อนจนปลายของท่อช่วยหายใจที่อยู่ในลำคอบิดและโค้งออกมาด้านนอกปาก ในขณะที่พลาสเตอร์และเชือกที่ยึดตรึงมูกปากยังอยู่ในสภาพเดิม ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการขยับตัวจนทำให้แนวโค้งของท่อช่วยหายใจส่วนที่อยู่ด้านนอกปากเฉียงมาก จนปลายด้านในระคายเคืองบริเวณลำคอ ทำให้ผู้ป่วยไอและขย้อนออกมา

3) การผูกยึดตำแหน่งของท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อน/ หลุด โดยการติดพลาสเตอร์หรือการผูกเชือก

4) แรงดันลมในกระเปาะใกล้ส่วนปลายของท่อช่วยหายใจ (cuff pressure) การใส่ลมในปริมาณน้อยที่สุดที่ไม่ทำให้เกิดการรั่วของออกซิเจนจากท่อทางเดินหายใจ เพื่อช่วยให้ได้รับออกซิเจนตามที่กำหนด ได้ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกใน 1 ครั้ง (tidal volume) ที่เพียงพอ และไม่เกิดการบาดเจ็บของหลอดลม (จันทรทิรา เจริญ, 2560) ซึ่งประเมินได้จากการที่ได้ยินเสียงและรู้สึกถึงลมที่ออกทางปากของผู้ป่วยอย่างผิดปกติ ประกอบกับค่า tidal volume ที่ลดลง โดยประเมินทุกครั้งที่เข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วย ส่วนการป้องกันการบาดเจ็บของหลอดลมต้องมีการวัดแรงดันในกระเปาะอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมงหรือตามมาตรฐานของหน่วยงาน

1.1.2 การใช้อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจ (oropharyngeal airway or mouth gag) ให้ใส่ในกรณีจำเป็นที่ผู้ป่วยกัดท่อช่วยหายใจซึ่งจะทำให้การไหลของออกซิเจนไม่สะดวก นอกจากนี้การใส่ mouth gag จะกดโคนลิ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายได้สะดวกและอาจสำลักน้ำลายได้ บางรายที่รู้สึกตัวอาจพิจารณาใส่แต่ส่วนหน้าของช่องปากเพื่อป้องกันการกัดท่อช่วยหายใจเท่านั้น ซึ่งจะทำให้ลดความไม่สบายลงได้

1.1.3 เครื่องช่วยหายใจ : นอกเหนือไปจากการดูแลให้การตั้งค่าการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ (ventilator setting) เป็นไปตามที่แพทย์กำหนดแล้ว พยาบาลควรติดตาม (monitor) ข้อมูลของผู้ป่วย (patient data) ได้แก่ tidal volume, minute volume, peak airway pressure, respiratory rate และการตั้งค่าสัญญาณเตือน (alarm) ต่าง ๆ เช่น high pressure, high respiratory rate, apnea เป็นต้น ข้อมูลของผู้ป่วยที่ผิดปกติไปจะแสดงถึงความผิดปกติบางประการจากตัวผู้ป่วยหรือเครื่องช่วยหายใจ ที่พยาบาลควรหาสาเหตุให้พบและดำเนินการแก้ไขโดยเร็ว ด้วยการแสดงความใส่ใจที่จะหาสาเหตุของความผิดปกตินั้น

กรณีเสียงสัญญาณเตือนบ่อยมาก และไม่มีอันตรายที่ชัดเจน รวมทั้งไม่มีการตอบสนองอื่นเพิ่มเพื่อแก้ไข เมื่อรายงาน ควรประสานงานกับแพทย์อีกครั้งเพื่อพิจารณาปรับค่าสัญญาณเตือน ให้เหมาะสมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและส่งเสริมการพักผ่อนและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย นอกจากนี้เมื่อมีเสียงสัญญาณเตือน พยาบาลควรให้ความสนใจและรีบตรวจสอบ ประเมินปัญหาและสาเหตุ พร้อมให้การแก้ไขอย่างเร่งด่วน และต้องกดปุ่ม alarm reset ทุกครั้ง เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว (สมคิด วิลเลียมส์, 2556) ความกระตือรือร้นที่จะให้การช่วยเหลือทันที รวมทั้งการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของเสียงนั้น การแก้ไข และความร่วมมือที่ต้องการจากผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลที่ตรงไปตรงมาดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและคลายความวิตกกังวลจากความสงสัยว่าอาจมีอันตรายเกิดขึ้น

1.1.4 ชุดสายเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ประกอบ ถึงแม้จะมีการรับประกันจากบริษัทต่าง ๆ ว่ามีการพัฒนาชุดอุปกรณ์สายเครื่องช่วยหายใจให้ปราศจากละอองน้ำในสายแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคง พบว่าบ่อยครั้งที่มีน้ำค้างคั่งในสาย อันเนื่องมาจากปฏิกิริยาการควบแน่นของน้ำซึ่งเกิดจากความแตกต่างของอุณหภูมิภายในและภายนอกของสาย ขัดขวางการไหลของออกซิเจนที่เข้าสู่ผู้ป่วย พยาบาลควรใส่ใจในการสำรวจน้ำที่คั่งค้างตามข้อต่อต่าง ๆ ระดับน้ำ ความชื้นและความร้อนที่พอเหมาะ

1.2 การประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยดูลักษณะการหายใจ จำนวนครั้งการหายใจ และอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อการหายใจ ทั้งจากการตรวจร่างกาย บันทึกเกี่ยวกับปริมาณน้ำเข้าและออก รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia : VAP) ประกอบด้วย

2.1 การทำความสะอาดปากและฟัน การทำความสะอาดช่องปากตามมาตรฐานของหน่วยงาน ควรดูดน้ำลายให้หมดก่อนเริ่มทำความสะอาดช่องปาก ระวังน้ำหรือน้ำลายไหลลงคอทำให้ผู้ป่วยไอและสำลัก ใช้ที่ดูดน้ำลายช่วยขณะดูแลทำความสะอาดช่องปาก ให้ผู้ป่วยตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งหรืออยู่ในท่านั่ง สังเกตว่าผู้ป่วยมีน้ำลายมากและมีบ่อยหรือไม่เพื่อปรับการดูแลให้เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายสามารถดูดน้ำลายเองได้ ควรช่วยเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้พร้อมใช้โดยเพิ่มความระมัดระวังเรื่องความสะอาดภาชนะที่เก็บอุปกรณ์ดูดน้ำลาย

2.2 การป้องกันการสำลักน้ำลายและอาหาร

2.2.1 การดูดน้ำลาย ควรดูดน้ำลายก่อนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ทั้งนี้การดูดน้ำลายในปากไม่ควรใส่อุปกรณ์ดูดน้ำลายเข้าและออกอย่างรวดเร็วเข้าไปในช่องปากและคอ รวมทั้งพยายามหลีกเลี่ยงการทำให้ที่ดูดน้ำลายโดนเยื่อในปากและคอ เนื่องจากจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการไอและสำลักได้ ควรช่วยดูดน้ำลายตรงตำแหน่งที่มีน้ำลายอยู่มาก ได้แก่ โคนลิ้นตรงกลางช่องปากในลำคอและโคนลิ้นบริเวณใต้ท่อช่วยหายใจ หรือให้ผู้ป่วยช่วยทำให้น้ำลายออกมาอยู่ใกล้ริมฝีปากเพื่อให้สามารถช่วยดูดได้สะดวกไม่ต้องใส่ที่ดูดน้ำลายเข้าไปลึก รวมทั้งการสังเกตการกลืนน้ำลาย ปริมาณน้ำลายเพื่อปรับเทคนิคการดูแลให้เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยไม่เจ็บไม่ไอ ไม่รู้สึกทุข์ทรมานทุกครั้งที่ต้องดูดน้ำลาย ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการพยาบาล

2.2.2 การให้อาหารทางสายยางให้อาหาร เพื่อป้องกันการสำลักอาหารนอกจากการตรวจสอบตำแหน่งของสายว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องแล้ว ต้องมีการจัดท่านั่งหรือนอนศีรษะสูงขณะและหลังการให้อาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ซึ่งพยาบาลควรพิจารณาหาวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในท่านั่งจนครบเวลา นอกจากนี้

ควรพิจารณาวิธีการให้อาหารด้วยการหยดช้า ๆ อย่างต่อเนื่อง และการงดหรือเลื่อนการให้อาหาร (สมคิด วิลเลียมส์, 2556) กรณีมีอาหารเหลือค้างในกระเพาะปริมาณมาก

2.2.3 การวัดแรงดันลมในกระเปาะส่วนปลายของท่อช่วยหายใจ (cuff pressure) อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการสำลักน้ำลายและหรืออาหารได้ ดังนั้นขณะวัดควรจัดทำศีรษะสูง และต้องทำการดูดน้ำลายในปากและดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจก่อน และไม่ควรวัด cuff pressure ภายหลังให้อาหารหรืออย่างน้อยต้องวัดห่างจากช่วงให้อาหารนาน 2 ชั่วโมง ความถี่ของการวัดตามมาตรฐานของหน่วยงาน ทั้งนี้มีบางข้อมูลกำหนดว่าควรมีการวัด cuff pressure ทุก ๆ 2 ชั่วโมง ทุกครั้งที่มีการดูดเสมหะให้กับผู้ป่วย (จันทร์ทิรา เจียรณัย, 2560) ในขณะที่บางงานวิจัยให้วัดอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง (สุกัญญา โพนนอก, อัมภพร นามวงศ์พรหม และ น้ำอ้อย วงศ์ภักดี, 2558) ก็เพียงพอ

2.2.4 ความรู้สึกกระหายน้ำ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีความรู้สึกกระหายน้ำและขอเติมน้ำทางปาก ให้ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำลายได้ไม่ลำบาก ให้ดูดน้ำลายในปากและจัดทำศีรษะสูง ก่อนให้จิบน้ำโดยใช้ syringe ดูดน้ำหยดใส่ปากผู้ป่วยครั้งละ 1-2 มิลลิลิตร ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการสำลักขณะกลืนน้ำลายก็สามารถทำได้ด้วยความระมัดระวังอย่างมีหลักการ เป็นการช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้มีกรณีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจรายหนึ่งที่สามารถกลืนได้โดยไม่มีปัญหา ทีมแพทย์และพยาบาลร่วมกันประเมินแล้วช่วยผู้ป่วยลุกจากเตียงลงนั่งที่เก้าอี้ข้างเตียง และให้ผู้ป่วยได้รับประทานไอศกรีมที่ไม่มีชิ้นผลไม้หรือกากอื่น ๆ ตามที่ผู้ป่วยร้องขอ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีความสุขได้แม้อยู่ในสถานะที่เป็นทุกข์

2.3 การพยาบาลด้วยหลักสะอาด และหลักปราศจากเชื้อ ให้พิจารณาถึงกิจกรรมที่บุคลากรปฏิบัติกับผู้ป่วย อุปกรณ์ต่าง ๆ และการกระทำกิจกรรมของผู้ป่วยเองที่จะก่อให้เกิดการติดเชื้อ ในส่วนที่เกี่ยวข้องตัวบุคคลทั้งบุคลากรและผู้ป่วยตลอดจนญาติผู้ป่วยเน้นการล้างมือ ทั้งนี้ควรจัดเตรียม alcohol hand rub ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ได้ หรือแนะนำให้ญาตินำมา ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ที่ควรระวังมีดังนี้

2.3.1 อุปกรณ์ดูดน้ำลายหากไม่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง ควรล้างและเก็บในภาชนะที่สะอาด กรณีผู้ป่วยพอช่วยเหลือตัวเองได้หาภาชนะที่สะอาดเพื่อให้ผู้ป่วยใช้และเก็บอุปกรณ์ดูดน้ำลายได้สะดวก และควรมีขวดใส่น้ำสะอาดให้ล้างสายและเปลี่ยนน้ำบ่อย ๆ เพื่อไม่ให้เป็นการสะสมเชื้อโรค พิจารณาปฏิบัติตามข้อจำกัดของแต่ละหน่วยงานโดยยึดมั่นในหลักการที่ถูกต้อง

2.3.2 กรณีใช้ระบบความชื้นแบบ heated humidifier จะทำให้เกิดน้ำขังในสายเครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะบริเวณสายเครื่องช่วยหายใจที่ต่อกับท่อหลอดลม ถ้าน้ำที่ขังเหล่านี้ไหลเข้าปอดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับเชื้อโรคจำนวนมากทันที (ผกาดี บุญยชาติ และจันทร์คำ โพธิ์อ่อง, 2559) กิจกรรมที่ต้องระวังคือ น้ำจากสายชุดอุปกรณ์ช่วยหายใจจะไหลย้อนเข้าไปในท่อช่วยหายใจผู้ป่วยขณะพลิกตะแคงตัวหรือตะแคงศีรษะ (จันทร์ทิรา เจียรณัย, 2560) ก่อนพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยแม้ว่าจะมีการดูดน้ำลายในปากและดูดเสมหะแล้วขณะจัดทำก็ควรสังเกตว่าน้ำอยู่ในสายช่วงที่จะเข้าสู่ท่อช่วยหายใจหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นการพลิกตะแคงตัว ที่ทำให้ตำแหน่งสายเครื่องช่วยหายใจอยู่ด้านบน จะมีความเสี่ยงมากขึ้นหากมีน้ำตกค้างหรือเกิดการควบแน่นในสายมากกว่าการจัดทำที่สายเครื่องช่วยหายใจอยู่ด้านล่าง ดังเช่นกรณีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจรายหนึ่ง ก่อนเริ่มจัดทำตะแคงซ้ายเปลี่ยนเป็นตะแคงขวาได้มีการดูดน้ำลาย เสมหะและน้ำในสายแล้วขณะให้ผู้ผู้ป่วยนอนหงายก่อนจะพลิกตะแคงตัวไปอีกด้านยังพบว่าในสายมีน้ำในสายอีก ดังนั้นหากไม่ได้สังเกต

ก่อนพลิกผู้ป่วยไปอีกด้านหนึ่งอาจทำให้น้ำในสายไหลเข้าท่อช่วยหายใจผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้และรู้สึกว่าการพลิกตะแคงตัวได้ ทั้งนี้ในการดูดน้ำคั่งในสายโดยมีการยกไล่น้ำในสายต้องระวังอย่าให้น้ำไหลเข้าท่อช่วยหายใจ หากจำเป็นต้องปลดเพื่อเทออกต้องเตรียมสำลีแอลกอฮอล์ ไว้เช็ดข้อต่อที่ปลดก่อนการต่อคืน ไม่ไล่น้ำ ในสายเทกลับคืนไปใน humidifier รวมทั้งในกรณีมีสายที่ใช้ในการเติมน้ำเข้า humidifier ควรจัดให้สายอยู่ใกล้กับตัวเครื่องโดยลดสายเข้าไปในส่วนจับของเครื่อง ป้องกันการดึงรั้งขณะยกไม้กั้นเตียงลงหรือให้การพยาบาล เนื่องจากจะทำให้เกิดการปนเปื้อน (contaminate) ของชุดอุปกรณ์ได้

2.3.3 การล้างสายดูดเสมหะแบบระบบปิดทุกครั้งหลังการดูดเสมหะให้ผู้ป่วย เพราะจะช่วยลดการหมักหมมของเชื้อโรคและการอุดตันของสายได้ รวมทั้งต้องเช็ดทำความสะอาดข้อต่อต่าง ๆ ด้วยสำลีแอลกอฮอล์ก่อนนำมาต่อกัน การใส่น้ำเกลือสะอาดปราศจากเชื้อ (normal saline) เพื่อล้างสายดูดเสมหะแบบระบบปิด ต้องระวังน้ำเข้าท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย อย่าใส่เร็วเกินอัตราการดูดของเครื่อง suction และควรจัดข้อต่อตรงปลายท่อช่วยหายใจที่ออกมาจากผู้ป่วยให้ต่ำกว่าระดับปาก จัดปลายสายดูดเสมหะให้อยู่ตรงตำแหน่งที่ normal saline ออกมาล้างสายเพื่อให้ดูดล้างสายได้ทันที ไม่มีน้ำล้นเกินจนเข้าท่อช่วยหายใจผู้ป่วย หากข้อต่อเป็นลักษณะ elbow connector ให้หมุนส่วนโค้งงอไว้ด้านบนป้องกันน้ำไหลตกค้างในสายเครื่องช่วยหายใจ และไม่ควรรใช้เวลานานเกินไปในการล้างสายดูดเสมหะ

2.3.4 การเปลี่ยนชุดอุปกรณ์สายเครื่องช่วยหายใจ ใช้ระยะเวลาตามมาตรฐานของหน่วยงาน ควรมีระบบการระบุวันเปลี่ยนและการตรวจสอบ เพื่อให้มีการปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานของหน่วยงาน

3. การเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ โดยการส่งเสริมการขยายตัวของปอด

3.1 การจัดทำศีรษะสูง หรือนั่ง เพื่อให้กระบังลมหย่อนปอดขยายได้ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยทั่วไป แต่ผู้ป่วยที่น้ำหนักมาก การจัดทำศีรษะสูงมากจะทำให้ท้องค้ำทำให้ปอดไม่สามารถขยายตัวได้ดี ดังนั้นต้องมีการสอบถามผู้ป่วยเพื่อให้สามารถจัดทำที่ส่งผลต่อการหายใจที่มีประสิทธิภาพและสุขสบาย บางกรณีพยาบาลต้องค้นหาสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการจัดทำ และแก้ไขที่สาเหตุนั้น กรณีตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยรายหนึ่งปฏิเสธไม่ยอมให้จัดทำศีรษะสูง จากการสื่อสารทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณนั่งแล้วไม่สุขสบายมีอาการไอ ทั้งนี้ผู้เขียนประเมินแล้วว่าสาเหตุแห่งความไม่สุขสบายนั้นน่าจะมาจากช่วงขยับเปลี่ยนท่าที่อาจมีผลต่อตำแหน่งของท่อที่ยับไปมาไปมาทำให้เกิดการระคายเคืองและไอ จึงได้อธิบายให้ผู้ป่วยฟังและแจ้งว่าจะระมัดระวังให้กระแทกกระเทือนน้อยที่สุดหากนั่งแล้วไม่รู้สึกสบายก็จะไม่บังคับ แต่ขอให้ลองอีกครั้ง เพื่อประโยชน์ต่อการหายใจ จากนั้นได้ทำการดูดน้ำลาย ดูดเสมหะ และช่วยประคองท่อช่วยหายใจไว้ขณะจัดทำให้ผู้ป่วยนั่ง ท้ายที่สุดผู้ป่วยบอกว่าคุณหายใจได้สบายกว่านอนมาก ทั้งนี้การจัดทำในแนวตรง คือการจัดทำให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้น เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ (Ginesste และ Marescotti, 2008 อ้างถึงใน อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ และจิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2562) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (การสบตา การพูด การสัมผัส การจัดทำทางในแนวตั้งตรง) ช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยสูงขึ้น เกิดความไว้วางใจ และยอมรับการดูแล (อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ และจิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2562) กรณีตัวอย่างที่ 2 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) ที่ใส่ท่อช่วยหายใจรายหนึ่ง ไม่ยอมให้พลิกตะแคงตัว แหวดามหันหมองและทุกข์ทรมาน ผู้เขียนได้เข้าไปลูบหลังพร้อมกับพูดคุยโน้มน้าวบอกถึงสภาพหลังของผู้ป่วยขณะนี้ซึ่งร้อนและเป็นรอยจากผ้าที่กดทับอยู่ การพลิกตะแคงตัวจะทำให้รู้สึกสบายขึ้น และรับปากว่าจะระมัดระวัง

