



VAJIRA NURSING JOURNAL

www.vajira.ac.th/vnjo

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

Volume 27 No.1 January - June 2025

ISSN 3027-8058 (print)

ISSN 3027-8066 (online)

Research article

- ❖ The related factors of development of new pressure injury in intensive care and stroke unit in Ramadhibodi Chakri Naruebodindra Hospital
Luntiya Srithet Chalida Keadphirom Auyporn Gringram
- ❖ A study of clinical outcomes and its associated factors after total knee arthroplasty
Patcharaporn Natsawang Inthira Roopsawang Suparb Aree-Ue
- ❖ Prevalence and associated factors of COVID-19 patients attending the fever clinic at Vajira Hospital
Lertsilapa Lemphong Jariya Chuensirimongkol
- ❖ Effect of a program to enhancing health of activity aging among dependent elderly living in community
Mukjarin Suttisai Pawinee Srisan Yuphawadee Saetia Supawadee Nuntasane Supamas Sriamnach
- ❖ Predicting factors of quality of life in colorectal cancer with colostomy
Anuttra Wunnasaweg Weeranoot Jeamboonsri Ploykaew Doungkaew
- ❖ Prevalence of contracting sexually transmitted diseases among pregnant teenage girls, Bang Phli Hospital
Khemika Rojtangkorn Rawiwan Sribhen
- ❖ Survey of Barthel Activities of Daily Living, Cognitive Function and Frailty of elderly who obtained service in Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok Metropolitan
Pornsiri Kanokkamjana Thamonwan Yodkolkij Putthachat Jaigad Jiraporn Sri-on

Review article

- ❖ The role of nurse anesthetists in caring for patients undergoing colonoscopy at Ramathibodi Hospital
Laddawan Prajuabklang
- ❖ Nursing care of patients with abdominal aortic aneurysm after endovascular aneurysm repair (EVAR) with atrial fibrillation (AF): A case study
Kittiyaphorn Panvilai Siraporn Pinwihok Anchalee Kuphukieow Chananuch Sarawit
- ❖ Applying Dodd's symptom management concept to relieve pain using the warm comfort blanket innovation in patients with colorectal cancer receiving oxaliplatin: A case study
Kampon Introntrakun Supapan Jamparsi Pichaya Boonyopragam Methina Marnah Thanapom Sri-puk

เจ้าของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะที่ปรึกษาภายใน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรกรูช ฆณีฤทธิ์

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

รองศาสตราจารย์ร้อยเอกหญิงปณิตดา สุวรรณ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางปาริชาติ จันทร์สุนทรภาพร

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.ปฎิพร บุญยพัฒน์กุล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะที่ปรึกษาภายนอก

พันตำรวจตรีหญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ดร.อรเพ็ญ สุขะวัลลี

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

พันตำรวจตรีหญิง ดร.คัตติยา อิวาโนวิช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บรรณาธิการ

นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

รองบรรณาธิการ

นางสาวพัชรี ประไพพิน

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวพรศิริ กนกกาญจนะ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กองบรรณาธิการ

นางจินตนา แสงรุจี

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวกชกร ไพรรัตน์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.จันทนา จินาวงค์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวจันทรา ว่องวัฒนกุล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวณัฐภััสสร เดิมขุนทด

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวเสาวนีย์ บำรุงวงศ์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวเบญจมาภรณ์ มฤตสุสาร

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรรรัตน์ เสตสุวรรณ

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.ชจี พงศธรวิบูลย์

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.ยุพา วงศ์สรไตร

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางนพัตสร พลุกษานันตกลาง

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา ตั้งสุขสันต์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา พ่วงแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.เสาวรส มีกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.เกศศิริ วงษ์คงคำ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ดร.รสสุคนธ์ วาริพสุกุล

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.พัชราภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยกิตติ

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

รองศาสตราจารย์ไสว นรสาร

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐชา เจียรนิตกุลชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ
ดร.ทัศนีย์ สุนทร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ
ดร.ธีระชล สาดสิน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์
ดร.เสาวนีย์ ทรงประโคน
นางสาวฤทัยรัตน์ ไชยรินทร์

ฝ่ายจัดการ

นางสาวเมลิน คนที
นางสาวธวัลรัตน์ เพิ่มสุขทวี
นายฉลอง สุขอร่าม
นางสาวสร้อยอรุณ สองนวน

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



วารสารการพยาบาล

ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2568

Vajira Nursing Journal

Volume 27 No.1 January - June 2025

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 3027-8058 (print)

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

ISSN 3027-8066 (online)

วารสารการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้รับการจัดอยู่ในวารสารกลุ่ม 2 ฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 3 ท่านต่อบทความ

วัตถุประสงค์

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

ขอบเขต

สาระในวารสารการพยาบาล บทความวิจัย บทความวิชาการและบทความพิเศษ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาต่างกล่าวหลากหลายแตกต่างกันไป

กำหนดการวารสารการพยาบาล

ออกเผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

สำนักงาน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทร.0-2244-3084

สถานที่พิมพ์ พลทอปปี้ 285/3 ซอยสวนอ้อย ถนนราชวิถี แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีสมาชิกวารสารการพยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ปีที่ 27 ประกอบด้วยบทความวิจัย และบทความวิชาการเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ การศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยเกี่ยวข้องหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้ารับบริการคลินิกใช้หัตถ์โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ความชุกของการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลบางพลี การสำรวจความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ที่โรงพยาบาลรามธิบดี การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพองหลังการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านสายสวนที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF): กรณีศึกษา การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์เพื่อบรรเทาอาการปวดด้วยนวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุขในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน : กรณีศึกษา

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

นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาล รามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ The related factors of development of new pressure injury in intensive care and stroke unit in Ramadhibodi Chakri Naruebodindra Hospital Luntiya Srithet Chalida Keadphirom Auyporn Gringram	1
การศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยเกี่ยวข้องหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม A study of clinical outcomes and its associated factors after total knee arthroplasty Patcharaporn Natsawang Inthira Roopsawang Suparb Aree-Ue	16
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้ารับบริการคลินิกไข้หวัดโรงพยาบาลวชิรพยาบาล Prevalence and associated factors of COVID-19 patients attending the fever clinic at Vajira Hospital Lertsilapa Iemphong Jariya Chuensirimongkol	28
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน Effect of a program to enhancing health of activity aging among dependent elderly living in community Mukjarin Suttisai Pawinee Srisan Yuphawadee Saetia Supawadee Nuntasane Supamas Sriamnach	42
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม Predicting factors of quality of life in colorectal cancer with colostomy Anuttra Wunnasaweg Weeranoot Jeamboonsri Ploykaew Doungkaew	55
ความชุกของการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลบางพลี Prevalence of contracting sexually transmitted diseases among pregnant teenage girls, Bang Phli Hospital Khemika Rojtangkom Rawiwan Sribhen	69

สารบัญ

	หน้า
การสำรวจความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร Survey of Barthel Activities of Daily Living, Cognitive Function and Frailty of elderly who obtained service in Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok Metropolitan Pornsiri Kanokkarnjana Thamonwan Yodkolkij Putthachat Jaigad Jiraporn Sri-on	81
บทความวิชาการ	
บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ที่โรงพยาบาลรามธิบดี The role of nurse anesthetists in caring for patients undergoing colonoscopy at Ramathibodi Hospital Laddawan Prajuabklang	97
การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพองหลังการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านสายสวนที่มีภาวะ หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF): กรณีศึกษา Nursing care of patients with abdominal aortic aneurysm after endovascular aneurysm repair (EVAR) with atrial fibrillation (AF): A case study Kittiyaphorn Panvilai Siraporn Pinwihok Anchalee Kuphukieow Chananuch Sarawit	110
การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์เพื่อบรรเทาอาการปวดด้วยนวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุข ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน : กรณีศึกษา Applying Dodd's symptom management concept to relieve pain using the warm comfort blanket innovation in patients with colorectal cancer receiving oxaliplatin: A case study Kampon Introntrakun Supapan Jamparsi Pichaya Boonyopragarn Methina Mamah Thanaporn Sripuk	124

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์

ลันธียา ศรีเทศ¹ชลิตา เกิดภิรมย์²อวยพร กริ่งรัมย์³

บทคัดย่อ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยทั่วโลกและพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยวิกฤต เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและยากต่อการแก้ไข การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ทุกรายในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2565 เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ย้อนหลัง เลือกกลุ่มตัวอย่าง 91 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุนาม (multinomial logistic regression) นำเสนอด้วยค่า Adjusted OR (AOR) ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง จากน้อยไปมาก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีไข้สูงตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียส ($p=0.047$) ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ($p=0.037$) ค่าดัชนีมวลกาย $<18.5\text{kg/m}^2$ ($p=0.015$) ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 7 วัน ($p=0.004$) และผู้ป่วยติดเตียง ($p=0.001$) การศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อลดการเกิดแผลกดทับใหม่ ให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายตามปัจจัยเสี่ยงข้างต้น

คำสำคัญ: แผลกดทับใหม่/ ปัจจัยเสี่ยง/ หอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง

¹⁻³ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดสมุทรปราการ

¹ Corresponding Author, Email: Luntiyasri@gmail.com

Research article

The related factors of development of new pressure injury in intensive care and stroke unit in Ramadhibodi Chakri Naruebodindra Hospital

*Luntiya Srithet¹**Chalida Keadphirom²**Auyporn Gringram³***Abstract**

Pressure injuries are a significant complication for patients globally and are particularly prevalent among hospitalized individuals, especially those who are critically ill. This issue is complex and challenging to address. This study is a retrospective descriptive analysis aimed at examining the factors associated with the development of new pressure injuries in the Intensive Care and Stroke Unit (SICU) at Ramathibodi Chakri Naruebodin Hospital. The study period spanned from January 1, 2021, to December 31, 2022, utilizing an analytical retrospective approach. Data were collected from electronic medical records, with a sample group of 91 subjects. The analysis employed descriptive statistics and multinomial logistic regression, reporting Adjusted Odds ratios (AOR) at a 95% confidence interval. The findings indicated that several factors were related to the development of new pressure injuries in the SICU at Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, including a length of stay in the SICU exceeding 7 days ($p=0.004$), fever at 38 degrees Celsius ($p=0.047$), a Body Mass Index (BMI) of less than 18.5 kg/m² ($p=0.015$), bedridden status ($p=0.001$), and the use of gait aids ($p=0.037$). This study highlights that personal factors contribute to the development of new pressure injuries, informing nursing care planning to effectively reduce the occurrence of new pressure sores tailored to each patient's specific risk factors.

Keywords: new pressure injury/ risk factor/ stroke and critical care unit

¹⁻³ Registered Nursing, Critical Care Division, Nursing Department, Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan Province

¹ Corresponding Author, Email: Luntiyasri@gmail.com

บทนำ

แผลกดทับ (Pressure Injury, PI) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญ และยังคงพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹ ปัญหาจากการเกิดแผลกดทับส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเงิน ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง และยังเพิ่มโอกาสติดเชื้อหายจากโรคซ้ำลง ทำให้การรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน² จากการศึกษาของ วาสเซล และ เดลสูง ในฐานะข้อมูลโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pressure Injury; HAPI) เพิ่มอัตราการตายร้อยละ 13 และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ (readmission) ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³ ถึงแม้ว่าการศึกษาการเกิดและการป้องกันแผลกดทับจะมีจำนวนมากแต่อัตราเกิดยังพบสูงร้อยละ 5-10⁴ บริเวณร่างกายที่เกิดแผลกดทับบ่อยสุด ได้แก่ บริเวณกระดูกก้นกบ (sacrum) รองลงมาบริเวณกระดูกสันเท้า (heel)⁵ และบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เช่น จมูก มุมปาก เป็นต้น⁶

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ แรงกด แรงเฉือน และ แรงเสียดทาน¹⁻² โดยสาเหตุเกิดจาก เกิดแรงกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอยนาน ผลที่ตามมาทำให้เกิดเนื้อเยื่อตายจากขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงร่วมกับแรงเฉือน (shearing force) และแรงเสียดทาน (friction)¹⁻² รวมถึงความสมบูรณ์ของสภาพผิวหนังไม่ดีจากความเปียกชื้น และอายุมากขึ้นทำให้ความหนาของชั้นหนังแท้และหนังกำพร้าลดลงตามธรรมชาติ ทำให้ความต้านทานต่อแรงเสียดทานลดลง⁴ ปัจจัยภายใน ได้แก่

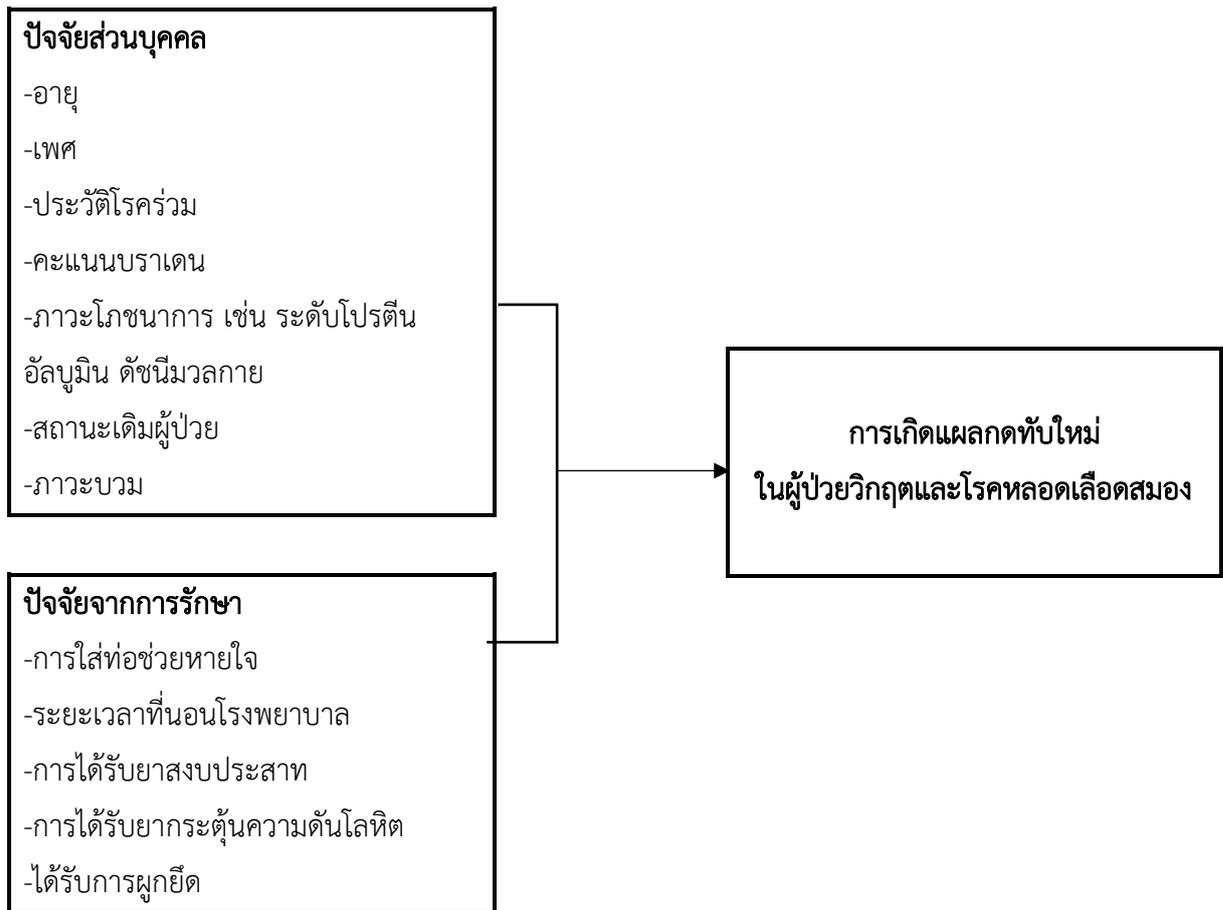
อายุพบในกลุ่มผู้สูงอายุบ่อย⁷ เพศ⁸ โรคประจำตัวหรือโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน⁴⁻⁸ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁹ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวลดลง⁴ ภาวะพร่องโภชนาการ¹⁰ ดัชนีมวลกาย (body mass index) ที่มากหรือน้อยกว่าปกติเนื่องจากดัชนีมวลกายเกี่ยวข้องกับการกระจายของแรงกด⁹ และปัจจัยอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง¹⁰ ระยะเวลาในการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต¹¹ การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต⁴ การใช้เครื่องช่วยหายใจ⁴⁻⁸ และพบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่มีค่าบราเดนท์น้อยกว่า 19 คะแนน⁹ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเช่นกัน

หอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง (SICU) โรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์เริ่มเปิดให้บริการในปีพ.ศ. 2563 รับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคทางหลอดเลือดสมองจากสถิติในปีพ.ศ. 2564-2565 พบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยร้อยละ 16.30 และ 25.43 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการเกิดแผลกดทับเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย และญาติ และทางหน่วยงาน เช่น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากขึ้น¹⁰ ดังนั้นกลุ่มผู้วิจัยจึงมีความสนใจค้นหาปัจจัยและสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ ซึ่งนอกจากจะเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดทางการพยาบาลแล้ว ยังเป็นตัวชี้วัดด้านคุณภาพในการพยาบาล เพื่อหาสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล แลกสมุทราปรการ และหาแนวทางป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยในการป้องกันเกิดแผลกดทับอย่างต่อเนื่องต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดนี้อ้างอิงกรอบแนวคิดของ ชญานิช ลีอวานิช และคณะ¹² และการศึกษาของ วาสนา หาวัน และคณะ⁵ โดยใช้แบบประเมิน ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden)

และ เบอร์กstrom (Bergstrom)¹³ ร่วมกับการทบทวน งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังแสดงในภาพที่ 1 เพื่อศึกษา ปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต และโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามารามธิบดี จักรีนฤพดินทร์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ทุกรายในผู้ป่วยวิกฤต และโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามารามธิบดี จักรีนฤพดินทร์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต โรงพยาบาลรามารามธิบดี จักรีนฤพดินทร์ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤต และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดผลกดทับทุกราย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลรามารามาศิริ จักรีนฤพดินทร์ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke and Intensive Care Unit; SICU) ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ย้อนหลังในระหว่างเวลาที่กำหนด 104 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรเครซีและมอร์แกน¹⁴ และมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ประวัติไม่ครบ เช่น ไม่มีคะแนนภาวะโภชนาการ โดยคำนวณตามสูตรดังนี้

$$n = X^2 N p (1 - p) / e^2 (N-1) + X^2 p (1-p)$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (e = 0.05)

X^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($X^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ไม่ทราบกำหนด p=0.5)

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างขนาดอย่างน้อย 81 ราย เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลวิจัยไม่ครบ ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 91 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยนี้ได้จากข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่ ประเมินเมื่อแรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยระบุข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานะเดิมของผู้ป่วย (status) อุณหภูมิร่างกาย ระยะเวลาที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. แบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form (NAF) ที่พัฒนาโดย ศ.นพ.สุรรัตน์ ไควมินทร์ โรงพยาบาลรามารามาศิริ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ใช้ในโรงพยาบาลของประเทศไทย เผยแพร่โดยสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ประกอบไปด้วย การประเมินรูปร่างของผู้ป่วย น้ำหนักเปลี่ยนแปลงใน 1 เดือน ปัญหาระบบทางเดินอาหาร โรคประจำตัว¹⁵ โดยผู้ป่วยในทุกรายต้องได้รับการประเมินแรกรับเป็นพื้นฐาน และประเมินซ้ำภายใน 7 วัน จนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่าย ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือย้ายผู้ป่วยออกไปหอผู้ป่วยอื่น โดยผู้วิจัยเลือกใช้ค่าแรกที่มีประเมินในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง การแปลผล

1. 0-5 คะแนน (NAF level A) หมายถึง ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ พยาบาลจะทำการคัดกรองภาวะโภชนาการซ้ำภายใน 7 วัน

2. 6-10 คะแนน (NAF level B) หมายถึง พบภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ให้นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทำการประเมินภาวะโภชนาการต่อและให้แพทย์ทำการดูแลรักษาภายใน 3 วัน

3. ≥ 11 คะแนน (NAF level C) หมายถึง มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง ให้นักกำหนดอาหาร/ นักโภชนาการทำการประเมินภาวะโภชนาการต่อและให้แพทย์ทำการดูแลรักษาภายใน 24 ชั่วโมง¹⁵

3. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden's score) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้อย่างกว้างขวางทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยได้อ้างอิงการศึกษาของอารี บุรณกุล¹⁶ โดยการใช้งานเริ่มจากการประเมินแรกรับผู้ป่วย และประเมินทุกวันจนกว่าจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหรือมีการย้ายผู้ป่วยไปหผู้ป่วยอื่น ผู้วิจัยเลือกใช้ค่าแรกที่มีการประเมินในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) แล้วและมีค่า kappa coefficient เท่ากับ 0.77¹⁶ การประเมินแบ่งได้เป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ความรู้สึก 2) ความเปียกชื้นที่ผิวหนัง 3) ระดับการทำกิจกรรม 4) ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย 5) แบบแผนการรับประทานอาหาร 6) แรงเสียดสีและแรงเสียดทาน (แรงเฉือน) โดยแบ่งระดับคะแนน เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ คะแนน <9 หมายถึง กลุ่มเสี่ยงสูงมาก คะแนน 10-12 หมายถึง กลุ่มเสี่ยงสูง คะแนน 13-14 หมายถึง กลุ่มเสี่ยงปานกลาง คะแนน 15-18 หมายถึง กลุ่มเสี่ยงต่ำ และคะแนน 18 ขึ้นไปเป็นกลุ่มมีความเสี่ยงในการศึกษานี้ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคะแนน ได้แก่ 1) 6-12 คะแนน หมายถึง เสี่ยงสูง-สูงมาก 2) 13-14 คะแนน หมายถึง เสี่ยงปานกลาง และ 3) 15-18 คะแนน หมายถึง เสี่ยงน้อย-มีความเสี่ยง

โดยผู้บันทึกข้อมูลเป็นพยาบาลที่ได้รับการถ่ายทอดจากผู้วิจัย ซึ่งได้รับการอบรมการบันทึกข้อมูลในฝ่ายการพยาบาล มีการตรวจสอบความถูกต้องการบันทึกข้อมูลโดยพยาบาลหัวหน้าเวร หัวหน้าหอผู้ป่วย และกรรมการเวชระเบียนในโรงพยาบาลทุกเดือน⁵

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันผลเสียและปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างตามหลักการแห่งสิทธิของแพทยสมาคมโลกว่าด้วยเรื่องหลักการจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ในมนุษย์ โดยผู้วิจัยมีการปกปิด ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย โรคสาเหตุการเจ็บป่วยและข้อมูลส่วนบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องที่ได้จากเวชระเบียนอย่างเคร่งครัด วิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม โดยผู้วิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตาพรหัส COA. MURA2023/563 รับรองเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2566

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤพดินทร์ ภายหลังจากการอนุมัติให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว รอเข้ากระบวนการตรวจสอบเอกสารของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤพดินทร์ และส่งหนังสืออนุมัติดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามอนุมัติเรียบร้อย หน่วยบริหารในโรงพยาบาลจะส่งหนังสืออนุญาตมาที่ฝ่ายการพยาบาล และฝ่ายการพยาบาลส่งไปตามหน่วยงานเพื่อแจ้งให้เข้าเก็บข้อมูลได้ ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในหน่วยงาน โดยข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อมูลที่ได้ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเกิดแผลกดทับ ทุกรายในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ด้วยสถิติไคส์แควร์ (chi-squared test) และฟิชเชอร์เอ็กแซค (fisher exact test) กรณีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนช่องทั้งหมด ผู้วิจัยเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.1 เข้าสู่การวิเคราะห์การเกิดแผลกดทับ ด้วยสถิติ

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุนาม (multinomial logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ทุกรายในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2564-2565 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 ราย โดยหอยผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง รับทั้งผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและผู้ป่วยวิกฤตหลอดเลือดสมอง มาศึกษาวิเคราะห์เชิงพรรณนาเพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับทุกรายในหอยผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2564-2565 (n=91)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
เกิดแผลกดทับใหม่	50	54.95		
อายุ (ปี)			73.25	14.53
เพศหญิง	41	45.05		
เพศชาย	50	54.95		
โรคประจำตัว: โรคทางสมอง	25	27.47		
: โรคเบาหวาน	42	46.15		
: โรคความดันโลหิตสูง	58	63.74		
: โรคติดเชื้อ COVID-19	42	46.15		
ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ	73	80.22		
ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต	45	49.45		
ระยะเวลาที่นอนรักษาในหอยผู้ป่วยวิกฤต (วัน)			12.97	11.79

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับทุกรายในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2564-2565 (n=91) (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
คะแนนบราเดน : เสี่ยงสูง-สูงมาก 6-12 คะแนน	49	53.84		
: เสี่ยงปานกลาง 13-14 คะแนน	21	23.08		
: เสี่ยงน้อย-มีความเสี่ยง 15-18 คะแนน	21	23.08		
nutrition alert form (คะแนน)			9.4	3.4
ค่าโปรตีนอัลบูมินในเลือด (mg/L)			36.5	5.6

จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติไครส์แคร์และฟิชเชอร์เอ็กแซค (fisher exact test) เกณฑ์การเลือกช่วงอายุผู้วิจัยเลือกตามค่าเฉลี่ยของกลุ่มประชากร ประชากรประกอบด้วยผู้ป่วยวิกฤตอายุ รกรกรรม และผู้ป่วยวิกฤตหลอดเลือดสมอง ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรค COVID-19 เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื่อนอกโรงพยาบาล เกณฑ์การเลือกใช้อุณหภูมิร่างกายที่มากกว่า 38 องศาเซลเซียส (°C) เป็นอุณหภูมิที่บ่งบอกถึงภาวะไข้สูงที่แพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยให้ความสำคัญและต้องทำการรักษา ประกอบกับการทบทวนการศึกษาในไทย¹⁷⁻¹⁸ ระดับโปรตีนอัลบูมินอ้างอิงจากแบบประเมินภาวะโภชนาการ¹⁵ ข้อมูลในการผูกมัดผู้ป่วยนั้นผู้วิจัยไม่ได้อยู่

ในทุกเหตุการณ์แต่ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ หนังสือยินยอมขออนุญาตผูกมัดและการเขียนบันทึกทางการแพทย์แบบอิเล็กทรอนิกส์ ของโรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤพดินทร์

การศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี (p=0.006) โรคทางสมอง (p=0.007) อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 38 °C (p=0.044) ระยะเวลาในการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 7 วัน (p<0.001) ค่าดัชนีมวลกาย (p<0.001) การได้รับยาสงบประสาท (p=0.005) และสถานะเดิมของผู้ป่วย (p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2564-2565 (n=91)

ปัจจัย	การเกิดแผลกดทับใหม่		Crude OR (95% CI)	p-value
	เกิด (%)	ไม่เกิด (%)		
เพศ				
หญิง	23 (25.27)	18 (19.78)	1.08 (0.47-2.49)	0.841
ชาย	27 (29.67)	23 (25.28)	1	
อายุ				
>70 ปี	28 (30.77)	34 (37.36)	3.81 (1.42-10.23)	0.008 ^b
≤70 ปี	22 (24.18)	7 (7.69)	1	
เบาหวาน				
ใช่	23 (25.27)	19 (20.88)	0.98 (0.43-2.25)	0.974
ไม่ใช่	27 (29.67)	22 (24.18)	1	
ความดันโลหิตสูง				
ใช่	30 (32.97)	28 (30.77)	0.69 (0.29-1.65)	0.413
ไม่ใช่	20 (21.98)	13 (14.29)	1	
มีโรคทางสมอง				
ใช่	42 (46.15)	8 (8.79)	0.57 (1.39-9.89)	0.029 ^b
ไม่ใช่	24 (26.37)	17 (18.68)	1	
ติดเชื้อ COVID- 19				
ใช่	27 (29.67)	15 (16.48)	2.03 (0.87-4.73)	0.097
ไม่ใช่	23 (25.27)	26 (28.57)	1	
การใส่ท่อช่วยหายใจ				
ใส่	42 (46.15)	8 (34.07)	0.59 (0.20-1.66)	0.32
ไม่ใส่	31 (8.79)	10 (10.99)	1	
การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต				
ได้รับ	29 (31.87)	16 (17.58)	2.15 (0.93-5.00)	0.073
ไม่ได้รับ	21 (23.08)	25(27.47)	1	
อุณหภูมิร่างกาย (°C)				
≥38 °C	18 (19.78)	7 (7.69)	2.73 (1.00-7.40)	0.044 ^b
<38 °C	32 (35.17)	34 (37.36)	1	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2564-2565 (n=91) (ต่อ)

ปัจจัย	การเกิดแผลกดทับใหม่		Crude OR (95% CI)	p-value
	เกิด (%)	ไม่เกิด (%)		
ระดับโปรตีนอัลบูมิน (mg/L)				
≤35 mg/L	46 (50.55)	41 (45.05)	0.52 (0.43-0.64)	0.124
>35 mg/L	4 (4.40)	Cell <5	1	
ภาวะบวม				
มี	18 (19.78)	15 (16.48)	0.81 (0.43-2.42)	0.432
ไม่มี	32 (35.17)	26 (28.57)	1	
ระดับคะแนนบราเดน				
6-12 (เสียงสูง-สูงมาก)	24 (26.37)	25 (27.47)	2.08 (0.71-6.05)	0.177
13-14 (เสียงปานกลาง)	12 (13.19)	9 (9.89)	1.50 (0.42-5.25)	0.526
15-18 (เสียงต่ำ-มีความเสียง)	14 (15.39)	7 (7.69)	1	
ระยะเวลาที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤต				
≤7 วัน	13 (14.29)	27 (29.67)	1	
>7 วัน	37 (40.66)	14 (15.38)	5.48 (2.22-13.54)	<0.001 ^b
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m²)				
<18.5 kg/m ²	6 (6.59)	19 (20.88)	4.04 (1.33-12.27)	0.013 ^a
18.5-24.99 kg/m ²	23 (25.28)	18 (19.78)	1	
≥25 kg/m ²	21 (23.07)	Cell <5	0.24 (0.07-0.83)	0.025 ^a
การผูกยึด				
ผูกยึด	37 (40.66)	24 (26.37)	2.01 (0.83-4.89)	0.118
ไม่ผูกยึด	13 (14.29)	17 (18.68)	1	
ได้รับยาสงบประสาท				
ได้รับ	33 (36.26)	15 (16.49)	3.36 (1.41-7.98)	0.006 ^b
ไม่ได้รับ	17 (18.68)	26 (28.57)	1	
สถานะเดิมของผู้ป่วย				
ผู้ป่วยติดเตียง	11 (12.09)	31 (34.06)	21.13 (6.05-73.74)	<0.001 ^a
ผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	9 (9.89)	6 (6.59)	5.00 (1.52-21.70)	0.032 ^a
ผู้ป่วยเดินได้ด้วยตนเอง	30 (32.97)	Cell <5	1	

a = fisher's exact test, b = chi-square test, p-value ≤ 0.05

เพื่อผู้ป่วยที่อาจมีอิทธิพล ผู้วิจัยได้นำปัจจัยที่มีค่า p-value ≤ 0.1 มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกพหุนาม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองนานมากกว่า 7 วัน (AOR, 11.36; 95% CI; 2.22-58.07) อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 38°C (AOR, 4.75; 95% CI; 1.02-22.17)

ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ (AOR, 9.52; 95% CI; 1.561-58.168) สถานะเดิมของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง (AOR, 31.25; 95% CI; 3.91-249.34) ผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (AOR, 11.83; 95% CI; 1.16-120.37) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ปกติ ส่วนปัจจัยอื่นไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุนามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2564-2565 (n=91)

ปัจจัย	COR	AOR	95% CI	P-VALUE
โรคติดเชื้อ COVID-19	2.03	1.79	0.40-7.97	0.444
มีโรคทางสมอง	3.71	1.59	0.33-7.49	0.556
ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต	2.15	2.05	0.46-9.02	0.340
ได้รับยาสงบประสาท	3.36	2.00	2.00-10.41	0.404
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล >7วัน	5.48	11.36	2.22-58.07	0.004*
อุณหภูมิร่างกาย $\geq 38^{\circ}\text{C}$	2.73	4.75	1.02-22.17	0.047*
อายุ >70 ปี	3.81	2.27	0.34-14.83	0.391
ค่าดัชนีมวลกาย $< 18.5\text{ KG}/\text{M}^2$	4.04	9.52	1.56-58.16	0.015*
ค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25\text{ KG}/\text{M}^2$	0.24	0.20	0.03-1.17	0.074
ค่าดัชนีมวลกาย $18.5-24.99\text{ KG}/\text{M}^2$	1			
ผู้ป่วยติดเตียง	21.13	31.25	3.91-249.34	0.001*
ผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	5.00	11.83	1.16-120.37	0.037*
ผู้ป่วยเดินได้ด้วยตนเอง	1			

COR= Crude Odds Ratio, AOR=Adjusted OR, 95% CI=95% confidence interval, p-value ≤ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบการเกิดแผลกดทับใหม่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2564-2565 คิดเป็นร้อยละ 16.30 และ 25.43 ตามลำดับ อยู่ระดับสูงเมื่อเทียบกับความชุกของการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล (Hospital

Acquired Pressure Injury; HAPI) ในหอผู้ป่วยทั่วไป¹⁹ สอดคล้องกับรายงานผลในประเทศไทย และต่างประเทศพบร้อยละ 16.2-27.78⁹⁻²⁰ การศึกษานี้จากกลุ่มตัวอย่าง 91 ราย พบผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับใหม่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ราย (ร้อยละ

54.95) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุนาม พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เรียงจากน้อยไปมาก ได้แก่ ปัจจัยด้านอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียส ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และปัจจัยด้านการเคลื่อนไหวเดิมของผู้ป่วย ($p < 0.05$) โดยอภิปรายได้ตามปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านอุณหภูมิร่างกาย ผู้ป่วยที่มีไข้สูงตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียส เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับใหม่มากถึง 4.57 เท่า ($p = 0.047$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีไข้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อร่างกายเกิดการติดเชื้อหรือสารก่อไข้ (pyrogen) จะกระตุ้นเม็ดเลือดขาวให้ปล่อยสาร endogenous pyrogens ทำปฏิกิริยากับ hypothalamus epithelium หลัง prostaglandins E2 ทำให้ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายในสมองส่วน hypothalamus ปรับอุณหภูมิร่างกายให้สูงขึ้น โดยหลอดเลือดจะเกิดการหดตัวเพื่อกักเก็บความร้อนไว้ในร่างกาย นอกจากนั้นอุณหภูมิร่างกายที่เพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียส มีผลทำให้อัตราการเผาผลาญของเซลล์ร่างกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-12.5 ทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้นขณะมีไข้²¹⁻²² เพิ่มโอกาสในการเกิดแผลกดทับ

2. ปัจจัยด้านค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) พบว่า ผู้ป่วยที่ค่า BMI $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ ($p = 0.015$) เพิ่มโอกาสในการเกิดแผลกดทับใหม่ 9.528 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีค่า BMI ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตที่ BMI $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ มีโอกาสเกิดแผลกดทับ 1.53 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ BMI ปกติ⁹ ตามกลไกการเกิดแผลกดทับเกิดที่จาก แรงกด แรงเฉือน

และแรงเสียดทาน โดยแรงกดตามแนวแรงโน้มถ่วงของโลกที่มากกว่าเท่ากับ 70 มิลลิเมตรปรอท นานมากกว่า 2 ชั่วโมงจะทำให้หลอดเลือดฝอยส่วนปลายอุดตัน ไม่สามารถส่งออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้ โดยกลุ่มที่ BMI น้อย จะมีเนื้อเยื่อที่ช่วยกระจายแรงกดน้อยทำให้แรงกดกระทำกับผิวหนังโดยตรงเป็นการเพิ่มแรงกดตามแนวแรงโน้มถ่วง ทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้เพิ่มมากขึ้น¹⁹ แต่ในการวิจัยครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดด้าน BMI กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินหรือบวมน้ำ อาจทำให้ค่า BMI ปกติ

3. ปัจจัยด้านระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตนานมากกว่า 7 วัน เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับใหม่ 11.36 เท่า ($p = 0.004$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการนอนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมักเป็นผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี มักมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการไหลเวียนเลือดและทางเดินหายใจ ทำให้การกำซาบออกซิเจนในเนื้อเยื่อและอวัยวะบกพร่อง¹⁹ เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและผิวหนัง จากการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจของออร์วรรณ บุตรทุมพันธ์ และคณะ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยประมาณ 10.81 วัน และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับมีระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยประมาณ 3.35 วัน¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตที่มีระยะเวลาวันนอนมากกว่า 12 วัน มีโอกาสเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยวิกฤตที่มีระยะเวลาวันนอนไม่เกิน 3 วัน ถึง 7.5 เท่า⁹

4. ปัจจัยด้านการเคลื่อนไหวเดิมของผู้ป่วยในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียงเดิม มีโอกาสเกิดแผลกดทับใหม่ 31.25 เท่า ($p = 0.001$) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ อุปกรณ์ ช่วยเดิน เช่น

โครงเหล็กช่วยเดิน (walker) ไม้เท้า (cane) มีโอกาสเกิดแผลกดทับใหม่สูงกว่าถึง 11.83 เท่า ($p=0.037$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้ปกติ โดยผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ระดับการรับรู้รู้สึกตัวลดลง ความพิการ มีโรคประจำตัว หรือได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีการจำกัดการเคลื่อนไหว เกิดแรงกดตามปุ่มกระดูก เป็นเวลานาน¹⁹ ในบางครั้งการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการยก ลาก พลิกตะแคงตัวมีผลต่อการเกิดแรงเฉือน แรงกดและแรงเสียดทานมากขึ้น¹⁻² มีความชื้นของผิวหนังจากเหงื่อออก⁴ การขยับถ่าย โดยปัจจัยร่วมเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ²¹

ส่วนปัจจัยอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การมีโรคร่วมคือโรคติดเชื้อ COVID-19 อภิปรายได้ว่า เนื่องจากช่วงปี พ.ศ. 2564-2565 เป็นช่วงของการระบาดของโรคอุบัติใหม่ COVID-19 ทำให้มีการเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนเป็นพิเศษในผู้ป่วยโรคดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนทันทีเมื่อเริ่มมีภาวะเหนื่อย ที่อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้ง/นาที และหรือค่าออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่าร้อยละ 92 ซึ่งเป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล ในขณะนั้น เพื่อลดโอกาสที่ร่างกายและเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองและการไต่ยาระงับประสาท มีข้อจำกัดร่วมที่การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma scale) รวมด้วย ส่วนปัจจัยการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตนั้น การให้ยากระตุ้นความดันโลหิตมีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลายจริง แต่ทั้งนี้ยังขึ้นกับชนิดของยา ขนาดของยา และระยะเวลาที่ให้ด้วย

เช่น norepinephrine หรือ dopamine ขนาดสูง >10 mcg/kg/min จะมีผลต่อ alpha-1 receptor ที่หลอดเลือด ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ขณะที่ dopamine ขนาดต่ำจะมีฤทธิ์เด่นที่ beta-1 receptor ที่มีผลต่อหัวใจมากกว่าจะเพิ่ม cardiac output และ อัตราการเต้นของหัวใจ²³ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บรายละเอียดของชนิดของยา ขนาดยาและระยะเวลาที่ได้รับยา ส่วนปัจจัยค่าดัชนีมวลกายที่มาก ≥ 25 kg/m² และอายุ >70 ปี อาจต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความเปียกชื้นและความสมบูรณ์ของชั้นผิวหนัง¹⁰ ค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit)⁴⁻²⁴

ถึงแม้ว่าในฝ่ายการพยาบาล และในหอผู้ป่วย กำหนดมาตรฐานการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดโอกาสเกิดแผลกดทับ และหาแนวทางป้องกันที่เหมาะสม ได้แก่ การกำหนดให้พลิกตะแคงผู้ป่วยทุกรายที่ไม่สามารถเปลี่ยนท่าทางได้เอง โดยพยาบาลต้องช่วยพลิก ตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ตลอดการนอนในโรงพยาบาล การใช้วัสดุปิดตามปุ่มกระดูก การดูแลด้านความสะอาดของผิวหนังให้สะอาด ไม่เปียกชื้น การนำเตียงที่มีแผ่นนอนกระจายแรงเพื่อลดโอกาสการเกิดแผลกดทับซึ่งราคาสูงกว่าเตียงทั่วไปมาใช้ เพื่อลดการเกิดแผลกดทับ แต่ผลการศึกษาอัตราการเกิดแผลกดทับยังคงสูง

ข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่จากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีไข้สูงตั้งแต่ 38°C ผู้ป่วยที่ค่า BMI <18.5 kg/m² ผู้ป่วยที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตนานมากกว่า 7 วัน ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน จำเป็นต้องมีข้อเฝ้าระวังและการวางแผนการพยาบาลเพิ่มเติม เพื่อลดการเกิดแผลกดทับ

ใหม่ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ทั้งนี้งานวิจัยนี้อาจมีข้อจำกัดบางประการที่ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากสาเหตุของการเกิดแผลกดทับนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน รวมทั้งการวางแผนการพยาบาลและการให้การพยาบาลสามารถดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในบริบทของแต่ละหน่วยงานร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Nualsrithong P, Katnimit C, Muansatit T. The results of using Starch Tanaka powder in preventing pressure injury stage 1 in the elderly at male surgical ward at Vachira Phuket Hospital. *Reg 11 med.* 2017;31(1):881–90. (in Thai)
2. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81(4):881–90.
3. Wassel CL, Delhougne G, Gayle JA, Dreyfus J, Larson B: Risk of readmissions, mortality, and hospital-acquired conditions across hospital-acquired pressure injury (HAPI) stages in a US National Hospital Discharge database. *IWJ.* 2020;17(6): 1924-1934.
4. Alderden J, Rondinelli J, Pepper G, Cummins M, Whitney J. Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *Int. J. Nurs. Stud.* 2017;71:97–114.
5. Lavin W, Yooyadmak P, Praepataraprasit P. The nutritional status and association of new pressure ulcer in patients who transfer from in-patient ward to intensive care unit (ICU). *Journal of Nursing Science & Health.* 2020; 4(33):161-171. (in Thai)
6. Pranee T, Kanittha N, Ratjai V. Evidence-based practice for pressure ulcer prevention among perioperative nurses. *Songklanagarind J Nurs.* 2018; 38(3):38-51. (in Thai)
7. Chiari P, Forni C, Guberti M, Gazineo M, Gazineo D, Ronzoni S, et al. Predictive factors for pressure ulcers in an older adult population hospitalized for hip fractures: A prognostic cohort study. *PLOS ONE.* 2017;12(1):1-12.
8. Ninbanphot S, Theeranut A, Limpawattana T. Factors predicting development of pressure injury in critically ill patients. *Journal of Nursing Science & Health.* 2019;42(3):1-10. (in Thai)
9. Labeau SO, Afonso E, Benbenishty J, Blackwood B, Boulanger C, Bret SJ, et al. Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study. 2021;47(2):160–169.
10. Alderden J, Drake KP, Wilson A, Dimas J, Cummins MR, Yap TL. Hospital acquired pressure injury prediction in surgical critical care patients. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2021;21(12):1-11.

11. Bootthumpan O, Lavin W. Association between risk factors and pressure injury patients in cardiac care unit: A retrospective matched-paired case control study design. Mahidol R2R e-Journal. 2020;7(1):140-148. (in Thai)
12. Luevanich C, Luevanich R, Phonploy W, Tewsakul C. Factor related to pressure occurrence of hospitalized patients in Vachira Phuket Hospital. JTNMC. 1999; 14(2):17-29. (in Thai)
13. Braden BJ, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. Rehab Nurs. 2000;25:105-110.
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30:607-610.
15. Komindr S, Tangsermwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. Asia Pac J Clin Nutr. 2013;22(4):516-520.
16. Buranakul A. Pressure ulcer risk factors among hospitalized neurological patients. [Master of Nursing Science, Adult Nursing] Nakorn Pathom: Mahidol university; 2002. (in Thai)
17. Seewijai K, Jaidee U, Suwannachote N, Atthachit K, Kamsawang N. The effect of using rubber tube on pressure sore at auricle grooves among intubated patient with bandage securing tube. Nursing , Health, and Public Health Journal. 2023;2(2):42-53. (in Thai)
18. Pukkaeraka W, Vibulchai N, Somgit W, Dejsiri S, Innok J, Praphatphong S. Factors associated with pressure ulcers among neurosurgical critical patients. Mahasarakham Hospital Journal. 2022;19(2):140-152. (in Thai)
19. Chularee S, Chiaranai C, Phetrot S, Chatphimai D. Caring for critically ill patients with hospital-acquired pressure injuries: the role of critical care nurses. J. H. Nsg. Edu. 2023;29(1):1-15. (in Thai)
20. Lavin W, Yooyadmak P, Panasittivana V, Klinungkab K. Pressure injury among COVID-19 patients in critical care division: case study during the first wave of COVID-19 pandemic. Dis Control J. 2022; 48(4):750-757. (in Thai)
21. Usahapiriyakul S, Changmai S. Pevention of pressure ulcers in dependent elderly people at risk with caregivers' participation in care: A pilot study in tertiary level hospital, Ratchaburi Province. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2021; 3(1):1-15. (in Thai)
22. Balli S, Shumway KR, Sharan S. Physiology, fever. In :StatPearls [Internet] .StatPearls Publishing.2023[cited2024Dec22].Available from: <https://www.ncbi.nlm.gov/books/NBK562334/>.
23. Ruengsong W. Vasopressors and Inotropic drug. Thai Journal of Hospital Pharmacy. 2019;29(2):167-180. (in Thai)
24. Nuritanon J, Ladasoontorn S, Punyoo J. Factors associated with pressure injury in hospitalized COVID-19 patients: A Retrospective Study. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2023;10(2):5-19. (in Thai)

บทความวิจัย

การศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยเกี่ยวข้อง หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

พัชราภรณ์ เนตรสว่าง¹อินทิรา รูปสว่าง²สุภาพ อารีเอื้อ³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยเกี่ยวข้องหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลรามาริบัติจักรีนฤพดินทร์แบบนัดหมายล่วงหน้า และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 154 ราย รวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการปวดเล็กน้อยหรือไม่มีอาการปวดทั้งก่อนและหลังผ่าตัด และไม่มีรายงานการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการงอเข่าหลังผ่าตัดดีขึ้นจากก่อนการผ่าตัดเป็นมากกว่า 100 องศาภายใน 12 สัปดาห์หลังการผ่าตัด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยไม่เกิน 5 วัน โดยผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 12 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่า อายุและดัชนีมวลกาย ทำนายการเกิดภาวะพิสัยการงอข้อเข่าติดขัด ใน 12 สัปดาห์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น (OR=0.944, 95% CI=.897-.993) ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น (OR=0.927, 95% CI=.864-.996) และพบดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นเพิ่มความเสี่ยง 1.115 เท่าในการเกิดพิสัยการเหยียดข้อเข่าติด (OR=1.115, 95% CI=1.034-1.201) ผลการวิจัยนี้โรงพยาบาลสามารถใช้ในการวางแผนการผ่าตัดและออกแบบแนวทางการดูแลรักษาเพื่อลดการเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งจะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์/ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม/ อัตราการงอเข่า/ ระดับความปวด

¹ รักษาการแทนหัวหน้าหอผู้ป่วย 5C งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติจักรีนฤพดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดสมุทรปราการ

Corresponding Author, Email: patcharaporn.nat@mahidol.edu

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ

³ รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ

Research article

A study of clinical outcomes and its associated factors after total knee arthroplasty

*Patcharaporn Natsawang¹**Inthira Roopsawang²**Suparb Aree-Ue³*

Abstract

This study is a retrospective descriptive research project examining clinical outcomes and associated factors following total knee replacement surgery. Data were collected from the medical records of patients who underwent elective total knee replacement at Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, along with electronic medical records, from January 1, 2020, to December 31, 2021. A total of 154 patients were included. Data were collected by recording forms, including personal data and adverse clinical outcomes. The data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis. The results revealed that most patients experienced mild or no pain both before and after surgery, with no reported infections or complications. Additionally, postoperative knee flexion improved significantly, increasing preoperatively to more than 100 degrees within 12 weeks after surgery. The average length of hospital stay was no more than five days. The adverse clinical outcomes after total knee arthroplasty at 12 weeks showed that age and body mass index significantly predicted the occurrence of knee flexion stiffness at 12 weeks, including increasing age (OR=0.944, 95% CI=.897-.993), increasing body mass index (OR=0.927, 95% CI=.864 -.996), and increasing body mass index was found to increase the risk of knee extension stiffness 1.115 times (OR=1.115, 95% CI=1.034-1.201). The findings of this study can guide hospitals in surgical planning and the development of care protocols to reduce adverse clinical outcomes in patients undergoing total knee replacement, ultimately enhancing patient safety.

Keywords: clinical outcomes/ total knee arthroplasty/ knee flexion rate/ pain scale

¹ Head Nurse of Ward 5C, Inpatient Department, Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan Province
Corresponding Author, Email: patcharaporn.nat@mahidol.edu

² Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

³ Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis of knee) เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของข้อเข่าโดยพบการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อ โรคนี้ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ปวดข้อ ข้อฝืด การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลง หากกระบวนการนี้ดำเนินต่อไปจะมีผลทำให้ข้อผิดรูปและพิการในที่สุด¹ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ในปี 2563 จะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อประมาณ 570 ล้านคนเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนในปี 2551 โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น อายุ 65-75 ปี พบได้ประมาณร้อยละ 10-30 ในประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 57.10 ต่อประชากรแสนคน หรือมากกว่า 6 ล้านคน โดยพบมากในเพศหญิงประมาณ 4 เท่า² การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total Knee Arthroplasty: TKA) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมเพื่อการควบคุมอาการของโรคและลดอาการปวดให้ลดลงหรือหายไป เพิ่มพิสัยการขยับของข้อ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น³ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นแนวทางการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดมาก และได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วไม่ดีขึ้น⁴ การผ่าตัดดังกล่าวเป็นหัตถการที่ประสบความสำเร็จสูงในการช่วยให้บรรเทาอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะช่วยลดอาการปวดเข่า ข้อเข่าสามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติ และช่วยยืดอายุการใช้งานของข้อเข่าให้ยาวนาน^{4,5} อย่างไรก็ตามการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัดนั้นมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการล่าช้าในการฟื้นฟู การทำหน้าที่ของข้อเข่าไม่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี

ความต้องการการดูแลระยะยาวหรืออาจส่งผลต่อการเกิดความพิการได้ การป้องกันการเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด (surgical site infection) เลือดคั่งใต้ผิวหนัง (hematoma) ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (delirium) ข้อเข่าติด โดยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและจัดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (discharge planning) ให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุด แต่เป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศมากกว่า ในบริบทของไทย โรงพยาบาลรามาริบัติจักรีนฤพดินทร์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 400 เตียง ให้บริการระดับทุติยภูมิขั้นสูง โดยให้การดูแลรักษากลุ่มประชาชนในจังหวัดสมุทรปราการ ฉะเชิงเทราและจังหวัดใกล้เคียงกรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในปี 2563 และปี 2564 เป็นจำนวน 85 และ 69 รายตามลำดับ ซึ่งจัดเป็น 1 ใน 5 ลำดับของการผ่าตัดที่มากที่สุดของโรงพยาบาล⁶

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันทันทีหลังผ่าตัด เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและกระดูกที่ถูกตัดออกมากในระหว่างการผ่าตัด นอกจากนั้นหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องมีการฟื้นฟูสภาพโดยทำกายภาพบำบัด ผีกเหยียดและงอเข่าตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด⁷ และต้องลุกเดินโดยเร็วเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ในหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism: VTE)⁸ นอกจากนั้นยังพบว่าการฝึกกายบริหารและลุกเดินทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปวดมากขึ้น และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด⁷ การศึกษาความรุนแรงของความปวดในระยะหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า ผู้ป่วย

ร้อยละ 66 มีความปวดเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอจะเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ การเคลื่อนไหวข้อเข่าลดลง พิสัยของข้อลดลง เกิดพังผืดในข้อ การฟื้นตัวช้า แผลหายช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน เพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และความพึงพอใจต่อการรักษาลดลง⁹ การบรรเทาอาการปวดที่เหมาะสม เช่น การประคบเย็นร่วมกับการออกกำลังกล้ามเนื้อ ช่วยลดอาการปวดในระยะ 3 วันแรก สามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าและสามารถเดินได้ดีขึ้น⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการส่งผลการฟื้นฟูและผลลัพธ์ทางคลินิกภายหลังการผ่าตัด พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และดัชนีมวลกาย ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิกหลังผ่าตัด ได้แก่ อัตราการงอเข่าที่มากกว่า 90 องศา ความปวด ความสามารถในการเคลื่อนไหว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีอัตราการงอเข่ามากกว่าผู้ชายเนื่องจากผู้หญิงใส่ใจดูแลตรวจตามนัด และทำกายภาพอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สามารถเดินออกจากบ้านได้เองใน 1 เดือน และเดินได้ไม่มีอาการปวด¹⁰ ด้านอายุมีการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากความเสื่อมต่าง ๆ ของร่างกายทำให้ทนต่อการผ่าตัดได้น้อยกว่า โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-69 ปี อธิบายได้ว่าอายุที่มากขึ้นทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้าลง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง กำลังกล้ามเนื้อลดลง เกิดกล้ามเนื้อลีบ ประกอบกับมีอาการปวดร่วมด้วย ส่งผลให้เกิดข้อเข่า

ติดแผลติดเชื้อมีได้¹¹ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 59 ปี ส่วนใหญ่อยู่คนเดียวและต้องประกอบอาชีพ ทำให้ขาดการดูแลปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เมื่อนัดติดตาม 6 เดือน พบว่า มีอัตราการงอเข่าที่น้อยกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี¹⁰ นอกจากนั้นยัง พบว่า ปัจจัยด้านดัชนีมวลกายมีผลทำให้เกิดความสำเร็จในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้แก่ อัตราการงอเข่า ความปวด การเดิน โดยพบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 65 กิโลกรัม มีผลทำให้เกิดความสำเร็จในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า ในผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีผลทำให้ความสำเร็จของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมน้อยลง เนื่องจากมีน้ำหนักตัวส่งผลต่อการเดิน ทำให้ความปวดมากกว่าผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า¹⁰ แม้ว่าการผ่าตัดดังกล่าวมีผลลัพธ์ที่ดีในการฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค โรคร่วมที่พบได้บ่อยได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตเป็นต้น จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งกายภาพ สรีรภาพ และการทำงานที่ของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคร่วม ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ การดูแลรักษาซับซ้อนมากขึ้น ทำให้กระบวนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้าออกไป เมื่อมีโรคที่อยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลกระทบต่ออาการเคลื่อนไหวออกจากเตียงเพื่อกายภาพได้ล่าช้า ทำให้เพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ร่วมกับมีกำลังกล้ามเนื้อลดลง เกิดกล้ามเนื้อลีบ และข้อเข่าติดได้ เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะตกเลือด ภาวะช็อค ความดันโลหิตต่ำ หรือ

ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อได้¹¹ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญถึงการดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉพาะการดูแลโดยพยาบาลในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาลและป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายอย่างปลอดภัย มีการศึกษาพบว่า ความสามารถในการงอข้อเข่า หรือพิสัยของการงอข้อเข่าหลังผ่าตัดถือเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการฟื้นหายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยพบว่า ความสามารถในการงอข้อเข่าอย่างน้อย 90 องศา ในระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์เป็นคุณสมบัติที่ผู้ป่วยสามารถใช้ข้อเข่าในการเดินหรือนั่งได้ใกล้เคียงกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด¹² โดยการศึกษา พบว่า การงอข้อเข่าที่ 125 องศา ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวันได้ หากการงอข้อเข่า <125 องศา มีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการเดินลดลง¹³ ดังนั้นการเกิดข้อยึดติดที่ทำให้การงอข้อเข่าได้น้อยกว่าปกติจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์

ดังนั้นการเข้าใจถึงปัจจัยที่มีส่วนส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์จะช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาในประเทศไทย โดยธีรพงศ์ โสภิชฎิกุล¹⁰ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา พบว่าเพศ อายุ และน้ำหนัก มีความสัมพันธ์ต่อการงอข้อเข่าหลังผ่าตัดที่ 1 และ 6 เดือน แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลังการผ่าตัดเปลี่ยน

ข้อเข่าเทียมรวมถึงการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกหลังผ่าตัดหลังจำหน่ายที่ 2 สัปดาห์ และ 3 เดือน ซึ่งระยะเวลา 3 เดือนเป็นระยะเวลาที่สามารถพัฒนาอัตราการงอข้อเข่าได้ดีที่สุด¹⁰ เพื่อใช้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระยะเวลาดังกล่าว เพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและจัดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (discharge planning) ให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างรักษาในโรงพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ และ 3 เดือนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระยะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลและระยะ 2 สัปดาห์ และ 3 เดือนภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยเกี่ยวข้องหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ จักรีนฤบดินทร์ แบบนัดหมายล่วงหน้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ จักรีนฤบดินทร์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 154 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียวหรือสองข้างพร้อมกัน ณ โรงพยาบาลรามารามิบัติจักกรีนฤบดินทร์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ที่เวชระเบียนครบถ้วน และได้รับการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์คนเดียวกัน เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่เคยมีการติดเชื้อที่ข้อเข่ามาก่อนหรือผู้ป่วยที่มีประวัติมีอุบัติเหตุและได้รับการผ่าตัดข้อเข่ามาก่อน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรเครซีและ มอร์แกน¹⁴ เมื่อใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดอย่างน้อย 110 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล เช่น เก็บข้อมูลไม่ครบ ทำให้ต้องตัดข้อมูลที่ไม่ครบออก จึงศึกษาประชากรที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 154 ราย โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$n = [X^2 Np(1-p)]/[e^2 (N-1)+X^2 p(1-p)]$$

โดยกำหนดให้ n เท่ากับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N เท่ากับ ขนาดของประชากร e ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ X^2 เท่ากับ ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($X^2=3.841$) และ p เท่ากับสัดส่วนของลักษณะที่ศึกษาในประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์

1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล

โรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ โรคร่วม ค่าดัชนีมวลกาย และข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด (ASA classification) และวิธีระงับความรู้สึก