ในการปฏิบัติ จนผู้ป่วยยอมให้จัดทำ ขณะพลิกก็ช่วยนวดกึ่งลูบหลังให้ผู้ป่วย 3 - 4 ครั้ง ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น ยอมให้พลิกตัวตามเวลาไม่ขัดขืนและยอมให้จัดทำนึ่งในบางช่วงเวลา วันต่อมาในช่วงเย็นผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียง ดูสดใสนิ่ง สงบยอมให้ผู้เขียนและนักศึกษาที่มีความรู้ลึกซึ้งขอบคุณในแวตตา ผู้เขียนเข้าไปจับมือสบตาและพูดคุย เช้าวันต่อมาได้ทราบข่าวว่าผู้ป่วยจากไปในคืนนั้น ถึงแม้จะเสียใจแต่ก็ภูมิใจที่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขในช่วงเวลาหนึ่งท่ามกลางความทุกข์และความสิ้นหวัง หากผู้รับสัมผัสได้รับการสัมผัสที่นุ่มนวลอ่อนโยน จะทำให้รับรู้ถึงความรัก ความเป็นมิตร รู้สึกผ่อนคลาย ไม่ต่อต้านการดูแลที่ได้รับ (อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2562)

3.2 การหายใจแบบ deep breathing ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะในรูปแบบที่สามารถควบคุมจำนวนครั้งการหายใจได้เอง ควรแนะนำ กระตุ้น และให้กำลังใจผู้ป่วยในการหายใจเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ต้องแสดงออกให้เหมาะสมกับสถานการณ์เป็นการแสดงออกถึงความเข้าใจและความใส่ใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

3.3 การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำ chest physical therapy โดยการประเมินความพร้อมก่อนทำทุกครั้ง ซึ่งพยาบาลจะช่วยให้ข้อมูลเพื่อให้ทีมนำไปพิจารณา เช่น มีไข้ เหนื่อย หรือบางกรณีที่ต้องนัดหมายญาติมาเรียนรู้วิธีการออกกำลังกายให้ผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและความเข้าใจของทีม รวมทั้งญาติผู้ป่วยในการพูดคุยร่วมกันยืดหยุ่นเวลานัด เพราะเวลาของทุกคนมีความสำคัญเท่ากัน หากไม่สามารถมาตามนัดได้ ควรแจ้งเชิงรุกให้ทราบล่วงหน้าไม่ควรรอให้ถามซึ่งจะแสดงถึงความไม่ใส่ใจ

4. การระบายเสมหะที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

4.1 การดูดเสมหะที่มีประสิทธิภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดูดเสมหะ วิธีการดูดเสมหะตามมาตรฐานอาจไม่แตกต่างกัน แต่ต่างกันที่ความใส่ใจ ขั้นตอนการดูดเสมหะ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนเตรียม ขั้นตอนดูดเสมหะ ขั้นตอนประเมินผล

4.1.1 ขั้นตอนเตรียม เนื่องจากการดูดเสมหะเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดและวิตกกังวล (จันทร์ทิรา เจริญชัย และคณะ, 2561) ดังนั้นนอกเหนือจากการเตรียมและเลือกอุปกรณ์ให้เหมาะสมแล้ว ควรบอกผู้รับบริการว่าจะดูดเสมหะ โดยให้ข้อมูลที่จริงว่าอาจเกิดความเจ็บปวดได้บ้างจากการการดูดเสมหะ พร้อมพูดให้ความมั่นใจว่าพยาบาลจะทำการอย่างระมัดระวังและนุ่มนวลเท่าที่จะสามารถทำได้ ซึ่งเป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยทราบถึงสิ่งที่ต้องเผชิญ รวมทั้งแสดงว่าพยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยในระดับหนึ่ง การบอกว่าไม่เจ็บจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ไว้วางใจ และไม่ได้เตรียมใจตั้งรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ขณะดูดเสมหะ ไม่พูดคุยกันเองหรือพูดเรื่องอื่น ๆ ขณะดูดเสมหะ เพราะผู้ป่วยจะรับรู้เราไม่สนใจและไม่ใส่ใจในการปฏิบัติ การสัมผัส สบตา สังเกต และพูดกับผู้ป่วยจะเป็นการแสดงความใส่ใจด้วยการกระทำและคำพูด ทั้งนี้การพูดคุยเรื่องส่วนตัวมากกว่าสนใจปฏิบัติงานเป็นพฤติกรรมบริการที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจและมีข้อร้องเรียน (วิสารกร มดทอง, 2555)

4.1.2 ขั้นตอนดูดเสมหะ

1) การดูแลให้ได้รับออกซิเจนก่อน ขณะ และหลังการดูดเสมหะ ซึ่งในการดูดเสมหะแบบระบบปิดคือการให้ออกซิเจน 100% และแบบระบบเปิดคือการบีบ self inflating bag โดยระวังให้ผู้ป่วยได้รับ tidal volume ที่เหมาะสมไม่มากหรือน้อยเกินไปตามสภาพผู้ป่วย หรือสังเกตจากค่า tidal volume ของเครื่องในขณะที่ผู้ป่วยใช้เครื่องอยู่ และช่วยหายใจตามการหายใจของผู้ป่วย หากผู้ป่วยหายใจเร็วมากอาจบีบวัน 1 ครั้ง หากหายใจเร็วเล็กน้อยบีบตามการหายใจของผู้ป่วยในช่วงแรกและพยายามดึงจังหวะการบีบ

ในครั้งถัดไปให้ช้าลง เพื่อช่วยเหนี่ยวนำให้ผู้ป่วยมีการหายใจที่ช้าลงอยู่ในระดับที่เหมาะสม พยาบาลควรบีบให้สอดคล้องกับการหายใจของผู้ป่วยไม่ควรบอกให้ผู้ป่วยหายใจตามที่พยาบาลบีบ เพราะผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถบังคับการหายใจได้อย่างที่ต้องการเนื่องจากไม่ใช่ช่องทางหายใจตามปกติ ในขณะที่ผู้พัฒนาเครื่องช่วยหายใจ พยายามออกแบบคุณสมบัติและลักษณะการใช้งานของเครื่องช่วยหายใจให้สอดคล้องกับลักษณะการหายใจของผู้ป่วยมากที่สุด ฉะนั้นพยาบาลควรคำนึงถึงเรื่องดังกล่าวเช่นเดียวกัน

2) การพักและให้ออกซิเจนระหว่างการดูดเสมหะ นอกจากจะช่วยลดภาวะพร่องออกซิเจนแล้ว ยังแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจถึงความทุกข์ของผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดและอึดอัดขณะดูดเสมหะ ระหว่างพักให้ออกซิเจนให้สังเกตการหายใจและสีหน้าของผู้ป่วย ควรรอให้ผู้ป่วยพร้อมหรือหายใจเหนื่อยก่อน โดยการสบตาและถามก่อนเริ่มการดูดเสมหะครั้งถัดไป เพื่อแสดงให้เห็นว่าพยาบาลใส่ใจในความรู้สึกของผู้ป่วย อย่าคิดว่าผู้ป่วยต้องทำตามเรา เราจะทำอะไร ใส่อะไรกับเขาตอนไหนก็ได้เหมือนเขาเป็นหุ่น (ปานทิพย์ ปุณณานนท์ และกุลธิดา พานิชกุล, 2561) ตัวอย่างเช่นการใช้ self inflating bag บีบตาม ที่ผู้ป่วยหายใจแทนการบอกให้ผู้ป่วยหายใจตามที่บีบ นอกจากนี้การสัมผัสที่นุ่มนวลจะช่วยถ่ายทอดความรู้สึก เช่น ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ โดยกระทำร่วมกับการสบตา และการพูดปลอบโยนให้กำลังใจ รับรู้ได้ว่าพยาบาลพร้อมที่จะรับฟังและให้การช่วยเหลือ (อัจฉราภรณ์ อยู่ยั้งเกตุ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2562; Peres, Barbosa and Silva, 2011) ดังนั้นระหว่างการพัสดังกล่าวพยาบาลอาจวางมือบริเวณอกส่วนบนของผู้ป่วย ในขณะที่พักให้ออกซิเจนก่อนการดูดเสมหะครั้งถัดไป เป็นการสื่อสารด้วยภาษากายที่แสดงถึงความห่วงใยและการรับรู้ถึงความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วย สอดคล้องกับการวิจัยหนึ่งที่กล่าวว่า เพียงการแตะตัวก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกใกล้ชิด เป็นการถ่ายทอดพลังความรักและกำลังใจ (สุกัญญา ศิริโสภารักษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2557)

3) เทคนิคปราศจากเชื้อ (sterile technique) การดูดเสมหะแบบระบบปิด ให้เชื้อข้อต่อต่าง ๆ ทุกครั้งก่อนและหลังการต่อกับอุปกรณ์ภายนอก การดูดเสมหะแบบระบบเปิด ระวังมือข้างที่ใส่ถุงมือการใส่สายดูดเสมหะให้ตรงเข้าไปในท่อซึ่งต้องอาศัยความระมัดระวัง ช่างสังเกต ตลอดจนความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

4) วิธีการดูดเสมหะที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้จำนวนครั้งที่ดูดลดลงผู้ป่วยเจ็บน้อยลง สายดูดเสมหะจะต้องใส่ให้ลึกถึงตำแหน่งที่เหมาะสม และในการดูดเสมหะไม่ควรหมุนหรือควงสายอย่างรวดเร็ว เนื่องจากไม่ได้ประโยชน์ ควรบิดหรือหมุนสายเพียงเล็กน้อย ควรสังเกตและปรับเปลี่ยนมุมการใส่สายดูดเสมหะหรือปรับแนวความโค้งของท่อช่วยหายใจเล็กน้อย เพื่อให้ใส่สายได้สะดวก

5) ระยะเวลาที่ใช้ในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10 - 15 วินาที การดูดเสมหะโดยใช้เวลานานหรือไม่มีการพักในแต่ละครั้งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ บางรายอาการอาจรุนแรงโดยไม่อาจช่วยให้ดีได้ด้วยอุปกรณ์แบบเดิม รวมทั้งความรู้สึกของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานอย่างมากอาจจะขาดใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัวต่อการดูดเสมหะ ทั้งนี้อัตราเร็วในการดึงสายดูดเสมหะออกไม่ต้องเท่ากันตลอดระยะความลึกของท่อ ในช่วงแรกที่สายอยู่ลึกตามตำแหน่งให้สังเกตเสียงของเสมหะที่เข้ามาในสาย ถ้ายังมีเสียงเสมหะที่ดูดได้ควรใช้เวลาจุดนั้น ๆ ให้นานกว่าจุดอื่น เมื่อดึงสายขึ้นมาระยะหนึ่งที่ไม่มีเสียงเสมหะแล้วเนื่องจากเป็นส่วนของท่อที่เสมหะออกมาไม่ถึงให้ดึงออกให้เร็วขึ้น เพื่อให้เป็นบริหารเวลาในการดูดเสมหะที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงตามมาตรฐานการดูแลหาคือ แรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะ ตำแหน่งที่ใส่สายดูดเสมหะ และจำนวนครั้งต่อรอบ

4.1.3 ขึ้นประเมินผล นอกเหนือไปจากการที่พยาบาลประเมินผลการดูดเสมหะและภาวะแทรกซ้อนตามปกติแล้ว อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยบางรายมีส่วนร่วมและเห็นผลของความอดทนต่อความเจ็บปวดในการดูดเสมหะว่ามีเสมหะปริมาณมากที่ได้รับการดูดออกมา รวมทั้งใช้เวลาช่วงนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการดูดเสมหะ รวมทั้งการชื่นชมที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและ มีความอดทนในกิจกรรมนี้ นอกจากนี้ พยาบาลควรสังเกตและปรับการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งภายหลังการดูดน้ำลายและดูดเสมหะ เมื่อเปลี่ยนท่ามักไอและมีเสมหะมาอยู่ในช่องปากอีกจึงต้องดูดซ้ำอีกครั้งหรือบางรายระหว่างเช็ดตัวอยู่ในท่าตะแคงมีเสมหะออกมาอยู่ในท่อช่วยหายใจอีก ต้องช่วยดูดก่อนจัดท่านอนหงายเพื่อพลิกไปอีกด้าน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์จากการไอและสำลักแล้วรับรู้ว่าการเช็ดตัวเป็นความทุกข์ด้วยกรณีเช่นนี้เป็นการดูดเสมหะแบบระบบปิดก็สามารถต่อสายดูดเสมหะคาไว้ก่อนได้ขณะเช็ดตัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและไม่ใช้เวลาในการเช็ดตัวนาน

4.2 การเคาะปอด (percussion) และการเขย่าปอด (vibration) เพื่อช่วยระบายเสมหะ ควรเพิ่มความระมัดระวังในรายที่มีข้อห้ามหรือข้อควรระวัง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่าย ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติแบบ atrial fibrillation ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกบาง และผู้ที่เปราะบางหรือเปราะบางเป็นต้น การหาวิธีการสื่อสารเพื่อแจ้งบุคลากรในทีมสุขภาพให้ทราบเมื่อจะเข้ามาทำกิจกรรมกับผู้ป่วยเป็นความใส่ใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งพยาบาลผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดควรคำนึงถึง ในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ผอมหรือผู้ที่มี ภาวะกระดูกบางควรเคาะปอดโดยอาศัยแรงสะเทือนผ่านผ้าคลุมที่มีความหนาพอควรไม่ควรเคาะโดยตรงกับตัวผู้ป่วย เพราะอาจเกิดความเสี่ยงเรื่องกระดูกหักได้

4.3 การทำให้เสมหะไม่เหนียวข้น กิจกรรมที่ควรทำเพื่อป้องกันปัญหาเสมหะอุดตัน (secretion obstruction) ในท่อทางเดินหายใจ คือการดูแลควบคุมอุณหภูมิของ humidifier ให้มีอุณหภูมิที่ทำให้เกิดความชื้นที่เหมาะสมไม่ทำให้เสมหะแห้งเหนียว รวมถึงการประเมินและดูแลการรับน้ำให้เพียงพอ ในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัด เพื่อหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจส่งผลให้มีการติดเชื้อมาก หากพบว่า ดูดเสมหะไม่ได้เลยอาจเป็นเพราะเสมหะแห้งเหนียวมาก ไม่ได้หมายความว่าไม่มีเสมหะ ทั้งนี้การพ่นหรือการใส่น้ำเกลือสะอาดปราศจากเชื้อ (normal saline) เพื่อทำให้เสมหะอ่อนตัว ถ้ามีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อแก้ไขปัญหาเสมหะอุดตัน (secretion obstruction) ก็สามารถทำได้โดยคำนึงถึงหลักสะอาดปราศจากเชื้อ แต่เนื่องจากการวิจัยที่พบว่า บริเวณที่พบเชื้อโรคมามากที่สุดได้แก่ในท่อช่วยหายใจและสายของเครื่องส่วนที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย (ผกาวิไล บุญยชาติ และ จันทร์คำ โพธิ์อ่อง, 2559) ดังนั้นในบางการวิจัยจึงพบว่าการใส่น้ำเกลือสะอาดปราศจากเชื้อเพื่อทำให้เสมหะอ่อนตัว มีผลให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น (Blackwood, 1999 as cited in Moore, 2003) ซึ่งส่งผลให้บางหน่วยงานมีข้อห้าม ข้อควรระวังเรื่องการกระทำดังกล่าว ในขณะที่อีกงานวิจัยพบว่าการเกิด VAP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ใช้ normal saline เพื่อ dilute เสมหะ เนื่องจากช่วยกระตุ้นให้เกิดการไอเพื่อขับเสมหะได้มากขึ้น (Caruso et al., 2009 as cited in Ayhan et al., 2015) ปริมาณน้ำเกลือสะอาดปราศจากเชื้อที่แนะนำในการทำให้เสมหะอ่อนตัว คือ 2 มิลลิลิตรต่อครั้งเพื่อให้ระดับออกซิเจนกลับคืนมาได้ในระยะเวลาอันสั้นคือ

45 วินาทีหลังดูดเสมหะ (Ji et al., 2002 as cited in Ayhan et al., 2015) เพื่อช่วยให้ความรู้สึกรู้สึกทุขทุขเหมือนสำลักน้ำของผู้ป่วยลดลง

5. การประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย

พยาบาลควรฝึกตนเองให้ไวต่อการเปลี่ยนแปลงมีความรู้และทักษะในการสังเกตอาการของผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจในอาการและค้นหาสาเหตุรวมทั้งแก้ไขให้ตรงกับปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนมีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความเหมาะสม

5.1 การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ สัญญาณชีพ และ O_2 sat ประเมินลักษณะเสียงหายใจที่ผิดปกติโดยการฟังปอด รวมทั้งสังเกตรูปแบบการหายใจ ทั้งนี้อัตราการหายใจที่เร็วอาจบ่งบอกถึงภาวะ metabolic acidosis เนื่องจากร่างกายพยายามปรับชดเชย เพื่อให้ความเป็นกรด-ด่างในเลือดให้มีความเป็นกลาง และการสังเกตสีผิวที่แสดงถึงภาวะช็อคซึ่งอาจมีผลจากปัจจัยการขนส่งออกซิเจนลดลง และเฝ้าระวังการไหลเวียนเลือด โดยเฉพาะกรณีมีการช่วยหายใจด้วยการใช้แรงดันบวก การเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและวิตกกังวลลดลง

5.2 การประเมินภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การประเมินลักษณะ สี และจำนวนของเสมหะ รวมทั้งอุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้น

5.3 การประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เป็นผลกระทบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive

6. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

6.1 การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความรำคาญ ไม่สุขสบายจึงดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง (self extubation) หรือการเลือกเทคนิคการผูกยึดท่อไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น ๆ รวมทั้งพบได้ในผู้ป่วยที่กระสับกระส่าย หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ หอบเหนื่อยมากขึ้น (บังอร นาคฤทธิ์, อำภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2558) พยาบาลต้องหมั่นสังเกตความผิดปกติดังกล่าว หาสาเหตุ และพยายามช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสงบลงไม่เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