2.แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการผ่าตัดโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ระดับความปวด ปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด การติดเชื้อแผลผ่าตัด (surgical site infection) เลือดคั่งใต้ผิวหนัง (hematoma) ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (delirium) อัตราการงอเข่า (knee flexion rate) และระยะเวลาอนโรงพยาบาล (length of hospital stay) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติมหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. MURA2022/480 เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2565 การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับและไม่เปิดเผยรายชื่อโดยจะนำเสนอและสรุปเป็นภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามารามิบัติจักกรีนฤบดินทร์ เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยภายในโรงพยาบาลรามารามิบัติจักกรีนฤบดินทร์ และขอใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลรามารามิบัติจักกรีนฤบดินทร์ แบบนัดหมายล่วงหน้า โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจาก

เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ ดัชนีมวลกาย นำเสนอในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิกต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัด ใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (multiple logistic regression)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.42 อายุระหว่าง 60-69 ปี

ร้อยละ 42.21 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.78 จำนวนโรคร่วม 1-3 โรค ร้อยละ 69.48 และ ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) มากกว่าเท่ากับ 25 ร้อยละ 72.08 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.43) จัดอยู่ใน ASA classification > 2 และวิธีระงับความรู้สึกแบบ spinal block ร่วมกับ peripheral nerve block ร้อยละ 42.86

จากการวิเคราะห์ พบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย และจำนวนโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมขณะนอนโรงพยาบาล ได้แก่ ระดับความปวด (ความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง) อดอาหารงอข้อเข่า (พิสัยการเหยียดและการงอข้อเข่าติดขัด) และระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานมากกว่า 5 วัน ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมขณะนอนโรงพยาบาล (n=154)

ปัจจัย	ความปวด ปานกลาง ถึงรุนแรง OR (95%CI)	พิสัย การเหยียดเข่า OR (95%CI)	พิสัยการงอเข่า OR (95%CI)	ระยะเวลา นอนโรงพยาบาล มากกว่า 5 วัน OR (95%CI)
อายุ	.955 (.908-1.004)	.909 (.680-1.216)	.909 (.680-1.216)	1.064 (.985-1.114)
ค่าดัชนีมวลกาย	.979 (.913-1.049)	.860 (.541-1.368)	.860 (.541-1.368)	.996 (.888-1.118)
จำนวนโรคร่วม	1.038 (.786-1.371)	.535 (.083-3.423)	.535 (.083-3.423)	1.025 (.663-1.585)

OR = odd ratios; * $p<.05$

จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมไปแล้ว 2 สัปดาห์ พบว่า ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นเพิ่มความเสี่ยง 1.115 เท่าในการเกิดพิสัยการเหยียดข้อเข่าติดเมื่อเทียบกับผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (OR=1.115, 95% CI=1.034-1.201) อย่างไรก็ตาม อายุและจำนวนของโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้แก่ การเกิดความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง พิสัยการเหยียดและการงอข้อเข่าติดขัด ใน 2 สัปดาห์หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 2 สัปดาห์ (n=154)

ปัจจัย	ความปวดปานกลางถึงรุนแรง 2 สัปดาห์ OR (95%CI)	พิสัยการเหยียดเข่า 2 สัปดาห์ OR (95%CI)	พิสัยการงอเข่า 2 สัปดาห์ OR (95%CI)
อายุ	.929 (.661-1.304)	1.052 (.999-1.109)	1.014 (.966-1.064)
ค่าดัชนีมวลกาย	1.127 (.736-1.725)	1.115* (1.034-1.201)	.952 (.888-1.021)
จำนวนโรคร่วม	.875 (.198-3.871)	.944 (.658-1.173)	.976 (.741-1.286)

OR = odd ratios; * $p<.05$

จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมไปแล้ว 12 สัปดาห์ พบว่า อายุและดัชนีมวลกายทำนายการเกิดภาวะพิสัยการงอข้อเข่าติดขัดใน 12 สัปดาห์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดย พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นเพิ่มความเสี่ยง .944 เท่าในการเกิดพิสัยการงอข้อเข่าติดเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (OR=.944, 95% CI=.897-.993) ในขณะที่ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นเพิ่มความเสี่ยง

.927 เท่าในการเกิดพิสัยการงอข้อเข่าติดเมื่อเทียบกับผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า (OR=.927, 95% CI=.864-.996) อย่างไรก็ตามจำนวนของโรคร่วมไม่แสดงความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ใน 12 สัปดาห์หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 12 สัปดาห์ (n=154)

ปัจจัย	ความปวดปานกลางถึงรุนแรง 12 สัปดาห์ OR (95%CI)	พิสัยการเหยียดเข่า 12 สัปดาห์ OR (95%CI)	พิสัยการงอเข่า 12 สัปดาห์ OR (95%CI)
อายุ	.845 (.592-1.207)	.993 (.945-1.042)	.944* (.897-.993)
ค่าดัชนีมวลกาย	1.221 (.781-1.910)	.937 (.873-1.006)	.927* (.864-.996)
จำนวนโรคร่วม	.434 (.115-1.633)	.807 (.608-1.071)	.587 (.926-1.224)

OR = odd ratios; *p<.05

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการปวดเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีอาการปวดทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด และไม่มีการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ นอกจากนี้ ความสามารถในการงอเข่าหลังผ่าตัดดีขึ้นจากก่อนการผ่าตัดที่น้อยกว่า 90 องศา เป็นมากกว่า 100 องศา ภายใน 12 สัปดาห์หลังการผ่าตัด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยไม่เกิน 5 วัน โดยพบปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะพิสัยการงอข้อเข่าติดขัด ใน 12 สัปดาห์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุและดัชนีมวลกาย เนื่องจากอายุที่มากขึ้น ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมลดลง ความเสื่อมของร่างกายในด้านต่าง ๆ การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง กำลังกล้ามเนื้อลดลง เกิดกล้ามเนื้อลีบ ส่งผลให้เกิดข้อเข่าติดได้หากไม่ได้รับการบริหารข้อเข่าที่มีประสิทธิภาพ และผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากหรือเป็นโรคอ้วนมีการลงน้ำหนักที่ข้อเข่ามากขึ้น ทำให้ปวด ส่งผลให้บริหารกล้ามเนื้อลดลง เกิดข้อเข่าติดได้หากไม่ได้ออกกำลังกาย¹⁰

โดย พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นเพิ่มความเสี่ยง .944 เท่าในการเกิดพิสัยการงอข้อเข่าติดเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (OR=.944, 95% CI=.897-.993) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิธรรม เขงเกียรติกุล และคณะ¹⁵ ศึกษาเรื่องความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุ พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมช้าลง ทำให้การเดินหลังผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความเสื่อมของร่างกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทาริกา และคณะ¹¹ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ พบว่าอายุที่ความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่าอายุที่มากขึ้นทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้าลงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้ การฟื้นตัวของร่างกายยากลำบาก เกิดกล้ามเนื้อลีบ ข้อเข่าติด

ในขณะที่ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น พบว่าเพิ่มความเสี่ยง .927 เท่าในการเกิดพิสัยการงอข้อเข่าติดเมื่อเทียบกับผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า

(OR=.927, 95% CI=.864-.996) และ พบว่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นเพิ่มความเสี่ยง 1.115 เท่า ในการเกิดพิษยารเหยียดข้อเข่าติดเมื่อเทียบกับ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (OR=1.115, 95% CI=1.034-1.201) สอดคล้องกับการศึกษาของ อีรพงศ์ โศภิชฐิกุล¹⁰ ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จของการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ได้แก่ สามารถงอเข้าได้มากกว่า 90 องศา เดินได้และ ไม่มีอาการปวดเลยตั้งแต่หลังผ่าตัด พบว่า น้ำหนัก มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียม โดย พบว่า ผู้ที่อ้วนมีผลทำให้ ความสำเร็จของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chun De Liao และ คณะ¹³ ที่ศึกษาเรื่องผลกระทบต่ออัตราการงอเข้า ในผู้ป่วยกลุ่มโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียม พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มโรคอ้วน มีความเป็นไปได้ที่จะมีอัตราการงอเข้าหลังผ่าตัด ไม่ดี สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคอ้วน อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากจะมีการลงน้ำหนักที่ข้อเข่า มากขึ้น ทำให้ปวด ส่งผลให้บริหารกล้ามเนื้อลดลง เกิดข้อเข่าติดได้

อายุ ดัชนีมวลกาย และจำนวนโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ขณะ นอนโรงพยาบาลและ 2 สัปดาห์หลังได้รับการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้แก่ การเกิด ความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง พิษยารเหยียด และการงอข้อเข่าติดขัด และจำนวนวันนอน โรงพยาบาลที่มากกว่า 5 วัน สอดคล้องกับ การศึกษาของ อีรพงศ์ โศภิชฐิกุล¹⁰ พบว่า ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จ (สามารถงอเข้าได้ มากกว่า 90 องศา เดินได้และไม่มีอาการปวดเลย

ตั้งแต่หลังผ่าตัด) ของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จ การผ่าตัดของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจำเป็นที่จะต้อง ได้รับการดูแลและอยู่ในการควบคุมของแพทย์ให้ดี จนกว่าจะเข้ารับการผ่าตัดและมีการนัดติดตาม อาการต่อเนื่อง 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด จึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์

โดยสรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัย ก่อนผ่าตัดโดยเฉพาะ อายุ และดัชนีมวลกาย สามารถทำนายการเกิดภาวะพิษยารงอข้อเข่า ติดขัด ใน 12 สัปดาห์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดีผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม ดังนั้นการประเมินและ วิเคราะห์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงก่อนผ่าตัดโดยเฉพาะ การควบคุมน้ำหนัก เพื่อให้มีดัชนีมวลกายอยู่ใน เกณฑ์ปกติ มีความจำเป็นในการวางแผน แนวทางการดูแลเพื่อควบคุมดัชนีมวลกายทั้งก่อน และหลังผ่าตัด เพื่อลดการเกิดผลลัพธ์ ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียมได้แก่ พิษยารเหยียดและการงอ ข้อเข่าติดขัด

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรม โดยเฉพาะการควบคุมน้ำหนัก และเพิ่มการจัด โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุม ดัชนีมวลกายตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อให้มีดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิด ข้อเข่าติดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจากการทำนาย ร่วมกับส่งเสริมสนับสนุนการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา อย่างต่อเนื่อง โดยการให้คำแนะนำในการบริหาร

กล้ามเนื้ออย่างปลอดภัยให้กำลังใจและการป้องกัน
ข้อมูลเชิงบวก มีการติดตามอัตราการงอเข้าในระยะ
12 สัปดาห์หลังได้รับการผ่าตัดอย่างเนื่องโดย
พยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพโดย
การสื่อสารทางวิดีโอคอล เพื่อประเมินพิสัยการงอ
และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบริหาร
กล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง อันนำไปสู่ผลลัพธ์
ด้านสุขภาพที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Rheumatism Association. Guideline for the treatment of osteoarthritis of knee; 2010. Retrieved from <http://www.thairheumatology.org>. (in Thai)
2. Woradet S, Chaimay B, Songmoung N, Sukrat W. Prevalence and factors associated with risk of osteoarthritis among elderly people in Pa Phayom district of Phatthalung province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020;7(1): 227-239. (in Thai)
3. Kawinwongkowitz W. Osteoporosis. [Internet]. 2012 [cited 2024 March 25]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue021/health-station>. (in Thai)
4. Kawinwongkowitz W. Knee replacement surgery and treatment of complications. Holistic Publishing CO.,Ltd: Bangkok; 2013. (in Thai)
5. Muangsiri S, Thurajan T. Evaluation of painful TKA in Aree Tanawee (editor) of textbook of hip and knee joint surgery. 2008;391-399. (in Thai)
6. Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital Information System. Patients with total knee replacement in 2019-2020. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2021. (in Thai)
7. Konchan S, Namjuntra R. Effectiveness of pain management and rehabilitation program among patients receiving total knee arthroplasty. Christian University Journal. 2019;25(3):64-77. (in Thai)
8. American Association of Hip and Knee Surgeons [AAHKS]. Total knee replacement. [Internet]. 2015 [cited 2024 March 25]. Available from: <http://www.aahks.org/care-for-hips-and-knees/do-i-need-a-joint-replacement/total-knee-replacement>.
9. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, Thai Association for the Study of Pain. Clinical guidance for acute postoperative pain management vol2; 2020. (in Thai)
10. Sopithikul T. Factors related to the successful total knee arthroplasty in patients with osteoarthritis at Debaratana Nakhonratchasima hospital, Nakhonratchasima province. Chaiyaphum Medical Journal. 2022;42(1):88-98. (in Thai)
11. Boonprakob T, Sasat S. Selected factors related to postoperative recovery in older person with total knee arthroplasty. Royal Thai Navy Medical Journal. 2019;46(2):355-368. (in Thai)

12. Frisch, N. Range of motion (ROM) after knee replacement surgery: The basic. [Internet]. 2017. [cited 2024 March 25]. Available from: <https://www.peerwell.com>.
13. Chun-De Liao, Shih-Wei Huang, Yu-Yun Huang, Che-Li Lin. Effects of sarcopenic obesity and its confounders on knee range of motion outcome after total knee replacement in older adults with knee osteoarthritis: a retrospective study. *PMC*. 2021;13(11):3817.
14. Krejcie VR, Morgan WD. Determining sample size for research activity. *EPM*. 1970;60(4):330.
15. Chawengkiattikul S, Aree-Ue S, Youngcharoen P, Kawinwonggowit V. Patients' expectations to postoperative outcomes among older adults undergoing total knee arthroplasty and its related factors. *Journal of the polices nurses and health science*. 2020;11(2):361-73. (in Thai)

บทความวิจัย

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้ารับบริการคลินิกไข้หวัดโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์¹จรรยา ชื่นศิริมงคล²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม (sociodemographic) และปัจจัยด้านอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับผลการตรวจ RT-PCR ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกไข้หวัด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยใช้ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกไข้หวัด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 31 กรกฎาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 ราย วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อหาความสัมพันธ์

ผลการวิจัย พบว่า ความชุกของโรค COVID-19 ในกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 11.8 (46 ราย) ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม เช่น เพศ อายุ และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านอาการทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลการตรวจ RT-PCR ได้แก่ ซีฟจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที (OR=2.554, p=0.047) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที (OR=5.051, p=0.005) อาการเจ็บคอ (OR=4.962, p=0.002) และมีเสมหะ (OR=54.234, p<0.001) อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส อาการไอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก หายใจลำบาก ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร และสูญเสียการรับกลิ่น มีอัตราการเกิดสูงในกลุ่มที่ติดเชื้อ แต่จากผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลการตรวจ RT-PCR

คำสำคัญ: ความชุก/ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/ ผู้ป่วย COVID-19/ คลินิกไข้หวัด

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

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

Research article

Prevalence and associated factors of COVID-19 patients attending the fever clinic at Vajira Hospital

*Lertsilapa lemphon¹**Jariya Chuensirimongkol²*

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to determine the prevalence of COVID-19 infection and to analyze the association between sociodemographic characteristics and clinical symptoms with RT-PCR test results among patients attending the fever clinic at Vajira Hospital. Medical records of patients who visited the clinic between April 1 and July 31, 2021 were reviewed. A total of 390 cases were included in the study. Data were analyzed using the chi-square test and logistic regression.

The results revealed that the prevalence of COVID-19 infection among the sample was 11.8% (46 cases). Sociodemographic factors such as gender, age and occupation were not significantly associated with RT-PCR results. However, certain clinical symptoms showed a statistically significant positive association with RT-PCR positivity, including tachycardia (heart rate >100 bpm; OR=2.554, p=0.047), tachypnea (respiratory rate >20 bpm; OR=5.051, p=0.005), sore throat (OR=4.962, p=0.002) and productive sputum (OR=54.234, p<0.001). Although symptoms such as elevated body temperature (>37.5°C), cough, myalgia, runny nose, dyspnea, headache, loss of appetite and anosmia were more frequently observed among COVID-19 positive patients, no statistically significant associations were found with RT-PCR results in this study.

Keywords: prevalence/ associated factor/ COVID-19/ fever clinic

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

² Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok
Corresponding Author, Email: Jariya_ch@nmu.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจของมนุษย์ การแพร่กระจายของเชื้อสามารถเกิดขึ้นได้หลายวิธี ได้แก่ 1) การสัมผัสละอองฝอยที่เกิดจากการไอหรือจามในระยะใกล้ไม่เกิน 1-2 เมตร 2) การแพร่กระจายผ่านอากาศในพื้นที่ที่การระบายอากาศไม่ดี และ 3) การสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ได้แก่ น้ำมูก น้ำลายผ่านทางตรงหรือทางอ้อม เช่น การสัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อนเชื้อ เช่น โตะ ลูกบิดประตู หรือราวจับ เป็นต้น ซึ่งวิธีการแพร่เชื้อหลักมักมาจากละอองฝอยที่เกิดจากการไอหรือจาม รวมถึงพฤติกรรมการใช้สิ่งของร่วมกัน¹

อาการของผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หรือหายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ และไตวาย เป็นต้น หรืออาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ แม้อาการจะมีลักษณะคล้ายไข้หวัดใหญ่ แต่เนื่องจากเป็นเชื้อไวรัสคนละชนิด การระบุโรคโดยดูจากอาการเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถยืนยันได้ ต้องอาศัยการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ เช่น RT-PCR เพื่อยืนยันการติดเชื้ออย่างแม่นยำ²

คลินิกใช้วัดโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อคัดกรองโรคหวัดหรือโรคระบบทางเดินหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการ ได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือหายใจหอบเหนื่อย³ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อแยกผู้ที่เข้าข่ายสงสัยติดเชื้อโคโรนาไวรัสออกจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล⁴ ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติ คัดกรองความเสี่ยง และตรวจวัดไข้ หากพบว่าเข้าข่ายความเสี่ยง จะถูกแยกไปยังพื้นที่ตรวจเฉพาะ

เช่น การ swab และเอกซเรย์ปอด (X-ray) เพื่อยืนยันการติดเชื้อ หากผลตรวจพบเชื้อโคโรนาไวรัส จะเข้าสู่กระบวนการรักษาตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรคติดต่อ⁵ จากสถิติ พบว่า ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อโคโรนาไวรัส ด้วยวิธี RT-PCR ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 ไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อยมาก⁶ ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงอาการคล้ายการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน อาทิ อาการเจ็บคอ และน้ำมูกไหล⁷ ในขณะที่ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยมีอาการแสดงที่ชัดเจนมากขึ้น ได้แก่ อาการไอ มีเสมหะ และไข้⁸ ทั้งนี้ พบว่า ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยมีพัฒนาการของโรคไปสู่ภาวะรุนแรง โดยมีอาการหายใจเร็ว หายใจลำบากหรือหายใจล้มเหลว ภาวะช็อก และในบางกรณีอาจนำไปสู่การเสียชีวิต⁹

สุขภาพของประชาชนในเขตเมืองใหญ่ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นศูนย์กลางความเจริญทั้งด้านอุตสาหกรรม การค้า และบริการ มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งผลต่อสุขภาพ¹⁰ ผลสำรวจ พบว่า ประชาชนในพื้นที่นี้มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนสูงถึงร้อยละ 45 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานที่อพยพเข้ามาทำงานทำในกรุงเทพฯ ลักษณะดังกล่าวนำไปสู่ปัญหาด้านที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งพื้นที่เขตดุสิต หนึ่งใน 50 เขต ของกรุงเทพมหานคร เป็นตัวอย่างที่สะท้อนปัญหาดังกล่าว โดยพื้นที่นี้ประกอบไปด้วยแหล่งการค้า แหล่งที่อยู่อาศัยหนาแน่น เขตทหาร และสถานที่สำคัญทางประวัติศาสตร์ และศิลปวัฒนธรรม เช่น พระราชวัง รัฐสภา และกระทรวงต่าง ๆ ลักษณะเหล่านี้ทำให้เขตดุสิตมีบทบาทเป็นศูนย์กลางการปกครองและเศรษฐกิจของประเทศ ส่งผลให้มีประชากร

อาศัยอยู่อย่างหนาแน่น และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรค

คลินิกใช้หัตถ์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2563 เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรค COVID-19 โดยจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร รวมถึงประชาชนต่างจังหวัดที่ย้ายมาทำงานในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง จากสถิติระหว่างวันที่ 14 มีนาคม 2563 ถึง 13 กรกฎาคม 2564 มีผู้เข้ารับบริการทั้งหมด 29,069 ราย ในจำนวนนี้ตรวจพบผล RT-PCR เป็น detectable จำนวน 2,020 ราย¹¹ และมีแนวโน้มการติดเชื้อและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าจะมีการศึกษาจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับความชุกของโรค COVID-19 และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น ศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรค COVID-19 หรือความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการติดเชื้อโคโรนาไวรัสในบุคลากรทางการแพทย์^{12,13} แต่การศึกษาที่มุ่งเน้นบริบทเฉพาะของ ARI clinic ในพื้นที่เมืองหนาแน่นของประเทศไทย เช่น เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ยังมีจำนวนจำกัด งานวิจัยส่วนใหญ่ในอดีตมีแนวโน้มที่จะมุ่งวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และสังคมหรืออาการทางคลินิกเป็นรายด้าน โดยขาดการบูรณาการข้อมูลทั้งสองมิติอย่างเป็นระบบและครอบคลุม

ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำความเข้าใจความสัมพันธ์เชิงซ้อนระหว่างปัจจัยเหล่านี้ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

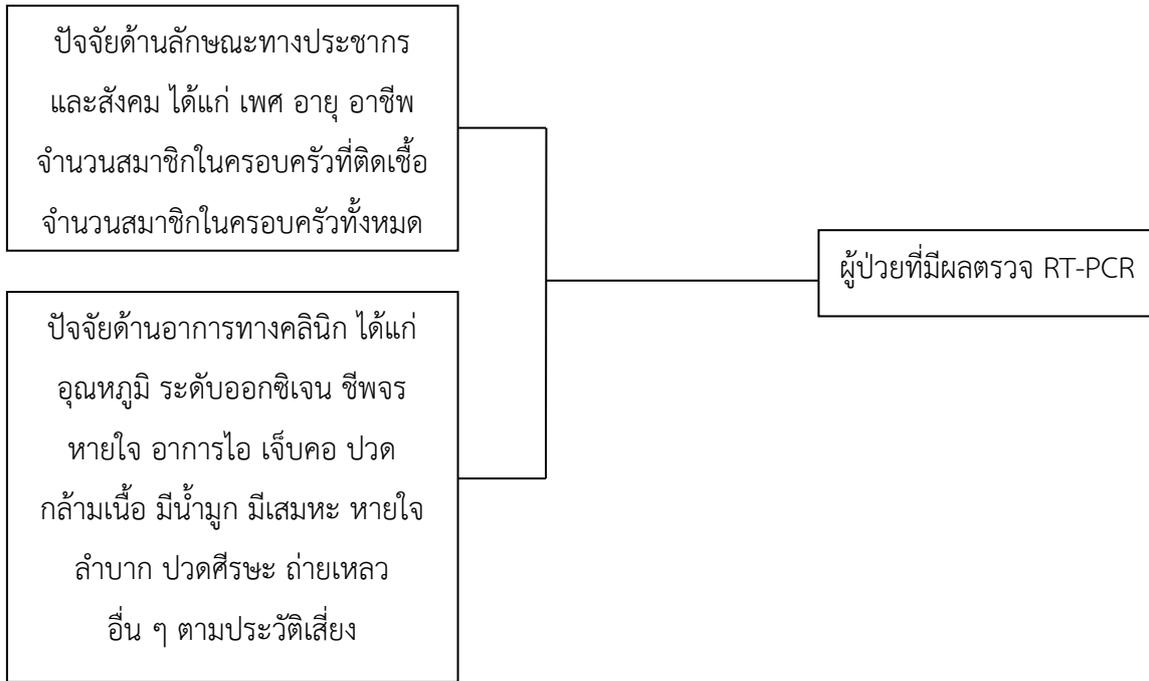
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดศึกษาความชุกของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม (sociodemographic) และปัจจัยด้านอาการทางคลินิกของผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้ารับบริการที่คลินิกใช้หัตถ์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนต่อการวางแผนการควบคุมการระบาดของโรค COVID -19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส และวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม (sociodemographic) รวมถึงปัจจัยด้านอาการทางคลินิก ที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจ RT-PCR ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกใช้หัตถ์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้ผลของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานในการกำหนด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical study) รูปแบบ cross-sectional retrospective study โดยค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ คลินิกไข้หวัด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาที่คลินิกไข้หวัด โรงพยาบาลวชิรพยาบาลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2564 จำนวน 18,446 ราย การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางของ Krejcie และ Morgan¹⁴ โดยกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.2 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และเนื่องจากความชุกผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัสเนื่องจากประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะไข้หวัด

ในบริบททางคลินิกมีอัตราความชุกค่อนข้างต่ำ จึงกำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ร้อยละ 99 ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งผลการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ ที่เหมาะสมจำนวนทั้งสิ้น 390 ราย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อ จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด และแบบบันทึกอาการทางคลินิก ได้แก่ อุณหภูมิ ระดับออกซิเจน ซีพจร หายใจ อาการไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว อื่น ๆ ตามประวัติเสี่ยงตามเกณฑ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ 1 ท่าน พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

ทางเดินหายใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน
หาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)
ได้เท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุญาต
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล COA เลขที่
206/2564 เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2564 เป็นวิธี
การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical study) รูปแบบ
cross-sectional retrospective study โดยค้นข้อมูล
จากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการ
ย้อนหลังข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอ
ในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาและได้รับการ
อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ผู้วิจัยได้
ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยคัดเลือก
เวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาที่คลินิก
ใช้หัตถ์ที่มีข้อมูลสมบูรณ์ เก็บข้อมูลตามแบบบันทึก
ข้อมูลลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ป่วย
และแบบบันทึกอาการทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์
สำเร็จรูปทางสถิติ โดย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอข้อมูลใน
รูปแบบของตาราง แจกแจงความถี่ (frequencies)
ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ยว (mean)
และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
2. เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากร
และสังคมของผู้ป่วย และแบบบันทึกอาการทางคลินิก

กับผลตรวจ RT-PCR ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-
square test)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะ
ทางประชากรและสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ
อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อ จำนวน
สมาชิกในครอบครัวทั้งหมด และแบบบันทึกอาการ
ทางคลินิก ได้แก่ อุณหภูมิ ระดับออกซิเจน ซีพจร
หายใจ อาการไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก
มีเสมหะ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว อื่น ๆ
ตามประวัติเสี่ยงตามเกณฑ์ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุขโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เช่น
Pearson Chi-Square, Odds Ratio และ Logistic
Regression เป็นต้น

ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยด้านลักษณะทาง
ประชากรและสังคมของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่
คลินิกไข้หวัด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล รวม
ทั้งหมด 390 ราย พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง
มากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีจำนวน 213 ราย
(ร้อยละ 54.6) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ทำงาน จำนวน
297 ราย (ร้อยละ 76.1) รองลงมาคือผู้ป่วยที่ไม่ได้
ทำงานหรืออยู่บ้าน 51 ราย (ร้อยละ 13.1) และ
นักเรียนหรือนักศึกษา 42 ราย (ร้อยละ 10.8)
แสดงถึงว่าคนที่ต้องออกนอกบ้านจะมารับบริการที่
คลินิกมากกว่าคนที่อยู่บ้าน ด้านลักษณะการอยู่
อาศัย มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป
จำนวน 162 ราย (ร้อยละ 41.5) รองลงมาคือผู้ที่
อาศัยอยู่คนเดียว 131 ราย (ร้อยละ 33.6) ส่วน
ใหญ่ของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกไข้หวัด ไม่มี
สมาชิกในครอบครัวติดเชื้อ จำนวน 315 ราย (ร้อย
ละ 80.8) ในขณะที่มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อ
1-2 คน จำนวน 75 ราย (ร้อยละ 19.2) ส่วนด้าน
อายุ มีความหลากหลายด้านอายุ พบตั้งแต่อายุ

4 เดือน ถึง 87 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 41.08 ปี (S.D.±17.29) น้ำหนักของผู้ป่วยมีตั้งแต่ 5 กิโลกรัม ถึง 133 กิโลกรัม น้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ 62.76 กิโลกรัม (S.D.±17.34) สะท้อนถึงความหลากหลายของกลุ่ม

ผู้ป่วย ทั้งในด้านเพศ อาชีพ จำนวนสมาชิก ในครอบครัว อายุและน้ำหนัก ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้ารับบริการคลินิกไข้หวัด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	177	45.4
หญิง	213	54.6
อาชีพ		
นักเรียน นักศึกษา	42	10.8
ทำงาน	297	76.1
ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้าน	51	13.1
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อาศัยอยู่คนเดียว	131	33.6
จำนวน 2 คน	97	24.9
จำนวนตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	162	41.5
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อ		
ไม่มีคนในครอบครัวติดเชื้อ	315	80.8
จำนวน 1-2 คน	75	19.2
อายุ (ปี)		
ต่ำสุด-สูงสุด	0.42-87.0	
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	41.08 (17.29)	
น้ำหนัก (kg.)		
ต่ำสุด-สูงสุด	5.0-133.0	
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	62.76 (17.34)	

จากการศึกษาปัจจัยด้านอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่เข้ารับบริการคลินิกไข้หวัด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 390 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส จำนวน 362 ราย (ร้อยละ