6.1.1 การติดพลาสติกหรือการใช้เชือกผูกท่อช่วยหายใจ เป็นการยึดท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด ซึ่งมีหลากหลายวิธีการที่ใช้ขึ้นกับสภาพผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายมากหรือมีน้ำลายมาก เช่น ใช้เชือกผูกและหรือใช้พลาสติก (hypafix) (บังอร นาคฤทธิ์, อำภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2558) โดยมีหลักการผูกหรือติด คือ 1) ยึดแน่นกับท่อ ไม่หลวมหรือเลื่อนหลุดจากท่อและตำแหน่งโดยง่าย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) เปลี่ยนง่าย ไม่ดึงรั้งหรือทำให้ท่อช่วยหายใจโยกไปมาขณะเปลี่ยน เนื่องจากจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดได้ ซึ่งหากพยาบาลตระหนักถึงเรื่องดังกล่าวก็แสดงถึงความใส่ใจและเอาใจเราไปใส่ใจเขา ในการปฏิบัติ นอกจากนี้การดึงรั้งและการโยกของท่อช่วยหายใจอาจส่งผลให้ท่อเกิดการเลื่อนจากตำแหน่งซึ่งจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ซึ่งเทคนิคแนะนำคือ 1) การใช้เชือกผูก โดยการทบเชือกให้ด้านหนึ่งเหลื่อมกัน แล้ววางเชือกพาดท่อตามตำแหน่งและผูกเส้นคู่จากนั้นดึงสวนทางกับท่วงให้แน่นแล้วแยกปลายด้านยาวมาทางมุมปากปลายด้านสั้นไปทางตรงกันข้ามดึงให้แน่นอีกครั้ง อ้อมปลายทั้งสองขึ้นมาผูกกันด้านบน 1 ชั้น ดึงให้แน่น จากนั้นนำปลายด้านยาวซึ่งย้ายไปอยู่อีกฝั่งหลังการผูกอ้อมพาดใบหูทั้ง 2 ข้าง แล้วนำมาผูกกับปลายด้านสั้น โดยใช้เงื่อนฟิรอต 1 ปม ทั้งนี้มีข้อควรระวังหากผูกเงื่อนผิดก็จะทำให้ปมเชือกเกิดการเลื่อนได้ และเมื่อแน่ใจ

แล้วให้ผูกเพิ่มอีก 1 ปมเพื่อล็อกให้เป็นเงื่อนตาย ไม่ควรเป็นเงื่อนกระตุกเพราะมีโอกาสหลวมและหลุดได้ โดยเมื่อจะเปลี่ยนให้ใช้กรรไกรตัดที่เชือกบริเวณข้างแก้ม แกะปมด้านบน และดึงปมเส้นคู่ด้านล่างให้หลวมและเอาเชือกเก่าออก ขณะจับท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งควรจับโดยมีนิ้วบางนิ้วแตะที่คางผู้ป่วยเพื่อให้ตำแหน่งไม่เลื่อนเพราะมีจุดยึด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจส่ายหน้าหรือไอ หากจับแบบมีมือลอยไม่มีจุดยึดอาจทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ 2) การใช้พลาสติก 2 ชั้น ติดเป็นรูปตัว K การติดด้วยวิธีนี้หวังผลให้เกิดแรงยึดทั้ง 2 ฝั่งที่สมดุลกันไม่เอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง อย่างไรก็ตามขึ้นกับเทคนิคการติดของแต่ละคนว่าจะเกิดความสมดุลหรือไม่ เริ่มจากชั้นที่ 1 เริ่มติดจากมุมปากด้านที่มีท่อไปยังแก้มยาวประมาณ 2 นิ้ว ชั้นที่ 2 เริ่มติดจากมุมปากที่มีท่อพาดไปยังแก้มยาวประมาณ 2 นิ้วให้คู่ขนานกับชั้นเดิม ไม่ควรทับบนชั้นเดิมเนื่องจากจะทำให้พื้นที่ยึดเกาะน้อยเสี่ยงต่อการหลุดได้ง่าย จากนั้นพันพาสเตอร์กับท่อ 1 - 2 รอบโดยพาดผ่านด้านล่างของท่อแล้วติดปลายอีกด้านใต้ริมฝีปากบนไปยังด้านตรงข้าม ทั้งนี้ขณะติดพลาสติกควรระวังกระดาศที่เกาะออกมาไม่ให้เข้าตาผู้ป่วยเป็นการแสดงความใส่ใจของพยาบาลอีกประการหนึ่ง

นอกจากนี้ยังมีข้อควรใส่ใจ คือ 1) ควรดูต่อน้ำลายและหรือทำความสะอาดช่องปากก่อนทำการเปลี่ยนเชือกเพื่อป้องกันการสำลักน้ำลายในขณะที่เปลี่ยนเชือก 2) ควรจัดตำแหน่งและทิศทางของท่อให้เป็นแนวโค้ง ออกจากปากตรงกับแนวหลอดลม ไม่เอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง 3) ระวังเชือกบาดใบหูผู้ป่วยหรือปมกดข้างแก้มจนเกิดความเจ็บปวดและเกิดบาดแผลได้ ดังนั้นควรหาผ้าก๊อชมารองตามตำแหน่งต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยง บางรายอาจเปลี่ยนวัสดุที่ใช้ผูกเป็นผ้าที่มีความยืดหยุ่นและนิ่มมากขึ้น เช่น conform แต่ต้องเพิ่มความระมัดระวังในเทคนิคการผูกเนื่องจากเป็นวัสดุมีความยืดหยุ่นมากซึ่งอาจทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ 4) แรงดึงในการติดพลาสติกทั้ง 2 ทิศควรสมดุลกันเพื่อไม่ให้ท่อถูกดึงรั้งไปด้านใดด้านหนึ่ง 5) ควรเช็ดทำความสะอาดรอบ ๆ ปาก โดยเฉพาะตำแหน่งที่ติดพลาสติกแล้วซับแห้งก่อนติดพลาสติกชั้นใหม่ 6) ไม่ใช้เทคนิคในการผูกติดที่ยึดแน่นแต่เปลี่ยนยาก เนื่องจากขณะแกะเชือกหรือพลาสติกอาจทำให้ท่อที่อยู่ในหลอดลมผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดได้ นอกจากนี้บางรายอาจเกิดการระคายเคืองไอ และสำลักน้ำลายได้ 7) พิจารณาเปลี่ยนด้าน(มุมปาก)ที่ท่ออยู่ ป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณมุมปาก แต่ควรบอกก่อนเปลี่ยนและถามผู้ป่วยเมื่อเปลี่ยนด้านแล้วว่าดีหรือไม่ เพราะผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์จากการใส่ท่อช่วยหายใจนั้น ทั้งนี้ไม่ว่าจะเปลี่ยนเทคนิคหรือวัสดุใด ยังคงมีหลักการเช่นเดิมคือ ยึดแน่นและเปลี่ยนง่าย

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งภายหลังการเปลี่ยนเชือกผูกรอบท่อช่วยหายใจ พยาบาลสังเกตเห็นสีหน้าเจ็บปวดไม่สุขสบายจึงสื่อสารกับผู้ป่วยจนทราบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าจะเจ็บบริเวณปากตลอดเวลา หากใช้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์พยาบาลควรคิดวิเคราะห์ต่อว่าเหตุใดภายหลังการเปลี่ยนเชือกผูกนี้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมานกับการใส่ท่อช่วยหายใจมากขึ้น ทั้งที่ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกเช่นนี้ ซึ่งในรายนี้เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่า ลักษณะการผูกเชือกปมที่ผูกไปอยู่ด้านล่างของท่อช่วยหายใจส่งผลให้เชือกพาดบริเวณริมฝีปากของผู้ป่วยและกดกับฟันตลอดเวลา เมื่อเปลี่ยนให้ปมอยู่ด้านบนผู้ป่วยก็สุขสบายขึ้น บางครั้งการสังเกตและตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยสื่อสารจะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นไม่ตัดสินใจเพียงผิวเผิน ซึ่งจะช่วยให้เราสามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยสุขกายและสุขใจขึ้นได้ ในทางตรงกันข้ามหากเราคิดเพียงว่าใส่ท่อช่วยหายใจก็ต้องเจ็บอยู่แล้ว อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขปัญหากเกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น ผู้ให้การดูแลควรคำนึงถึงการเปิดใจยอมรับผู้อื่นโดยไม่อคติ และไม่นำความรู้สึกนึกคิดที่เคยรับรู้มาแต่เดิมนั้น

มาตัดสินบุคคลที่ให้การดูแล (อัญญา พลตเปลื้อง, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, ชุตินา รักษาบางแหลม และศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, 2561)

6.1.2 การป้องกันการดิ่งท้อช่วยหายใจ ควรหลีกเลี่ยงการผูกยึดมือผู้ป่วย ยกเว้นกรณีจำเป็น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับผลเสียของการดิ่งท้อช่วยหายใจ บางรายอาจต้องเชื่อใจผู้ป่วยแต่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิดในระยะแรก พยาบาลต้องตระหนักถึงความแตกต่างและที่มาของแต่ละบุคคล ไม่ตัดสินบุคคลอื่นจากค่านิยม และประสบการณ์ของตนเอง การมีความห่วงใย สนใจต่อผู้อื่น และต่อตนเอง การอยู่เคียงข้างและสร้างความไว้วางใจ (พิมพิมล วงศ์ไชยา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และพินทอง ปินใจ, 2560) เช่นกรณีตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยรายหนึ่งเอามือจับท้อช่วยหายใจเนื่องจากแนวของท้อช่วยหายใจเอียงทำให้เจ็บ จึงต้องเอามือมาจับให้อยู่ในท่าที่สบาย ไม่ได้จะดิ่ง กรณีตัวอย่างที่ 2 ผู้ป่วยเอามือมาจับมุมปากใกล้ ๆ ท้อช่วยหายใจ เนื่องจากมีน้ำลายไหลจึงยกมือมาเพื่อจะเช็ดน้ำลาย หากพยาบาลมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยยกมือมาใกล้ท้อ เพื่อเช็ดน้ำลายหรือขยับท้อก็ตอบสนองให้ตรงกับความต้องการ ช่วยดูแลดูดน้ำลายหรือเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ เพื่อหลีกเลี่ยงการทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์เพิ่มขึ้นจากการถูกผูกมือ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำกิจกรรมที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ในการผูกยึดผู้ป่วยควรมีแบบประเมินที่ชัดเจนในการผูกมัดผู้ป่วย เช่น แนวปฏิบัติการประเมินภาวะกระสับกระส่าย กระวนกระวาย (SAS) (บังอร นาคฤทธิ์, อัมพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2558) โดยต้องบอกและขออนุญาตผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว และให้ข้อมูลเชิงรุกแก่ญาติโดยไม่ต้องรอให้ญาติถามถึงความจำเป็น ต้องผูกมือ ซึ่งอาจอนุญาตให้ญาติปล่อยมือผู้ป่วยได้ชั่วคราวและเมื่อจะไม่อยู่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ ทั้งนี้ การสื่อสารที่ชัดเจนและครอบคลุมจะช่วยให้ได้รับความร่วมมือและสัมพันธภาพที่ดี จากผู้ป่วยและญาติ ประเด็นที่พยาบาลควรใส่ใจ คือ 1) ใส่ใจไปดูแลและช่วยเหลือไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และถูกทอดทิ้ง เพราะจะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น กระสับกระส่าย หายใจเร็วขึ้น ใช้ออกซิเจนมากขึ้นและเกิดอาการเหนื่อยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีเสมหะและน้ำลายมาก 2) ระวังการเกิดแผลจากการเสียดสีของวัสดุที่ใช้ผูกยึด เนื่องจากจะเป็นการเพิ่มความทุกข์ให้ผู้ป่วย พิจารณาข้อบ่งชี้การผูกยึดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล เลือกใช้วิธีการและอุปกรณ์ป้องกันการดิ่งท้อที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ผูกมือหรือใส่อุปกรณ์ครอบมือ ในผู้ป่วยบางรายการใส่อุปกรณ์ครอบมือ 2 ข้างโดยไม่ผูกยึด ผู้ป่วยสามารถยกมือที่ใส่อุปกรณ์ครอบมือมาหนีบท้อช่วยหายใจให้หลุดได้ ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินและตัดสินใจในการเลือกใช้ อุปกรณ์ให้เหมาะสมและประเมินเป็นระยะ 3) การจัดทำขณะผูกมือโดยดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสุขสบาย การผูกมือผู้ป่วยให้อยู่คนละฝั่งในขณะที่จัดทำตะแคงตัวจะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายปวดแขนข้างที่ถูกผูกไว้ด้านหลัง อาจพิจารณาหย่อนให้เล็กน้อยให้มีวางในตำแหน่งที่ไม่ถูกบิดไปด้านหลังลำตัว หากนำมาผูกไว้ด้านเดียวกัน มีข้อควรระวังคือผู้ป่วยอาจแกะออกได้ 4) เชื้อใจและให้อิสระในบางเวลา เช่น พยาบาลสังเกตว่าผู้ป่วยมักสับสนช่วงกลางคืนก็ผูกมือเฉพาะช่วงกลางคืน โดยควรแจ้งให้ญาติทราบถึงสถานการณ์ดังกล่าวด้วย

6.1.3 การจัดตำแหน่งสายเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้เกิดการดิ่งรั้งของท้อช่วยหายใจ ระวังการดิ่งรั้งขณะยกไม้กั้นเตียงขึ้นหรือลง และเมื่อมีการอุ้มยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

6.2 การบาดเจ็บจากการใส่ท้อช่วยหายใจ การเกิดแผลที่ผิวหนังบริเวณมุมปาก ระวังเชือกที่ใช้ผูกยึดท้อช่วยหายใจบาดหรือการลอกพลาสติกทำให้ผิวหนังผู้ป่วยเป็นแผลลอก ควรหาวิธีการป้องกันปัญหานี้

และควรประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณมุมปาก แก้ม และใบหู อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึง cuff pressure และการจัดแนวท่อช่วยหายใจให้โค้งตามพยาธิสรีรภาพของท่อทางเดินหายใจ ไม่เอียงซ้ายหรือขวา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บคอมากขึ้นได้

6.3 ความวิตกกังวลจากความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตและการที่ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างที่ต้องการ ผู้ป่วยในไอซียูมีข้อจำกัดในการสื่อสารจากการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจหรืออาการเหนื่อยหอบ (วิจิตรา กุสมภ์, 2560) และในผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกยากลำบาก ในการติดต่อสื่อสาร ความรู้สึกกลัวและความรู้สึกต้องการตายให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน (วัชรดา ตาบุตรวงศ์ และพรชัย จุลเมตต์, 2558) ผู้ป่วยหลายรายขณะเจ็บป่วยใส่ท่อช่วยหายใจถึงแม้ให้กระดาษเขียนก็ไม่สามารถสื่อความต้องการได้ เนื่องจากแรงในการจับปากกาไม่มีและความคิดที่สับสน พยาบาลต้องสังเกตและแปลความจากสิ่งที่ผู้ป่วยพยายามสื่อสาร หากสื่อสารไม่เข้าใจก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจได้ (วัชรดา ตาบุตรวงศ์, 2555 อ้างถึงใน วัชรดา ตาบุตรวงศ์ และพรชัย จุลเมตต์, 2558) ทั้งนี้หลายรายอาจมีปัญหาจากการฟังภาษากลางไม่เข้าใจก็พิจารณาใช้ภาษากินเพื่อสร้างความเข้าใจ และความไว้วางใจ (อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, ส่วนฮานณี วัดเส้น และวันดี สุทธิรังษี, 2557) รวมทั้งการตอบสนองทันที เมื่อต้องการความช่วยเหลือเพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย โดยเตรียมอุปกรณ์สำหรับเรียกเพื่อขอความช่วยเหลือไว้ใกล้ตัวที่พร้อมใช้งาน และแนะนำการใช้และให้ผู้ป่วยทดลองใช้เพื่อให้มั่นใจว่าพยาบาลจะได้ยินเสียงขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย เพราะถึงแม้มีการแนะนำแล้วผู้สูงอายุบางรายใช้ออกไม่เป็น จึงควรพิจารณาให้เป็นกริ่งหรือตัวบิ๊บนแทน โดยต้องประเมินความสามารถในการใช้งานอุปกรณ์นั้นด้วยทุกครั้งเนื่องจากบางรายอาจไม่มีแรงพอในการกดหรือบีบ ผู้ป่วยบางรายหากสังเกตจะพบว่ากำออกไว้ตลอดเวลาไม่ยอมปล่อย ทั้งหลับและตื่น พยาบาลควรพยายามหาวิธีให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที หากเข้าไปข้างจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจและไม่ไว้วางใจจะได้รับความช่วยเหลือทันเวลาทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลต่อการหายใจและการพักผ่อนได้ กรณีผู้ป่วยกดเรียกขอความช่วยเหลือบ่อย ๆ ให้ประเมินเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความวิตกกังวล อาจต้องอยู่เป็นเพื่อนให้คลายความวิตกกังวลในระยะเวลาหนึ่งหรือเมื่อเดินผ่านในห้องผู้ป่วยทุกครั้ง หากผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับความสนใจเฝ้าระวังอยู่ตลอดเวลา ก็จะช่วยให้คลายความกังวลได้ รวมทั้งพยาบาลควรเตรียม self-inflating bag ให้พร้อมใช้เมื่อเครื่องทำงานผิดปกติ (จันทร์ทิรา เจียรณีย์, 2560) สำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกคนเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

6.4 การยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมของญาติเพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย เนื่องจากความรู้สึกกลัวถูกทอดทิ้งจากสมาชิกในครอบครัว พยาบาลควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยม ช่วยทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ส่งเสริมความสุขสบาย พุดคุย ปลอบใจ ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุจะช่วยให้มีกำลังใจในการรักษาโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ ความต้องการตายนั่นไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยวาระสุดท้าย แต่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤตก็เกิดความต้องการตายได้เช่นกัน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552 อ้างถึงใน วัชรดา ตาบุตรวงศ์ และพรชัย จุลเมตต์, 2558) ทั้งนี้ความรู้สึกนั้นเกิดจากความต้องการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน รวมทั้งความรู้สึกหมดหวังและกำลังใจ

7. การจัดการอาการที่มีผลต่อประสิทธิภาพการหายใจ เช่น อาการปวด อาการกระสับกระส่าย วิตกกังวล เป็นต้น ทั้งนี้การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น

การใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น (prolonged mechanical ventilator) (วิจิตรา กุสมภ์, 2560) ความเจ็บปวดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไขอย่างรวดเร็วตามความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ ท้อแท้ และสิ้นหวัง (ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, 2552 อ้างถึงใน สุภารัตน์ ครอบพะกัณ, ธีรณัฐ ห่านิรติศัย และสุริพร ธนศิลป์, 2557) พยาบาลต้องมาให้การดูแล และช่วยเหลือทุกครั้งที่มีสัญญาณเตือน สัญญาณเตือนที่ดังขึ้นส่งผลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยและไม่แน่ใจว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง (วัชรรา ตาบุตรวงศ์ และพรชัย จุลเมตต์, 2558) ดังนั้นพยาบาลควรอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงเสียงสัญญาณเตือน หรือตรวจสอบการปรับสัญญาณเตือนให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย เพราะเสียงสัญญาณเตือนที่ดังจะรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ มีผลต่ออาการปวด ความสุขสบาย อารมณ์ และการหายใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังควรใส่ใจแก้ไขภาวะท้องผูก โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ รวมทั้งการส่งเสริมการนอนหลับ โดยการประเมินและวางแผนการดูแลให้ไม่รบกวนผู้ป่วยเกินความจำเป็น