92.8) ซึ่พบอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที จำนวน 325 ราย (ร้อยละ 83.3) อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้งต่อนาที จำนวน 358 ราย (ร้อยละ 91.8) ไม่มีอาการไอ จำนวน 321 ราย (ร้อยละ 82.3) ไม่มีอาการเจ็บคอ จำนวน 342 ราย (ร้อยละ 87.7)

ไม่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจำนวน 352 ราย (ร้อยละ 90.3) ไม่มีน้ำมูก จำนวน 344 ราย (ร้อยละ 88.2) ไม่มีเสมหะ จำนวน 377 ราย (ร้อยละ 96.7) ไม่มีอาการหายใจลำบาก จำนวน 387 ราย (ร้อยละ 99.2) ไม่มีอาการปวดศีรษะ จำนวน 357 ราย (ร้อยละ 91.5) ไม่มีถ่ายเหลว จำนวน 388 ราย (ร้อยละ 99.5) ไม่มีอาการเบื่ออาหาร จำนวน 389 ราย

(ร้อยละ 99.7) ไม่มีอาการสูญเสียการรับกลิ่น จำนวน 388 ราย (ร้อยละ 99.5) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกไข้หวัด โรงพยาบาล วชิรพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการโรค COVID-19 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านอาการทางคลินิกของผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้ารับบริการคลินิกไข้หวัดโรงพยาบาล วชิรพยาบาล (n = 390)

อาการทางคลินิก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อุณหภูมิร่างกาย (เซลเซียส)		
≤ 37.5	362	92.8
> 37.5	28	7.2
ชีพจร (ครั้งต่อนาที)		
< 60	3	0.8
60-100	325	83.3
> 100	62	15.9
หายใจ (ครั้งต่อนาที)		
< 16	-	-
16-20	358	91.8
> 20	32	8.2
ไอ		
ไม่มีอาการ	321	82.3
มีอาการ	69	17.67
เจ็บคอ		
ไม่มีอาการ	342	87.7
มีอาการ	48	12.3
ปวดกล้ามเนื้อ		
ไม่มีอาการ	352	90.3
มีอาการ	38	9.7

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านอาการทางคลินิกของผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้ารับบริการคลินิกไข้หวัด โรงพยาบาล วชิรพยาบาล (n = 390) (ต่อ)

อาการทางคลินิก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้ำมูก		
ไม่มี	344	88.2
มี	46	11.8
เสมหะ		
ไม่มี	377	96.7
มี	13	3.3
หายใจลำบาก		
ไม่มี	387	99.2
มี	3	0.8
ปวดศีรษะ		
ไม่มี	357	91.5
มี	33	8.5
ถ่ายเหลว		
ไม่มี	388	99.5
มี	2	0.5
เบื่ออาหาร		
ไม่มี	389	99.7
มี	1	0.3
สูญเสียการรับกลิ่น		
ไม่มี	388	99.5
มี	2	0.5

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 390 ราย ที่เข้ารับบริการที่คลินิกไข้หวัด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส ที่มีผล RT-PCR positive

จำนวน 46 ราย คิดเป็นความชุก ร้อยละ 11.8 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจะแสดงอาการคล้ายไข้หวัด แต่ไม่ได้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงผลตรวจ RT-PCR (n = 390)

อาการทางคลินิก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผลตรวจ RT-PCR		
positive	46	11.8
negative	344	88.2

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม กับผลตรวจ RT-PCR พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีแนวโน้มน่าสนใจ ได้แก่ เพศหญิง มีโอกาสในการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 1.54 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย และเมื่ออายุมากขึ้น โอกาสในการติดเชื้อโคโรนาไวรัสจะลดลง ผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ/อยู่บ้าน โอกาสในการติดเชื้อโคโรนาไวรัสลดลง 0.42 เท่า

ส่วนในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยโรค COVID-19 มีโอกาสติดเชื้อโคโรนาไวรัสเพิ่มขึ้น 1.80 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้มีสมาชิกในครอบครัวป่วยโรค COVID-19 และครอบครัว ที่มีจำนวนสมาชิก 1-2 คน มีโอกาสติดเชื้อโคโรนาไวรัสเพิ่มขึ้น 1.51 เท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า 2 คน ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคมกับผลตรวจ RT-PCR

ตัวแปร	หมวดหมู่เปรียบเทียบ	coefficient	OR	95% CI for OR	p-value
ค่าคงที่ (constant)	-	-0.55	0.577	0.099-3.362	0.541
เพศ	เพศหญิงเทียบกับชาย	0.431	1.54	0.815-2.910	0.184
อายุ	-	-0.013	0.987	0.965-1.009	0.239
อาชีพ	อยู่บ้านเทียบกับทำงานนอกบ้าน นักเรียน นักศึกษา	-0.86	0.423	0.132-0.132	0.147
สมาชิกในครอบครัว	ไม่มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อ เทียบกับมีสมาชิกติดเชื้อ	0.218	1.804	0.346-2.868	0.612
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	สมาชิก 1-2 คน เทียบกับมากกว่า 2 คน	0.681	1.506	0.253-2.012	0.054

*p-value<0.05

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาการทางคลินิกกับผลการตรวจ RT-PCR พบว่า ค่า Odds Ratio (OR) เท่ากับ 0.03 ในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้มีอาการทางคลินิก แสดงว่า ผู้ที่ไม่มีอาการใด ๆ มีโอกาสติดเชื้อโคโรนาไวรัสต่ำ ปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อโคโรนาไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่มีชีพจรต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที 2.5 เท่า (OR=2.554) ผู้ที่มีอัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่มี

อัตราการหายใจต่ำ 5 เท่า (OR=5.051) ผู้ที่มีอาการเจ็บคอ มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการเจ็บคอ เกือบ 5 เท่า (OR=4.962) ผู้ที่มีเสมหะ มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีเสมหะ อย่างมาก (OR=54.234)

ผู้ที่มีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า (OR=1.242) ผู้ที่มีอาการไอ (OR=1.911) ปวดกล้ามเนื้อ (OR=1.573) มีน้ำมูก (OR=0.888) หายใจลำบาก (OR=1.3390^{e+11}) ปวดศีรษะ (OR=1.886) เบื่ออาหาร (1.1231^{e+08}) สูญเสีย

การรับกลิ่น (OR=6.5078^{e+09}) มีโอกาสติดเชื้อมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ แต่ไม่มีนัยสำคัญ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาการทางคลินิกกับผลตรวจ RT-PCR

ปัจจัยด้านอาการทางคลินิก	OR (ExpB)	95% CI for OD	p-value
ค่าคงที่	0.030		<0.001
มีไข้ (T>37.5°C)	1.242	0.332-4.646	0.747
ชีพจร (HR>100 bpm)	2.554	1.013-6.442	0.047
อัตราการหายใจ (RR>20 bpm)	5.051	1.649-15.468	0.005*
ไอ	1.911	0.674-5.419	0.224
เจ็บคอ	4.962	1.843-13.360	0.002*
ปวดกล้ามเนื้อ	1.573	0.539-4.593	0.407
น้ำมูก	0.888	0.275-2.864	0.843
เสมหะ	54.234	5.827-504.797	<0.001*
หายใจลำบาก	1.3390 ^{e+11}	0.000	0.999
ปวดศีรษะ	1.886	0.643-5.595	0.247
เบื่ออาหาร	1.1231 ^{e+08}	0.000	0.999
สูญเสียการรับกลิ่น	6.5078 ^{e+09}	0.000	0.999

*p-value<0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของผู้ป่วยโรค COVID-19 จากการศึกษ พบว่า ในกลุ่มตัวอย่าง 390 คนที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกใช้หวัด มีผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส (ผลตรวจ RT-PCR เป็นบวก) จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ซึ่งถือว่าเป็นความชุกที่ค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัดไม่ได้ติดเชื้อโคโรนาไวรัสทุกราย เนื่องจากอาจเกิดจากเชื้อไวรัสชนิดอื่น ๆ ได้ ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยด้านประชากรและสังคมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการติดเชื้อโคโรนาไวรัส แม้ว่าผลการวิจัย พบว่า

เพศหญิงมีแนวโน้มติดเชื้อมากกว่าเพศชาย 1.54 เท่า ผู้ที่อยู่บ้านมีโอกาสติดเชื่อน้อยกว่าผู้ที่ทำงานนอกบ้าน ครอบครัวที่มีสมาชิกติดเชื้อมีโอกาสติดเชื้อมากกว่า 1.84 เท่า ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Li¹⁶ ที่พบว่า ปัจจัยด้านสังคมมีผลต่อการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ปัจจัยด้านอาการทางคลินิก พบปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อโคโรนาไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที ผู้ที่มีอัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที ผู้ที่มีอาการเจ็บคอ และผู้ที่มีเสมหะ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang

และคณะ¹⁷ ที่พบว่า อาการระบบทางเดินหายใจ เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยโรค COVID-19 อย่างไรก็ตาม อาการบางประการที่มักพบในผู้ป่วยโรค COVID-19 เช่น มีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส อาการไอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก หายใจลำบาก ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร และสูญเสียการรับกลิ่น แม้จะมีอัตราการเกิดสูงในกลุ่มที่ติดเชื้อ แต่จากผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลการตรวจ RT-PCR ซึ่งอาจเนื่องจากอาการเหล่านี้เป็นอาการทั่วไปที่มีความจำเพาะต่ำ (non-specific symptoms) และสามารถพบได้ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่น ๆ เช่น ไข้หวัดธรรมดา ไข้หวัดใหญ่ หรือการติดเชื้อไวรัสกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ SARS-CoV-2 อาการเหล่านี้แม้จะเกิดในผู้ป่วย COVID-19 แต่ก็พบได้ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อ ส่งผลให้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้มีอาการกับกลุ่มไม่มีอาการมีความแตกต่างไม่ชัดเจนในเชิงสถิติ^{18,19}

ข้อสังเกตที่น่าสนใจจากการศึกษานี้คือ อาการที่มักได้รับการกล่าวถึงว่าเป็นลักษณะเฉพาะของโรค COVID-19 เช่น การสูญเสียการรับกลิ่น แม้ว่าจะพบค่า odds ratio อยู่ในระดับสูงมาก สะท้อนถึงแนวโน้มของความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเสี่ยงในการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย จึงจำกัดความสามารถในการตรวจจับความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเชิงสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาแนวทางการคัดกรองทางคลินิก โดยให้ความสำคัญต่อการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการ เจ็บคอ มีเสมหะ และอัตราการหายใจเร็ว เนื่องจากอาการเหล่านี้

มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการติดเชื้อ COVID-19 และอาจเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินความเสี่ยง

2. ควรให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจหลายอาการร่วมกัน เนื่องจากอาจสะท้อนถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น แม้อาการแต่ละอย่างอาจไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อพิจารณาแยกจากกัน

3. การคัดกรองควรครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรอย่างเท่าเทียม โดยไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเนื่องจากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยทางสังคมและประชากรศาสตร์ ไม่แสดงผลกระทบที่ชัดเจนต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเดี่ยว อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น และหลายสถานพยาบาล เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ โดยเฉพาะปัจจัยทางสังคมที่ยังไม่พบนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยขอบคุณบุคลากรคลินิกใช้หวัด โรงพยาบาลลวธิรพยาบาล และได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช” (Navamindradhiraj University Research Fund)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Sep 7]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. Zhou J, Otter JA, Price JR, Cimpeanu C, Garcia DM, Kinross J, et al. Investigating SARS-CoV-2 surface and air contamination in an acute healthcare setting during the peak of the COVID-19 pandemic in London. *Clin Infect Dis*. 2020;ciaa905. doi:10.1093/cid/ciaa905.
3. Arevalo-Rodriguez I, Buitrago-Garcia D, Simancas-Racines D, Zambrano-Achig P, Del Campo R, Ciapponi A, et al. False-negative results of initial RT-PCR assays for COVID-19: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(12):e0242958.
4. Infectious Disease Association of Thailand. Knowledge of the novel coronavirus infection for physicians [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 7]. Available from: <https://www.idthai.org/Contents/Views/?d=4bl1!31!2!!634!nNI3v2cL>. (in Thai)
5. National Institutes of Health. COVID-19 Treatment Guidelines Search [Internet]. 2564 [cited 2021]. Available from: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>
6. Sim JXY, Conceicao EP, Wee LE, Aung MK, Wei Seow SY, Yang Teo RC, et al. Utilizing the electronic health records to create a syndromic staff surveillance system during the COVID-19 outbreak. *Am J Infect Control*. 2021;49(6):685-9.
7. Habas K, Nganwuchu C, Shahzad F, Gopalan R, Haque M, Rahman S, et al. Resolution of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2020;18(12):1201-11.
8. Surkova E, Nikolayevskyy V, Drobniowski F. False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs. *Lancet Respir Med*. 2020;8(12):1167-8.
9. Amit M, Sorkin A, Chen J, Cohen B, Karol D, Tsur AM, et al. Clinical course and outcomes of severe COVID-19: a national scale study. *J Clin Med*. 2020;9(7).
10. Karun-ngamapan M, Suwaree S, Namfon N. Health behaviors and health status of workers in large urban workplaces: a case study in Sathorn district, Bangkok. *Songklanagarind J Nurs*. 2012;32(3):51-60. (in Thai)
11. Faculty of Medicine Vajira Hospital. Statistics of influenza clinic service users. Bangkok; 2020. (in Thai)
12. Sirijatuphat R, Leelarasamee A, Horthongkham N. Prevalence and factors associated with COVID-19 among healthcare workers at a university hospital in Thailand. *Medicine (Baltimore)*. 2022; 101(38):e30837. doi:10.1097/MD.000000000030837. (in Thai)

13. Morante-García W, Zapata-Boluda RM, García-González J, Campuzano-Cuadrado P, Calvillo C, Alarcón-Rodríguez R. Influence of social determinants of health on COVID-19 infection in socially vulnerable groups. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1294. doi:10.3390/ijerph19031294.
14. Phasunnon P. Sample size determination following Krejcie and Morgan (1970) in quantitative research. *J Appl Arts Acad*. 2014;5(2):112-20. (in Thai)
15. Wang Y, Zhang D, Du G, Du G, Du R, Zhao J, et al. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet*. 2020 Apr 29. doi:10.1016/S0140-6736(20)31022-9.
16. Li W. Factors influencing COVID-19 infection rates: a social determinants perspective. *J Public Health Res*. 2021; 10(1):123-30.
17. Zhang Jj, Dong X, Cao Y, Yuan Yd, Yang Yb, Yan Yq. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Eur Respir J*. 2020;55(4): 2000398. doi:10.1183/13993003.00398-2020.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพัฒนาพลังด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

มุกจรินทร์ สุทธิสัย¹ภาวินี ศรีสันต์²ยุภาวดี แซ่เตี๋ย³สุภาวดี นันทะเสน⁴ศุภมาส ศรีอำนาจ⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพัฒนาพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหนองครก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 44 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน งานวิจัยนี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดพัฒนาพลังขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะพัฒนาพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมเสริมสร้างพัฒนาพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบความเที่ยงโดยสุตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 1.00, 0.86 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาพลังด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาพลังด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างพัฒนาพลังด้านสุขภาพเป็นโปรแกรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รวมถึงพัฒนาโปรแกรมในบริบทชุมชนที่หลากหลายต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ ภาวะพัฒนาพลังด้านสุขภาพ

¹⁻²อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

¹First Author, Email: Mukjarin.s@365.sskru.ac.th

²Corresponding Author, Email: pawinee.s@365.sskru.ac.th

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองครก จังหวัดศรีสะเกษ

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองครก จังหวัดศรีสะเกษ

Research article

Effect of a program to enhancing health of activity aging among dependent elderly living in community

*Mukjarin Suttisai¹ Pawinee Srisan²**Yuphawadee Saetia³ Supawadee Nuntasane⁴**Supamas Sriamnach⁵*

Abstract

This study employed a quasi-experimental, two-group design to examine the effectiveness of a health of active aging enhancement program for dependent older adults in the community. The sample consisted of 44 dependent older adults in Nong Khrok Subdistrict, Mueang District, Sisaket Province. Participants were randomly selected and assigned into experimental and control group, with 22 individuals in each group. The health of active aging enhancement program was developed based on the World Health Organization's concept of vitality combined with Bandura's self-efficacy theory. The research instruments consisted of three parts: 1) a demographic questionnaire 2) a health vitality assessment questionnaire for the elderly and 3) a satisfaction questionnaire regarding the program. The intervention tool was the Health Vitality Enhancement Program for community-dwelling dependent elderly individuals. The content validity of the instruments was reviewed by three experts, and reliability was assessed using cronbach's alpha coefficient, yielding values of 1.00, 0.86 and 0.74 respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test.

The findings revealed that the experimental group showed significantly higher mean scores in health of active aging status after participating in the program compared to before the intervention ($p < .05$). Additionally, when comparing the experimental group to the control group, the experimental group exhibited significantly higher mean scores in health of active aging status ($p < .001$). The results suggest that the health of active aging enhancement program is an effective tool for improving the health of active aging status of dependent older adults in community settings. The program also shows promise for adaptation and application in diverse community contexts, contributing to the enhancement of older adults quality of life.

Keywords: dependent older adults/ health of active aging

¹⁻² Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University, Sisaket Province

¹First Author, Email: Mukjarin.s@365.sskru.ac.th

²Corresponding Author, Email: pawinee.s@365.sskru.ac.th

³Public Health Specialist, Nong Krok Subdistrict Health Promotion Hospital, Sisaket Province

⁴Professional Nurse Specialist, Kanthalak Hospital, Sisaket Province

⁵Professional nurses with special expertise, Nong Krok Subdistrict Health Promotion Hospital, Sisaket Province

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน เกิดจากความก้าวหน้าและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น และการก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในต่างประเทศรวมทั้งประเทศไทย โดยสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน ประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งในสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความท้าทายด้านการบริการด้านสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วย^{1,2} ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่ภาวะสุขภาพกลับอยู่ในสถานะเสื่อมถอย ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการการดูแลอย่างรอบด้าน เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายจากภาวะสุขภาพและกระบวนการชรา ภาวะด้านจิตใจที่เปลี่ยนแปลงตามร่างกายและบทบาทหน้าที่ในสังคม รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นวิถีชีวิตแนวใหม่ เรียกผู้สูงอายุกลุ่มนี้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง³ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้น จำเป็นต้องมีระบบที่ผสมผสานทั้งการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และบริการสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ลดความรู้สึกเป็นภาระ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตาม การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาครัฐยังคงมีข้อจำกัดทำให้การพัฒนา รูปแบบการดูแลในระยะยาวที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง^{4,5} องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอกรอบแนวคิด “พหุพลัง” (active ageing) ซึ่งเป็นแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคง แนวคิดนี้ถูกนำมา

ประยุกต์ใช้ในหลายบริบทรวมถึงประเทศไทย แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เน้นการจัดระบบดูแลระยะยาว (long-term care) ให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืน^{6,7} จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 24.50 ของประชากรทั้งหมด กำลังเผชิญกับความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกลุ่มติดบ้านและติดเตียงมีจำนวนกว่า 25,000 คน⁸ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในการพึ่งพาตนเอง และลดภาวะพึ่งพิง

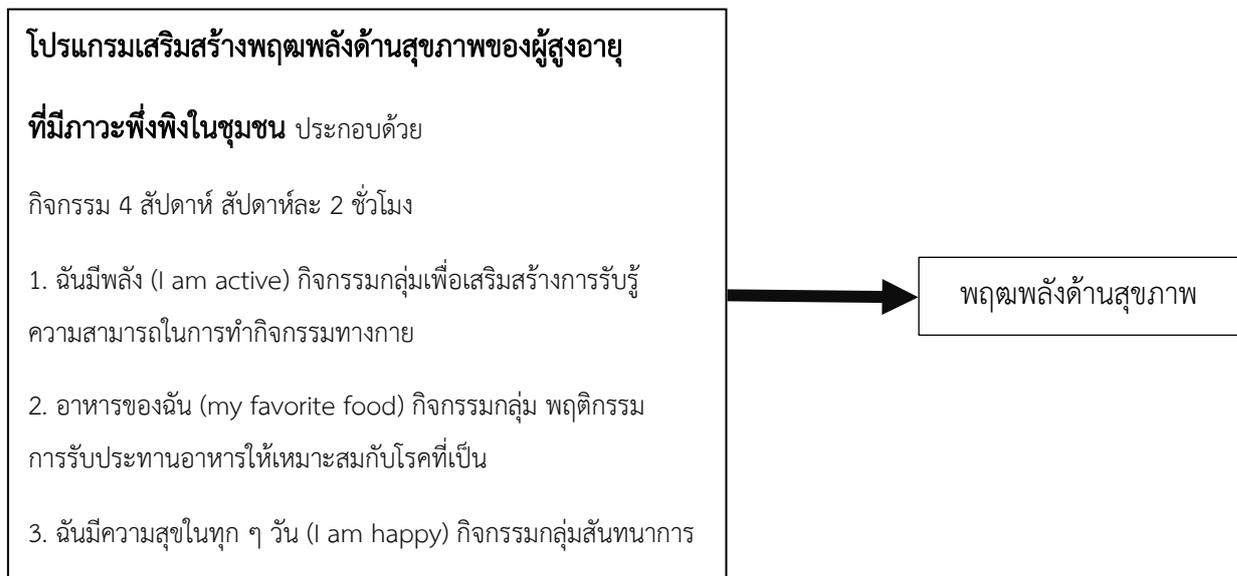
จากแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงข้างต้นและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การสร้างเสริมภาวะพหุพลัง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามเป้าหมายของแนวคิดพหุพลังได้และบริบทของประเทศไทยมีการส่งเสริมพหุพลังในผู้สูงอายุในชุมชน⁹ แต่การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างภาวะพหุพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้แนวคิดพหุพลังและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) เป็นกรอบแนวคิดหลัก เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี^{10,11} และเพื่อสร้างต้นแบบระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนไทย การวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษต่อไป โดยมุ่งเน้นการสร้างพหุพลังที่ดีทั้งในมิติของสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความมั่นคงทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำรงชีวิตอย่างมี

ความสุขและพึงพาตนเองได้ตามบริบทของชุมชน
อย่างยั่งยืน¹¹

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด
“พหุฒพลัง” (active aging) จากองค์การอนามัย
โลก (World Health Organization: WHO)¹²
ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
(self-efficacy theory) ของ แบนดูรา¹³ ร่วมกับ
การทบทวนวรรณกรรมมาออกแบบกิจกรรมที่
ส่งเสริมภาวะพหุฒพลัง^{6,14,15} เพื่อเสริมสร้าง
ศักยภาพในด้านสุขภาพ โดยเชื่อว่าผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองใน
การทำสิ่งต่าง ๆ ได้สำเร็จ ซึ่งมีผลต่อการดำเนิน
ชีวิต เป็นแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง
อย่างมีอิสระและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ
แม้ในสภาวะข้อจำกัดของร่างกาย โดยกิจกรรม
มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพ การมีส่วนร่วม
ในกิจกรรมของครอบครัวหรือชุมชน โดยใช้
กระบวนการกลุ่ม การให้ความรู้ และกิจกรรม
การกระตุ้นความมั่นใจในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถพึ่งพาตนเองได้และ
มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย
ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย
ภาวะพหุฒพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย
ภาวะพหุฒพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้
เข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะพหุฒพลังด้านสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เข้าร่วม
โปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะพหุพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพหุพลังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพหุพลังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ โดยใช้แบบคัดกรองข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากรายงานทะเบียนแบบสะสมจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบเขตบริการสุขภาพที่ 10 จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566 มีคะแนนการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เทลเอดีแอลระหว่าง 5-11 คะแนน จำนวน 11,315 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เทลเอดีแอล และมีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ คือ เป็นผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน มีคะแนนภาวะพหุพลังด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการ

วิจัย เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ที่มีคะแนนภาวะพหุพลังด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามกำหนดของโปรแกรม

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .60¹⁶ และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ซึ่งจะทำให้มีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ได้กลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน โดยการสุ่มจากประชากรที่ผ่านการประเมินคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) โดยใช้เพศอายุ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติระหว่าง 5-11 คะแนน และระดับคะแนนพหุพลังต่ำถึงปานกลาง จำนวน 44 ราย สุ่มเข้ากลุ่มครั้งละ 1 คน จนครบกลุ่มละ 22 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจนครบก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองต่อเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างพหุพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีรายละเอียดคือ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการกิจกรรม ระยะเวลา อุปกรณ์ที่ใช้ และการประเมินผลจากกิจกรรมที่ดำเนินการของโปรแกรม หลังจากผู้วิจัยสร้างเครื่องมือแล้วนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00

โปรแกรมฯ มีระยะเวลาในการดำเนินการ 4 สัปดาห์ ช่วงเวลาของการดำเนินกิจกรรม คือ เวลา 09.00-11.00 น. สถานที่ดำเนินกิจกรรม ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุชุมชนบ้านหนองครก อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ โดยผู้วิจัยจัดรถเพื่อรับ-ส่ง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมทุกวัน การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฯ ดังนี้

วันแรกของการวิจัย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะได้รับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลจากกิจกรรมของชุมชนตามปกติ สำหรับกลุ่มทดลอง จะได้รับคำแนะนำในการเข้าร่วมโปรแกรม เสริมสร้างพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมฉันมีพลัง (I am active) เป็นกิจกรรมรายกลุ่มเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้เทคนิคการมีปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนให้มีการแสดงความสามารถในการดูแลตนเอง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมอาหารของฉัน (my favorite food) เป็นกิจกรรมรายกลุ่มเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองเหมาะสมกับโรคที่เป็น ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมฉันมีความสุขในทุก ๆ วัน (I am happy) เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม

เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย สามารถจัดการความเครียดของตนเองได้ในทุกวัน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมความหวังของฉัน (my hope) มีการจัดกิจกรรมรายเดี่ยวและรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในชีวิตของตนเอง มีความรู้สึกพึงพอใจในตนเองในปัจจุบัน และรู้สึกมีความหวังในการดำเนินชีวิต ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สถานภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

2.2 แบบสอบถามภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (active ageing) ของกัตติกา ธนะขวิ้ง¹⁷ ประกอบด้วยคำถามที่มีลักษณะด้านบวก จำนวน 15 ข้อ และมีลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความ 2 หมายถึง เห็นด้วยหรือรู้สึกกับข้อความน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยหรือรู้สึกกับข้อความปานกลาง 4 หมายถึง เห็นด้วยหรือรู้สึกมากกับข้อความมาก และ 5 หมายถึง เห็นด้วยหรือรู้สึกมากที่สุด

มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 5-75 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าคะแนน 5-25 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนน 26-51 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนน 52-75 คะแนน อยู่ในระดับสูง หลังจากผู้วิจัยสร้างเครื่องมือแล้วนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .98 และในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วทำการทดสอบโดยวิธีแอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-002 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการป้องกันความเสี่ยงต่อร่างกายและจิตใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยและเลือกช่วงเวลา 09.00-11.00 น. ในวันหยุดสุดสัปดาห์ ผู้วิจัยเดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินกิจกรรมและการเดินทางเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบและให้การยินยอมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติระหว่างการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยทันที และให้การช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้นตามความเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดพัก ยกเลิกการให้ข้อมูลหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การรักษาข้อมูลความลับของผู้ป่วย และปฏิบัติการรักษาสี

ของกลุ่มตัวอย่างในตลอดกระบวนการวิจัยโดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่นำเสนอเป็นข้อมูลรายบุคคล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และจัดทำหนังสือไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าตามจำนวนที่กำหนด
3. ผู้วิจัยเข้าไปชี้แจงข้อมูลการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตจากผู้ดูแล โดยชี้แจงกิจกรรมและระยะเวลาของโปรแกรมฯ รวมถึงการเดินทางเพื่อดำเนินกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบ
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบรับทราบข้อมูลและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมฯ โดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นัดหมายกลุ่มควบคุมในวันที่สิ้นสุดการทดลอง และนัดหมายกลุ่มทดลองวันแรกของการเสริมสร้างภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และดำเนินการตามกิจกรรมของโปรแกรมฯ จนครบ 4 สัปดาห์
5. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพ แจกคู่มือโปรแกรมแก่กลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบระดับคะแนนพัฒนาผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ paired t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน ในระหว่างการทดลองไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอยกจากการทดลองหรือยุติการวิจัย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ

59.1 และร้อยละ 63.6 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 76.66 ปี มีอายุระหว่าง 67-86 ปี ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 54.5 และร้อยละ 63.7 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 50.0 และร้อยละ 40.9 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 54.6 ตามลำดับ โรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมา ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 41

2. การเปรียบเทียบระดับคะแนนพัฒนาผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง
กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($X=45.06$, $S.D.=6.85$) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($X=48.60$, $S.D.=7.04$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ เสริมสร้างพัฒนาผลทางด้านสุขภาพแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.056$ ($t_{21} = 8.267$, $p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองได้รับโปรแกรมฯ

	mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	45.06	6.85	8.267	21	<.001*
หลังได้รับโปรแกรม	48.60	7.04			

p-value<.05

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพ ($X=48.60$, $S.D.=7.04$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะ

พหุคูณพลังด้านสุขภาพ (X=45.85, S.D.=8.82) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนภาวะพหุคูณพลังด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่หลัง

ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะพหุคูณพลังด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง

พหุคูณพลังด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=22)			กลุ่มควบคุม (n=22)			t	df	p-value
	mean	S.D.	แปลผล	mean	S.D.	แปลผล			
ก่อนทดลอง	45.06	6.85	ปานกลาง	43.86	4.33	ปานกลาง	-.247	42	.020*
หลังทดลอง	48.60	7.04	ปานกลาง	45.85	8.82	ปานกลาง	-.841*	42	.001**

p-value<.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพหุคูณพลังด้านสุขภาพมีการรับรู้ภาวะพหุคูณพลังสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 2 ที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะพหุคูณพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพหุคูณพลังด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพหุคูณพลังด้านสุขภาพเท่ากับ 45.06 (S.D.=6.85) และภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพหุคูณพลังด้านสุขภาพเท่ากับ 48.60 (S.D.=7.04) อาจเป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริม

พหุคูณพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากแนวคิดพหุคูณพลังจากองค์การอนามัยโลก¹² ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีศักยภาพตามอัตภาพ กลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านมีคะแนน ADL 5-11 คะแนน ลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางไปเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเข้าวัดทำบุญ การไปพบปะญาติมิตรหรือเพื่อนบ้าน จึงทำให้การรับรู้ภาวะพหุคูณพลังของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และเนื่องจากสภาพชุมชนเป็นลักษณะชุมชนเขตเมือง เส้นทางคมนาคมขนส่งมีความสะดวก แหล่งประโยชน์ด้านบริการทางการแพทย์อยู่ใกล้บ้าน จะเห็นได้จาก

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพหม้าย ไม่ได้เรียนหนังสือเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตที่แข็งแรง แต่อาจยังขาดกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่การรับรู้ภาวะพลังของกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในระดับปานกลางซึ่งไม่แตกต่างกันการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสออกจากบ้าน มาพบปะเพื่อนฝูง และมีกิจกรรมร่วมกันทำให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลินและผ่อนคลายความเครียดในช่วงระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมได้ ส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพลังด้านสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 สอดคล้องกับการศึกษาที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือการที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการใช้เวลาว่างในการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การพบปะเพื่อนฝูง และมีกิจกรรมร่วมกันในบางครั้งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกาย การจัดการความเครียดและการส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดกิจกรรมทางกายที่เชื่อมโยงกับการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ดี^{19,20} ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน หรือส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ถึง

ระดับพลังและสัมพันธ์ทางสังคมของตนเองในการดำรงชีวิตในสังคมได้

2. ก่อนได้รับโปรแกรมทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนภาวะพลังด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลจากกิจกรรมของชุมชนตามปกติเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีคะแนน ADL 5-11 คะแนน มีลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวันที่คล้ายคลึงกัน คือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางไปเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ประสบการณ์เดิมร่วมกิจกรรมรายกลุ่มและรายเดี่ยว ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตทำให้กลุ่มได้รับการกระตุ้นด้านสมรรถนะและการรับรู้ของตนเองทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงส่งผลต่อการรับรู้ภาวะพลังที่ดีขึ้นได้²¹ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างภาวะพลังด้านสุขภาพจึงมีระดับการรับรู้ภาวะพลังด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และในส่วนของกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนภาวะพลังด้านสุขภาพเพิ่ม แม้ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะพลังของกลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีสถานภาพหม้าย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองและมีผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเพศหญิง

จะมีความมั่นคงทางอารมณ์และการได้รับความรักและความห่วงใยจากคนในครอบครัว รวมถึงการปฏิบัติตามหลักศาสนาและมีหลักยึดเหนี่ยวทางใจช่วยให้ผู้สูงอายุเพศหญิงปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุกับความแตกต่างทางเพศ และการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรับรู้ด้านคุณภาพและสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ²⁰ และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพลังของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²² ดังนั้น การรับรู้ภาวะพลังด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมจึงอยู่ระดับปานกลางและมีระดับเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การดำเนินโปรแกรมส่งเสริมภาวะพลังด้านสุขภาพสามารถเพิ่มการรับรู้ภาวะพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ตามแนวคิดของภาวะพลังในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านร่างกาย สังคม และความผาสุกด้านจิตใจ มีคุณค่า และพึ่งพาตนเองได้ตามบริบทของตนเองและชุมชน การดำเนินการของโปรแกรมร่วมกับการส่งเสริมสรณะด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดورا เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีอยู่อย่างจำกัดได้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองภายใต้เงื่อนไขและเมื่อมีสิ่งเร้ามาเสริมแรงผ่านรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมภาวะพลังด้านสุขภาพส่งผลต่อระดับภาวะพลังด้านสุขภาพ และลดความรู้สึกเป็นภาระของ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการใช้โปรแกรมการในการเสริมสร้างพลังทางด้านองค์ประกอบอื่น ๆ ให้มีความครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ และสามารถใช้โปรแกรมในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นที่อาศัยอยู่ในบริบทของชุมชนได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

2. ด้านการวิจัย อาจมีการเพิ่มระยะเวลาในการใช้โปรแกรม และมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี และควรใช้สื่อในการให้ความรู้และจัดกิจกรรมที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด 44 คน ที่ให้ความร่วมมือในการเป็นอาสาสมัครวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Measures to drive the national agenda on aging society; 2019. (in Thai)

2. Kongmaha H, Hansoongnoen K, Rangkawat W, Kongmaha P. Development of a model to promote active aging in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. *Nakhon Phanom University Journal*. 2015;54-62. (in Thai)
3. Prasatkul P. The situation of the Thai elderly in 2016. Nakhon Pathom: Printery; 2017. (in Thai)
4. Kamnoed A, Phonyotha T, Saenjaemsai S. The effect of a social participation promotion program for elderly active aging. *The 13th Hatyai National and International Conference*. 2022;369-83. (in Thai)
5. Asante S, Karikari G. Social relationships and the health of older adults: An examination of social connectedness and perceived social support. *Journal of Aging and Longevity*. 2022;2:49-62. [cited 2023 Oct 31]. Available from: <https://doi.org/10.3390/jal2010005>
6. Davodi SR, Zendehtalab H, Zare M, Behnam Vashani H. Effect of health promotion interventions in active aging in the elderly: A randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2023;11(1):34-43. [cited 2023 Oct 31]. Available from: <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2022.96246.2117>
7. Kim J, Kim H, Kim S, Lee J, Park K. Multilevel effects of community capacity on active aging in community-dwelling older adults in South Korea. *Asian Nurs Res*. 2020;14:36-43. [cited 2024 Jan 13]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.01.001>
8. Health Service Area 10 Office. Cumulative registration report of the elderly population in the responsible health service area 10, Sisaket Province. Sisaket: Health Service Area 10 Office; 2024. [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports> (in Thai)
9. Laosa C, Chaisat K, Witayakhaw W. Participatory care for dependent elderly at the Elderly Care Center of the Health Promotion Hospital, Wiang Subdistrict, Kraden Subdistrict, Trakan Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province. *Public Health Acad J*. 2020;29(5):813-21. (in Thai)
10. Shahla AM, Ziba F, Maryam EB, Mahrokh K, Jamileh F. Essential factors and key features in designing active aging programs and their outcomes: A narrative review study. *J Educ Health Promot*. 2023;12:1-9 [cited 2024 Jan 15]. Available from: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_894_22
11. Vetter NJ, Lewis PA, Llewellyn L. Supporting elderly dependent people at home. *BMJ*. 1992;304(6837): 1290-2. [cited 2024 Jul 15]. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.304.6837.1290>
12. World Health Organization. Active ageing: A policy framework [Internet]. 2002 [cited 2024 Jul 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665>
13. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman; 1997.

14. Mendoza-Ruvalcaba NM, Arias-Merino ED. "I am active": Effects of a program to promote active aging. *Clin Interv Aging*. 2015;10:829-37. 2002 [cited 2024 Jul 29]. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S79511>
15. Gürkan N, Kaptan G. Active aging and the role of the nurse. *Int J Act Health Aging*. 2024;2(1):25-29. [cited 2024 Jul 29]. Available from: <https://doi.org/10.5281/zenodo.12582480>
16. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: Principles and methods*. 3rd ed. Lippincott; 1987.
17. Kattika T. The mechanism of social networks influencing healthy ageing of the elderly in Nan Province, Thailand [Doctoral dissertation]. Mahidol University; 2008. (in Thai)
18. Asante FA, Karikari TK. The impact of social participation on the health and well-being of elderly populations. *J Aging Soc Policy*. 2022;34(1):45-60 [cited 2024 Dec 20]. Available from: <https://doi.org/10.3390/jal2010005>
19. Davodi S. Social engagement and physical activities in older adults. *Int J Aging Res*. 2022;12(2):112-20.
20. Saha S. Social relationships and subjective well-being of the older adults in India: The moderating role of gender. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):142. [cited 2024 Dec 20]. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04520-x>
21. Muangsakul W. The development of the potential of elderly individuals living alone using the active aging concept. *J Soc Res Rev [Internet]*. 2015;38(2):93-112 [cited 2025 Mar 18]. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/socialresearchjournal/article/view/8273> (in Thai)
22. Nakphu T, Sonthirat S. Self-reliance, health empowerment, health literacy, and happiness of the elderly in ThapYaiChiang Subdistrict, PhromPhiram District, Phitsanulok Province. *J Soc Sci Humanit Kasetsart Univ*. 2018 Jun 28 :88-104;41(1) [cited 2025 Mar 18]. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/socku/article/view/131393> (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีทวารเทียม

อนุชตรา วรรณเสวก¹วีรบุช เจียมบุญศรี²พลอยแก้ว ดวงแก้ว³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ที่มารับบริการที่งานพยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 จำนวน 96 ราย คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant แบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93, 0.88, 0.94 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=54.34$, S.D.=15.77) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ($\bar{x}=76.82$, S.D.=11.26) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ($\bar{x}=44.63$, S.D.=8.21) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้มากที่สุด คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\beta=0.69$, $p<0.001$) รองลงมาคือ ภาวะโรคร่วม ($\beta=-0.33$, $p=0.010$) อายุ ($\beta=0.21$, $p=0.014$) และความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ($\beta=0.18$, $p=0.025$) ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งหมดรวมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 77.5 ($R^2=0.600$, $p<0.05$)

ข้อเสนอแนะสำหรับการดูแลผู้ป่วยควรมีการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การจัดการภาวะโรคร่วม การปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับช่วงวัย และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการดูแลทวารเทียม นอกจากนี้ ควรเน้นการพัฒนาแนวทางโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย/ คุณภาพชีวิต/ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก/ ทวารเทียม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานพยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี

²⁻³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานพยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี

Corresponding Author, Email: ostomyipd@gmail.com

วันที่รับ 8 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 20 มีนาคม 2568 วันที่ตอบรับ 8 เมษายน 2568

Research article

Predicting factors of quality of life in colorectal cancer with colostomy

*Anuttra Wunnasaweg¹**Weeranoot Jeamboonsri² Ploykaew Dounkaew³***Abstract**

This predictive research aims to study the quality of life and factors predicting quality of life in colorectal cancer (CRC) patients with colostomy who received services at the ostomy and wound nursing care clinic, Ubon Ratchathani Cancer Hospital between October 2022 and September 2023 resulting. The study included 96 participants selected through simple random sampling. The research instruments comprised patients' demographic data, the quality of life index of Padilla and Grant, CRC with colostomy knowledge assessment and self-care assessment scale of CRC patients with colostomy and reliability was tested by using cronbach's alpha coefficient obtained at 0.93, 0.88, 0.94 and 0.86 respectively. Descriptive quantitative statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results present as following of CRC with colostomy had moderate level of quality of life (\bar{x} =54.34, S.D.=15.77 The highest mean score was in the self-image perception (\bar{x} =76.82, S.D.=11.26), while the lowest mean score was in the response to diagnosis and nutritional treatment (\bar{x} =44.63, S.D.=8.21). Significant factors predicting QOL were self-care (β =0.69, p <0.001), followed by comorbidities (β =-0.33, p =0.010), age (β =0.21, p =0.014), and knowledge about CRC with colostomy (β =0.18, p =0.025). All variables together predicted 77.5% of quality of life (R^2 =0.600, p <.05).

The recommendations for patient care should include promoting self-care abilities, managing comorbid conditions, adjusting care plans to suit different age groups, and providing education about the disease and colostomy care. Additionally, emphasis should be placed on developing appropriate nutritional guidelines for this patient group, as this factor significantly impacts their quality of life

Keywords: predictive factors/ quality of life (QOL)/ colorectal cancer (CRC) patients/ colostomy

¹ Senior Professional Level, Head of the Department of Ostomy and Wound Care Clinic, Ubon Ratchathani Cancer Hospital, Department of Medical Services, Ubon Ratchathani Province

²⁻³ Professional Nurse, Ostomy and Wound Care Clinic, Ubon Ratchathani Cancer Hospital, Department of Medical Services, Ubon Ratchathani Province. Corresponding Author, Email: ostomyipd@gmail.com

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม ในปี ค.ศ. 2020 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกสูงถึง 1.93 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิต 900,000 ราย องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2045 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาคของโลก¹ สำหรับประเทศไทยจากรายงานสถิติโรคมะเร็ง พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 2 โดยมีอัตรา 15.71 ต่อประชากรแสนคน² และจากรายงานสถิติโรคมะเร็ง ในเขตสุขภาพที่ 10 มะเร็งชนิดนี้พบได้ร้อยละ 12.31 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด รองจากมะเร็งเต้านม³ และจากรายงานสถิติโรคของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักร้อยละ 12.37 ซึ่งเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม⁴ โดยสาเหตุของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารตะวันตกที่มีไขมันสูง เนื้อแดง และเนื้อแปรรูป การรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ภาวะอ้วน ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ กลุ่มอาการพันธุกรรม FAP และ Lynch syndrome โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ตึงเนื้ออกในลำไส้ เบาหวาน อายุที่เพิ่มขึ้น การสัมผัสสารก่อมะเร็ง และการได้รับรังสี รวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในสังคมไทย ส่งผลให้อัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁵

การรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีทวารเทียมทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายของอุจจาระแทนทางทวารหนัก การเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายนี้ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์และวิถีชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องการแต่งกาย การเดินทาง ปัญหาเสี่ยงจากการผายลม กลิ่นไม่พึงประสงค์ และความยากลำบากในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง รวมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับการยอมรับทางสังคม สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁵ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงขึ้นตามอายุ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยในช่วงอายุ 50-70 ปี และร้อยละ 86 ของผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป⁶ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการรายงานผู้ป่วยที่ต้องใช้ทวารเทียมใหม่มากถึง 1,000,000 คนในปี พ.ศ. 2563⁷ แม้ว่าในประเทศไทยยังไม่มีรายงานผู้ป่วยที่มีทวารเทียมที่ชัดเจน แต่ในเขตสุขภาพที่ 10 จากสถิติย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเฉลี่ยปีละ 180 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 15 ต่อปี³ นอกจากนี้ จากสถิติผู้รับบริการงานพยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมมารับบริการ ในปี พ.ศ. 2563-2565 ร้อยละ 26.53, 29.79 และ 33.58 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.15 และมีภาวะแทรกซ้อนจากทวารเทียมถึงร้อยละ 35 เช่น ผิวน้ำระคายเคือง การรั่วซึม และการอักเสบติดเชื้อ ซึ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล มีภาวะทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁴

คุณภาพชีวิตเป็นประเด็นสำคัญในวงการสุขภาพและการแพทย์ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็ง องค์การอนามัยโลก⁸ ให้ความสำคัญหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนและความหลากหลายของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม การประเมินและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต พบว่าแนวคิดของ Padilla and Grant⁹ มีความเหมาะสมกับการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากแนวคิดนี้มุ่งเน้นการประเมินคุณภาพชีวิตในหลายมิติที่สอดคล้องกับผลกระทบจากโรคและการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากทวารเทียมและความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาทางจิตใจจากการปรับตัวต่อภาพลักษณ์และความรู้สึกมั่นใจในตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งรวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน แนวคิดดังกล่าวยังเน้นความเชื่อมโยงระหว่างสภาวะสุขภาพกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยการนำแนวคิดนี้มาใช้จึงช่วยให้สามารถประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวและความพึงพอใจในชีวิตได้อย่างครอบคลุม และนำไปสู่การพัฒนาการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้

ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุด

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีในการเป็นสถาบันเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง และตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคมะเร็ง ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งอย่างครอบคลุมและยั่งยืน¹⁸

วัตถุประสงค์

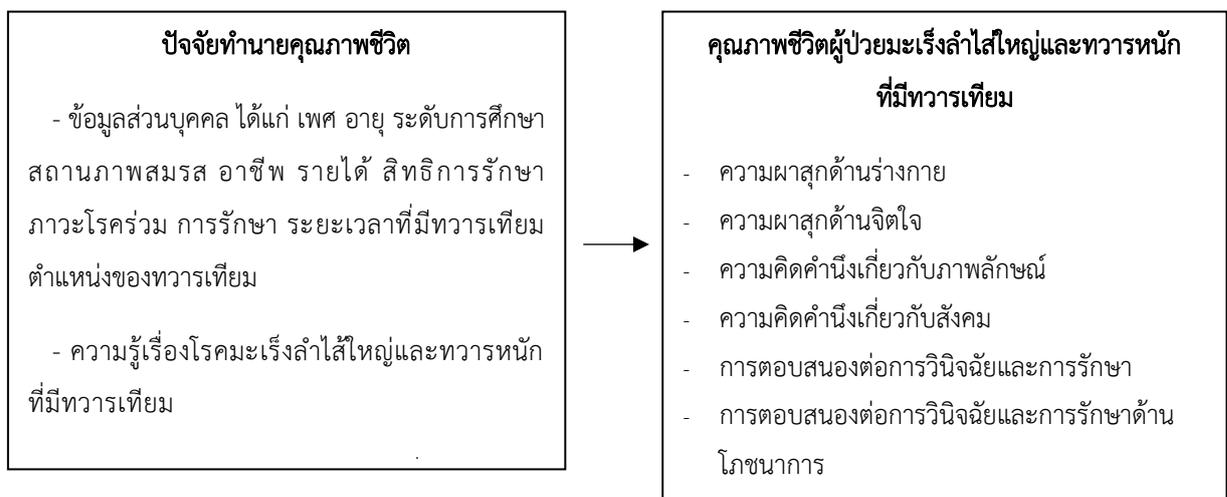
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant⁹ ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม แนวคิดนี้มีความเหมาะสมเนื่องจากครอบคลุมมิติต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับผลกระทบจากโรคและการรักษา ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา และการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ประสบกับการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ผู้ป่วยการเผชิญกับ

ภาวะแทรกซ้อนจากทวารเทียมและความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวต่ออาการที่เปลี่ยนไปและความมั่นใจในตนเอง ด้านสังคม การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงได้กำหนดปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม จากการทบทวนวรรณกรรม

ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษา ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ภาวะโรคร่วม วิธีการรักษา ระยะเวลาที่มีทวารเทียม และตำแหน่งของทวารเทียม และปัจจัยด้านความรู้และทักษะ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่มีทวารเทียม และความสามารถในการดูแลทวารเทียม สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ที่มารับบริการที่งานพยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี อำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ที่มารับบริการที่งาน

พยาบาลออสโตมีและแผล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี อำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ระหว่างเดือนตุลาคม 2565-กันยายน 2566 จำนวน 96 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ระยะที่ 2-4 2) อายุ 50-70 ปี 3) ไม่มีปัญหาในการมองเห็นและอ่านออกเขียนได้ 4) สติสัมปชัญญะดี สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ 5) สมครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณ และการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ

(power of analysis) ของ Polit และ Beck¹⁹ กำหนดขนาด effect size เท่ากับ 0.15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effect size) ใช้สูตรการคำนวณ $N=(\lambda/f^2)+u+1$ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha = .05$), power of test=0.8, $\lambda=12.3$, $f^2=0.15$ ตัวแปรทำนาย 13 ตัว ($u=13$) เมื่อคำนวณตามสูตรดังกล่าว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 96 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ระยะเวลาการที่มี ทวารเทียม และตำแหน่งของทวารเทียม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต quality of life index ของ Padilla and Grant (1985)⁹ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย วิมลรัตน์ เตชะ และรุ้งระวี นาวีเจริญ¹⁴ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 มีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก มีจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20 และ 23 ข้อความ ด้านลบ มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 5, 16, 17, 19, 21 และ 22 ระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้น (linear analog scale) โดยเริ่มจาก 0 ถึง 100 เพื่อบอกความรู้สึกของผู้ตอบโดยที่ ตำแหน่งต้นหรือจุด 0 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิต

ต่ำที่สุด และตำแหน่งปลายหรือจุด 100 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ในการตอบคำถามผู้ตอบจะเลือกกากบาทในจุดที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบ มี 6 องค์ประกอบคือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อ 1, 3, 7, 11 และ 13
2. ความผาสุกด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 2, 9, 10, 14, 15 และ 18
3. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ได้แก่ ข้อ 5, 8, 19 และ 22
4. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ได้แก่ ข้อ 20, 21 และ 23
5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ได้แก่ ข้อ 6, 16 และ 17
6. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ได้แก่ ข้อ 4 และ 12

สำหรับข้อความด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด คะแนนรวมที่ได้ จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2300 คะแนนยิ่งมากแสดงว่าคุณภาพชีวิตยิ่งสูง หากค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมหารด้วย 23 คะแนน จะอยู่ในช่วง 0-100 พิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ของ Meiqiong²⁰ ที่ใช้แบ่งดังนี้ คะแนน 0-33.33 หมายถึง มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับต่ำ คะแนน 33.34-66.67 หมายถึง มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนน 66.68-100.00 หมายถึง มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์เครื่องมือของ สุรพร ธนศิลป์ และอุษณีย์ ทับทอง²¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีทวารเทียม ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อมีทวารเทียม และความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทวารเทียมและการจัดการเบื้องต้น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และพิจารณาแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของสมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทรสนธิ²² ดังนี้ มากกว่าร้อยละ 80 แปลว่ามีระดับความรู้สูง ร้อยละ 50-80 แปลว่ามีระดับความรู้ปานกลาง และต่ำกว่าร้อยละ 50 แปลว่ามีระดับความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก "The Appraisal of Self-Care Agency Scale"²³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามมีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เพื่อประเมินความสามารถในดูแลตนเอง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเองไม่ได้ต้องมีคนช่วยทำให้ตลอดเวลา ปฏิบัติได้และต้องมีคนช่วยหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเป็นบางครั้ง และปฏิบัติได้เอง ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Best²⁴ ได้ดังนี้ คะแนน 0-10 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ คะแนน 11-20 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง คะแนน 21-30 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองสูง

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ

Padilla and Grant 3) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค และ 4) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี แผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.67, 0.82, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้มีการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามในส่วนที่จำเป็น และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93, 0.88, 0.94 และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ EC 012/2022 วันที่ 26 กรกฎาคม 2565 โดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ จะได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการเข้าร่วมโครงการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับและความไม่สบายหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้จากกรรมวิธีการวิจัยและวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ และให้อาสาสมัครลายมือชื่อในใบ consent form หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใด ๆ

เกิดขึ้น มีการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัยและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยนี้ได้ทำการเผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมินวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องความครบถ้วนของข้อคำถาม หากพบว่าไม่ครบถ้วนก็ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยรายใหม่ ให้ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์

4. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ SPSS version 22 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 96 ราย ระยะเวลารวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2565-กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 71.88 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 79.06 อายุเฉลี่ย 62 ปี (S.D.=4.95) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 84.38 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 82.29 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ย 5,541 บาท/เดือน (S.D.=8873.73) ใช้สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 86.46 การรักษาที่ได้รับปัจจุบันเป็นการรักษาแบบรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ร้อยละ 63.54 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีทวารเทียมเฉลี่ย 6 เดือน (S.D.=6.17) และตำแหน่งของการเปิดทวารเทียมอยู่ตำแหน่งด้านล่างซ้ายของหน้าท้องเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.54 และในด้านระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.63 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 8.33 และความรู้ระดับสูง ร้อยละ 1.04 ตามลำดับ สำหรับระดับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.46 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 12.50 และระดับสูง ร้อยละ 1.04 ตามลำดับ โดยมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม

อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=54.34$, S.D.=15.77) ซึ่งด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ($\bar{x}=76.82$, S.D.=11.26) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านการตอบสนอง

ต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ($\bar{x}=44.63$, S.D.= 8.21) ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและในแต่ละองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (n = 96)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
ความผาสุกด้านร่างกาย	57.16	7.74	ปานกลาง
ความผาสุกด้านจิตใจ	59.72	14.47	ปานกลาง
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์	76.82	11.51	สูง
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม	51.73	8.64	ปานกลาง
การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา	60.83	11.51	ปานกลาง
การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ	44.63	8.21	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	54.34	15.77	ปานกลาง

จากการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) พบว่ามีเพียง 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 77.5 ($R=0.775$, $R^2=0.600$, $p<0.005$) โดยความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงที่สุด ($\beta=0.69$, $p<0.001$) รองลงมาคือ

ภาวะโรคร่วม ($\beta=-0.33$, $p=0.010$) อายุ ($\beta=0.21$, $p=0.014$) และความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ($\beta=0.18$, $p=0.025$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2 และสามารถนำมาสร้างเป็นสมการได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม = $23.73+21.97$ (ความสามารถในการดูแลตนเอง) - 7.39 (โรคประจำตัว) + 0.33 (อายุ)+ 11.67 (ความรู้)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม (n=96)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	β	t	p-value
อายุ	.33	0.13	0.21	2.50	0.014
ภาวะโรคร่วม	-7.39	2.78	-0.33	-2.66	0.010
ความรู้	11.67	5.11	0.18	2.28	0.025
ความสามารถในดูแลตนเอง	21.97	2.48	0.69	8.85	0.000

Constant=23.73, R=0.775, R²=0.600, Adjust R²=0.531, F=86.86, p<0.005

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม อภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =54.3, S.D.=15.77) สอดคล้องกับการศึกษาของชลยา อรรถานันท์ และพีรพันธ์ ลีอนุวัชชัย (2560)¹⁰ และเกศินี ธีระทองดี (2557)¹⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเช่นกัน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จากการได้รับการรักษาที่อาจรวมถึงการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา รวมทั้งการมีทวารเทียมซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ในด้านร่างกาย ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับการสูญเสียความสามารถในการควบคุม

การขับถ่าย อาจเกิดความรู้สึกไม่สบายและสูญเสียความมั่นใจในตนเอง อีกทั้งยังต้องเรียนรู้การดูแลทวารเทียม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนจัดการกับปัญหาการรั่วซึม กลิ่น และเสียงที่อาจเกิดขึ้น ในด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจเผชิญกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง สำหรับด้านสังคม ผู้ป่วยบางรายอาจพบข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเข้าสังคม และความกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่โดยรวม การที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งสามารถเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ตลอดจนการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ดีที่สุดคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง (β =0.69, p <0.001) รองลงมาคือ ภาวะโรคร่วม (β =-0.33, p =0.010)

อายุ ($\beta=0.21$, $p=0.014$) และความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ($\beta=0.18$, $p=0.025$) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมได้ร้อยละ 77.5 ($R^2=0.600$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมสามารถอภิปรายและเชื่อมโยงกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1. ปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ($\beta=0.69$, $p<0.001$) จากการศึกษา พบว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับหลายการศึกษาของชอลยา อัดถาณินท์ (2560)¹⁰ พบว่า การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการศึกษาของ Liao C and Qin Y (2014)¹¹ และ ณัฐธรมย์ ชุตติกาโม และคณะ (2560)¹⁵ ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu Zhang และคณะ (2017)¹² ที่ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ทั้งการดูแลทวารเทียม การสังเกตอาการผิดปกติ การจัดการผลข้างเคียงจากการรักษา และการตัดสินใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ การพัฒนาทักษะเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพผ่านการฝึกอบรม

และการให้คำแนะนำอย่างเป็นระบบ การสนับสนุนทักษะการดูแลตนเองอาจรวมถึงการสอนวิธีการดูแลทวารเทียม การรับรู้และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การปรับปรุงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหารและการออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสม การเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การเพิ่มพูนความรู้และทักษะจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมสุขภาพของตนเองมากขึ้น สามารถจัดการกับโรคและการรักษาของตนได้ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น

2.2 ปัจจัยด้านภาวะโรคร่วมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ($\beta=-0.33$, $p=0.010$) จากการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างโรคร่วมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม สอดคล้องกับการศึกษา Diana Sarfat และคณะ (2016)¹³ พบว่า โรคร่วมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเพิ่มความรุนแรงของอาการและลดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิลสัน เตซ และ รุ่งระวี นาวิเจริญ (2559)¹⁴ ที่ พบว่า การไม่มีโรคร่วมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการรักษาและการดูแลทวารเทียมได้ดีกว่า อธิบายได้ว่าการมีโรคร่วมหลายโรค เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น ทำให้การจัดการดูแลมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากต้องปรับการรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความเหนื่อยล้า เรื้อรัง และมีความเสี่ยงจากการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.3 ปัจจัยด้านอายุ ($\beta=0.21$, $p=0.014$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.06) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มีอายุเฉลี่ย 62 ปี (S.D.= 4.95)

มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลลิตน์ เตชะ และ รุ่งระวี นาวีเจริญ (2559)¹⁴ ที่พบว่า ผู้สูงอายุช่วง 60-69 ปี มีแนวโน้มปรับตัวและยอมรับการมี ทวารเทียมได้ดีกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิต และวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่สูงกว่า สามารถจัดการ ความเครียดและความไม่สุขสบายได้ดี ยังพบว่า ผู้สูงอายุในช่วงอายุนี้อาจยังสามารถดูแลตนเองได้ดี มีความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ของร่างกาย และสามารถจัดการกับสภาพปัญหา สุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มอายุที่มากกว่า อีกทั้งยังมีเวลา และความใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้นเนื่องจาก ส่วนใหญ่เกษียณจากการทำงาน ส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามคำแนะนำของ ทีมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลเชิงบวก ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุช่วง 60-69 ปี มีประสบการณ์ชีวิตและพัฒนาทักษะ การดูแลตนเองมากกว่าจึงสามารถจัดการกับ สภาพปัญหาและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการมีทวารเทียมได้ดีกว่า ความสามารถในการปรับตัวและยอมรับต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ อาจมี ประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากประสบการณ์ชีวิต ที่มากกว่า ซึ่งรวมถึงการเรียนรู้และพัฒนาทักษะใน การจัดการกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ผู้ป่วยที่อายุ มากจะได้รับประโยชน์จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ในชีวิต ทำให้สามารถหาวิธีการในการจัดการกับ ความท้าทายทางจิตใจและร่างกายที่ตามมา หลังจากการผ่าตัดได้ดีกว่า การมีทัศนคติที่ดีและ มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.4 ปัจจัยด้านความรู้เรื่อง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ($\beta=0.18, p=0.025$) โดยพบระดับความรู้เรื่อง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.63 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธรมย์ ชุตติกาโม และคณะ (2560)¹⁵ ที่พบว่า ระดับความรู้ของ กลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับปานกลาง และการให้ความรู้ และการศึกษาเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Hanan G และ El-Gamil (2008)¹⁶ ที่พบว่า การให้ความรู้ที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการดูแลและการจัดการภาวะแทรกซ้อน ของทวารเทียม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อธิบาย ได้ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาความรู้และ ความเข้าใจในเรื่องของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก รวมถึงการรักษาที่ตนเองได้รับความรู้นี้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและเตรียมตัวรับมือ กับการรักษาที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมช่วยให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ด้านการพัฒนาบริการพยาบาล ควรมีพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถใน การดูแลตนเอง ที่ครอบคลุมทั้งการฝึกทักษะ การดูแลทวารเทียมและการจัดการภาวะแทรกซ้อน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่าง มีประสิทธิภาพ โดยเน้นระบบที่มีการดูแลแบบ บูรณาการสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เป็นการประสาน

ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด มุ่งเน้น การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม เนื่องจากโภชนาการ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มากที่สุด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 มีการพัฒนาและทดสอบ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ และ ทักษะในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้ การวิจัยเชิงทดลอง (experimental research)

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่ทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีโรคร่วม เป็นต้น เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับ แต่ละกลุ่ม มีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยที่มีอายุ 60-69 ปี กับผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัดและความต้องการ ที่แตกต่างกันของแต่ละช่วงวัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Cancer today Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2020 [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.gco.iarc.fr/today/home>
2. Rojanamatin J, Ukranun W, Supaattagorn P, Chiawiriyabunya I, Wongsena M, Chaiwerawattana A. et al. Cancer in Thailand Volume X 2016-2018 [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 13]. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html. (in Thai)
3. National Cancer Institute (Thailand), Ministry of Public Health. Definition of Indicators of Service Plan Cancer Field 2561-2565 [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=inquiryCancerPopulation>. (in Thai)
4. Ubon Ratchathani Cancer Hospital, Cancer Registry Unit. Cancer statistics, Ubon Ratchathani Cancer Hospital (hospital-based cancer registry) 2022. Ubon Ratchathani: Siritham Offset Printing; 2022. (in Thai)
5. Thai Society of Gastrointestinal Surgeons. Clinical practice guideline for the management of colorectal cancer, revised edition 2022. Bangkok: Royal College of Surgeons of Thailand; 2022. (in Thai)
6. Prasangsit C, Rungsangchan K. Nursing care for patients with intestinal and abdominal stoma: experiences from experts. 2nd ed. Bangkok: P.A. Living Co., Ltd.; 2019. (in Thai)
7. United Ostomy Associations of America: UOAA. Living with an ostomy [Internet]. [cited 2022 May 1]. Available from: www.ostomy.org/living-with-an-ostomy
8. World Health Organization. Quality of life assessment: International perspectives. Geneva: WHO; 1993.
9. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. ANS Adv Nurs Sci. 1985;8(1):45-60.