8. การตอบสนองความต้องการด้านความเชื่อโดยให้มีโอกาสทำตามความเชื่อ เช่น การตักบาตรทำบุญ การสวดมนต์ และการทำตามความเชื่อต่าง ๆ ที่พิจารณาแล้วว่าไม่ขัดต่อการรักษา ดังกรณีการอนุญาตให้ชินแสมาทำพิธีคล้าย ๆ การปิดเป่าสิ่งชั่วร้ายให้หมดไปรอบเตียงผู้ป่วย โดยปิดม่านให้ทำพิธีเป็นการส่วนตัว และขอความร่วมมือไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วยรายอื่น ระวังไม่ไปละเมิดสิทธิหรือกระทบความรู้สึกของผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องคำนึงถึงด้วย ตัวอย่างข้างต้นเป็นประโยชน์กับทั้งผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณตามที่ต้องการ หรือบางรายอาจขอน้ำมนต์มาให้ผู้ป่วยทางสายให้อาหาร พยาบาลควรพิจารณาเรื่องความสะอาดโดยอาจตักน้ำเพียงหยดในน้ำเช็ดตัวเล็กน้อย สิ่งต่าง ๆ ที่เป็ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ หากพิจารณาแล้วเห็นว่าสิ่งนั้นไม่มีโทษก็สามารถทำให้ผู้ป่วยได้ซึ่งสอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์เรื่องการไม่กระทำความอันตราย หมายความว่า การตัดสินใจในเรื่องใด ๆ ก็ตามพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จะเห็นได้ว่าในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมนั้น พยาบาลต้องมีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการคำนึงถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดกับผู้ป่วยในทุก ๆ กิจกรรม โดยตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมที่สุดให้แก่ผู้ป่วยในขณะนั้น การกระทำเช่นนี้เป็นการใช้ความเชื่อและหลักศาสนาในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรเปิดใจกว้างทำความเข้าใจในความเชื่อและหลักศาสนาต่าง ๆ หรือเปิดโอกาส อำนวยความสะดวกให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อ และหลักศาสนาของแต่ละบุคคล (สุกัญญา ศิริโสภารักษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) พยาบาลควรนำกิจกรรมทางศาสนาตาม queผู้ป่วยนับถือมาช่วยเยียวยาความวิตกกังวล และเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุ (วัชรรา ตาบุตรวงศ์ และพรชัย จุลเมตต์, 2558)

9. การใส่ใจในความต้องการและความสุขสบายอื่น ๆ เช่น อุณหภูมิในหอผู้ป่วยที่ร้อนหรือเย็นเกินไป เติงนอน หมอน ผ้าห่มไม่เหมาะสม (วรรติ รักอิม, สุนตตรา ตะบุนพงศ์, พัชร ไซยลังกา และศิวศักดิ์ จุทอง, 2549) แนวปฏิบัติการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่มีเพียงแนวปฏิบัติหลัก แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับความสุขสบายของผู้ป่วยหรือหากจะระบุก็อาจเหมาะสมกับผู้ป่วยบางราย ซึ่งพยาบาลต้องสังเกต ประเมินผล ปรับปรุง และเลือกใช้ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละสถานการณ์ที่มีความแตกต่างกัน การเคารพให้เกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล สุภาพอ่อนน้อม

แต่กระตือรือร้น ไม่นิ่งดูตาย อย่างที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อมนุษย์ด้วยกัน (อัญญา พลตเปลื้อง, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, ดวงใจ ปลื้มบำรุง, ชุติมา รักษ์บางแหลม และศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, 2561) การจัดทำ โดยเอื้อให้อยู่ในท่านั้น ได้ครบเวลา มีความสุขสบายตามควร ระวังการพูดทั้งความหมายและน้ำเสียงที่ผู้ฟังอาจตีความได้ว่าไม่ใส่ใจ เช่น ไม่เป็นไรเดี๋ยวกี้ดี ไม่เห็นมีอะไรเลย หรือการตอบสนองที่ช้าหรือไม่ตอบสนองเลยคือไม่ใส่ใจ การยอมรับผู้ป่วยอย่างผู้ป่วยเป็นถ้าไม่สามารถอธิบายให้ปฏิบัติตามได้ พยายามปรับตนเองให้สามารถดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย

10. การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกเพื่อสื่อสารให้ผู้ร่วมทีมสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการประเมินและการสังเกตความสอดคล้องบางอย่าง ได้แก่ ลักษณะเสมหะ ลักษณะการหายใจ เสียงหายใจ การขยายตัวของปอด ในกรณีมีการหายใจเอง บันทึกค่า tidal volume, minute volume และกรณีเครื่องช่วยในการหายใจ บันทึกเกี่ยวกับการหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง รวมทั้งปัญหาที่พบ การพยาบาล และการรักษาที่ได้รับเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เช่น นอนตะแคงข้างใดออกซิเจนต่ำลงหรือดีขึ้น มีภาวะหลอดลมหดรัดได้รับการพ่นยา สภาพผิวหนังบริเวณที่ถูกผูกยึด เป็นต้น แสดงถึงความเอาใจใส่ของพยาบาลในการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยไม่ว่าจะด้วยโรคหรืออาการใด ๆ สิ่งที่ยาบาลต้องมีคือความรู้ในเรื่องนั้น ๆ อย่างถ่องแท้เพื่อให้สามารถประยุกต์และปรับปรุงการพยาบาลให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละคน โดยไม่ใช่เพียงการนำทฤษฎี มาใช้เท่านั้น เนื่องจากบุคคลเป็นองค์รวมและมีความเป็นปัจเจกบุคคล รวมทั้งสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ในแต่ละช่วงเวลามีผลต่อการตัดสินใจของพยาบาลในการประยุกต์การพยาบาลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้และจิตใจของตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้เป็นพยาบาลที่เก่งและดีสมกับ ความคาดหวังของผู้ป่วย ญาติ ตลอดจนผู้ร่วมวิชาชีพสาขาต่าง ๆ การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ส่งผลต่อผู้ปฏิบัติให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่รู้ว่าเรามีความสามารถในการช่วยให้ผู้อื่นมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นการพัฒนาอีกขั้นหนึ่งของมนุษย์ นำไปสู่การทำงานที่มีความสุข ในที่สุดก็จะเกิดผลดี กับทั้งหน่วยงานตลอดจนองค์กรวิชาชีพอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กนกอร ธารา. (2551), *คุณค่าในงานพยาบาล: ความหมายและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ*. ปริญญา นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- จรีรัตน์ อินทวัฒน์, ธนพล บรรดาศักดิ์ และนฤมล จันทระเกษม. (2560). *กระบวนการทัศน์ในการดูแลด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ : บทเรียนจากค่ายศิลาธรรม*. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 5(2), 376 - 387.
- จันทร์ทิรา เจียรณัย. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการผันแปรของออกซิเจนและการระบายอากาศ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- จันทร์ทิรา เจียรณัย และคณะ. (2561). *การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ: การทบทวน จากหลักฐานเชิงประจักษ์*. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 8(1), 82 - 93.
- จินตมาศ โกศลชื่นวิจิตร. (2556). *การดูแลอย่างเอื้ออาทร : หัวใจสำคัญของการบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 29(2), 134 - 141.

- ชฎาภา ประเสริฐทรง, อังสนา เบญจมินทร์ และพัฒนา วันพั่น. (2559). การศึกษาเพื่อยืนยันและพัฒนาแบบวัดการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจ สำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 17(3), 132 - 140.
- ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และพูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล กับระยะเวลาการทดสอบการหายใจเองในผู้ป่วยที่ไม่ผ่านการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. วารสารสภาการพยาบาล, 28(1), 49 - 63.
- นันทิกานต์ กลิ่นเซตุ และศิริพร สว่างจิตร. (2561). ความพร้อมของผู้ป่วยกับความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(2), 79 - 85.
- บังอร นาคฤทธิ์, อำภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย รักติวงศ์. (2558). การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารเกื้อการุณย์, 22(1), 129-143.
- ปานทิพย์ ปุณณานนท์ และกุลธิดา พานิชกุล. (2561). การพัฒนาตนเองในการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนิ กรุงเทพ, 34(2), 125 - 137.
- ผกาวดี บุญยชาติ และจันทร์คำ โพธิ์อ่อง. (2559). ศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้ Heat Moisture Exchange/Bacteria Filter กับ Heated Humidifier ต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบและต้นทุนค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารกองการพยาบาล, 43(1), 60 - 73.
- พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร และกมลรัตน์ เทอร์เนอร์. (2560). การดูแลแบบองค์รวมและการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: กรณีศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่สถาบันบำราศนราดูร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(3), 401 - 413.
- พิกุล ตันติธรรมม. (2554). บทที่ 10 การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ. ใน พิกุล ตันติธรรม (บ.ก.), Critical Care Nursing Assessment and Management (น. 145 - 173). กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภะการพิมพ์.
- พิมพิมล วงศ์ไชยา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และพินทอง ปินใจ. (2560). การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง: บริการสุขภาพในศตวรรษที่ 21. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4 (ฉบับพิเศษ), 361 - 371.
- เพลินตา พรหมบัวศรี, จิรียา อินทนา, กัลยา ศรีมหันต์ และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก. (2558). การพัฒนาหลักสูตรพัฒนาศักยภาพการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับพยาบาลพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 8(1), 129 - 151.
- มาณี ชัยวีระเดช. (2555). ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ (ปริญญาณพนธ์ปริญญาณหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- ลัดดาวรรณ เสียงอ่อน และธารรัตน์ ส่งสิทธิกุล. (2562). การเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ : แนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 13(3), 1 - 9.

- วรรดี รักอิม, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, พัชรียา ไชยลังกา และศิวศักดิ์ จุทอง. (2549). คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวนการนอนหลับ และกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. สงขลานครินทร์เวชสาร, 24(4), 289 - 298.
- วัชรดา ตาบุตรวงศ์ และพรชัย จุลเมตต์. (2558). ผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: การดูแลด้านจิตสังคม. วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 23(2), 41 - 51.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2560). บทที่ 3 ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยวิกฤต. ใน วิจิตรา กุสมภ์และคณะ (บ.ก), การพยาบาล ผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม (น. 35 - 68). กรุงเทพฯ: สามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2560). บทที่ 6 การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต. ใน วิจิตรา กุสมภ์และคณะ (บ.ก), การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม (น. 157 - 184). กรุงเทพฯ: สามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วิสารกร มดทอง, (2555). ผลการพัฒนาพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(2), 140 - 146.
- สมคิด วิลเลียมส์. (2556). บทที่ 10 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตระบบทางเดินหายใจ. ใน สุจิตรา ลัมอำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจารีก, เฟลิตา ศิริปการ และชวนพิศ ทำนอง (บ.ก), การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ผู้ใหญ่ระยะวิกฤต (น. 145 - 173). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สุกัญญา โพนนอก, อำภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย วงศ์ภักดี. (2558). การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติที่ปรับปรุงจากหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26(2), 94 - 106.
- สุกัญญา ศิริโสภารักษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2557). ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 289 - 297.
- สุดารัตน์ ควระพลกษ, ธีรณัฐ ห่านิรติชัย และสุรีพร ธนศิลป์. (2557). ผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัว. พยาบาลสาร, 41(1), 96 - 108.
- สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, พิมพิมล วงศ์ไชยา, สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน และหทัยรัตน์ บรรณกิจ. (2559). การรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2557 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 17(1), 64 - 78.
- อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, ส่วนฮานาณี วัดเส้น และวันดี สุทธีรังษี. (2557). มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(3), 35 - 45.
- อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตต่อ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ. วารสารวิจัยสุขภาพ และการพยาบาล, 35(2), 129 - 139.

- อัญญา พลดเปลื้อง, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, ชุติมา รัชขบางแหลม และศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี. (2561). *ประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลแบบให้คุณค่าความเป็นมนุษย์*. วารสารมหาจุฬานาครพรรณ์, 5(3), 745 - 770.
- Ayhan et al. (2014). *Normal saline instillation before endotracheal suctioning: "What dose the evidence say? What do the nurses think?": Multimethod study*. Journal of critical care, 30(4), 762 - 767.
- Moore, T. (2003). *Suctioning techniques for the removal of respiratory secretions*. Nursing Standard, 18(9), 47 - 53.
- Peres, E. C., Barbosa, I. A., & Silva, M. J. P. (2011). *Humanized care: the act with respect to design improving student nursing*. Acta Paul Enferm, 24(3), 334 - 340.

บทความวิชาการ

การดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า : บทบาทของพยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉิน

Care for Rabies Exposure : The Role of Professional Nurse

in the Emergency Department

ธีระชล สาทสิน*

Theerachol Satsin*

Received: December 12, 2019

Accepted: June 23, 2020

บทคัดย่อ

โรคพิษสุนัขบ้ายังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และการดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉิน วัตถุประสงค์ของบทความเพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรงด้วยการซักประวัติ การล้างและทำความสะอาดแผล การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก และโรคพิษสุนัขบ้า การให้คำแนะนำในการดูแลแผล การฉีดวัคซีนให้ครบ และเรื่องสิทธิการรักษา เพื่อการบริการที่มีคุณภาพ สร้างความเชื่อมั่นและปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ

คำสำคัญ : โรคพิษสุนัขบ้า/ บทบาทพยาบาล/ แผนกฉุกเฉิน

Abstract

Rabies is still a major public health problem in the country and caring for rabies is the important roles of professional nurses in the Emergency Department (ED). The purpose of the article is to present the role of professional nurses in taking care of rabies exposure following the nursing process from assessing the emergency severity index of patients according to severity with history taking, dressing wounds, providing advice on vaccinations, advice caring wounds and medical eligibility. Clients are sure for people exposed to rabies to receive the quality of service.

Keywords: rabies/ nursing role/ emergency department

*Corresponding author, อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, E-mail:

Theerachol.satsin@gmail.com

โครงการถ่ายทอดความรู้สู่สังคมด้านสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

(ได้รับรางวัลที่ 3 ด้านบทความวิชาการ) ปี พ.ศ.2561 เนื้อหาในบทความวิชาการมีการ Update ให้เป็นปัจจุบันมากที่สุด

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้ายังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกกำหนดให้วันที่ 28 กันยายนของทุกปีเป็นวันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลก (World rabies day) ในประเทศไทยการดูแลเพื่อให้คนให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้ายังมีความสำคัญมาก เพราะยังมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559 - 2561 โดยมีผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน 13, 11, และ 6 ตามลำดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 19 มีนาคม 2561) (กรมควบคุมโรค, 2561) โดยพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจนทำให้เสียชีวิตสูงสุด คือ การละเลยไม่ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังถูกสุนัข แมว หรือสัตว์อื่นที่เลี้ยงลูกด้วยนมกัด โดยเฉพาะเมื่อถูกกัดเป็นแผลเล็กน้อยเนื่องจากคิดว่าไม่เป็นอะไร จากข้อมูลระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) ในปีพ.ศ. 2562 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 สิงหาคม 62) พบผู้เสียชีวิต 2 ราย ในจังหวัดสุรินทร์ และ นครศรีธรรมราช จากข้อมูล พบว่า ผู้เสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 90 (กรมควบคุมโรค, 2562) ไม่ได้ไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา และผู้เสียชีวิตทั้งหมดไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้อง สำหรับสถานการณ์โรคในคน มีจำนวนผู้สัมผัสโรคที่เข้ารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เพิ่มจาก 294,749 ราย ในปี 2561 เป็น 550,481 ราย (อรพิริทธิ์ สการะเศรณี, 2559) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่ยังไม่มีทางรักษา ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตทุกรายหากได้รับเชื้อและไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ทั้งนี้การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยดำเนินการภายใต้นโยบายของหน่วยงานหลักคือ กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายร่วมกันที่สำคัญ เพื่อจะทำให้ประเทศไทยปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ แต่ยังประสบปัญหาการควบคุมและให้วัคซีนในสุนัขจรจัด อีกทั้งการดูแลสุขภาพของผู้สัมผัสโรคก็ยังคงประสบปัญหาเช่นกัน ได้แก่ การดูแลบาดแผลที่ไม่ถูกต้อง การไม่มารับบริการวัคซีน การมารับวัคซีนไม่ครบตามกำหนด รวมถึงการไม่ตระหนักถึงความสำคัญ ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า(สุขุมล กาฬเนตร, อารยา ประเสริฐชัย และวรางคณา จันทรงค์, 2562)

พยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉินมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ เป็นที่มีภาวะฉุกเฉินทั้งจากปัญหาสุขภาพทางด้านอายุกรรมและด้านศัลยกรรม รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ ในจำนวนนี้ คือผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งผู้รับบริการกลุ่มนี้เข้ามารับบริการในแผนกฉุกเฉินทุกวันหรือทุกแควจากการถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด ข่วน หรือเลียบริเวณที่เป็นแผล ไม่ว่าจะเป็น สุนัข แมว หนู หรือลิง เป็นต้น ผู้ที่มารับบริการกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพไม่ต่างกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ (ตีกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน, 2562) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉินต้องให้การดูแล โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล ซึ่งได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้ผลหายและไม่เกิดโรคพิษสุนัขบ้าตามมา (อรนันท์ หาญยุทธ, 2557)

เนื้อหา

โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) ส่วนใหญ่เกิดจากสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมพบว่าอันตรายถึงชีวิตส่วนมาก เนื่องจากการติดเชื้อในระบบประสาท (Nervous system: NS) โดยเป็นเชื้อไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอ (RNA) จัดอยู่ใน

จีนัสไลซ่าไวรัส (Genus *lyssavirus*) ของตระกูล *Rhabdoviridae* และ *Mononegavirale* (single-stranded RNA, nonsegmented negative sense) (Madhusudana, Subha, Thankappan, & Ashwin, 2012) ซึ่งคุณลักษณะที่สำคัญของเชื้อไลซ่าไวรัส (*Lyssavirus*) คือ การมีจีโนมที่ต่างกันถึงเจ็ดแบบ โดยจีโนมเรบีส์ไวรัส หรือไวรัสพิษสุนัขบ้า (*Rabies virus*; *RABV*) มีค่าประมาณ ขนาด 12 kb ซึ่งมีโปรตีนโครงสร้าง 5 ชนิด ได้แก่ นิวคลีโอโปรตีน (Nucleoprotein; N), ฟอสโฟโปรตีน (Phosphoprotein; P), โปรตีนเมทริกซ์ (Matrix proteins; M), ไกลโคโปรตีน (Glycoprotein; G) และเอนไซม์อาร์เอ็นเอพอลิเมอเรส (RNA-based RNA polymerase; L) (Albertini AA, Ruigrok R, & Blondel D, 2011) ยังพบว่า จีโนมเรบีส์ไวรัส (*RABV*) ประกอบด้วยโปรตีน N, P และ L ซึ่งเป็นคอมเพล็กซ์ ที่อยู่ในไรโบนิวคลีโอโปรตีน (ribonucleoprotein) ช่วยในการเพิ่มจำนวนของไวรัสไซโทพลาสซึม (cytoplasm) โดยจีโปรตีน (G protein) ของ *RABV* มีการแสดงออกเพียงอย่างเดียวบนพื้นผิวของไวรัสซึ่งมีหน้าที่ในการทำให้เกิดโรคไวรัสและก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันป้องกันต่อโรคพิษสุนัขบ้า (Albertini AA et al., 2011; Zhu & Guo, 2016)