10. Attaphinan C, Lueboonthavatchai P. Quality of life and related factors among colorectal cancer patients with stoma at King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society. *J Contemp Med.* 2017;61(3):386-400. (in Thai)
11. Liao C, Qin Y. Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. *CA: a cancer journal for clinicians.* 2014;1(2):196-201. doi:10.1016/j.ijnss.2014.05.007
12. Zhang Y, Xian H, Yang Y, Zhang X, Wang X. Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. *Journal of clinical nursing.* 2017;28(15-16):2880-8.
13. Sarfati D, Koczwara B, Jackson C. The impact of comorbidity on cancer and its treatment. *CA Cancer J Clin.* 2016;66(4):337-50. doi:10.3322/caac.21342
14. Techa W, Naweecharoen R. Predictive factors of quality of life in colorectal cancer patients with stoma receiving chemotherapy. *Kuakarun J Nurs.* 2016;23(1):133-46. (in Thai)
15. Chutikamol N, Naweecharoen R, Losiriwat R. Predictive factors of quality of life in adult colorectal cancer patients with stoma. *Royal Thai Navy Med J.* 2017;44(3):103-16. (in Thai)
16. Hanan G, El-Gamil A. Study to identify the level of knowledge and self care performance of the colostomy patients and its effects on their quality of life. *J Med.* 2008;38(5):63-73.
17. Teerathongdee K, Ronritwivai C. Predictive factors of quality of life among elderly colorectal cancer patients with colostomy [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2014. doi:10.14457/MU.the.2014.108. (in Thai)
18. Ministry of Public Health. Service plan for cancer 2022–2027. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
19. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
20. Yu M. Social support and quality of life of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1997. (in Thai)
21. Thanasin S, Thapthong U. Effect of a self-efficacy promotion program on quality of life among colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *Chulalongkorn Univ Nurs J.* 2010;22 (Spec No):54-66. (in Thai)
22. Pithiyauwat S, Chantasonthi U. Measurement and evaluation in the classroom: from theory to practice. In: *Statistics, research, and educational evaluation units 1–5.* Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University; 1994. (in Thai)
23. Evers GCM. Appraisal of self-care agency ASA-scale: reliability and validity testing of Dutch version of the ASA-scale measuring Orem's concept self-ca. Assen/ Maastricht: Van Gorcum and Comp BV; 1989.
24. Best JW. *Research in Education.* 3rd ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1977.

บทความวิจัย

ความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลบางพลี

เขมิกา โรจน์ทั้งคำ¹รวีวรรณ ศรีเพ็ญ²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2565 โดยใช้ข้อมูลจากแฟ้มการให้บริการฝากครรภ์ (ANC) ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุระหว่าง 10–19 ปี ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์และตรวจเลือด ข้อมูลที่ได้รับถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งหมด 1,598 ราย ส่วนใหญ่ไม่มีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 1,537 ราย (ร้อยละ 96.18) ขณะที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีจำนวน 61 ราย (ร้อยละ 3.82) โดย พบว่า การติดเชื้อซิฟิลิสมีความชุกสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 2.57 รองลงมาคือการติดเชื้อ HIV คิดเป็นร้อยละ 1.25 แนวโน้มของการติดเชื้อซิฟิลิสมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่อัตราการติดเชื้อ HIV มีแนวโน้มลดลง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะการติดเชื้อซิฟิลิสที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ควรมีการบูรณาการแผนปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ความรู้ การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ที่ครอบคลุม และการส่งเสริมมาตรการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อช่วยลดอัตราการติดเชื้อและเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศในกลุ่มประชากรเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์วัยรุ่น/ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ บริการฝากครรภ์

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ

Email: khemika.ro@ssru.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต กรุงเทพฯ

Corresponding Author, Email: sribhen@gmail.com

Research article

Prevalence of contracting sexually transmitted diseases among pregnant teenage girls, Bang Phli Hospital

*Khemika Rojtangkom¹**Rawiwan Sribhen²***Abstract**

This study aimed to examine the prevalence of sexually transmitted diseases (STDs) among adolescent pregnancies receiving antenatal care at Bang Phli Hospital in Samut Prakan Province from 2018 to 2022. Data were collected from the antenatal care (ANC) service records of pregnant adolescents aged 10 to 19 years who attended antenatal care and underwent blood testing. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation.

The study revealed that among 1,598 pregnant adolescents, the majority 1,537 cases (96.18%) did not have STDs, while 61 cases (3.82%) tested positive. Syphilis was the most common infection, accounting for 2.57%, followed by HIV at 1.25%. The trend of syphilis infections showed an increasing pattern, while HIV infections exhibited a declining trend. The findings indicate that STDs among pregnant adolescents continue to be a significant public health concern, particularly with the rising prevalence of syphilis. Therefore, it is essential to integrate action plans among relevant agencies to enhance education, expand access to comprehensive antenatal care services, and promote preventive measures against STDs among adolescents. These efforts will effectively contribute to reducing infection rates and improving sexual health outcomes in the target population

Keywords: adolescent pregnancy/ sexually transmitted disease/ antenatal care service

¹Lecturer, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok

Email: khemika.ro@ssru.ac.th

²Assistant Professor, College of Nursing Dhurakij Pundit University, Bangkok

Corresponding Author, Email: sribhen@gmail.com

Received 9 October 2024 Revised 29 December 2024 Accepted 30 April 2025

บทนำ

การสำรวจประชากรปี พ.ศ. 2565 พบว่าประเทศไทยมีประชากร 66.09 ล้านคน โดยกลุ่มอายุ 15-24 ปี มี 8.25 ล้านคน (ร้อยละ 12.48)¹ ข้อมูลจากฐานอนามัยการเจริญพันธุ์ปี พ.ศ. 2562 ระบุว่าวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 8.27 ล้านคน เคยมีเพศสัมพันธ์ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และปวช.ปี 2 คิดเป็นร้อยละ 24.1-41.6² แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและเพิ่มความเสี่ยงในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งโรคซิฟิลิสกลับมาแพร่ระบาดในกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะช่วงอายุ 15-24 ปี³ สถิติปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการเกิดโรคในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เท่ากับ 9.91 และ 133.13 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ การติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้น 5 เท่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในเพศหญิง และทารกแรกเกิด⁴ ในปี พ.ศ. 2563 ภาคตะวันออกมีอัตราการติดเชื้อสูงสุด (ร้อยละ 33.31) ตามด้วยกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 30.26) อายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงหลัก โดยอัตราการติดเชื้อในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี สูงกว่าวัยทำงานถึง 2-10 เท่า การประเมินยุทธศาสตร์ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีเครือข่ายจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า แม้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลง แต่ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิดยังไม่บรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ อัตราการติดเชื้อซิฟิลิสและโรคเอดส์ยังเพิ่มขึ้น ขณะที่การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายยังคงเป็นลักษณะการทำงานแบบแยกส่วน ทำให้ไม่สามารถลดอัตราการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นได้อย่างเป็นรูปธรรม⁵

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึงการตั้งครรภ์ในสตรีอายุ 10-19 ปี โดยแบ่งเป็นวัยรุ่นตอนต้น (10-14 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (15-19 ปี) ข้อมูลทั่วโลกช่วงปี พ.ศ. 2558-2564 ระบุว่าอัตราการคลอดในหญิงวัยรุ่นต่ำกว่า 18 ปี อยู่ที่ร้อยละ 15 โดยร้อยละ 90 เกิดในประเทศกำลังพัฒนา และมีการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ในประเทศไทย อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564 อยู่ที่ 1.3, 1.2, 1.1 และ 0.9 ต่อประชากรหญิง 1,000 ราย ส่วนกลุ่มอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 3.5, 3.13 และ 28.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ ข้อมูลปี พ.ศ. 2561 ระบุว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในเพศชายและหญิงอยู่ที่ร้อยละ 75 และ 79 ตามลำดับ ขณะที่นักเรียนระดับ ปวช. ปีที่ 2 อยู่ที่ร้อยละ 74.1 และ 75.1⁶ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพของมารดาและทารก รวมถึงภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักต่ำ และอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้ อัตราการทำแท้งในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ร้อยละ 29⁷ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อการศึกษา โดยร้อยละ 45.8 ต้องออกจากโรงเรียน และมีเพียงร้อยละ 29.3 ที่สามารถกลับมาเรียนต่อ สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2556 วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต้องออกจากระบบการศึกษา เนื่องจากการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 32⁸ ปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความมั่นคงของประเทศในระยะยาว ดังนั้น การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำเป็นต้องส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสนับสนุนระบบการศึกษาที่เหมาะสม⁹⁻¹⁰

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases) เป็นโรคที่แพร่กระจายผ่านการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ปากหรือทวารหนัก รวมถึงโรคซิฟิลิส หนองในแท้ หนองในเทียม เริม และเอชพีวี¹¹ ในปี พ.ศ. 2563 อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในทุกกลุ่มอายุอยู่ที่ร้อยละ 33.6 ต่อประชากร 100,000 คน โดยโรคที่มีอัตราการติดเชื้อสูงสุดคือซิฟิลิส (ร้อยละ 16.4) รองลงมาคือ หนองใน (ร้อยละ 11.9) หนองในเทียม (ร้อยละ 3.1) แผลริมอ่อน (ร้อยละ 1.8) และกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (ร้อยละ 0.4) โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.7 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 50.4 ในปี พ.ศ. 2563 และพบอัตราการติดเชื้อหนองในสูงถึงร้อยละ 58.8 ต่อประชากร 100,000 คน¹² การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ได้แก่ 1) โรคซิฟิลิส เพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งหลังอายุครรภ์ 4 เดือน ทารกเสียชีวิตขณะคลอด หรือคลอดก่อนกำหนด 2) โรคหนองใน เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและทารกติดเชื้อ 3) โรคหนองในเทียม อาจทำให้ทารกเกิดภาวะเยื่อตาอักเสบและปอดอักเสบ 4) โรคเริม อาจทำลายระบบประสาทและดวงตาของทารก 5) โรคหูดหงอนไก่ อาจทำให้ทารกเกิดหูดในกล่องเสียง มีอาการเสียงแหบและหายใจลำบาก และ 6) การติดเชื้อเอชไอวี ทารกสามารถรับเชื้อผ่านสารคัดหลั่งจากมารดา¹³

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและลดความเสี่ยง

ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีภาวะติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยจำแนกตามอายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อาชีพ สถานภาพสมรส และประเภทของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตรวจพบ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์และตรวจเลือด ณ โรงพยาบาลบางพลี ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 รวมจำนวน 1,598 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามและการตรวจสอบข้อมูลจากแฟ้ม ANC (ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์) โดยผ่านกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบางพลี (เอกสารรับรองเลขที่ 8/2567) ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าแผนกฝากครรภ์เพื่อขออนุญาตเริ่มการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแฟ้ม ANC ซึ่งบันทึกข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์ ทั้งนี้ กรณีที่มีการเก็บข้อมูลในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลไม่มีการระบุชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวและปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

4. การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มประชากรเป้าหมายถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อหาความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลและแนวโน้มของการติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบ

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่าระหว่าง ปี พ.ศ. 2561-2565 มีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบางพลี จำนวน 1,598 คน ปี พ.ศ. 2561 มีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์มากที่สุด จำนวน 402 คน (ร้อยละ 25.16) รองลงมา ปี พ.ศ. 2562 และปี พ.ศ. 2563 จำนวน

398 คน (ร้อยละ 24.91) และ 315 คน (ร้อยละ 19.71) ตามลำดับ ส่วนใหญ่อายุ 19 ปี จำนวน 562 คน (ร้อยละ 34.83) รองลงมาอายุ 18 ปี จำนวน 415 คน (ร้อยละ 25.97) และอายุ 17 ปี จำนวน 324 คน (ร้อยละ 24.28) ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก จำนวน 1,387 คน (ร้อยละ 86.80) รองลงมาครรภ์ที่ 2 จำนวน 117 คน (ร้อยละ 11.08) และครรภ์ที่ 3 จำนวน 31 คน (ร้อยละ 1.94) ตามลำดับ และมีสถานภาพคู่ จำนวน 816 คน (ร้อยละ 68.91) รองลงมาสถานภาพโสด จำนวน 767 คน (ร้อยละ 48.0) และไม่ทราบ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 0.87) ตามลำดับ จะประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 709 คน (ร้อยละ 44.78) รองลงมาไม่มีอาชีพ จำนวน 548 คน (ร้อยละ 34.29) และนักเรียน จำนวน 161 คน (ร้อยละ 10.08) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (n=1598)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	(คน)		\bar{x}	(SD)
ปีพ.ศ.ที่มาฝากครรภ์	2561	402	25.16	
	2562	398	24.91	
	2563	315	19.71	
	2564	230	14.39	
	2565	253	15.83	
อายุ(ปี)	13	4	0.25	17.67
	14	27	1.69	
	15	98	6.13	
	16	168	10.51	
	17	324	20.28	
	18	415	25.97	
	19	562	35.17	

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (n=1598) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย \bar{x}	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
ลำดับการตั้งครรภ์	1	1387	86.80		
	2	177	11.08		
	3	31	1.94		
	4	3	0.18		
สถานภาพสมรส	โสด	767	48.0		
	คู่	816	51.06		
	หย่า	1	0.06		
	ไม่ทราบ	14	0.87		
อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	548	34.29		
	เจ้าของกิจการ	1	0.06		
	เสมียน	1	0.06		
	แม่บ้าน	10	0.63		
	อยู่ในความปกครอง	32	2.0		
	ค้าขาย	48	3.0		
	กรรมกร	15	0.94		
	นักเรียน	161	10.08		
	นักศึกษา	20	1.25		
	พนักงานเสิร์ฟ	1	0.06		
	พนักงานเอกชน	36	2.25		
	รับจ้าง	709	44.37		
	ไม่ระบุ	16	1.0		

2. การจำแนกการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 1,537 คน (ร้อยละ 96.18) และ พบว่า มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 61 คน (ร้อยละ 3.82) ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 19 ปี จำนวน

17 คน (ร้อยละ 27.87) รองลงมาอายุ 17 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 26.23) และ 18 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 24.59) ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 47.54) รองลงมาสถานภาพโสด จำนวน 28 คน (ร้อยละ 45.90) และไม่ทราบ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 6.56) ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

จำนวน 33 คน (ร้อยละ 54.10) รองลงมา
อาชีพรับจ้าง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 27.87)

และนักเรียน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 9.84)
ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำแนกตามการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
(n=1598)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น	ไม่ติดเชื้อ	1537	96.18
	ติดเชื้อ	61	3.82
อายุ	14	2	3.28
	15	5	8.20
	16	6	9.84
	17	16	26.23
	18	15	24.59
	19	17	27.87
ลำดับการตั้งครรภ์	1	53	86.89
	2	5	8.20
	3	3	4.92
สถานภาพสมรส	โสด	28	45.90
	คู่	29	47.54
	ไม่ทราบ	4	6.56
อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	33	54.10
	อยู่ในความปกครอง	1	1.64
	ค้าขาย	3	4.92
	นักเรียน	6	9.84
	พนักงานเอกชน	1	1.64
	รับจ้าง	17	27.87

3. การจำแนกตามประเภทของการติดเชื้อ
ซิฟิลิสและเอชไอวี พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมา
ฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลบางพลี มีการติดเชื้อ
ทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 61 คน ติดเชื้อซิฟิลิส
41 คน (ร้อยละ 61.21) ติดเชื้อเอชไอวี 20 คน
(ร้อยละ 32.79) ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 19 ปี
ติดเชื้อซิฟิลิส 13 คน (ร้อยละ 21.31) และเอชไอวี

4 คน (ร้อยละ 6.56) รองลงมาอายุ 17 ปี
ติดเชื้อซิฟิลิส 11 คน (ร้อยละ 18.03) และเอชไอวี
5 คน (ร้อยละ 8.19) และ อายุ 18 ปี ติดเชื้อซิฟิลิส
9 คน (ร้อยละ 14.75) และเอชไอวี 6 คน (ร้อยละ
9.84) ตามลำดับ

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่มี
การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่พบใน

สถานภาพคู่ ติดเชื้อซิฟิลิสคู่ 22 คน (ร้อยละ 36.07) และเอชไอวี 7 คน (ร้อยละ 11.48) รองลงมาสถานภาพโสด ติดเชื้อซิฟิลิส 18 คน (ร้อยละ 29.05) และเอชไอวี 10 คน (ร้อยละ 16.39) และไม่ทราบ ติดเชื้อซิฟิลิส 1 คน (ร้อยละ 1.64) และเอชไอวี 3 คน (ร้อยละ 4.92) ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพติดเชื้อซิฟิลิส

22 คน (ร้อยละ 36.07) และเอชไอวี 11 คน (ร้อยละ 18.03) รองลงมาอาชีพรับจ้าง ติดเชื้อซิฟิลิส 11 คน (ร้อยละ 18.03) และเอชไอวี 6 คน (ร้อยละ 9.84) และนักเรียน ติดเชื้อซิฟิลิส 4 คน (ร้อยละ 6.56) และเอชไอวี 2 คน (ร้อยละ 3.28) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการติดเชื้อจำแนกตามประเภทของการติดเชื้อซิฟิลิส และเชื้อเอชไอวี (n=61)

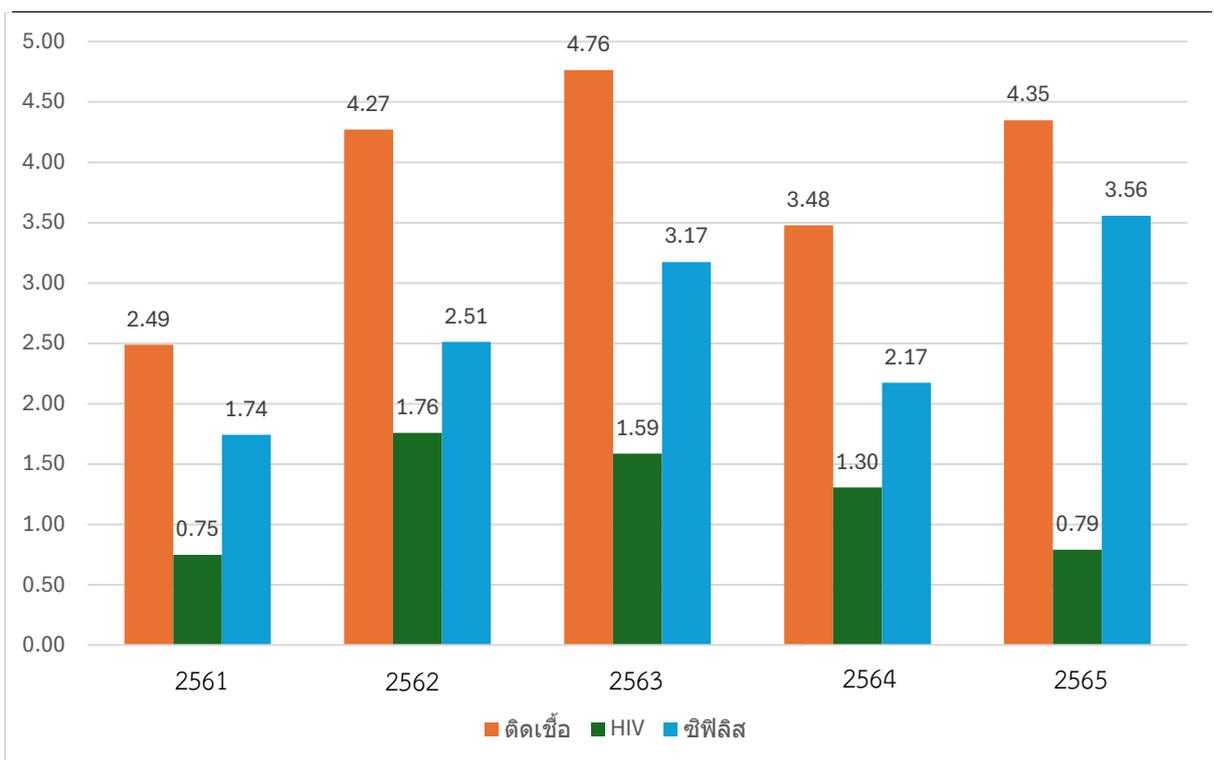
ข้อมูลทั่วไป		ซิฟิลิส (คน)	ร้อยละ	เอชไอวี (จำนวนคน)	ร้อยละ
จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น	ติดเชื้อ	41	67.21	20	32.79
อายุ(ปี)	14	-	-	2	3.28
	15	4	6.56	1	1.64
	16	4	6.56	2	3.28
	17	11	18.03	5	8.19
	18	9	14.75	6	9.84
	19	13	21.31	4	6.56
ลำดับการตั้งครรภ์	1	35	57.37	18	29.51
	2	3	4.92	2	3.28
	3	3	4.92	-	-
สถานภาพสมรส	โสด	18	29.50	10	16.39
	คู่	22	36.07	7	11.48
	ไม่ทราบ	1	1.64	3	4.92
อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	22	36.07	11	18.03
	อยู่ในความปกครอง	1	1.64	-	-
	ค้าขาย	2	3.28	1	1.64
	นักเรียน	4	6.56	2	3.28
	พนักงานเอกชน	1	1.64	-	-
	รับจ้าง	11	18.03	6	9.84

4. การแสดงผลแนวโน้มการติดเชื้อ 5 ปีที่ผ่านมาพบว่าความชุกของการติดเชื้อ โดยภาพรวม 3 อันดับแรกอยู่ในปี พ.ศ. 2563, 2565 และ 2562 ร้อยละ 4.76, 4.35 และ 4.27 ตามลำดับ โดยพบผู้ติดเชื้อซิฟิลิสมากกว่า HIV ในทุก ๆ ปี ความชุกของการติดเชื้อ HIV 3 อันดับแรกอยู่ในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564

ร้อยละ 1.76, 1.59 และ 1.30 ตามลำดับ ความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิส 3 อันดับแรกอยู่ในปี พ.ศ. 2565, 2563 และ 2562 ร้อยละ 3.56, 3.17 และ 2.51 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงผลความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลบางพลี

ปี พ.ศ.	2561	2562	2563	2564	2565
ติดเชื้อ	2.49	4.27	4.76	3.48	4.35
HIV	0.75	1.76	1.59	1.30	0.79
ซิฟิลิส	1.74	2.51	3.17	2.17	3.56



อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่

โรงพยาบาลบางพลี ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 โดย พบว่า วัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 19 ปี และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกในอัตราที่สูง นอกจากนี้ ผู้ตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักอยู่ในช่วงอายุใกล้เคียงกัน และมีแนวโน้มที่จะเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกเป็นส่วนใหญ่¹⁴⁻¹⁵ จากการศึกษา พบว่า ความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 3.82 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือซิฟิลิส รองลงมาคือการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีอัตราใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Monteiro IP และคณะ (2023) ที่พบว่า การติดเชื้อซิฟิลิสในวัยรุ่นตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 1¹⁶ และการศึกษาของถนอม นามวงศ์ และคณะ (2562) ที่พบว่าความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 6.30¹⁷ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Asavapiriyant และคณะ (2016) ที่ทำการศึกษาในวัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลราชวิถี ไม่พบการติดเชื้อซิฟิลิสหรือเอชไอวี แต่พบการติดเชื้อหนองในเทียมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในอัตราที่สูงกว่า¹⁵ ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีกำบัง และการมีคู่นอนหลายคน¹⁷ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการยืนยันจากการศึกษาหลายงานวิจัย เช่น การศึกษาของญี่ปุ่นที่พบว่า หญิงที่มีคู่นอนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไปมีโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ และการศึกษาของ Asavapiriyant และคณะ (2016) ที่พบว่า หญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นก่อนคู่นอนปัจจุบันมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงถึง 6.9 เท่า¹⁵ นอกจากนี้การศึกษาของถนอม นามวงศ์ และคณะ (2019) ยังพบว่า วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ¹⁷

จากผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง การป้องกันและแก้ไขปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ การเพิ่มการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ที่ครอบคลุม และการส่งเสริมพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกลุ่มวัยรุ่นให้มากยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มนี้

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการที่อาจส่งผลต่อความครอบคลุมของผลการศึกษา โดยเป็นการศึกษาย้อนหลังที่ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม ANC ของโรงพยาบาลบางพลี ซึ่งอาจมีความไม่ครบถ้วนหรือข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ทำให้ไม่สามารถสรุปผลไปยังประชากรวัยรุ่นตั้งครรภ์ในพื้นที่อื่นหรือระดับประเทศได้ ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เน้นเฉพาะตัวแปรด้านสุขภาพและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมทางเพศของคู่นอน ซึ่งอาจมีผลต่ออัตราการติดเชื้อ การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากโรงพยาบาลเดียว ข้อมูลที่ได้รับอาจไม่สามารถใช้เป็นแนวทางเชิงนโยบายที่ครอบคลุมได้ในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษานี้ยังคงมีคุณค่าในการประเมินสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนามาตรการป้องกันและดูแลสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Thailand board of investment. Thailand in brief (Demographic). Retrieved 25 January 2024, from <https://www.boei.go.th/index.php?page=demographic>
2. Bureau of Reproductive Health. Annual report 2019. Department of Health, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
3. Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, Department of Disease Control. Disease forecast bulletin no. 5/2022: “Valentine’s Day warning – higher risk of sexually transmitted diseases if having unprotected sex, urging health checkup” [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 1]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=23335&deptcode=brc&news_views=148. (in Thai)
4. Wichitranon C, Damnoenvut S. Evaluation of the implementation of strategic prevention and solutions for adolescent pregnancy among network partners in Samut Prakan province. J Health Educ Environ Health. 2023;46(2):69-84. (in Thai)
5. Bureau of Reproductive Health. Annual report 2018. Department of Health, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
6. Chonnak U, Piyamongkol W. Teenage pregnancy [Internet]. [cited 2023 Dec 1]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/bogy/lectures%20topics/49484/>. (in Thai)
7. Bureau of Reproductive Health, Department of Health. Adolescent pregnancy surveillance report 2020. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
8. Chonnak U, Piyamongkol W. Teenage pregnancy [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 5]. Available from: <http://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/49484>. (in Thai)
9. Butchon R, Liabsuetrakul T, Teerawattananon Y. Adolescent pregnancy in Thailand: the relationship between evidence and policy. J Health Sci. 2018;27(6):1011-22. (in Thai)
10. Pediatric Infectious Disease Society of Thailand. Knowledge for the public: sexually transmitted diseases [Internet]. [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://www.pidst.or.th/A732.html>. (in Thai)
11. Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, Department of Disease Control. Start Safe SEX, use condom: safe love begins with “condoms” [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 1]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=23352&deptcode=brc&news_views=7011. (in Thai)
12. Srisomboon S, Traisrisilp K. Sexually transmitted infections in pregnancy [Internet]. [cited 2023 Dec 1]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/5038/>. (in Thai)

13. Punyarach S. Epidemiology and factors associated with adolescent pregnancy in Mueang District, Nong Bua Lam Phu Province. *Udonthani Hosp Med J*. 2017;25(2):120-9. (in Thai)
14. Asavapiriyant S, Chaovarindr U, Kaoien S, Chotigeat U, Kovavisarach E. Prevalence of sexually transmitted infection in teenage pregnancy in Rajavithi Hospital, Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2016;99 Suppl 2:S153-60. PMID: 27266230. (in Thai)
15. Monteiro IP, Azzi CFG, Bilibio JP, Monteiro PS, Braga GC, Nitz N. Prevalence of sexually transmissible infections in adolescents treated in a family planning outpatient clinic for adolescents in the western Amazon. *PLoS One*. 2023;18(6):e0287633. doi:10.1371/journal.pone.0287633. PMID: 37352297; PMCID: PMC10289307.
16. Namwong T, Khompat S, Pratchayakupt P. Prevalence and factors associated with sexually transmitted infections among adolescents in Yasothon Province. *J AIDS*. 2019;31(3):116-24. (in Thai)
17. Imai H, Shinohara H, Nakao H, Tsukino H, Hamasuna R, Katoh T. Prevalence and risk factors of asymptomatic chlamydial infection among students in Japan. *Int J STD AIDS*. 2004;15(6):408-14. doi:10.1258/095646204774195272. PMID: 15186587.