พยาธิสรีรวิทยาของโรคพิษสุนัขบ้า (*Rabies*) พบว่า ซึ่งระยะฟักตัวหรือหลังจากการสัมผัสโรคประมาณ 2 สัปดาห์ถึง 6 ปี (โดยเฉลี่ย: 2 ถึง 3 เดือน) ขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อที่เข้าสู่ร่างกาย บริเวณที่ถูกข่วน (Inoculation site) และบริเวณที่ปกคลุมด้วยเส้นประสาท (Innervation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งตำแหน่งที่ถูกกัดและมีเลือดออก ร่วมด้วย ได้แก่ ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ และมือ จะส่งผลให้เกิดระยะฟักตัวที่สั้นลงและจำนวนของเซลล์ประสาทที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อสัมผัสโรคเชื้อไวรัสจะจับกับจีโปรตีน (G protein) และเซลล์เป้าหมาย ได้แก่ เซลล์กล้ามเนื้อ (Myocytes) เซลล์ประสาทรับความรู้สึก (Sensory neuron) เซลล์ประสาทสั่งการ (Motor neuron) จากนั้นเชื้อไวรัสจะมีการกระจายไปอย่างรวดเร็วในอัตราเร็ว 12-100 มิลลิเมตรต่อวัน ที่บริเวณไขสันหลังและระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system; CNS) (Weihe et al., 2008) จะส่งผลต่อสมอง (Brain) ไขสันหลัง (Spinal cord) ระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral nervous system) ขาดเลือดไปเลี้ยงหรือล้มเลือดอุดตันและเลือดออกที่บริเวณก้านสมอง (Brain stem), ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และสมองส่วนระบบลิมบิก (Limbic system) (Jackson AC, 2010; Soler-Rangel, Jiménez-Restrepo, Nariño, & Rosselli, 2020)

อาการและอาการแสดงของผู้สัมผัสโรคเริ่มแรกอาจไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งส่วนใหญ่จะมีไข้ (Fever) ปวดศีรษะ (Headache) รู้สึกไม่สบาย ซึ่งภายในไม่กี่วันจะส่งผลให้เกิดโรคไขสมองอักเสบ (Encephalitis) ร้อยละ 80 และอัมพาต (Paralysis) ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่จะมีอาการกระสับกระส่าย (Restless) สับสน (Confusion) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (Uncontrollably excited) มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มองเห็นภาพหลอนนอนไม่หลับ ต่อมาน้ำลายผลิตน้ำลายเพิ่มมากขึ้นมีอาการน้ำลายไหลตลอดเวลา กล้ามเนื้อหดตมและกล้ามเนื้อหดเกร็งส่งผลให้เกิดภาวะหายใจลำบาก กลืนลำบาก พูดไม่มีเสียง มีอาการปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia) เมื่อเชื้อเรบีส์ไวรัส (*RABV*) มีการแพร่กระจายไปที่ระบบประสาท (CNS) จะส่งผลให้เกิดอาการสับสนและกระสับกระส่ายมากขึ้น ชักเกร็ง (Seizures) ทางเดินหายใจอุดตัน ไม่รู้สึกตัว (Coma) และเสียชีวิตในที่สุด (ตารางที่ 1) (Gozdas & Hatipoglu, 2015; Pleasure & Fischbein, 2000)

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงโรคพิษสุนัขบ้า

แบบดุร้าย (Furious form)	แบบซึม (Dumb or paralytic form)
● ไข้ (Fever) ● ปวดศีรษะ (Headache) ● ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia) ● กระสับกระส่าย (Restless) ● สับสน (Confusion) ● ไข้สมองอักเสบ (Encephalitis) ● ชักเกร็ง (Seizures) ● ไม่รู้สึกตัว (Coma) ● เสียชีวิต (Dead)	● อัมพาต (Paralysis)

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อที่มีอันตรายร้ายแรงจากสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมมาสู่คนจากเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า (Rabies virus) การติดต่อโดยเชื้อไวรัสในน้ำลายของสัตว์ที่เป็นโรคเข้าสู่ร่างกายผ่านแผลกัด ข่วน หรืออาจเข้าทางแผลซึ่งยังไม่หาย ซึ่งพบว่าการติดต่อกับสัตว์ที่พบบ่อยที่สุด คือ สุนัข สูงถึงร้อยละ 99 (Salomão et al., 2017) โดยการติดต่อแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะฟักตัว ส่วนใหญ่เฉลี่ยในช่วง 1 - 3 เดือน อาจเร็วภายใน 7 วัน และ 2) ระยะติดต่อกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิดสามารถแพร่เชื้อได้ โดยอาจพบเชื้อในน้ำลายประมาณ 3 - 5 วัน เริ่มตั้งแต่เมื่อบุคคลถูกสุนัข แมว หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นกัด หรือถูกข่วนเป็นแผลจำเป็นต้องปฐมพยาบาลเบื้องต้น (First aid) ด้วยการใช้น้ำเกลือ หรือน้ำสะอาด หรือน้ำสบู่ฟอกบริเวณแผลประมาณ 10 - 15 นาที เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial infection) ระมัดระวังไม่ให้แผลซ้ำ ห้ามทาครีมใด ๆ และรีบไปพบแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินทันที ภายใน 24 ชั่วโมง (Hankins & Rosekrans, 2004) ดังนั้นโรคพิษสุนัขบ้าจึงยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่ถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด ข่วนหรือเลียบริเวณที่เป็นแผลหรือตามเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย

บทบาทพยาบาลแผนกฉุกเฉินในการดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ตามกระบวนการพยาบาล เริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล รายละเอียด แต่ละขั้นตอนมีดังนี้

1. การประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย (Health assessment)

ผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามาถึงแผนกฉุกเฉิน จะได้รับการคัดแยกผู้ป่วยอย่างละเอียด (Comprehensive triage) เพื่อจัดประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วนในการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ วิธีการคัดกรองรูปแบบนี้เป็นระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานและทันสมัยที่สุด พัฒนาขึ้นโดยสมาคมพยาบาลฉุกเฉินของประเทศสหรัฐอเมริกา (Emergency nurse association - ENA) ซึ่งกำหนดให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา อาการที่สำคัญอย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

(ไกรศร จันทรินทร์ภูมิตร, อรพรรณ โตสิงห์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2559; กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน, 2559)

การประเมินภาวะสุขภาพผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ การตรวจร่างกายโดยเฉพาะบาดแผลที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และการซักประวัติซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้ข้อมูลที่เป็นจริงและถูกต้อง ทั้งประวัติผู้สัมผัสโรคและประวัติสุนัข ได้แก่ สัตว์ที่กัด ตำแหน่งหรืออวัยวะที่ถูกกัด ระยะเวลาตั้งแต่ถูกกัดจนถึงโรงพยาบาล สาเหตุที่ถูกกัด ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและโรคบาดทะยัก ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ที่มีผลต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ และประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี รวมทั้งประวัติสุนัข ได้แก่ การมีเจ้าของสุนัข อาการผิดปกติ และการได้รับวัคซีนในสุนัข ซึ่งพยาบาลจะใช้เวลาในการประเมิน ประมาณ 5 - 10 นาที และจากนั้นพยาบาลจะใช้เกณฑ์ประเมินแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ตามระบบคัดกรอง Emergency severity index (ESI) (Love, Murphy, Lietz, & Jordan, 2012) ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลทันที เรียกว่าเป็นกลุ่ม Immediate ได้แก่ กลุ่มผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ อาการชักเกร็ง (Seizures) ใช้สูลอยและมีการคอแข็งนี้ถึงใช้สมองอักเสบ (Encephalitis) และไม่รู้สีกตัว (Coma)

ระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการรักษาภายใน 1 - 14 นาที เรียกว่า เป็นกลุ่ม Emergent ได้แก่ กลุ่มผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย (Restless) สับสน (Confusion) ปวดศีรษะ (Headache) ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia) กล้ามเนื้ออ่อนแรง

ระดับ 3 หมายถึง ผู้ป่วยเร่งด่วนที่ต้องการการรักษาภายใน 15 - 60 นาที เรียกว่า เป็นกลุ่ม Urgent ได้แก่ ประเมินแนวโน้มความต้องการทำกิจกรรม (Resource) มากกว่า 1 อย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีบาดแผล โดยพิจารณาลักษณะของบาดแผล ขนาดบาดแผล ความกว้าง ลึก รวมถึงใกล้ตำแหน่งอวัยวะที่สำคัญหรือไม่ ถ้าบาดแผลใกล้อวัยวะที่สำคัญหรือบาดแผลขนาดใหญ่เลือดออกมาก และยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า

ระดับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยเร่งด่วนที่ต้องการการรักษาภายใน 1 - 2 ชั่วโมง เรียกว่าเป็นกลุ่ม Semi-urgent ได้แก่ ประเมินแนวโน้มความต้องการทำกิจกรรม (Resource) 1 อย่าง กลุ่มผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีบาดแผลขนาดเล็กน้อย หรือโดนเลียแต่บริเวณผิวหนังหรือตำแหน่งที่สัมผัสไม่มีบาดแผล และยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า

ระดับ 5 หมายถึง ผู้ป่วยไม่เร่งด่วนที่ต้องการการรักษาภายใน 2 - 24 ชั่วโมง เรียกว่าเป็นกลุ่ม Non-urgent ได้แก่ ไม่มีแนวโน้มความต้องการทำกิจกรรม (Resource) การรับได้รับวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าตามนัดต่อเนื่อง ซึ่งผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินบาดแผล ลักษณะของบาดแผล ขนาดบาดแผล ความกว้าง ลึก รวมถึงใกล้ตำแหน่งอวัยวะที่สำคัญหรือไม่ ถ้าบาดแผลใกล้อวัยวะที่สำคัญหรือบาดแผลขนาดใหญ่เลือดออกมาก หรือเป็นบาดแผลขนาดเล็กน้อย หรือโดนเลียแต่บริเวณผิวหนังหรือตำแหน่งที่สัมผัสไม่มีบาดแผล ระหว่างรอตรวจพยาบาลควรคำนึงถึงสำคัญในการล้างทำความสะอาดแผล โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ เพื่อลดการกระจายของเชื้อที่จะเข้าสู่ร่างกาย

นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องรับรู้สิทธิการรักษาของผู้ใช้บริการ เพื่อให้การให้ข้อมูล การอธิบายให้ผู้ใช้บริการทราบสิทธิและแนะนำการใช้สิทธิบัตร การช่วยเหลือให้ผู้ใช้บริการได้รับการรักษาพยาบาลตามสิทธิ

ที่ควรได้รับ การไม่เปิดเผยความลับของผู้ใช้บริการ การเคารพในความเป็นบุคคล การช่วยเหลือและสนับสนุน การตัดสินใจ การปกป้องผู้ใช้บริการ และการเป็นตัวแทนผู้ใช้บริการ (จารุนันท์ พิชัยรัตน์, 2544) เนื่องจากผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าจำเป็นต้องรับทราบสิทธิการรักษาของตนเองเพื่อเกิดความต่อเนื่องในการรักษา กรณีตัวอย่างเช่น ผู้ที่สัมผัสโรคมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ต่างจังหวัด มาอบรมที่กรุงเทพมหานคร จากนั้นถูกสุนัขกัด สามารถเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลของรัฐบาลและเปิดสิทธิฉุกเฉินได้และสิทธิการรักษาจะอยู่ต่อเนื่องจนกว่าจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกรณีครั้งแรกที่โดนกัดหรือช่วนเท่านั้น สำหรับการรักษาที่นัดหมายครั้งต่อไปต้องไปรับบริการที่สถานบริการที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนไว้ตามสิทธิ

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)

การวินิจฉัยการพยาบาลสามารถตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) หรือการวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็น แต่ปัญหายังไม่เกิดผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) และการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) ในลำดับขั้นตอนต่อไป โดยใช้การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

การดูแลแบบองค์รวม (holistic care)	ตัวอย่าง การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)
ด้านร่างกาย	1. เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชักเกร็ง (Seizures) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการสัมผัสเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า (Rabies virus) เข้าสู่ร่างกาย 2. มีอาการไม่สุขสบายจากมีไข้ มีการการไม่สุขสบายจากอาการปวด 3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลเปิดจากการถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด 4. มีอาการปวดเนื่องจากสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด
ด้านจิตใจ	1. เสี่ยงต่อการสูญเสียภาพลักษณ์จากสุนัขกัดบริเวณใบหน้า 2. มีความวิตกกังวลหลังจากสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมจรจัดกัด
ด้านสังคม	1. มีความกังวลในการเข้าสังคมเนื่องจากมีแผลบริเวณร่างกาย
ด้านจิตวิญญาณ	1. กลัวและหวาดระแวงเนื่องจากกลัวถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัดซ้ำ

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

การวางแผนการพยาบาล โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการพยาบาล รวมถึงการกำหนดวัตถุประสงค์การดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ตัวอย่างเช่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว เนื่องจากการสัมผัสเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า (Rabies virus) เข้าสู่ร่างกาย

กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล : ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวหลังสัมผัสเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า (Rabies virus)

แผนการพยาบาล : ผู้สัมผัสเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า (Rabies virus) ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการกระจายเชื้อเข้าสู่ร่างกายอย่างเคร่งครัด

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง เกณฑ์การประเมิน : ไม่มีอาการซึมลง สับสน หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention)

เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยการเรียงลำดับกิจกรรมการพยาบาล ตัวอย่างเช่น

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of conscious) ประกอบไปด้วย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of conscious)

การประเมิน	การแปลผล
1. รู้สึกตัวดี มีการรับรู้ปกติ	Full consciousness
2. สับสนมีความผิดปกติของการตัดสินใจ	Confusion
3. การรับรู้ผิดปกติ ผู้ป่วยไม่รับรู้ต่อวัน เวลา สถานที่	Disorientation
4. หลับตาแต่เมื่อเรียกชื่อสามารถตื่นลืมตา มีอาการง่วง พุดซ้า สับสน	Drowsiness
5. หลับลึกตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่รุนแรง ตอบสนองช้า ต้องกระตุ้นซ้ำกันหลาย ๆ ครั้ง	Stupor
6. ไม่รู้สึกตัว	
6.1 สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นแบบ Deep pain เช่น แสดงสีหน้า อาจมีการขยับแขนหรือเอามือมาปิดตำแหน่งที่กระตุ้น	Semi coma
6.2 ไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นใด ๆ	Coma

หรือสามารถใช้แบบประเมินระดับการรับรู้สติกลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow coma scale; GCS) แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การลืมตา กำลังของแขนขา และการพูด เพื่อให้สามารถประเมินระดับการรับรู้สติของผู้ป่วยโรคระบบประสาทประเมินได้ครอบคลุมมากขึ้น (อรพรรณ แก้วสวย, กุสุมา คุววัฒนสมฤทธิ, และ ศุภร วงศ์ทัญญู, 2560)

2. การประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย (Body temperature), ชีพจร (อัตราการเต้นของหัวใจ หรือ Pulse หรือ Pulse rate), อัตราการหายใจ (Respiratory rate), ความดันโลหิต (Blood pressure) และค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) (Brekke, Puntervoll, Pedersen, Kellett, & Brabrand, 2019)

3. ประเมินบาดแผลและอาการปวด (Pain) ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า โดยส่วนใหญ่ผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเป็นบาดแผลเปิดคือ บาดแผลที่เกิดขึ้นโดยที่ผิวหนังฉีกขาดออกจากกัน ได้แก่ บาดแผลถลอก (Abrasion Wound) และบาดแผลฉีกขาด (Laceration Wound) รวมถึงการประเมินขนาดและความลึกของบาดแผล ซึ่งการประเมินบาดแผล เป็นสิ่งสำคัญเพื่อการล้างแผลและทำความสะอาดแผล ป้องกันการติดเชื้อ และส่งเสริมกระบวนการหายของแผล (Liu et al., 2017)

4. ประเมินระดับการสัมผัสและการดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าตามองค์การอนามัยโลก (WHO category) (WHO, 2020) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับการสัมผัสและการดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าตามองค์การอนามัยโลก

ระดับการสัมผัสโรค	การดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัข
สัมผัสโรคระดับ 1 (WHO category I) การสัมผัสหรือให้อาหารสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และเลียบนผิวหนัง (ไม่สัมผัสเชื้อ)	- ล้างทำความสะอาดผิวหนังที่ถูกเลีย** - No PEP*
สัมผัสโรคระดับ 2 (WHO category II) สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัดหรือข่วนเป็นรอยขีด เป็นแผลถลอก เลือดซึมเล็กน้อย หรือสัตว์เลียบาดแผลที่เป็นแผลเก่า (สัมผัสเชื้อ)	- ล้างทำความสะอาดแผลทันที*** - ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทันที
สัมผัสโรคระดับ 3 (WHO category III) สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด ขีด หรือข่วน มีเลือดออกชัดเจน น้ำลายสัตว์ถูกเย็บหรือบาดแผล หรือสัมผัสโดยตรง กับค้างคาว (สัมผัสเชื้อรุนแรง)	- ล้างทำความสะอาดแผลทันที - ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทันที - ฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (immunoglobulin) ทันที

* รักษาภายหลังสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (Post-exposure prophylaxis; PEP)

** การใช้น้ำเกลือ หรือน้ำสะอาด หรือน้ำสบู่ฟอกบริเวณแผลประมาณ 10-15 นาที เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial infection)

*** เช็ดด้วยน้ำเกลือบนแผลด้วยความนุ่มนวลโดยวนออกจากขอบบาดแผลออกนอกแผลรัศมี 3 นิ้ว จากนั้นใช้สารละลายโพวิโดน (Povidone solutions) หรือฮิปีเทนในน้ำ (Hibitane in water) หรือแอลกอฮอล์ 70% (70% alcohol) 1 ก่อนเช็ดบริเวณแผลเบา ๆ และวนออกนอกแผลรัศมี 3 นิ้ว เช่นเดียวกัน ถ้าบาดแผลใหญ่ไม่ควรเย็บแผลทันที ควรรอไว้ 2-3 วัน เว้นเสียแต่จะเลือดออกมากหรือแผลใหญ่ควรเย็บหลวม ๆ และใส่ท่อระบายไว้ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัส (Virus infection)

5. ให้คำแนะนำและปฏิบัติการพยาบาลในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก (Tetanus toxoid: TT) หรือวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักและคอตีบ (Tetanus – diphtheria toxoid; Td) และการฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulin) ให้กับผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าตามแผนการรักษาของแพทย์

6. การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

6.1 แนะนำการมาทำแผลตามนัด ห้ามให้แผลสัมผัสน้ำ ห้ามทำแผลเอง สามารถทำแผลได้ที่ศูนย์อนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรัฐบาลหรือโรงพยาบาลเอกชนตามสิทธิการรักษา พร้อมทั้งสังเกตการติดเชื้อบริเวณบาดแผล ได้แก่ อาการปวด บวม แดง ร้อน มีไข้ ควรรีบมาพบแพทย์ทันที

6.2 แนะนำหลังรับวัคซีนบาดทะยักในเข็มแรกที่ฉีดที่แขนงอกแขน ถ้าภายหลังฉีดแล้วประมาณ 4 - 12 ชั่วโมง เกิดปฏิกิริยา ปวด บวม แดง บริเวณที่ฉีด สามารถรับประทานยาแก้ปวดได้ เช่น อะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) หรือพาราเซตามอล (paracetamol) ขนาด 500 mg รับประทานทางปาก ตามแผนการรักษา หรือสามารถประคบเย็นเพื่อลดอาการปวดบริเวณที่ฉีด เน้นย้ำการรับประทานยาปฏิชีวนะต่อเนื่องจนหมดตามคำสั่งการรักษา และการรับวัคซีนบาดทะยักในเข็มที่เหลืออยู่ตามกำหนดระยะเวลา

7. แนะนำข้อมูลวัคซีนพิษสุนัขบ้าแก่ผู้สัมผัสโรคจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะวันนัด เนื่องจากผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นช่วงอายุ ประสบการณ์ได้รับวัคซีน รวมไปถึงชาวต่างชาติที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ พยาบาลแผนกฉุกเฉินต้องให้ความสำคัญในส่วนนี้ ไม่ว่าจะเป็นการให้คำแนะนำ เช่น ถ้าผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเป็นเด็กหรือผู้สูงอายุ ควรให้คำแนะนำกับผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ถ้าเป็นชาวต่างชาติควรให้คำแนะนำกับนายจ้างหรือเพื่อนที่สามารถเข้าใจภาษาหรือพยาบาลควรให้คำแนะนำภาษาต่างประเทศที่ตรงกับผู้สัมผัสชาตินั้น ๆ ใช้การสื่อสารที่เป็นทั้งวงจนะภาษาหรืออวงจนะภาษา รวมถึงใบนัดหรือแผ่นพับการให้คำแนะนำควรเป็นภาษาที่กระชับ เข้าใจง่าย พกพาสะดวก ง่ายต่อการจำ ป้องกันการหลงลืมหรือผิดวันนัด เพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ จึงควรมีแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

5. การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation)

การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ ตัวอย่างเช่น การประเมินรอบ ๆ บาดแผลที่ถูกสุนัขกัดหลังทำแผลก่อนการปิดแผล การใช้คำถามย้อนกลับหลังให้คำแนะนำในการดูแลบาดแผลที่ถูกต้อง การประเมินโดยใช้คำถามย้อนกลับหลังการให้คำแนะนำสำหรับการรับวัคซีนในเข็มต่อไปหรือครั้งต่อไปเมื่อถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัดซ้ำอีกครั้ง รวมถึงการติดตามการรับวัคซีนบาดทะยักและวัคซีนอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนดทุกเข็มอาจเป็นการโทรศัพท์ติดตาม หรือติดตามผ่านจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ฯลฯ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันมีผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อย ดังนั้นบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ต้องดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาความรู้ให้ทันสมัย มีความสามารถในการดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าให้ได้มาตรฐานตามกระบวนการพยาบาล และผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลตนเอง รวมถึงแนะนำผู้ที่ใกล้ชิดในการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า

เอกสารอ้างอิง

- ไกรศร จันทน์ฤมิตร, อรพรรณ โตสิงห์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อายุ โรคร่วม กับผลลัพธ์การจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ในผู้ป่วยฉุกเฉินผู้ใหญ่. Thai Journal of Nursing Council, 31(2), 123-131. doi:Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/57899>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สำนักระบาดวิทยา. (2561). สถิติโรคพิษสุนัขบ้า. ค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2561, เข้าถึงได้จาก <http://164.115.32.57/r36/uploads/document/59dbe3a8c9e07.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สำนักระบาดวิทยา. (2562). แผนปฏิบัติการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า. ค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2562, เข้าถึงได้จาก file:///C:/Users/leno/Downloads/3_%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99rabies62-64__22%E0%B8%9E%E0%B8%8461_.pdf
- กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน. (2559). แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าและคำถามที่พบบ่อย. สำนักงานพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. กรุงเทพมหานคร.
- จารุณันท์ พิชัยรัตน์. (2544). บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ตีกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน. (2562). Service Profile Emergency Room. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- สุขุมล กาฬเนตร, อารยา ประเสริฐชัย และวรางคณา จันทรงค์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 21(2), 34-47.
- อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(137-143).
- อรพรรณ แก้วสวย, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ และศุภร วงศ์ทัญญู. (2560). การศึกษาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวัดการรับรู้สติของผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง (โฟร์สเกอร์) โดยพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต. Rama Nurse J, 23(3), 298-313.
- อรพินท์ สการะเศรณี. (2559). สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคนและสัตว์ประเทศไทย ปีพ.ศ. 2558 (Situation of Rabies in human and animal, Thailand, 2015). สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 47(16).

- Albertini AA, Ruigrok R, & Blondel D. (2011). *Rabies Virus Transcription and Replication*. In Adv Virus Res (pp. 1-22).
- Brekke, I. J., Puntervoll, L. H., Pedersen, P. B., Kellett, J., & Brabrand, M. (2019). *The value of vital sign trends in predicting and monitoring clinical deterioration: A systematic review*. *PLoS One*, 14(1), e0210875. doi:10.1371/journal.pone.0210875
- Gozdas, H. T., & Hatipoglu, M. (2015). *Persistent mental symptoms and rabies*. *Shanghai Arch Psychiatry*, 27(5), 326-327. doi:10.11919/j.issn.1002-0829.215049
- Hankins, D. G., & Rosekrans, J. A. (2004). *Overview, Prevention, and Treatment of Rabies*. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(5), 671-676. doi:10.4065/79.5.671
- Jackson AC. (2010). *Rabies pathogenesis update*. In R. P. Saude (Ed.), (pp. 169-172).
- Liu, Q., Wang, X., Liu, B., Gong, Y., Mkandawire, N., Li, W., . . . Shi, J. (2017). *Improper wound treatment and delay of rabies post-exposure prophylaxis of animal bite victims in China: Prevalence and determinants*. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 11(7), e0005663.
- Love, R. A., Murphy, J. A., Lietz, T. E., & Jordan, K. S. (2012). *The effectiveness of a provider in triage in the emergency department: a quality improvement initiative to improve patient flow*. *Advanced emergency nursing journal*, 34(1), 65-74.
- Madhusudana, S. N., Subha, S., Thankappan, U., & Ashwin, Y. B. (2012). *Evaluation of a direct rapid immunohistochemical test (dRIT) for rapid diagnosis of rabies in animals and humans*. *Virologica Sinica*, 27(5), 299-302. doi:10.1007/s12250-012-3265-6
- Pleasure, S. J., & Fischbein, N. J. (2000). *Correlation of Clinical and Neuroimaging Findings in a Case of Rabies Encephalitis*. *Archives of Neurology*, 57(12), 1765-1769. doi:10.1001/archneur.57.12.1765
- Salomão, C., Nacima, A., Cuamba, L., Gujral, L., Amiel, O., Baltazar, C., . . . Gudo, E. S. (2017). *Epidemiology, clinical features and risk factors for human rabies and animal bites during an outbreak of rabies in Maputo and Matola cities, Mozambique, 2014: Implications for public health interventions for rabies control*. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 11(7), e0005787.
- Soler-Rangel, S., Jiménez-Restrepo, N., Nariño, D., & Rosselli, D. (2020). *Rabies encephalitis and extra-neural manifestations in a patient bitten by a domestic cat*. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 62(1).

- Weihe, E., Bette, M., Preuss, M. A. R., Faber, M., Schäfer, M. K. H., Rehnelt, J., Dietzschold, B. (2008). *Role of virus-induced neuropeptides in the brain in the pathogenesis of rabies*. *Developments in biologicals*, 131(1), 73-81.
- WHO. (2020). *Rabies*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies>. Update 21 April 2020.
- Zhu, S., & Guo, C. (2016). *Rabies Control and Treatment: From Prophylaxis to Strategies with Curative Potential*. *Viruses*, 8(11), 279.

บทความวิชาการ

การดูแลบาดแผลขั้นสูง

Advanced wound care

กิริณา สีนิล* กัสมีย์ สะนิลเลาะห์** จันทรเพ็ญ มีชนะ*** สุชาดา อุษาวิโรจน์****

สุนันทา มากมูล***** วชรารภรณ์ ดวงโพธา***** อภิขญา พลายแก้ว*****

Kirana Seenil* Kasmee Saniloh** Janphen Meechana*** Suchada Usaviroj****

Sunanta Makmoon***** Watcharaporn Doungpota***** Apichaya Playkaew*****

Received: August 26, 2019

Accepted: May 1, 2020

บทคัดย่อ

บาดแผล (Wounds) หมายถึง การบาดเจ็บทุกชนิดที่ก่อให้เกิดการแตกสลายของผิวหนัง หรือเยื่อส่วนอื่น ๆ ของร่างกายรวมทั้งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นแก่เนื้อเยื่อที่อยู่ส่วนล่างลงไปจากผิวหนัง หรือเยื่อเหล่านี้ซึ่งบาดแผลมีหลายชนิด เช่น บาดแผลถลอก บาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก บาดแผลฉีกขาดจากอุบัติเหตุ หรือเคยได้รับการผ่าตัดรักษา บาดแผลจากโรคเรื้อรัง เป็นต้น เมื่อเกิดแล้วก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ บาดแผลบางชนิดสามารถหายเองได้ แต่บางชนิดจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการทำแผล การดูแลบาดแผลนั้นถือเป็นส่วนหนึ่งในทางเวชปฏิบัติ และพบได้ในทุกโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นที่ห้องฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน เป็นต้น หรือแม้กระทั่งที่บ้านของผู้ป่วยเอง เป้าหมายหลักในการทำแผล คือ การทำให้บาดแผลหายดี และเร็วที่สุด ซึ่งในปัจจุบันได้มีการผลิตวัสดุในการดูแลบาดแผลออกมามากมายหลายชนิด มีคุณสมบัติแตกต่างกัน ทำให้สามารถดูแลบาดแผลให้กับผู้ป่วยได้หลากหลาย แต่ก็มักมีราคาแพง การใช้วัสดุในการดูแลบาดแผลถือเป็นการทำดูแลบาดแผลขั้นสูง เป็นหนึ่งในบทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ที่ต้องมีการเลือกวัสดุในการดูแลบาดแผลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเลือกใช้อุปกรณ์ทำแผลชนิดต่าง ๆ และทราบถึงข้อดี-ข้อเสียของวัสดุนั้น ๆ เพื่อลดระยะเวลาการทำแผล และความคุ้มค่าในการใช้จ่าย ส่งผลให้การรักษาบาดแผลประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลแผล/ การดูแลแผลขั้นสูง/ บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

*****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

*****พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

*****พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

E – mail : opd.ostomy@nmu.ac.th

Abstract

Wounds means all injuries that cause skin breakdown. Or other lining of the body, including injuries that occur to the tissues below the skin or these lining there are many types of wounds. Such as abrasions, wounds, burns, scalds Traumatic injury cuts or had previously had surgery Wounds from chronic diseases, etc. Once they cause physical, mental, emotional, social and economic effects, some wounds can heal themselves. But some types require wound healing. Wound care is considered a part of practice. And can be found in every hospital Whether in the emergency room Outpatient examination room, inpatient ward, etc. Or even at the patient's home The main goal of wound healing is to heal the wound. And the fastest Currently, there are many types of wound care materials. Have different properties Makes it possible to care for a wide range of wounds for patients But it is often expensive. The use of wound care materials is considered an advanced wound care. Is one of the role nurses in osteomy and cannot control excretion That requires the selection of materials for wound care that is appropriate for the patient including causing cost effectiveness. Therefore it is necessary to have knowledge and understanding in the selection of various types of wound dressing equipment and to know the advantages and disadvantages of that material. To reduce the duration of the wound and value for money Resulting in the most effective wound healing.

Keywords : wound care/ advance wound care/ nursing role of enterostomal therapy nurse

การดูแลบาดแผลขั้นสูง (advance wound care)

บาดแผล เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน เช่นบาดแผลถลอก บาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก บาดแผลฉีกขาดจากอุบัติเหตุหรือเคยได้รับการผ่าตัดรักษา บาดแผลจากโรคเรื้อรัง เป็นต้น บาดแผลบางชนิดสามารถหายเองได้ แต่บางชนิดจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการทำแผล การดูแลบาดแผลนั้นถือเป็นส่วนหนึ่งในเวชปฏิบัติ และพบได้ทุกสถานพยาบาลไม่ว่าจะเป็นที่ห้องฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย หรือที่บ้านผู้ป่วยเอง เป้าหมายหลักในการทำแผล คือ การทำให้บาดแผลหายได้อย่างดีที่สุด (ฉัตร บุชางกูร, 2560)

บาดแผล (wounds) หมายถึง การบาดเจ็บทุกชนิดที่ก่อให้เกิดการแตกสลายของผิวหนัง หรือเยื่อส่วนอื่น ๆ ของร่างกายรวมทั้งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นแก่เนื้อเยื่อที่อยู่ส่วนล่างลงไปจากผิวหนัง หรือ เยื่อเหล่านี้ผลของบาดแผลที่ควรสนใจเป็นพิเศษคือ เลือดออก และติดเชื้อ

ชนิดของบาดแผล

การแบ่งชนิดของบาดแผลแบ่งได้หลายวิธีดังนี้

1. แบ่งตามความสะอาดของแผล

1.1 แผลสะอาด (clean wound) หมายถึง แผลที่ไม่มีการติดเชื้อหรือเป็นแผลที่เคยปนเปื้อนเชื้อ แต่ได้รับการดูแลจนแผลสะอาดไม่มีการติดเชื้อ เนื้อเยื่อของแผลเป็นสีชมพูอมแดงและมักเป็นแผลปิด (closed wound)

หรือเป็นแผลที่เกิดจากการวางแผนล่วงหน้าเพื่อการตรวจรักษา มีการควบคุมภาวะปราศจากเชื้อ เช่น แผลผ่าตัด แผลเจาะหลัง แผลให้น้ำเกลือ ยกเว้นแผลผ่าตัดในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ และระบบทางเดินปัสสาวะ

1.2 แผลกึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน (clean-contaminated wound) ลักษณะของแผลคล้ายแผลสะอาด แต่มักเป็นแผลผ่าตัดในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ และยังไม่เกิดการติดเชื้อ

1.3 แผลปนเปื้อน (contaminated wound) เป็นแผลที่ไม่สะอาด ได้แก่ แผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ เช่น แผลถลอก แผลไฟไหม้ แผลน้ำร้อนลวก แผลถูกรังสี แผลถูกรัด - ต่าง ไฟฟ้าช็อต หรือแผลผ่าตัดที่มีการปนเปื้อนเชื้อในระหว่างการผ่าตัด โดยแผลมีการอักเสบ คือ มีอาการ ปวด บวม แดง ร้อน แต่ยังไม่มีการติดเชื้อ

1.4 แผลติดเชื้อหรือแผลสกปรก (infected wound/ dirty wound) เป็นแผลที่มีการปนเปื้อนเชื้อจนเกิดการติดเชื้อ เกิดการอักเสบ มีหนอง ส่วนใหญ่เป็นแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ

2. แบ่งตามลักษณะการทำลายของผิวหนัง

2.1 แผลปิด (closed wound) หมายถึง บาดแผลที่ผิวหนังหรือเยื่อไม่ฉีกขาดออกจากกัน แต่เนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนังได้รับบาดเจ็บ มักเกิดจากของไม่มีคม แบ่งเป็น

1) แผลฟกช้ำ (contusion/ bruise) เป็นการฉีกขาดของกล้ามเนื้อใต้ผิวหนัง พบรอยฟกช้ำ เส้นเลือดแตก เลือดออกแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อ อาจรวมเป็นก้อนเลือด (hematoma) หากก้อนเล็กร่างกายสามารถดูดซึมเลือดที่คั่งให้หายไปเอง

2) แผลกระทบกระเทือน (concussion) มักใช้เกี่ยวกับการกระทบกระเทือนของระบบประสาท

3) แผลแตก (rupture) เป็นการแตก ฉีกขาดของอวัยวะภายในร่างกาย

4) แผลผ่าตัด (surgical incision) ขอบแผลเรียบ กล้ามเนื้อและผิวหนังถูกเย็บปิด

2.2 แผลเปิด (opened wound) หมายถึง แผลที่มีการฉีกขาดหรือทำลายผิวหนังให้แยกออกจากกันได้แก่

1) แผลถลอก (abrasion wound) เป็นบาดแผลที่มีการทำลายของผิวหนังชั้นนอกมีเลือดซึมเล็กน้อย สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุ ถูกรีดข่วน หรือลื่นไถลบนพื้นหยาบขรุขระ

2) แผลฉีกขาด (laceration wound) ลักษณะของผิวหนังบริเวณขอบแผลที่ฉีกขาดจะกะรุ่งกะริ่ง และมีการทำลายของเนื้อเยื่อมาก แผลอาจลึก เสี่ยงต่อการติดเชื้อ สาเหตุเกิดจากของมีคมหรือไม่มีคมก็ได้

3) แผลตัด (incision wound/ cut wound) เป็นแผลที่เกิดจากวัตถุมีคม ขอบแผลเรียบ แต่มีการฉีกขาดของเส้นเลือด เช่น แผลถูกมีดบาด เป็นต้น

4) แผลทะลุ (penetration wound) เป็นแผลที่มีความลึกมากกว่าความกว้าง และความยาว ได้แก่ แผลถูกแทงด้วยของแหลม (puncture wound/ stabbed wound) และแผลถูกยิง (gunshot wound)

5) แผลที่มีเนื้อเยื่อขาดหรือหลุดออกจากร่างกาย (avulsion wound) เป็นแผลที่มีการตัดขาดของเส้นเลือด เส้นประสาทร่วมด้วย แผลชนิดนี้ทำให้เสียเลือดมาก และมักมีการปนเปื้อนเชื้อมาก

6) แผลถูกระเบิด (explosive wound) เป็นบาดแผลที่ถูกสะเก็ดระเบิด

3. แบ่งตามสาเหตุของการเกิดบาดแผล ได้แก่

3.1 แผลเกิดโดยเจตนา (intention wound) เป็นแผลที่กระทำขึ้นเพื่อการรักษา เช่น แผลผ่าตัด แผลที่เกิดจากการเจาะ เป็นต้น

3.2 แผลเกิดโดยไม่เจตนา (unintentional wound) เป็นแผลที่เกิดขึ้นโดยอุบัติเหตุ

4. ตามระยะเวลาที่เกิดแผล

4.1 แผลสด หมายถึง แผลที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ

4.2 แผลเก่า หมายถึง แผลที่อยู่ในระยะการหายของแผล

4.3 แผลเรื้อรัง หมายถึง แผลที่มีการติดเชื้อ มีการทำลายเนื้อเยื่อ และมีการตายของเนื้อเยื่อ (sloughing or shedding) ซึ่งเรียกว่า เนื้อตาย (necrotic tissue) และมีสิ่งขับหลังจากการอักเสบของแผลเป็นหนอง (purulent exudates) เช่น แผลกดทับ เป็นแผลที่เกิดจากผิวหนังถูกกดทับเป็นเวลานานจนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นตาย สำหรับแผลที่เกิดจากการฉายรังสีรักษา (radiation wound) บริเวณที่ถูกฉายรังสีจะมีสีผิวเข้มขึ้น การทำงานของเซลล์หนังกำพร้าถูกยับยั้งทำให้ไม่มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน ผิวหนังส่วนนี้จะบอบบางทำให้เกิดแผลได้ง่าย และแผลเนื้อเน่า (gangrene) เป็นแผลที่เกิดจากการขาดเลือดมาเลี้ยงหรือเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ

5. แผลประเภทอื่น ๆ

การแบ่งชนิดของบาดแผลประเภทอื่น ๆ ได้แก่ แผลที่มีรูทะลุ (fistula) เป็นแผลที่มีช่องทางเปิดผิดปกติ อาจเกิดขึ้นเองหรือเกิดจากการเจาะให้เกิดรูและแผลไหม้พอง (burn) เกิดจากความร้อน ได้แก่ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก สารเคมี และไฟฟ้าช็อต

การหายของแผล

เมื่อร่างกายเกิดบาดแผลขึ้นจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม โดยธรรมชาติร่างกายจะมีกลไกทำให้เกิดการหายของแผล (wound healing) ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งการหายของแผลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ การหายของแผล มี 3 ลักษณะ คือ

1. การหายแบบปฐมภูมิ (primary intention/ first intention healing) เป็นการหายของแผลโดยมีการเจริญเติบโตของเยื่อผิวหนังอย่างรวดเร็ว กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นเมื่อขอบแผลอยู่ชิดกัน ไม่มีโพรงอยู่ภายใน ไม่มีการเจริญของเนื้อเยื่อออกทดแทนหรือเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (granulation tissue) ผิวหนังถูกดึงรั้งน้อยมาก และมีการช่วยให้บาดแผลปิด โดยการเย็บปิดปากแผลการหายของแผลในลักษณะนี้พบในแผลที่มีขนาดเล็ก เป็นแผลสะอาดหรือแผลผ่าตัดที่ไม่มีปัญหาแทรกซ้อน ทำให้แผลลักษณะนี้หายเร็ว และเกิดรอยแผลเป็นน้อย

2. การหายแบบทุติยภูมิ (secondary intention/ secondary intention healing) เป็นการหายของแผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเคมี ได้แก่ การเผาผลาญของคอลลาเจน (collagen) การดึงรั้งของแผล การเจริญของเยื่อผิวชั้นนอก และการเจริญของเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน มักพบในแผลที่มีขนาดใหญ่และลึก ขอบแผลกว้าง มีเนื้อตาย มีการทำลายหรือขาดหายไปของเนื้อเยื่อ เมื่อแผลหายจะปรากฏรอยแผลเป็นชัดเจน

3. การหายแบบตติยภูมิ (third intention / third intention healing) เป็นการหายของแผลที่มีการติดเชื้อเกิดขึ้น การหายของแผลจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่จัดการติดเชื้อหมดไป จากนั้นทำการเย็บปิดแผล (suture) หรือทำการปลูกถ่ายผิวหนัง (skin graft) การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลและการอักเสบ

การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล

เพื่อส่งเสริมให้แผลหายเร็ว ได้แก่

1. การพักผ่อนร่างกายและอวัยวะที่มีบาดแผลให้มากที่สุด เพราะการพักผ่อนจะลดกระบวนการเผาผลาญภายในเซลล์ที่ไม่จำเป็น เนื้อเยื่อสามารถนำออกซิเจนและสารอาหารไปใช้ได้เพียงพอ และการพักบริเวณที่มีบาดแผลจะช่วยป้องกันการกระทบกระเทือนบาดแผล

2. การทำความสะอาดบาดแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการหายของแผล

3. การส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตมายังบาดแผลโดย

3.1 ดูแลไม่ให้ผ้าพันแผลรัดแน่นเกินไป เพราะจะไปขัดขวางการไหลเวียนเลือดแดงมายังบาดแผล และทำให้เลือดดำไหลเวียนกลับไม่ดี

3.2 ประคบด้วยความร้อนหรือความเย็นแล้วแต่ลักษณะ และระยะเวลาของการเกิดบาดแผล โดยการประคบด้วยความเย็นมักใช้ในระยะแรกๆ ที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการถูกกระแทก ความเย็นทำให้หลอดเลือดหดตัว ปริมาณเลือดที่ไหลมาสู่บริเวณแผลลดลง จึงช่วยลดอาการบวมได้นอกจากนี้ความเย็นยังช่วยลดความไวต่อความเจ็บปวดของปลายประสาท และหากบาดแผลนั้นมีเชื้อโรค ความเย็นจะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายช้าลง ส่วนการประคบด้วยความร้อนมักใช้ภายหลังจากเกิดบาดแผลไปแล้ว 24-48 ชั่วโมง ความร้อนช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณบาดแผลมากขึ้น เม็ดเลือดขาวซึ่งมีหน้าที่เก็บกินเชื้อโรคจึงมาที่บริเวณนี้มากขึ้น ความร้อนยังช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวช่วยให้มีการระบายของเสียได้ดียิ่งขึ้นจึงทำให้แผลหายเร็ว นอกจากนี้ความร้อนยังทำให้กล้ามเนื้อหย่อนตัวจึงลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

4. การยกบริเวณที่มีบาดแผลไว้สูง เพื่อให้เลือดดำและน้ำเหลืองไหลกลับสะดวกลดอาการบวม

5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ และมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล เช่น วิตามินเอ วิตามินบี วิตามินซี และโปรตีน เพราะสารอาหารมีความจำเป็นในการสร้างเม็ดเลือด และสร้างเส้นใยคอลลาเจน (collagen fiber)

6. การลดความเจ็บปวดจากแผล โดยการให้ยาบรรเทาปวด การประคบด้วยความร้อน หรือความเย็น การจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในท่าที่รู้สึกสบาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น

7. การส่งเสริมสุขวิทยาส่วนบุคคลและดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เช่น การบ้วนปากการดูแลความสะอาดของร่างกาย การนวดหลัง การดูแลเตียงให้เรียบตึง เป็นต้น

การทำแผล

การทำแผลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการหายของแผล เป็นการป้องกันแผลจากสิ่งสกปรกที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง และสิ่งที่ขัดขวางการหายของแผล ในบทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจในอุปกรณ์ทำแผลชนิดต่าง ๆ และทราบถึงข้อดี-ข้อเสียของวัสดุเหล่านั้นว่าเป็นอย่างไร สามารถเลือกใช้อุปกรณ์ได้อย่างเหมาะสม การทำแผลอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน และเลือกใช้น้ำยาสำหรับใส่แผลที่เหมาะสมกับบาดแผลแต่ละชนิดจะลดการอักเสบ และส่งเสริมการหายของแผล

อุปกรณ์ทำแผลขั้นสูง (advanced wound dressing)

การเลือกใช้วัสดุในการทำแผลนั้นควรมีลักษณะดังต่อไปนี้ (เก่งกาจ วินัยโกศล, 2013)

1. สามารถดูดซึมและเก็บกักสารคัดหลั่ง (exudate) ที่ออกมาจากแผลได้
2. ไม่มีสารตกค้างอยู่ภายในแผล
3. น้ำสามารถซึมผ่านออกมาได้
4. ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บเมื่อทำการเปลี่ยนวัสดุทำแผล
5. ไม่ต้องเปลี่ยนแผลบ่อย
6. ลดความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย
7. กระตุ้นการหายของบาดแผล
8. ราคาไม่แพง

การแบ่งชนิด (classifications) ของวัสดุทำแผล สามารถแบ่งได้ดังนี้ (เก่งกาจ วินัยโกศล, 2013)

1. ลักษณะการทำงาน เช่น การตัดเนื้อตาย (debridement) มีส่วนผสมของยาฆ่าเชื้อ (antibacterial) สามารถดูดซึมน้ำได้ (absorbent) เป็นต้น
2. วัสดุองค์ประกอบ เช่น สารประกอบไฮโดรคอลลอยด์ (hydrocolloid) คอลลาเจน (collagen) เป็นต้น
3. ลักษณะของวัสดุ เช่น ขี้ผึ้ง (ointment) ฟิล์ม (film) โฟม (foam) หรือเจล (gel) เป็นต้น

สิ่งสำคัญที่สุดในการทำแผล คือ การเลือกใช้อุปกรณ์อย่างเหมาะสมสำหรับแต่ละแผล ปัจจุบันอุปกรณ์ทำแผลสามารถแบ่งเป็น กลุ่มใหญ่ ๆ ได้ตามตารางดังต่อไปนี้ (ฉัตร บุชางกูร, 2560)

ตารางที่ 1 ชนิดของอุปกรณ์ทำแผลที่พบบ่อย (ฉัตร บุชางกูร, 2560)

กลุ่มอุปกรณ์ทำแผล	ส่วนผสม	ข้อดี	ข้อเสีย
1. ผ้าก๊อซ (gauze)	woven cotton fibers	การดูดซับได้ดีพอสมควร	1. การติดของผ้าก๊อซกับบาดแผล ทำให้เกิดการเจ็บปวดเวลาดึงออก 2. ทิ้งฝุ่นผงไว้ในบาดแผลซึ่งอาจทำให้เกิดการระคายเคือง 3. เป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคได้

ตารางที่ 1 ชนิดของอุปกรณ์ทำแผลที่พบบ่อย (ต่อ)

กลุ่มอุปกรณ์ทำแผล	ส่วนผสม	ข้อดี	ข้อเสีย
2. แผ่นฟิล์ม (film)	plastic (polyurethane); semipermeable	1.สามารถมองเห็นได้ 2.กันน้ำเข้า 3.ช่วยในการเก็บความชุ่มชื้นไว้กับบาดแผลซึ่งช่วยให้แผลหายได้ดีหากความชื้นเหมาะสม	1.ไม่ดูดซับ exudate เหมาะกับการใช้แค่แผลที่ไม่มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึม 2.ติดกับผิวหนัง ต้องระมัดระวังในการใช้กับผู้ป่วยที่ผิวหนังซึ่งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนังเมื่อดึงออกได้
3. hydrogel	water (96%) and polymer (polyethylene oxide)	1. ให้ความชุ่มชื้น และช่วยเก็บความชุ่มชื้นไว้กับแผล 2.เหมาะกับแผลที่ไม่ลึกมาก แผลแห้งช่วยในกระบวนการย่อยสลายเนื้อตาย (autolytic debridement)	1.ต้องใช้ร่วมกับอุปกรณ์ทำแผลชนิดอื่น 2.ไม่เหมาะกับแผลที่มี exudate ปานกลาง – มาก
4. hydrocolloid	hydrophilic colloidal particles and adhesive	1.ช่วยเก็บความชุ่มชื้นไว้กับแผล 2.เร่งกระบวนการย่อยสลายเนื้อตายด้วยตัวเองของบาดแผล	1.ไม่ยอมให้น้ำและอากาศซึมผ่าน เพราะฉะนั้นไม่ควรใช้กับแผลที่มีแบคทีเรียอยู่ในแผล โดยเฉพาะชนิดไม่ใช้ออกซิเจน 2.ทำให้แผลมีกลิ่น 3.ดูดซับน้ำได้เพียงเล็กน้อย
5. foam	hydrophilic (wound side) and hydrophobic (outer side) polyurethane or silicone foams; semipermeable	1.ดูดซับ exudate ปานกลาง – มาก 2.เหมาะกับแผลที่เป็นโพรง	1.อาจต้องใช้ร่วมกับอุปกรณ์ ทำแผลชนิดอื่น 2.ไม่สามารถกำจัดเนื้อตายได้

ตารางที่ 1 ชนิดของอุปกรณ์ทำแผลที่พบบ่อย (ต่อ)

กลุ่มอุปกรณ์ทำแผล	ส่วนผสม	ข้อดี	ข้อเสีย
6. alginate	calcium and sodium salts of alginic acid found in brown seaweed	1.เหมาะกับแผลที่มี exudate มาก 2.ช่วยลด bleeding 3. เปลี่ยนแผลทุก 3 -7 วัน (ถ้าแผลติดเชื้อ เปลี่ยนทุกวัน) 4.รักษาความชุ่มชื้นให้กับแผล	1.ต้องใช้ร่วมกับอุปกรณ์ทำแผลชนิดอื่น 2.ไม่สามารถใช้กับแผลแห้ง

ตารางเปรียบเทียบความสามารถในการดูดซับ และความควบคุมการติดเชื้อ (เก่งกาจ วินัยโกศล, 2013)

อุปกรณ์ทำแผล	ความสามารถในการดูดซึม	ความควบคุมการติดเชื้อ
gauze	++	สามารถใช้ร่วมกับยาต้านจุลชีพ
film	-	-
hydrogel	+	+/-
hydrocolloid	+	-
form	+++	+/-
alginate	+++	+/-

แผลที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นหรือแผลยังคงอยู่แม้จะมีการดูแลที่เหมาะสม เช่น แผลเบาหวาน venous ulcer เป็นต้น เป็นแผลที่คาดว่าจะมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุประชากร และจำนวนผู้ป่วย แผลเรื้อรังจะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเป็นภาระต่อระบบสุขภาพ หากแผลเรื้อรังไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบมาตรฐาน อาจต้องมีการรักษา หรือมีการนำผลิตภัณฑ์รวมทั้งเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มขึ้นเพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผล ซึ่งมีด้วยกันหลายประเภทดังนี้ (Greer N, Foman N, Dorrian J and et al, 2014)

1. collagen เป็นโปรตีน ที่เรียกว่า macromolecular มีความแตกต่างกันทางเคมี และโครงสร้าง collagen เป็นตัวช่วยในการรักษาแผลที่หลากหลาย มีหน้าที่คือ เป็นสารตั้งต้นสำหรับการแข็งตัวของหลอดเลือด เป็นองค์ประกอบของเซลล์ในการรักษาเช่น granulocytes, macrophages, fibroblast การใช้ collagen - alginate เป็นอุปกรณ์ดูแลแผลชั้นสูงประกอบด้วยเส้นใย collagen และ calcium alginate ซึ่งได้รับการอนุมัติจากองค์การอาหารและยา สำหรับการใช้กับแผลไฟไหม้ แผลเบาหวาน และแผลหลอดเลือดดำ

2. biological dressing การบำบัดรักษาแผลเป็นการใช้วัสดุที่ทำจากส่วนประกอบต่าง ๆ ของ extracellular matrix (ECM) ที่ใช้กันทั่วไป คือ OASIS wound matrix เป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้มาจาก submucosa ในลำไส้เล็กของสัตว์ ใช้ในการรักษาแผลเบาหวาน แผลหลอดเลือดดำ และแผลเรื้อรังต่าง ๆ

3. biological skin equivalents การรักษาบาดแผลด้วยวิธีนี้เป็นโครงสร้างเนื้อเยื่อที่ได้จากห้องปฏิบัติการ ออกแบบมาให้มีลักษณะคล้ายกับผิวหนังมนุษย์ มีลักษณะเป็นตาข่าย ใช้ในการรักษาแผลที่ขาเรื้อรัง แผลเบาหวาน ที่รักษามานานกว่า 6 เดือน

4. keratinocytes การรักษาด้วย keratinocytes ที่ใช้ในการรักษาแผลมีอยู่ด้วยกันหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นเจล และสเปรย์ keratinocytes จะทำหน้าที่กระตุ้นการแพร่กระจายของเนื้อเยื่อจากขอบแผล และช่วยกระตุ้นปัจจัยการเจริญเติบโตอื่น ๆ

5. platelet-derived wound healing - platelet-derived growth factors (PDGF) ปัจจัยการเจริญเติบโต ของเกล็ดเลือดที่มนุษย์ได้รับเป็นสารที่ร่างกายผลิตขึ้นตามธรรมชาติเพื่อช่วยในการสมานแผล ทำงานโดยการซ่อมแซมและแทนที่ผิวหนังที่ตายแล้ว และเนื้อเยื่ออื่น ๆ ช่วยในการปิดและรักษาแผล ได้รับการอนุมัติจาก FDA สำหรับการรักษาแผลที่เท้าเบาหวาน ใช้สำหรับรักษาแผล ulcers neuropathic ที่ลึกถึงชั้นเนื้อเยื่อ ใต้ผิวหนัง แต่เป็นแผลที่ยังมีการไหลเวียนของเลือดที่ดี และยังสามารถใช้กับแผลที่ผ่านการ debridement เพื่อช่วยส่งเสริมการหาย และป้องกันการติดเชื้อ

6. platelet-rich plasma (PRP) ได้มาจากเลือดของผู้ป่วยที่ผ่านการปั่นแยกเฉพาะเพื่อสร้างพลาสมา ที่มีความเข้มข้นของเกล็ดเลือดสูง มีการใช้ PRP ในการรักษาแผลมาตั้งแต่ปี 2528

7. intermittent pneumatic compression therapy การรักษาด้วยแรงอัดแบบไม่สม่ำเสมอ (IPC) เป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มความดันโลหิตของหลอดเลือดดำมีผลต่อหัวใจ วิธีนี้ไม่ค่อยนิยมมากนัก

8. negative pressure wound therapy (NPWT) หรือที่เรียกว่า การปิดแผลด้วยสุญญากาศ เป็นกระบวนการสร้างการตกต่างแผลที่ปิดผนึกอย่างแน่นหนา รอบ ๆ แผล และใช้เครื่องดูด เพื่อให้เกิดเป็น แรงดันลบอย่างสม่ำเสมอทั่วพื้นผิวอย่างต่อเนื่อง หรืออาจไม่สม่ำเสมอ มีการติดตั้งขวระบายเพื่อเก็บของเหลว จากแผล มีการยอมรับใช้ในแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน แผลที่ขาหลอดเลือดดำ และแผลกดทับ รวมทั้งโรคอื่น ๆ ด้วย มีผลิตภัณฑ์หลากหลายบริษัท ซึ่งได้รับการเสนอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสมานแผลโดยการเพิ่มเนื้อเยื่อ ลดอาการบวมของเนื้อเยื่อ ลดแบคทีเรียและกระตุ้นการสร้างเซลล์การใช้ NPWT เป็นวิธีการรักษาเบื้องต้น เพื่อรักษาบาดแผลให้สมบูรณ์เพื่อเตรียมบาดแผลสำหรับการรักษาอื่น ๆ เช่นการเย็บปิดแผล

9. electromagnetic therapy (EMT) เป็นสนามไฟฟ้าที่สร้างขึ้นระหว่างตัวเก็บประจุขนาดใหญ่ ที่มีประจุตรงข้ามกัน เชื่อว่ากลไกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอาจช่วยในการซ่อมแซมแผล ซึ่งผิวหนังของมนุษย์ปกติ มีสถานะไฟฟ้าคงที่ เมื่อเย็บผิวหนังถูกทำลายจากการบาดเจ็บทำให้กระแสไฟฟ้าหยุดชะงัก เกิดบาดแผล แสดงให้เห็นถึงการควบคุมการแบ่งเซลล์ในการรักษาแผล วิธีนี้ไม่ได้รับการอนุมัติจาก FDA สำหรับใช้ในการรักษาแผลเรื้อรัง

10. hyperbaric oxygen therapy (HBOT) เป็นการใช้อัดแบบพิเศษที่สามารถเพิ่มความเข้มข้น ของออกซิเจนภายใต้ความกดดันในบรรยากาศที่สูงขึ้น ส่งผลให้เพิ่มระดับของออกซิเจนอย่างเป็นระบบ ทำให้ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเนื้อเยื่อสูงถึง 500 mmHg การรักษาแต่ละรายมักจะอยู่ระหว่าง 45 - 120 นาที และอาจจะทำวันละครั้งหรือสองครั้งรวมกันประมาณ 10 - 30 ครั้ง ออกซิเจนมีบทบาทในกระบวนการหาย ของแผลที่ซับซ้อนเป็นตัวกระตุ้นขั้นตอนในการรักษาแผล แต่ก็ยังมีปัจจัยอื่นด้วย เช่น คอลลาเจน แบคทีเรีย

อย่างไรก็ตามการใช้ออกซิเจนเข้มข้นอาจมีผลกระทบจากความดันที่เพิ่มขึ้น เช่น การบาดเจ็บของหู หรือ ส่งผลต่อสมอง และปอดจากการได้รับออกซิเจนเกินขนาด เป็นต้น

11. topical oxygen therapy (TOT) คล้ายกับ HBOT มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมการรักษาแผล โดย แก๊ซระดับออกซิเจนต่ำในแผลเรื้อรัง ซึ่งพัฒนาเพื่อแก้ไขข้อเสียของ HBOT ที่ต้องใช้ห้องอัด เพื่อส่งระบบ ออกซิเจนระดับสูงภายใต้ความดันบรรยากาศที่สูงขึ้น TOT ทำงานโดยการใช้ถุงสุญญากาศปิดแผล แม้ว่า จะเพิ่มระดับออกซิเจนที่น้อย และไม่ถือว่าเป็น hyperbaric อย่างแท้จริง แต่คาดว่า TOT จะช่วยเพิ่มระดับ ออกซิเจนในแผลได้

12. ozone oxygen therapy โอโซนเป็นสารออกซิไดซ์ เมื่อโมเลกุลของโอโซนผ่านก๊าซ หรือของเหลว จะ ทำหน้าที่ส่งเสริมการรักษาเนื้อเยื่อให้เซลล์ที่แข็งแรง และจะกำจัดเซลล์แบคทีเรียและไวรัส การบำบัดด้วย โอโซนถูกนำมาใช้ในการรักษาทางการแพทย์ตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาถึง ความปลอดภัยกันน้อยมาก บางการศึกษา พบว่า มีผลข้างเคียงที่มีความเสี่ยงต่ำ

13. epiprotect เป็นเยื่อผิวสังเคราะห์ที่เป็นผลิตภัณฑ์มนุษย์หรือสัตว์ 100% ให้ความสอดคล้อง ที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใสมีความแข็งแรง ทำจากวัสดุที่เรียกว่า eiratex ซึ่งเป็นมาตรฐานและสามารถใช้ ในการรักษาอาการไหม้ที่ใบหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างจากงานวิจัยเรื่องการดูแลบาดแผลด้วยนาโนเทคโนโลยีอยู่หลายฉบับ เช่น

1. การดูแลบาดแผลในยุคไทยแลนด์ 4.0 ด้วยนาโนเทคโนโลยี (wound care for patients in Thailand 4.0 with nanotechnology) ได้กล่าวถึงการดูแลบาดแผลในผู้ป่วยมะเร็งด้วยแผ่นปิดแผลคอมโพสิต (composite dressing) การดูแลบาดแผลไหม้ (burn) ด้วยแผ่นปิดแผลแอลจินต การดูแลบาดแผลที่มีการติดเชื้อ หรือแผลกดทับด้วยแผ่นปิดแผลนาโนซิลเวอร์ เป็นต้น ได้สรุปบทความงานวิจัยว่า หัวใจสำคัญของการดูแลบาดแผล เพื่อให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามหลัก การดูแลแบบองค์รวมนั้น หากผู้ดูแลโดยเฉพาะพยาบาลผู้เห็นลักษณะแผล และมีทีมสุขภาพ ที่มีความเข้าใจในหลักการของนาโนเทคโนโลยี ก็สามารถนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ ในการดูแลบาดแผลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งในปัจจุบันความก้าวหน้า ทางด้านนาโนเทคโนโลยีนั้นก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว การนำความรู้ทางด้านนาโนเทคโนโลยีในการพัฒนาวัสดุ เพื่อให้มีคุณสมบัติต่างกันทำให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในด้าน การดูแลบาดแผลผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ที่มีความต้องการคุณสมบัติของวัสดุที่แตกต่างกันก็จะช่วยให้การรักษาของแพทย์มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ดังนั้น จึงนับได้ว่าการพัฒนาองค์ความรู้ แบบผสมผสานในการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ให้บรรเทาความเจ็บปวดอันเกิดจากบาดแผล เป็นการพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรมใหม่เข้ามาผสมผสาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสอดคล้องกับยุคไทยแลนด์ 4.0 (กัลยา ประไพพน และจินตนา อาจสันเทียะ, 2562)

2. แพทย์หญิงวิจิตรา วัฒนชัยฤกษ์และศาสตราจารย์ ดร.พรเทพ เทียนสิวกุล ได้ทำการศึกษา การศึกษาประสิทธิภาพของการฉีดยาพลาสมาที่มีเกล็ดเลือดเข้มข้นของ ตนเองเข้าชั้นใต้ผิวหนังเพื่อรักษา รอยแตกสายสีขาวจากผลการศึกษา พบว่า การรักษารอยแตกสายสีขาวด้วยวิธีการฉีดยาพลาสมาที่มีเกล็ดเลือดเข้มข้น ของตนเองเข้าชั้นผิวหนัง ช่วยลดขนาดความกว้าง ความยาว และค่าเฉลี่ยความหยาบ R3 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ จากแบบสอบถาม stretch mark disability พบความแตกต่างระหว่าง ก่อนและหลังการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะอาสาสมัครมองเห็นว่ารอยแตกกลายเป็น ความผิดปกติที่น้อยลงและส่งผลเสีย

ต่อความมั่นใจในตนเองน้อยลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเมื่อได้รับการบาดเจ็บนั้นกระบวนการซ่อมแซมจะเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ที่ 6 - 9 เดือน การติดตามการรักษาในงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านเวลา สามารถติดตามการรักษาได้เพียง 8 สัปดาห์ ซึ่งอาจทำให้ไม่เห็นผลการรักษาที่มากที่สุดเท่าที่ควรจะเกิดขึ้นได้ ผลข้างเคียงทั้งด้านความเจ็บปวด อาการบวม อาการแสบร้อน และอาการชา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม

3. เจนวนจิ คำธรา ได้ศึกษาการทดลองแบบสุ่มศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการใช้ซิลิโคนเจลชนิดทาร์ร่วมกับเลเซอร์เทียบกับการรักษาด้วยเลเซอร์เพียงอย่างเดียวในการรักษาแผลเป็นจากสิวแบบบวมมีการศึกษา พบว่า ซิลิโคนเจลให้ผลดีในการรักษาและป้องกันแผลเป็นตามหลังแผลไฟไหม้ แผลหลังผ่าตัดและการรักษาแผลเป็นนานหลายสิบปี แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของซิลิโคนเจลเมื่อใช้ ร่วมกับเลเซอร์ในการรักษา รอยแผลเป็นจากสิวแบบบวมมาก่อน วัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของซิลิโคนเจลชนิดทาร์ร่วมกับเลเซอร์เออเบียมแย็กในการรักษา แผลเป็นจากสิวแบบบวม ผลการศึกษาที่ 3 เดือนหลังเลเซอร์ครั้งแรกพบว่า 42% ของผู้ป่วยในกลุ่มซิลิโคนเจล และ 47.4% ในกลุ่ม ควบคุมมีแผลเป็นจากสิวแบบบวม ดีขึ้นจากการประเมินโดยแพทย์ผิวหนัง ($p > 0.05$) 52.6% ของผู้ป่วยในกลุ่มซิลิโคน เจลดีขึ้นมากกว่า 25% จากการประเมินโดยผู้ป่วย เทียบกับ 42.1% ในกลุ่มควบคุม ($p > 0.05$) สำหรับในกลุ่มซิลิโคน เจล พบว่ามีความซรุขระลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ 1 เดือนและ 3 เดือน ($p < 0.05$) ผู้ป่วยทุกคนไม่ได้ทายาฯ คะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยอยู่ที่ 6 คะแนน สรุปผลการทาซิลิโคนเจลร่วมกับเลเซอร์เออเบียมแย็กอาจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาแผลเป็น จากสิวแบบบวมจากการประเมิน โดยผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการประเมินความซรุขระโดยระบบ visioscan®

4. โปรแกรม MOWA (Mobile wound analyzer android)เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์บาดแผลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์แผลด้วยมือถือการประเมินกระบวนการบำบัดเปรียบเทียบภาพถ่ายในช่วงเวลา และแผนภูมิกราฟของเนื้อเยื่อเปอร์เซ็นต์กับเวลาการวิเคราะห์แผลด้วยโปรแกรมมือถือที่เป็นโปรแกรมสำหรับการจัดการขั้นสูงของแผลกดทับ โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดเป็นซอฟต์แวร์ที่มีความซับซ้อนและการปฏิบัติสำหรับการวิเคราะห์ภาพของแผลและยังอาจจะมีประโยชน์เป็นคู่มืออ้างอิงและคู่มือสำหรับการประเมินผลการโพสต์ภาพมีเป้าหมายที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่รักษาบาดแผลหรือต้องการเรียนรู้วิธีที่จะรักษาบาดแผล

จากการศึกษาของคณะผู้จัดทำและการได้เข้าร่วมฟังการอบรม advance wound care ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้ใช้ผลิตภัณฑ์ในการทำแผล pressure Injury กับผู้ป่วยด้วย PRP (platelet rich plasma) และผู้ป่วยอีกรายด้วย granulox และได้ทำการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการหายของแผลเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์ advanced wound care แล้ว พบว่า สามารถส่งเสริมกระบวนการหายของแผลได้เร็วขึ้นแต่การใช้ผลิตภัณฑ์ หรือเทคโนโลยีเหล่านี้ยังคงมีราคาสูง และผู้ป่วยบางส่วนยังคงไม่สามารถเข้าถึงการใช้ผลิตภัณฑ์ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลเฉพาะทางการดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET. nurse) ที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการใช้วัสดุชนิดอื่น ๆ และทราบถึงข้อดี - ข้อเสียของวัสดุเหล่านั้นเพื่อนำมาดูแลบาดแผลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

สรุป และข้อเสนอแนะ

การใช้วัสดุในการดูแลบาดแผล ถือเป็นการดูแลบาดแผลขั้นสูง (advanced wound care) และในปัจจุบันพบว่าวัสดุในการดูแลบาดแผลมีมากมายหลายชนิด รวมทั้งเทคโนโลยีในการดูแลบาดแผลที่ทันสมัยมากยิ่งขึ้น แต่การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ advanced wound care หรือวิธีการรักษานั้นต้องขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล และสถานะของผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลเฉพาะทางการดูแลบาดแผลออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET nurse) คือการเลือกใช้วัสดุดูแลบาดแผลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย และให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนมากที่สุด ทั้งนี้ทั้งนั้นการดูแลบาดแผลด้วยวัสดุ (advanced wound care) และเทคโนโลยีในการดูแลบาดแผลที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ เป็นเพียงส่วนประกอบหนึ่งในการทำแผล สิ่งสำคัญที่จะทำให้แผลหายได้นั้น คือ การดูแลผู้ป่วยในแบบองค์รวม ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วย การดูแลภาวะโภชนาการ หยุดหรือลดปัจจัยที่มีผลเสียต่อการหายของแผล เช่น การสูบบุหรี่ดื่มสุรา รวมถึงการดูแลทำความสะอาด การตัดแต่งบาดแผลนำเนื้อตายสิ่งสกปรกออกจากแผล และกำจัดการติดเชื้อก็ยังคงเป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้การดูแลบาดแผลเป็นไปด้วยดี และทำให้การหายของแผลเป็นไปได้อย่างดีที่สุด ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะต้องได้รับความร่วมมือทั้งทางด้านบุคลากรทางการแพทย์และตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร เรมกานนท์.(2553). การศึกษาประสิทธิภาพของพลาสมาที่มีปริมาณเกล็ดเลือดเข้มข้นโดยการฉีดเข้าในผิวหนังต่อการลดริ้วรอยและความเรียบของผิวหนังบริเวณใบหน้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กัลยา ประไพพ และ จินตนา อาจสันเทียะ. (2560). การดูแลบาดแผลผู้ป่วยในยุคไทยแลนด์ 4.0 ด้วยนาโนเทคโนโลยี. วารสารการพยาบาลทหารบก,ปีที่ 18(ฉบับที่3 กันยายน-ธันวาคม 2560). หน้า 9 - 15
- ณัฏฐร บุษางกูร. (2560). อุปกรณ์ทำแผลขั้นสูง. ธรรมชาติเวชสาร, ข้อมูล:
file:///C:/Users/acer/Downloads/99517-Article%20Text-249414-1-10-20170919.pdf
- แพทย์หญิงวิจิตร วิมลชัยฤกษ์และศาสตราจารย์ ดร.พรเทพ เทียนสีวาทกุล.(2560). การศึกษาประสิทธิภาพของการฉีดพลาสมาที่มีเกล็ดเลือดเข้มข้นของตนเองเข้าชั้นใต้ผิวหนังเพื่อการรักษารอยแตกกลายสีขาวจากเว็บไซต์<http://www.dpu.ac.th/graduate/upload/content/files/> (สืบค้นเมื่อ 20กรกฎาคม 2562)
- อมรรัตน์ รุ่งจรรยาธนกุล.(2555). การศึกษาแบบสุ่มประเมินผลการลดลงของริ้วรอยส่วนบนของใบหน้าโดยการฉีดพลาสมาที่มีเกล็ดเลือดเข้มข้นของตนเองเข้าใต้ผิวหนังหนึ่งด้านหนึ่งของใบหน้า เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Greer N, Foman N, Dorrian J, et al.(2014). *Advanced Wound Care Therapies for Non-Healing Diabetic, Venous, and Arterial Ulcers: A Systematic Review*. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US)

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล

กองบรรณาธิการวชิรสารการพยาบาล ขอเชิญชวนส่งบทความวิชาการทางการพยาบาล บทความวิจัยทางการพยาบาล บทความพิเศษ และปกิณกะเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวชิรสารการพยาบาล โดยขอให้ เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ต้นฉบับทุกเรื่องจะถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ ทาง การพยาบาลแต่ละสาขาทั้งภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่านประเมินก่อนการตีพิมพ์ บทความ จะได้รับการ ตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาที่กำหนด หรือผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา อนุมัติการตีพิมพ์ หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนดหรือนำบทความ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น ระหว่างอยู่ในขั้นตอนรอตีพิมพ์ที่วชิรสารการพยาบาล กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ การตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความวิชาการ

1.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.2 ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคำสำคัญมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจำนวน คำภาษาอังกฤษบทคัดย่อไม่เกิน 250 คำ และจำนวนคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ

1.3 ชื่อผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย บทคัดย่ออังกฤษ คำสำคัญ อังกฤษ บทนำ เนื้อหา และบทสรุป ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิด ขอบด้านซ้าย

2. บทความวิจัย

2.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2.2 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่กึ่งกลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18

2.3 ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัยและคณะอยู่กึ่งกลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 โดย ส่วนท้ายของหน้าแรกระบุตำแหน่งวิชาการ สถานที่ทำงาน และ e-mail ของ corresponding author และคณะ

2.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ดังนี้

2.4.1 บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย (สอดคล้องกับภาษาอังกฤษ)

2.4.2 บทคัดย่ออังกฤษ (ไม่เกิน 300 คำ) คำสำคัญอังกฤษ (ไม่เกิน 5 คำ)

2.4.3 บทนำ

2.4.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

2.4.5 วัตถุประสงค์

- 2.4.6 สมมติฐานการวิจัย หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.4.7 วิธีการดำเนินการวิจัย
- 2.4.8 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 2.4.9 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
- 2.4.10 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.4.11 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.4.12 ผลการวิจัย
- 2.4.13 การอภิปรายผล
- 2.4.14 ข้อเสนอแนะ
- 2.4.15 เอกสารอ้างอิง
- 2.5 เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบ APA 6th edition (American Psychological Association)

การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับบทความในรูปแบบ word file ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบฟอร์มใบส่งบทความ ตีพิมพ์ และสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เข้ารับการพิจารณาผ่านระบบการจัดการวารสารออนไลน์ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj> หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถาม สามารถติดต่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ฝ่ายการพยาบาล ตึกเพชรรัตน์ชั้น 6 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โทร. 0-2244-3082

**ใบส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อให้ความยินยอมตีพิมพ์ของผู้นิพนธ์

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิชาการ/ วิจัย/ ปกิณกะ เรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างหรือผ่านการตีพิมพ์ในวารสารอื่น
และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด

1. ชื่อผู้นิพนธ์หลัก (ภาษาไทย)..... ☐ corresponding author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

รายชื่อผู้นิพนธ์ร่วม (ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน)

2. ชื่อ (ภาษาไทย)..... ☐ first author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

3. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

4. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

5. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

☐ กรณีบทความวิจัย ได้ส่งพร้อมสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

ใบสมัครขอรับหนังสือเวชระเบียนการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์เวชระเบียน มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับหนังสือเวชระเบียนการพยาบาล (ฉบับเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน และ กรกฎาคม ถึง ธันวาคม จำนวน 2 เล่มต่อปี) เป็นเวลา ปี ตั้งแต่ พ.ศ.ถึง พ.ศ. และได้ชำระค่าวารสาร ตามรายการดังนี้

- ☐ อัตราค่าสมาชิก 100 บาทต่อปี
- ☐ ค่าส่งไปรษณีย์ เล่มละ 50 บาท ขอให้ส่ง

นางสาว/ นาง /นาย
 ที่อยู่เลขที่ ซอย ถนน
 แขวง เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ชำระโดย

- ☐ เงินสด จำนวน.....บาท
- ☐ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ธนากรกรไทย สาขาศรียาน เลขที่ บัญชี 012-1-10918-6

ลงชื่อ
 (.....)
 วันที่

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาทางโทรสาร

นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย (ด้านวิชาการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล)

โทรสาร 02-668-7152 โทร. 0-2244-3082