บทความวิจัย

การสำรวจความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพ การรู้คิด และภาวะเปราะบาง ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

พรศิริ กนกกาญจนะ¹

ธมลวรรณ ยอดกลกิจ²

พุทธชาติ ใจกาศ³

จิราภรณ์ ศรีอ่อน⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 – ธันวาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 367 ราย เก็บข้อมูลพื้นฐานและการติดตามที่ 30 วัน ด้วยแบบสัมภาษณ์ 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 3) สมรรถภาพการรู้คิด และ 4) ภาวะเปราะบาง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยนอก 173 ราย อายุเฉลี่ย 73.48 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน standard deviation; SD=7.88 ปี) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 0.6 บกพร่องการรู้คิด ร้อยละ 35.8 มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 16.7 ผู้ป่วยใน 194 ราย อายุเฉลี่ย 70.14 ปี (SD=7.46 ปี) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 3.6 บกพร่องการรู้คิด ร้อยละ 12.4 มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 17.5 และการติดตามการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบางที่ 30 วัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยนอกที่ระดับ $p=1.000, .238, .355$ ผู้ป่วยในที่ระดับ $p=.231, .893, .132$ ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งต่อ รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อป้องกันการกลับมาใช้บริการซ้ำ หรือลดการเสื่อมถอยของสุขภาพได้

คำสำคัญ: ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน/ สมรรถภาพการรู้คิด/ ภาวะเปราะบาง/ ผู้สูงอายุ

¹⁻³พยาบาลวิชาชีพฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมงคล กรุงเทพมหานคร

⁴รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมงคล กรุงเทพมหานคร

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

Research article

Survey of Barthel Activities of Daily Living, Cognitive Function and Frailty of elderly who obtained service in Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok Metropolitan

*Pornsiri Kanokkamjana*¹

*Thamonwan Yodkolkij*²

*Putthachat Jaigad*³

*Jiraporn Sri-on*⁴

Abstract

This descriptive study aimed to explore the ability of Barthel Activities of Daily Living, Cognitive Function (BADLs), and frailty status of older adults who obtained service at the Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok Metropolitan, between January 2023 and December 2024. The samples were 367 individuals who aged 60 years and older, including outpatients and inpatients. Data were collected using structured interviews comprising four sections (1) a personal information questionnaire (2) a BADLs assessment form (3) a cognitive function assessment form and (4) a frailty assessment form were analyzed using descriptive and one sample t-test.

The results found that the participants were 173 outpatients; the mean age was 73.48 years (standard deviation [SD] = 7.88 years). Of these, 0.6% were dependent on BADLs, 35.8% had cognitive impairment, and 16.7% were classified as frail. Among the 194 inpatients, the mean age was 70.14 years (SD = 7.46 years). Of these, 3.6% were dependent on BADLs, 12.4% had cognitive impairment, and 17.5% were identified as frail. Notably, there were no statistically significant differences among these outcomes among outpatients (p value=1.000, .238 and .355 respectively) and inpatients (p value= .231, .893 and .132 respectively) at the 30-day follow-up.

The findings can be utilized as a primary data to reform and develop the geriatric healthcare service systems, including referral pathways and continuous follow-up care for both outpatients and inpatients. These efforts aim to prevent hospital readmissions and remediate functional decline in elderly.

Keywords: Barthel activities of daily living/ cognitive function/ frailty/ elderly

^{1,3} Registered nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

⁴ Associate Professor, Department of Emergency Medical Services, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok. Corresponding Author, Email: jirapon@nmu.ac.th

บทนำ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น จำนวนผู้สูงอายุจึงมากขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า จำนวนประชากรของผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2562 มีจำนวน 1 พันล้านคน และใน พ.ศ. 2573 จะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน¹ สำหรับสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 และใน พ.ศ. 2573 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด (super-aged society) จากการมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ² โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทยคือ กรุงเทพมหานคร พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 1,171,900 ราย³ สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 มีจำนวน 42,582, 45,214 และ 48,995 ราย⁴ ตามลำดับ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่ออย่างมากในทุกด้านของสังคม

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกและในไทยส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะในเขตเมืองอย่างกรุงเทพมหานคร จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมจากทุกภาคส่วน บุคลากรสุขภาพ ควรเข้าใจสถานการณ์ นโยบาย กฎหมาย และระบบบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้โรคจากความเสื่อม เช่น กระดูกพรุน ต้อกระจก ภาวะสมองเสื่อม รวมถึงโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น⁵

การมีส่วนร่วมของสังคมจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางสุขภาพพร้อมด้วยโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาการจัดบริการด้านสุขภาพ (health services) รูปแบบต่าง ๆ ให้มีความต่อเนื่องและครอบคลุม นโยบายระดับประเทศในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุคือ การมีคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งแนวโน้ม พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการเพิ่มสูงขึ้น และมีความซับซ้อนรุนแรงของโรคมามากขึ้นจากการที่มีโรคร่วมหลายโรค มีการใช้ยาหลายชนิด โดยในการรักษารายโรคไม่สามารถแก้ปัญหาของผู้สูงอายุได้ครบทุกมิติ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) เพื่อช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตสังคม ตามความต้องการของผู้สูงอายุ^{5,6} การประเมินครอบคลุม 3 ด้าน คือ 1) สุขภาพกาย และสมรรถนะทางกาย (physical health and functional assessment) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นจึงพบความเสื่อมถอยของอวัยวะหลายระบบ การประเมินสมรรถนะช่วยในการติดตาม พยากรณ์โรคในผู้สูงอายุที่มีการถดถอยของการช่วยเหลือตนเอง (functional decline) 2) สุขภาพจิตใจและสมรรถภาพการรู้คิด (psychological health and cognitive assessment) การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพื่อจัดการด้านปัจจัยเสี่ยง วางแผนการดูแลและจัดกิจกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมถอยของสมอง และ 3) สังคมและ

สิ่งแวดล้อม (social and environmental assessment) การประเมินปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และ เศรษฐฐานะ เพื่อป้องกันการทอดทิ้ง และลดการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (elder abuse)^{5,7}

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการประเมิน CGA พบว่า มีประโยชน์อย่างชัดเจนต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายมิติ โดยสามารถลดอัตราการเข้ารับการดูแลในสถานดูแลระยะยาว (nursing home) [Risk Ratio (RR)=0.86; 95% Confidence Interval (CI): 0.75–0.89] ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม (RR=0.51; 95%CI: 0.29–0.89) และลดการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล (RR=0.46; 95%CI: 0.24–0.89) นอกจากนี้ ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะเพ้อ (delirium) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพก Odd Ratio (OR)=0.71; 95%CI: 0.54–0.92) และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (RR=0.77; 95%CI: 0.64–0.93)⁸

Lin และคณะ⁹ ได้ทำการศึกษาผลของ CGA ต่ออัตราการกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ได้รับ CGA ภายใน 48 ชั่วโมงแรก หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำใน 30 วันลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามแนวทางปกติ (ร้อยละ 11.4 และร้อยละ 16.9, $p=0.03$) การประเมินผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการติดตามการรักษาหรือการประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ นั้นอาจจะไม่เกิดประโยชน์อย่างชัดเจน¹⁰ การรักษาล่าสุดที่เน้นการเชื่อมต่อบริการบริการ CGA ร่วมกับระบบบริการปฐมภูมิ การจัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพสามารถส่งเสริมให้สุขภาพ

ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$)¹¹

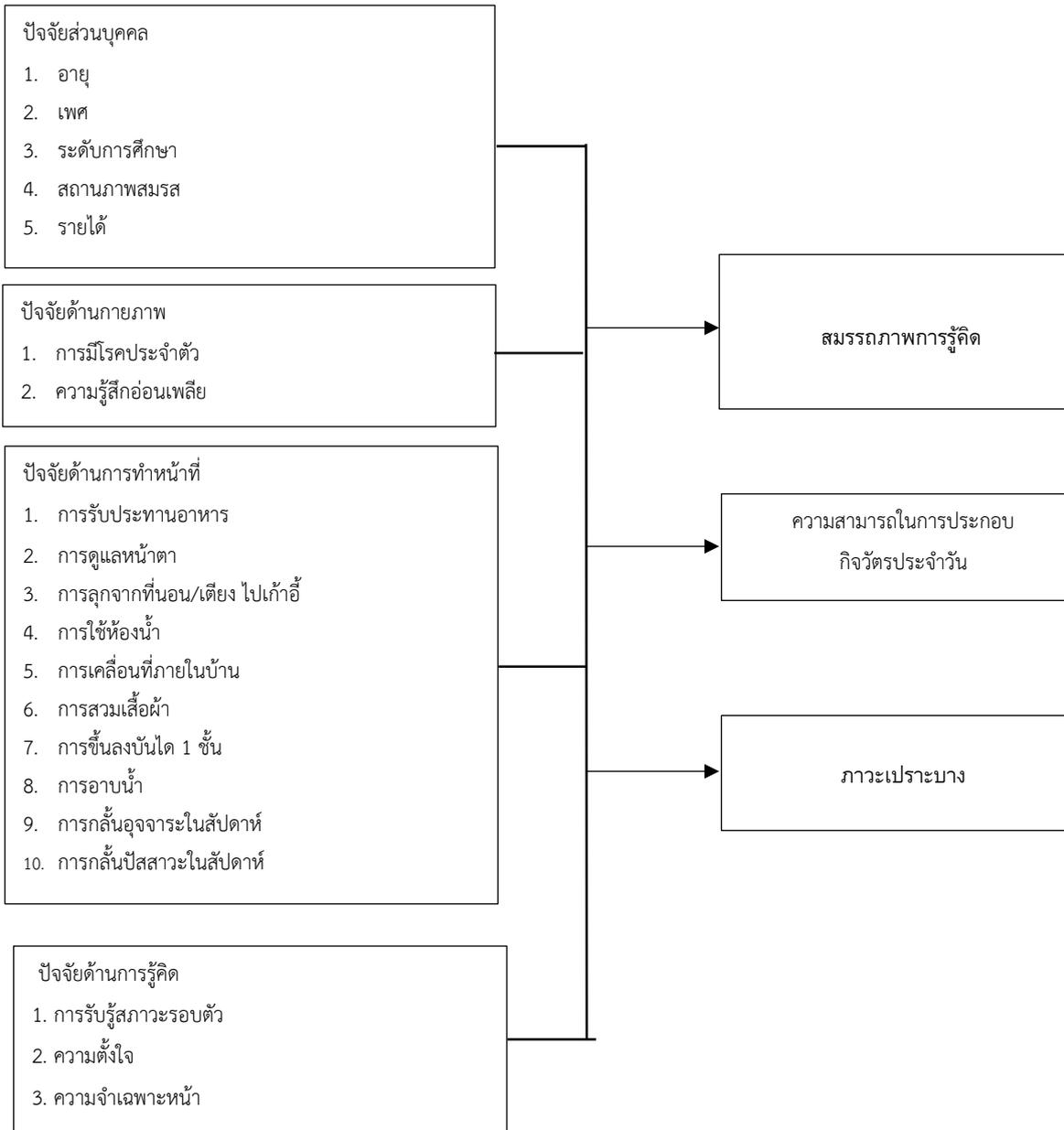
ข้อมูลทั้งหมดนี้ สะท้อนให้เห็นว่าการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลและยกระดับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่สำรวจสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงที่ให้บริการทางเวชศาสตร์เขตเมือง ทั้งนี้ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้มุ่งสำรวจข้อมูล และติดตามผู้สูงอายุที่ 30 วัน ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร¹² เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (biological theory) ที่กล่าวว่าความสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา โดยจะเกิดขึ้นในร่างกายของสิ่งมีชีวิตทุกชนิดและมักจะสัมพันธ์กับอายุของสิ่งมีชีวิต แต่ละคนไม่เท่ากัน มีความหลากหลายและซับซ้อนขึ้นกับสภาวะต่าง ๆ เช่น พันธุกรรม สังคม จิตวิทยา และเศรษฐกิจ¹³ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะกระทบต่อ

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านการรู้คิด¹⁴ ที่อาจส่งผลทำให้ความสามารถในการประกอบ

กิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิดลดลง และเกิดภาวะเปราะบาง ดังภาพแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสำรวจข้อมูลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง และติดตามการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบางที่ 30 วัน ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (prospective descriptive study) ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 – ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่

1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) รู้สึกตัวดี ระดับ GCS 15 คะแนน 3) พูด อ่าน และ เขียนภาษาไทยได้ และ 4) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ 2) ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการทำหัตถการแบบเร่งด่วน 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และ 4) ผู้สูงอายุ

ที่ หุนหวก ตาบอด และเป็นใบ้ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการพูด การได้ยินหรือการมองเห็น

เกณฑ์การหยุดการวิจัย กรณี

ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องการที่จะให้ทดสอบต่อ หรือมีปัญหาด้านสุขภาพร้ายแรงจนไม่สามารถตอบคำถามได้

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Yamane¹⁴ โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนไว้ที่ 0.05 จากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 56,524 ราย นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 398 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง⁵ ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลหน้าตา การลุกจากที่นอน/เตียง ไปเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การกลืนอุจจาระในสัปดาห์และการกลืนปัสสาวะในสัปดาห์ คะแนนเต็ม 20 คะแนน และมีการแปลผลคะแนนดังนี้ 12 คะแนนขึ้นไป ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ 5-11 คะแนน ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง 0-4 คะแนน

ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ค่าความตรงของเนื้อหา และ ได้มีการวิเคราะห์ความเที่ยง reliability ของ แบบประเมิน จากการสุ่มตัวอย่าง 30 คน ใช้วิธีวัด cronbach's alpha มีค่าเท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 แบบประเมิน สมรรถภาพการรู้คิด (cognitive function) ต้นฉบับภาษาอังกฤษพัฒนาโดยบุคคลและ บัลลอค แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลกลับ (back translation) ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ทั้งฉบับ (the content validity index for scales: S-CVI) ได้เท่ากับ 1 และค่าความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (the content validity index for items: I-CVI) โดยเฉลี่ยได้เท่ากับ 1¹⁵ ทีมผู้วิจัยได้ ดำเนินการขออนุญาตก่อนนำมาใช้เป็นเครื่องมือ เก็บข้อมูล เป็นแบบประเมินการรับรู้ 4 ด้าน มีทั้งหมด 6 ข้อ (6-item cognitive impairment test: 6CIT) ได้แก่ การรับรู้สภาวะรอบตัว การรับข้อมูล ความตั้งใจ และความจำเฉพาะหน้า คะแนนเต็ม 28 คะแนน และมีการแปลผลคะแนน ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่อง การรู้คิด 8-9 คะแนน หมายถึง อาจมีความบกพร่อง การรู้คิด 10-28 คะแนน หมายถึง มีความบกพร่องทางการรู้คิด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะ เปราะบาง (Frail scale) ของ Fried, et al.¹⁶ ที่ทำการแปลเป็นไทยโดย Sriwong WT. และคณะ อ่างใน คู่มือการคัดกรอง/การประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁵ ซึ่งผ่านการหาค่า I-CVI มีค่าเท่ากับ 1 ประกอบแบบ ประเมิน 5 ข้อ ได้แก่ ความอ่อนเพลียใน 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมา การเดินขึ้นบันได การเดินในแนวราบ

โรคประจำตัว และการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของ น้ำหนัก คะแนนเต็ม 5 คะแนน และมีการแปลผล คะแนนดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง กลุ่มแข็งแรง 1-2 คะแนน หมายถึง กลุ่มก่อนเปราะบาง 3-5 คะแนน หมายถึง กลุ่มเปราะบาง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ 183/2565 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2565 เป็นการเข้าร่วมวิจัย ด้วยความสมัครใจและได้มีการลงนามใน แบบฟอร์มยินยอม ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บ เป็นความลับ และจะทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราธิราช
2. ประสานทีมบุคลากรในหน่วยงาน หอผู้ป่วยสามัญ และคลินิกผู้ป่วยนอก ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการและขั้นตอน การศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา
3. เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะ ทางการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นเวลา 1 วัน

เพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์ในการศึกษา เทคนิค ขั้นตอนการใช้แบบสอบถามวิธีการจัดบันทึก โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และชี้แจงถึงขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบก่อนการเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) เท่ากับ 1 จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง

5. ดำเนินการเก็บข้อมูล 2 ระยะ โดยระยะที่ 2 จะทำการประเมินโดยการโทรศัพท์ ติดตามการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพ การรู้คิด และภาวะเปราะบางในวันที่ 30 หลังจาก การได้รับการประเมินครั้งแรก การเก็บข้อมูล จะเก็บเฉพาะตามแบบบันทึกข้อมูลเท่านั้น โดยผู้วิจัยหลักสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงผู้เดียว เท่านั้น มีการอภิปรายผลโดยภาพรวม และมีการทำลายข้อมูลทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัยภายใน เวลาไม่เกิน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติบรรยาย วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ทดสอบการกระจาย ของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk การทดสอบ ค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง ของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบพื้นฐาน และติดตาม ที่ 30 วัน โดยการทดสอบค่าที่กำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 367 ราย การศึกษานี้มีจำนวน 31 ราย ติดตามที่ 30 วันไม่ได้เนื่องจากเสียชีวิต 1 ราย อาการทรุดลงอยู่ในระหว่างการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล 2 ราย และติดต่อไม่ได้ 28 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยนอก เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการห้องตรวจคัดกรอง และตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 173 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 35.8 เพศหญิง ร้อยละ 64.2 อายุเฉลี่ย (mean) 73.48 ปี (SD=7.88) การศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.1 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 57.8 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.9 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.2 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 16 กลุ่มผู้ป่วย ใน เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอคัดกรอง ชาย อายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยเคมีบำบัด จำนวน 194 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.8 เพศ หญิง ร้อยละ 23.2 ค่าเฉลี่ยอายุ 70.14 ปี (SD=7.46) โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความ ดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.8 รองลงมาเป็นโรคมะเร็ง ด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ เป็นผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยคัดกรองชาย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงเป็นผู้ป่วยทาง อายุรกรรม ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า มีอาการ ไม่คงที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ และหอผู้ป่วย เคมีบำบัดเป็นส่วนใหญ่จึงพบโรคมะเร็งสูง การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.1 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 62.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.7 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=367)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยนอก (n=173) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ป่วยใน (n=194) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	62 (35.8)	149 (76.8)
หญิง	111 (64.2)	45 (23.2)
อายุ (ปี)		
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	73.48 (7.88)	70.14 (7.46)
ต่ำสุด-สูงสุด	60-91	60-88
ช่วงอายุ (ปี)		
60-64	27 (15.6)	55 (28.4)
65-69	32 (18.5)	37 (19.1)
70-74	43 (24.9)	54 (27.8)
75-79	20 (11.6)	25 (12.9)
มากกว่า 80	51 (29.5)	23 (11.9)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	9 (5.2)	6 (3.1)
ประถมศึกษา	104 (60.1)	138 (71.1)
มัธยมศึกษาตอนต้น	12 (6.9)	14 (7.2)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8 (4.6)	14 (7.2)
ประกาศนียบัตร (ปวช./ปวส.)	19 (11)	7 (3.6)
อุดมศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป)	21 (12.1)	15 (7.7)
รายได้		
ไม่เกิน 5,000 บาท	100 (57.8)	122 (62.9)
5,000-10,000 บาท	36 (20.8)	21 (10.8)
10,001-15,000 บาท	9 (5.2)	18 (9.3)
15,001-20,000 บาท	2 (1.2)	8 (4.1)
20,001-25,000 บาท	18 (10.4)	12 (6.2)
25,001-30,000 บาท	0 (0)	7 (3.6)
30,001 บาทขึ้นไป	8 (4.6)	6 (3.1)
สถานภาพ สมรส		
โสด	27 (15.6)	32 (16.5)
สมรส	121 (69.9)	112 (57.7)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	25 (14.5)	50 (25.8)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=367) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยนอก (n=173)	ผู้ป่วยใน (n=194)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	83 (39.2)	70 (28.8)
โรคเบาหวาน	34 (16.0)	37 (15.2)
โรคมะเร็ง (ไม่รวมมะเร็งผิวหนัง)	24 (11.3)	59 (24.3)
โรคปอดเรื้อรัง	3 (1.4)	10 (4.1)
โรคหลอดเลือดหัวใจกำเริบ	9 (4.2)	11 (4.5)
ภาวะหัวใจวาย	13 (6.1)	7 (2.9)
โรคหอบหืด	12 (5.7)	6 (2.5)
อาการแน่นหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	3 (1.4)	6 (2.5)
ภาวะข้ออักเสบ	5 (2.4)	7 (2.9)
โรคหลอดเลือดสมอง	7 (3.3)	8 (3.3)
โรคไต	19 (9.0)	22 (9.1)

2. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ และการติดตามที่ 30 วัน

2.1 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยสูงอายุ และติดตามที่ 30 วัน พบว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ จำนวน 168 ราย ร้อยละ 97.1 กลุ่มช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 2.3 กลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 1 ราย ร้อยละ 0.6 เมื่อติดตามที่ 30 วัน กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ จำนวน 169 ราย ร้อยละ 97.7

กลุ่มช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง จำนวน 3 ราย ร้อยละ 1.7 กลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 1 ราย ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ ผู้ป่วยใน กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ จำนวน 177 ราย ร้อยละ 91.2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง จำนวน 12 ราย ร้อยละ 6.2 ระดับ 0-4 คะแนนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 6 ราย ร้อยละ 3.1 เมื่อติดตามที่ 30 วัน กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ จำนวน 177 ราย ร้อยละ 91.2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง คะแนน จำนวน 10 ราย ร้อยละ 5.2 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 7 ราย ร้อยละ 3.6 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยสูงอายุ และการติดตามที่ 30 วัน (n=367)

ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยนอกติดตามที่ 30 วัน	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยในติดตามที่ 30 วัน
	(n=173)		(n=194)	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้	168 (97.1)	169 (97.7)	176 (90.7)	177 (91.2)
ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้	4 (2.3)	3 (1.7)	12 (6.2)	10 (5.2)
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	1 (0.6)	1 (0.6)	6 (3.1)	7 (3.6)

2.2 ระดับสมรรถภาพการรู้คิดผู้ป่วยสูงอายุ และการติดตามที่ 30 วัน พบว่า ผู้ป่วยนอก ไม่มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 86 ราย ร้อยละ 49.7 อาจมีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 25 ราย ร้อยละ 14.5 มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 62 ราย ร้อยละ 35.8 เมื่อติดตามที่ 30 วัน ไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยใน ไม่มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 155 ราย ร้อยละ 79.9 อาจมี

ความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 15 ราย ร้อยละ 7.7 มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 24 ราย ร้อยละ 12.4 เมื่อติดตามที่ 30 วัน ไม่มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 155 ราย ร้อยละ 79.9 อาจมีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 16 ราย ร้อยละ 8.2 มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 23 ราย ร้อยละ 11.9 ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ระดับสมรรถภาพการรู้คิดผู้ป่วยสูงอายุ และติดตามที่ 30 วัน (n=367)

ระดับสมรรถภาพการรู้คิด	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยนอกติดตามที่ 30 วัน	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยในติดตามที่ 30 วัน
	(n=173)		(n=194)	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
ไม่มีความบกพร่องการรู้คิด	86 (49.7)	86 (49.7)	155 (79.9)	155 (79.9)
อาจมีความบกพร่องการรู้คิด	25 (14.5)	25 (14.5)	15 (7.7)	16 (8.2)
มีความบกพร่องการรู้คิด	62 (35.8)	62 (35.8)	24 (12.4)	23 (11.9)

2.3 ภาวะเปราะบางผู้ป่วยสูงอายุ และการติดตามที่ 30 วัน พบว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มแข็งแรง จำนวน 57 ราย ร้อยละ 32.9 กลุ่มก่อนเปราะบาง จำนวน 87 ราย ร้อยละ 50.3 กลุ่มเปราะบาง จำนวน 29 ราย ร้อยละ 16.7 เมื่อติดตามที่ 30 วัน กลุ่มแข็งแรง จำนวน 55 ราย ร้อยละ 31.8 กลุ่มก่อนเปราะบาง จำนวน 89 ราย ร้อยละ 51.5 กลุ่มเปราะบาง จำนวน 29 ราย ร้อยละ 16.7 ผู้ป่วยใน กลุ่มแข็งแรง จำนวน 50 ราย ร้อยละ 25.8

กลุ่มก่อนเปราะบาง จำนวน 110 ราย ร้อยละ 57.3 กลุ่มเปราะบาง จำนวน 34 ราย ร้อยละ 17.5 เมื่อติดตามที่ 30 วัน กลุ่มแข็งแรง จำนวน 48 ราย ร้อยละ 24.7 กลุ่มก่อนเปราะบาง จำนวน 110 ราย ร้อยละ 57.2 กลุ่มเปราะบาง จำนวน 35 ราย ร้อยละ 18 ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ภาวะเปราะบางผู้ป่วยสูงอายุ และติดตามที่ 30 วัน (n=367)

ภาวะเปราะบาง	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
	ติดตามที่ 30 วัน		ติดตามที่ 30 วัน	
	(n=173)		(n=194)	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
กลุ่มแข็งแรง	57 (32.9)	55 (31.8)	50 (25.8)	48 (24.7)
กลุ่มก่อนเปราะบาง	87 (50.3)	89 (51.5)	110 (57.3)	111 (57.2)
กลุ่มเปราะบาง	29 (16.7)	29 (16.7)	34 (17.5)	35 (18)

3. เปรียบเทียบระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง ข้อมูลพื้นฐาน และติดตาม 30 วัน พบว่า ผู้ป่วยนอก ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ

$p=1.000, .238, .355$ ตามลำดับ ผู้ป่วยใน ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p=.231, .893, .132$ ตามลำดับ ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบางผู้สูงอายุ ข้อมูลพื้นฐานและติดตามที่ 30 วัน (n=367)

หัวข้อ	คะแนน เต็ม	Mean	SD	t	df	p-value
ผู้ป่วยนอก (n=173)						
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	20					
ข้อมูลพื้นฐาน		18.51	2.489	.000	172	1.000
ติดตามที่ 30 วัน		18.51	2.560			
สมรรถภาพการรู้คิด	28					
ข้อมูลพื้นฐาน		7.44	6.000	1.185	172	.238
ติดตามที่ 30 วัน		7.40	6.030			
ภาวะเปราะบาง	5					
ข้อมูลพื้นฐาน		1.26	1.165	-.928	172	.355
ติดตามที่ 30 วัน		1.29	1.185			
ผู้ป่วยใน (n=194)						
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	20					
ข้อมูลพื้นฐาน		17.97	4.000	1.202	193	.231
ติดตามที่ 30 วัน		17.90	4.161			
สมรรถภาพการรู้คิด	28					
ข้อมูลพื้นฐาน		4.28	4.863	-.134	193	.893
ติดตามที่ 30 วัน		4.29	4.800			
ภาวะเปราะบาง	5					
ข้อมูลพื้นฐาน		1.32	1.116	-1.513	193	.132
ติดตามที่ 30 วัน		1.35	1.134			

one samples t-test; p-value<0.05

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยนอก

และผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยในมีผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง และกลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มากกว่าผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่ได้รับการได้รับการนอนโรงพยาบาลมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและอาจควบคุมโรคไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษา

ของฐิรพร และคณะ¹⁷ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ช่วยเหลือตนเองและสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 90.8 ความเสื่อมถอยของสภาวะของร่างกาย ส่งผลให้การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ ($r=-0.235$, $p=.022$) โรคประจำตัว ($r=-0.135$, $p=.034$) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ($r=-0.274$, $p=.045$) ดังนั้นควรคำนึงถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของความสามารถ เช่น อายุ โรคประจำตัว และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ล้วนเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการออกแบบแผนการดูแลเฉพาะบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยในที่มีโรคเรื้อรัง และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองระดับสมรรถภาพการรู้คิด ผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกมีความบกพร่องการรู้คิด มากกว่าผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นกลุ่มที่อายุช่วงอายุมากกว่า 80 สูงสุดคือร้อยละ 29.5 สอดคล้องกับการศึกษาของชวชนท์ อิมอาบ¹⁸ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ คืออายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็น 11.1 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มก่อนเปราะบาง และมีภาวะเปราะบาง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะเปราะบางพบมากขึ้นตามอายุ เพศหญิง เมื่อติดตามที่ 4 ปี การเกิดภาวะเปราะบางอยู่ที่ร้อยละ 7.2 สัมพันธ์กับระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อย สุขภาพโดยรวมไม่ดี มีโรคร่วมเรื้อรัง

มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทีลดลง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต [Hazard Ratio (HR) 1.82-4.46, $p<.0001$] นอกจากนี้กลุ่มก่อนเปราะบางเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นกลุ่มเปราะบาง (OR=2.63; 95%CI: 1.94,3.56, $p<.0001$) การศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนเมือง¹¹ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 98 ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน ภายหลังจากการส่งต่อในระบบสุขภาพ พบว่า มีผู้รับบริการ ร้อยละ 59.4 แต่ในจำนวนนี้มีผู้ใช้บริการจริงเพียงร้อยละ 33.7 กลุ่มที่ใช้บริการมีสภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังนั้น ควรมีระบบเฝ้าระวังภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงและส่งเสริมการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง พร้อมสร้างแรงจูงใจในการใช้บริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sample) อาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด อาจทำให้เกิดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias)
2. ข้อจำกัดในการสรุปผล (limited generalizability) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ใช่การสุ่มแบบเป็นระบบ ผลที่ได้จึงไม่สามารถสรุปหรือขยายผลไปยังประชากรทั่วไป ซึ่งการศึกษานี้เป็นเพียงผู้สูงอายุในบางหน่วยงานของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
3. ผู้สูงอายุติดตามที่ 30 วันไม่ได้ ร้อยละ 7.78 อาจทำให้ผลเปลี่ยนแปลงได้ รวมถึง

เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ ที่คำตอบเป็นเพียงจากเสียง มิได้ประเมินสมรรถนะอื่นร่วม

4. การวิเคราะห์มิได้นำส่วนอื่น เช่น โรคประจำตัว การเจ็บป่วยในครั้งนั้น ๆ มาพิจารณาวิเคราะห์ความเกี่ยวเนื่อง ผลที่ได้จึงอาจจะมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ข้อมูลดังกล่าวใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาการดูแลและรองรับกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน เช่น จัดให้มีการบริการในระดับปฐมภูมิในการคัดกรอง รวมถึงการป้องกันและเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง และการพัฒนารูปแบบบริการให้เชื่อมโยงกับชุมชนมากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล

2. ด้านการปฏิบัติงาน การคัดกรองผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้ในทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลสนับสนุนการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ และใช้ข้อมูลจากการประเมินเพื่อจัดลำดับความสำคัญในการดูแล เช่น การเน้นฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องกับระดับความสามารถของผู้ป่วย

3. ด้านการทำวิจัย ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการติดตามผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช” (Navamindradhiraj University Research fund)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing [Internet]. 2022 [cited 2025 May 12]. Available from: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Thailand's step toward a complete ageing society [Internet]. 2022 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>. (in Thai)
3. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Statistics of older persons 2021 [Internet]. 2022 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1099>. (in Thai)
4. Division of Medical Record and Statistics, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. Statistics of elderly outpatients, Vajira Hospital 2019–2021. 2022. (in Thai)
5. Somdet Phra Yanasangvara Geriatric Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Quality geriatric clinic standards and implementation manual [Internet]. 2022 [cited 2025 May 12]. Available from: <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/manual-guideline/manual-guideline-table/>. (in Thai)
6. Panuthai S. Health service system for the elderly. In: Panuthai S, editor. Geriatric nursing. 2nd ed. Chiang Mai: Smartcoating and Service; 2018. p. 31–43. (in Thai)

7. Boongird C. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): How to change the system of primary care. PCFM. 2009;1(2):32–6. (in Thai)
8. Veronese N, Custodero C, Demurtas J, Smith L, Barbagallo M, Maggi S, et al. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. *Age Ageing*. 2022;51(5):afac104. doi: 10.1093/ageing/afac104
9. Lin KP, Chen JH, Lu FP, Wen CJ, Chan DD. The impact of early comprehensive geriatric screening on the readmission rate in an acute geriatric ward: a quasi-experimental study. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):285. doi: 10.1186/s12877-019-1312-y
10. Allen CM, Blazer DG, McVey LJ, Saltz C, Feussner JR, Cohen HJ. A randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team: compliance with recommendations. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34(4):255–61.
11. Sato (Osaki) K, Huq K, Kazawa K, Kawai M, Moriyama M. Evaluate a comprehensive geriatric assessment service framework targeting frail older people who had high risk of requiring long-term care services in Japan: a community-based pilot study. *BMC Geriatr*. 2024;24(645): 1–11. doi: 10.1186/s12877-024-05200-0
12. Kurathong S. Urban medicine. *Vajira Med J*. 2016;59(1):1–4. (in Thai)
13. Eliopoulos C. *Gerontological Nursing*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2001.
14. Yamane T. *Statistics: an introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
15. Areeau S, Youngcharoen P. Six-item cognitive impairment test Thai version: psychometric properties. *Rama Nurs J*. 2020;26:188–202. (in Thai)
16. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146–56. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
17. Paisan T, Srinah S, Butrach S, Uncharoen S, Kongla M. Factors associated with activities of daily living among elderly in chronic disease clinic, Kho Yai Tambon Health Promoting Hospital, Ku Kaew District, Udon Thani Province. *J Health Syst Res*. 2024;17(2):55–67. (in Thai)
18. Imarb C. Prevalence and factors associated with cognitive impairment among elderly in Wat Pleng District, Ratchaburi Province. *J Public Health*. 2024;28(5):782–91. (in Thai)

บทความวิชาการ

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ที่โรงพยาบาลรามารัตน์

ลัดดาวัลย์ ประจวบกลาง¹

บทคัดย่อ

สถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทยปี 2565 รายงานว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงถือเป็น 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี สาเหตุของโรคส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภค บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายบทบาทสำคัญของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) โดยเฉพาะการจัดการการใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม รวมถึงการเฝ้าระวังสัญญาณชีพของผู้ป่วยตลอดกระบวนการ และการตอบสนองต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความดันโลหิตต่ำ การมีวิสัญญีพยาบาลที่เชี่ยวชาญในการดูแลการใช้ยาและเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมีส่วนช่วยให้การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลดีทั้งในด้านคุณภาพการรักษาและการฟื้นตัวของผู้ป่วย

คำสำคัญ: บทบาทของวิสัญญีพยาบาล/ การบริการทางวิสัญญี/ การระงับความรู้สึก/ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

¹ วิสัญญีพยาบาล สังกัดภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ

Corresponding Author, Email: laddawan.fern555@gmail.com

Review article

The role of nurse anesthetists in caring for patients undergoing colonoscopy at Ramathibodi Hospital

Laddawan Prajuabklang¹

Abstract

The cancer registry of Thailand for the year 2022 reported that colorectal cancer is among the top five most common cancers among Thais, with an incidence rate that continues to rise annually. One of the causes of the disease stems from lifestyle behaviors that increase the risk of its occurrence, particularly dietary habits. This article aims to highlight the critical role of nurse anesthetists in the care of patients undergoing colonoscopy, particularly in the appropriate management of anesthesia, continuous monitoring of vital signs throughout the procedure, and effective response to potential complications, such as hypotension. Skilled nurse anesthetists play a key role in ensuring the smooth and safe conduct of colonoscopies by meticulously managing medication and closely monitoring patients. Furthermore, their expertise enhances the overall quality of care, reduces the risk of complications, and improves patient satisfaction, contributing positively to both treatment outcomes and patient recovery.

Keywords: the role of nurse anesthetists/ anesthesia services/ anesthesia/ colonoscopy

¹ Nurse anesthetist, Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok
Corresponding Author, Email: laddawan.fern555@gmail.com

บทนำ

ความสำคัญของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) สถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทยปี 2565 รายงานว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงถือเป็น 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย¹ เป็นเพศชายและหญิงราว 8,658 และ 7,281 คน ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5,500 คนต่อปี และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 โรงพยาบาลรามารามาธิบดี² ให้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอันดับ 2 ในสัดส่วน 10%-12%² ของจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เช่น รับประทานอาหารในกลุ่มเนื้อแดงและเนื้อแปรรูปที่ปิ้งย่าง ไหม้เกรียม อาหารที่มีไขมันสูง และอาหารฟาสฟูดส์ต่าง ๆ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป หรือมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ สำหรับวิธีการตรวจคัดกรองที่นิยมใช้³ มีดังนี้

1. การตรวจอุจจาระเพื่อหาเลือดออกแฝง (fecal occult blood test - FOBT) เป็นวิธีที่ง่าย ปลอดภัย และสะดวก เหมาะสำหรับการคัดกรองเบื้องต้น โดยตรวจหาเลือดที่อาจมองไม่เห็นด้วยตาเปล่าในอุจจาระ ซึ่งอาจเป็นสัญญาณของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ความไวในการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประมาณ 80%³

2. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ลำไส้ใหญ่ (CT colonography) โดยใช้เทคโนโลยีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สร้างภาพลำไส้ใหญ่ มีความเสี่ยงจากการตรวจน้อยกว่าการส่องกล้อง และสามารถตรวจพบพยาธิสภาพอื่น ๆ นอกลำไส้ใหญ่ได้ ความไวในการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประมาณ 90%³

3. การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ถือเป็นวิธีวินิจฉัยหลัก ของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากสามารถมองเห็น

ลำไส้ทั้งหมด ตรวจพบติ่งเนื้อทุกรูปแบบทั้งแบบนูนและแบนราบ และยังสามารถตัดชิ้นเนื้อออกเพื่อวินิจฉัยได้ทันที ความไวในการตรวจพบมะเร็งและติ่งเนื้อที่มีความเสี่ยงสูง มากกว่า 95%³ ข้อจำกัดมีความเสี่ยงจากหัตถการ เช่น การเลือดออกหรือการลำไส้ทะลุ ซึ่งพบได้น้อย

ซึ่งการแพทย์ปัจจุบันในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) สามารถช่วยวินิจฉัยและรักษาโรคทางเดินอาหารได้แม่นยำที่สุด ได้แก่ การตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่ การตัดชิ้นเนื้อโพลิปหรือการรักษาภาวะเลือดออกในลำไส้ใหญ่ แต่หัตถการนี้มักทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายหรือเจ็บปวด จึงจำเป็นต้องมีการใช้ยาระงับความรู้สึกเพื่อเพิ่มความสะดวกสบายและลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย เนื่องจากยาระงับความรู้สึกอาจส่งผลกระทบต่อระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต ทีมวิสัญญีมีบทบาทสำคัญในการปรับขนาดยาให้เหมาะสม ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน⁴ เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ (BP ต่ำกว่า 90/60 mmHg) ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน และดูแลผู้ป่วยหลังการตรวจเพื่อให้ฟื้นตัวได้อย่างสมบูรณ์ ลดความเสี่ยงและเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจอย่างปลอดภัย

ประโยชน์ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่⁵⁻⁶

1. เพื่อการตรวจคัดกรองและตัดติ่งเนื้อ (polyps) ได้ในระยะเริ่มต้น ติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่บางชนิด เช่น ติ่งเนื้อเมือกในลำไส้ (adenomatous polyps) สามารถพัฒนาเป็นมะเร็งได้ในระยะเวลาอันยาวนาน ตรวจพบและตัดติ่งเนื้อเหล่านี้ก่อนที่ จะกลายเป็นมะเร็ง

2. การวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น หากมีการตรวจพบติ่งเนื้อหรือความผิดปกติอื่น ๆ ในระหว่างการส่องกล้อง แพทย์สามารถทำการเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อ (biopsy) เพื่อตรวจหา

มะเร็งหรือความผิดปกติอื่น ๆ ได้ทันที การตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้นมักจะมีผลการรักษาที่ดีกว่าและมีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่าการตรวจพบในระยะที่ลุกลาม

3. การส่องกล้องนอกจากใช้ตรวจหาติ่งเนื้อและมะเร็งแล้ว ยังสามารถตรวจหาความผิดปกติอื่น ๆ ได้ เช่น การอักเสบของลำไส้หรือการตีบแคบของลำไส้ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดมะเร็งในอนาคต

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลก่อนระดับความรู้สึผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วยและความแม่นยำในการดำเนินการ ซึ่งการใช้ยาระงับความรู้สึกมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเจ็บปวดและความไม่สบายตัวของผู้ป่วยระหว่างการตรวจ วิสัญญีพยาบาลจึงมีหน้าที่สำคัญในการประเมินเตรียมความพร้อม และจัดการความเสี่ยงก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อให้การตรวจเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยสูงสุด

1. เตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เตรียมลำไส้ ดื่มยาระบายตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อทำความสะอาดลำไส้ เช่น polyethylene glycol (PEG) หรือ sodium phosphate โดยปกติแล้วจะต้องเริ่มดื่มยาระบาย 1-2 วัน ก่อนการตรวจ ยาระบายจะช่วยขจัดอุจจาระและสิ่งสกปรกในลำไส้ ทำให้แพทย์สามารถเห็นรายละเอียดภายในลำไส้ได้ชัดเจนมากขึ้น

2. การจัดการยาที่ใช้เป็นประจำ อาทิเช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) แพทย์อาจพิจารณาหยุดยาชั่วคราวหรือลดขนาดยาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกระหว่างหรือหลังการตรวจ และยาประจำตัวอื่น ๆ

ยาเบาหวาน ควรลดขนาดยาหรือเลื่อนการใช้ยา ในช่วงเช้าของวันที่มีการตรวจ เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และยาลดความดันโลหิต แพทย์อาจแนะนำให้หยุดยา กลุ่ม ACE inhibitors หรือ ARBs หลังการตรวจ ยาต้านการแข็งตัวของเลือดมักจะกลับมาใช้ได้ตามปกติ หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก

3. การปฏิบัติตัว 1 วัน ก่อนการตรวจ ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แนะนำให้รับประทานอาหารเฉพาะ อาหารเหลวใสในวันก่อนการตรวจ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารเหลวใส เช่น ซุปใส น้ำซูปไก่ หรือน้ำผลไม้ที่ไม่มีสีเข้ม งดรับประทานอาหารเหลวที่มีลักษณะขุ่น ชัน มีเนื้อมัน เช่น นม น้ำเต้าหู้ หรืออาหารเหลวที่มีสีดํา แดง น้ำตาล เป็นต้น งดอาหารและน้ำ (nil per os time) อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง⁷ ก่อนการตรวจ เพื่อป้องกันการสำลัก ในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกขณะส่องกล้อง ควรพักผ่อนให้เพียงพอในคืนก่อนการตรวจ และควรจัดเตรียมการเดินทางกลับบ้านหลังการตรวจ เช่น มีคนขับรถให้ เนื่องจากอาจยังมีอาการมึนงงจากยาระงับความรู้สึก

4. การให้คำแนะนำและการสื่อสารกับผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาลต้องอธิบายขั้นตอนการส่องกล้องและการใช้ยาระงับความรู้สึกให้ผู้ป่วยเข้าใจ รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การอธิบายว่าจะรู้สึกอย่างไรในระหว่างและหลังการตรวจ

5. การเตรียมตัวในวันตรวจ สวมเสื้อผ้าที่สบาย ผู้ป่วยควรสวมเสื้อผ้าที่สบาย และหลวมในวันตรวจ เพื่อให้ง่ายต่อการเปลี่ยนเสื้อผ้าและการตรวจ

การวางแผนระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การระงับความรู้สึกที่ใช้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ สามารถแบ่งออกเป็น

4 ประเภทหลัก⁸⁻⁹ ได้แก่ minimal sedation, moderate sedation, deep sedation และ general anesthesia การเลือกประเภทของการระงับความรู้สึกจะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น สภาพของผู้ป่วยโดยอ้างอิงจาก American society of anesthesiologists (ASA physical status classification system)¹⁰ เป็นระบบที่ใช้เพื่อประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก โดยแบ่งเป็น 6 ระดับ ดังนี้

ASA class I สุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว

ASA class II โรคประจำตัวเล็กน้อย

ASA class III โรคประจำตัวรุนแรง ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน

ASA class IV โรคที่คุกคามชีวิต ต้องการการดูแลใกล้ชิด

ASA class V ผู้ป่วยวิกฤต มีโอกาสเสียชีวิตสูง แม้ได้รับการรักษา

ASA class VI ผู้ป่วยสมองตาย เตรียมบริจาคอวัยวะ

ระดับความวิตกกังวล ความซับซ้อนของเหตุการณ์ และความต้องการในการควบคุมความเจ็บปวดและความสะดวกสบาย สำหรับผู้ป่วยที่จัดอยู่ใน ASA class I-III มักใช้วิธีการระงับความรู้สึก¹¹ แบบ minimal sedation, moderate sedation, deep sedation ในกรณี que ผู้ป่วยอยู่ใน ASA class IV-V¹¹ หรือมีโรคประจำตัวที่ซับซ้อน อาจจำเป็นต้องใช้วิธี general anesthesia เพื่อควบคุมและลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดตันทางเดินหายใจหรือความดันโลหิตไม่คงที่ และในการเลือกวิธีระงับความรู้สึกควรอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์

1. การระงับความรู้สึกระดับเบา (minimal sedation)

ประเภทของผู้ป่วย: ผู้ป่วยที่มี ASA I-II ซึ่งสุขภาพดีหรือมีโรคประจำตัวเล็กน้อยที่ควบคุมได้ เช่น ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานที่ไม่ซับซ้อน

ลักษณะการใช้: ใ้ยาในปริมาณต่ำ เช่น midazolam หรือ propofol ในปริมาณเล็กน้อย ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวและสามารถตอบสนองต่อคำสั่งได้ แต่จะรู้สึกผ่อนคลายและง่วงนอน ระบบหายใจและการไหลเวียนเลือดไม่ถูกรบกวนมาก

ประโยชน์: ช่วยลดความวิตกกังวลและไม่สบายตัวระหว่างทำหัตถการ โดยยังคงการตอบสนองและลดความเสี่ยงจากการหยุดหายใจ ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วและไม่ต้องการการเฝ้าระวังทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด

2. การระงับความรู้สึกระดับปานกลาง (moderate sedation)

ประเภทของผู้ป่วย: ผู้ป่วยที่มี ASA I-III ซึ่งรวมถึงผู้ที่มีโรคประจำตัว¹⁰ หรือมีโรคที่ค่อนข้างรุนแรงแต่สามารถทนต่อการทำหัตถการได้

ลักษณะการใช้: ใ้ยาปริมาณสูงขึ้น เช่น propofol, fentanyl หรือ midazolam ผู้ป่วยยังสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยวาจาหรือสัมผัสได้ แต่จะรู้สึกง่วงนอน และผ่อนคลายมากขึ้น ระบบหายใจยังทำงานเองได้

ประโยชน์: ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น และยังคงตอบสนองต่อคำสั่งในกรณีที่จำเป็น แต่ต้องการการเฝ้าระวังที่ใกล้ชิดขึ้นเนื่องจากมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหยุดหายใจชั่วคราวเล็กน้อย นอกจากนี้ กลุ่มผู้สูงอายุเฉลี่ย 74.2 ปี และกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยเฉลี่ย 49.4 ปี มีระดับความเสี่ยง ASA class II พบว่า การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ภายใต้การระงับความรู้สึกด้วย propofol ไม่มีความแตกต่างกันด้านความปลอดภัย¹²

3. การระงับความรู้สึกระดับลึก (deep sedation)

ประเภทของผู้ป่วย: ผู้ป่วยที่มี ASA II-IV ซึ่งมีโรคประจำตัวที่อาจควบคุมได้ยากขึ้นหรือมีภาวะที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบการหายใจ และหัวใจ เช่น โรคหัวใจขั้นรุนแรง

ลักษณะการใช้: ใช้ยาปริมาณสูง เช่น propofol หรือ ketamine ผู้ป่วยจะไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นได้ง่าย และอาจต้องการช่วยหายใจเบื้องต้น เนื่องจากอาจมีผลกระทบต่อระบบหายใจ

ประโยชน์: ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะหลับลึก ลดการตอบสนองต่อความเจ็บปวดหรือความไม่สบายอย่างสมบูรณ์ เหมาะสำหรับการทำหัตถการที่อาจมีความเจ็บปวดมากขึ้น

4. การวางยาสลบ (general anesthesia)

ประเภทของผู้ป่วย: ผู้ป่วยที่มี ASA III-V ซึ่งมีโรครุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องการการระงับความรู้สึกอย่างสมบูรณ์ โดยผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้

ลักษณะการใช้: ใช้ยาในปริมาณที่สูง เพื่อให้ผู้ป่วยหมดสติและไม่สามารถหายใจได้เอง จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ยาที่ใช้ เช่น propofol, sevoflurane หรือ desflurane ร่วมกับยาแก้ปวดแรง

ประโยชน์: ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้หายอย่างสมบูรณ์และไม่สามารถรับรู้ความเจ็บปวดหรือการกระทำใด ๆ เหมาะสำหรับการหัตถการที่ซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูง

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลระหว่างระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ วิสัญญีพยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการจัดตำแหน่งผู้ป่วย และบริเวณรอบศีรษะเพื่อให้สามารถเข้าถึงและ

จัดการทางเดินหายใจได้อย่างสะดวก เนื่องจากตำแหน่งของกล้องส่องตรวจมักจะต้องอยู่ด้านเดียวกับเครื่องดมยาที่ติดตั้งใกล้ศีรษะผู้ป่วย ตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับวิสัญญีและเครื่องดมยา คือ ควรอยู่ฝั่งตรงข้ามกับตำแหน่งของกล้องหรือเครื่องมือส่องตรวจที่มีก้อยู่ด้านลำตัวผู้ป่วย

การจัดท่าผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy)¹

บทบาทของวิสัญญีคือการตรวจสอบและปรับการจัดท่าให้เหมาะสม ซึ่งการจัดท่าผู้ป่วยในระหว่างการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยทั่วไปจะใช้ท่านอนตะแคงซ้าย ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการจัดการด้านวิสัญญีและความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำดังกล่าวช่วยเปิดทางเดินหายใจ ลดความเสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจ (airway obstruction) และการสำลัก (aspiration) ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก นอกจากนี้ยังช่วยลดแรงกดของลำไส้ต่อเส้นเลือดใหญ่ (inferior vena cava) ส่งผลดีต่อการไหลเวียนโลหิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตไม่คงที่ การจัดท่าผู้ป่วยจะมีรายละเอียดดังนี้

1. ท่านอนตะแคงซ้าย (left lateral decubitus position) ทำพื้นฐานสำหรับการส่องกล้องท่านอนตะแคงซ้าย เป็นท่าที่ใช้บ่อยที่สุดในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เนื่องจาก ช่วยให้ลำไส้ใหญ่ปรับตัวในลักษณะที่เหมาะสมสำหรับการตรวจ โดยให้งอเข้าชิดอกสองข้าง (flexed position) การจัดท่าเช่นนี้ช่วยให้ลำไส้ใหญ่ตรงและทำให้กล้องผ่านเข้าไปได้ง่ายขึ้น ใช้หมอนหรือผ้าห่ม รองรับศีรษะและลำตัวเพื่อเพิ่มความสะดวก และลดแรงกดบนกล้ามเนื้อและข้อต่อ

2. การปรับท่าผู้ป่วยระหว่างการตรวจ การเปลี่ยนท่าเล็กน้อย ในบางกรณี อาจจำเป็นต้อง ปรับท่าผู้ป่วยเล็กน้อย เช่น การเอียงลำตัว หรือ การปรับองศาของขา เพื่อให้สามารถสอดกล้อง ผ่านส่วนโค้งของลำไส้ได้ง่ายขึ้น ขณะปรับท่า ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้แน่ใจว่า อยู่ในท่าที่มั่นคง ป้องกันการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตราย

3. ความสะดวกสบายของผู้ป่วย การใช้ หมอนรอง การใช้หมอนหรือผ้าห่มรองใต้เข่า หลัง หรือศีรษะของผู้ป่วย สามารถช่วยลด ความไม่สบายที่เกิดจากการนอนในท่าเดียว เป็นเวลานาน และลดแรงกดบนข้อต่อและ กล้ามเนื้อ หากผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายหรือเจ็บปวด ในระหว่างการตรวจ ควรให้ทีมแพทย์หรือ วิทยาลัยพยาบาล พิจารณาปรับท่าหรือให้ยาเพิ่มเติม หากจำเป็น

4. การจัดทำในกรณีผู้ป่วยพิเศษ การจัดทำ ผู้ป่วยที่มีภาวะพิเศษ เช่น ภาวะอ้วน ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เป็นสิ่งที่ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้การตรวจ ส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นไปอย่างราบรื่น และ ปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมักต้องใช้หมอนหรือ เบาะรองเพิ่มเติมบริเวณสะโพกและท้อง เพื่อช่วย ปรับสมดุลร่างกายและลดแรงกดที่เกิดจากน้ำหนัก ตัว สำหรับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีข้อจำกัดใน การเคลื่อนไหว ควรใช้หมอนรองบริเวณหลัง เข่า และสะโพก เพื่อลดแรงกดบนข้อต่อและกระดูก ที่อ่อนแอ รวมถึงการใช้เครื่องช่วยเคลื่อนไหว เช่น เครื่องยกตัวหรือแผ่นเลื่อน เพื่อช่วยในการจัดทำ อย่างปลอดภัย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการงอ หรือเหยียดขา เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ที่มี ข้อสะโพกติดแข็ง ควรปรับมุมของสะโพกหรือเข่า ให้เข้ากับสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยการปรับมุม

เล็กน้อยหรือการใช้หมอนรองเพิ่มเติมสามารถช่วย เพิ่มความสะดวกสบายและลดความเสี่ยงต่อ การบาดเจ็บ

5. การตรวจสอบท่าทางหลังการส่องกล้อง การกลับสู่ท่าปกติ หลังการส่องกล้องเสร็จสิ้น ควรช่วยผู้ป่วยกลับสู่ท่านอนปกติอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันอาการวิงเวียนหรือเจ็บปวดจาก การเปลี่ยนท่าทางอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้การใช้ cap-assisted colonoscopy ช่วยในการส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ในท่านอนตะแคงซ้ายทั้งในระหว่าง การสอดใส่และถอนเครื่องมือ สามารถเพิ่มอัตรา การตรวจพบรอยโรคแบบ sessile serrated (ssl) ได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁴ เมื่อเทียบกับการส่องกล้องที่ ไม่ใช่ cap-assisted colonoscopy

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการระงับ ความรู้สึก ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การส่อง กล้องลำไส้ใหญ่เป็นหัตถการที่มักต้องใช้ ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและ ลดความเจ็บปวดในระหว่างการตรวจ แม้จะมีความปลอดภัยสูงเมื่อดำเนินการโดยทีมวิสัญญี ที่มี ความเชี่ยวชาญ แต่ก็ยังมีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งจากยาที่ใช้ และกระบวนการ ดูแลทางวิสัญญี ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจมี ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรง เช่น ภาวะกด การหายใจ (respiratory depression), การสำลัก (aspiration), ความดันโลหิตต่ำ (hypotension), หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) หรือ อาการแพ้ยา (allergic reactions) อย่างไรก็ตาม ในบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะภาวะแทรกซ้อน จากการระงับความรู้สึกที่พบบ่อย⁴ ในผู้ป่วย ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่คือ ภาวะความดัน โลหิตต่ำ (hypotension) และ ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting)

ภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension)

ความดันโลหิตปกติ จะมีค่าความดันซิสโตลิก (systolic) อยู่ที่ประมาณ 90–120 mmHg ส่วนค่าความดันไดแอสโตลิก (diastolic) อยู่ที่ประมาณ 60–80 mmHg หากเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ คือค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic bp) ลดลงต่ำกว่า 90 mmHg หรือค่าความดันตัวล่าง (diastolic bp) ลดลงต่ำกว่า 60 mmHg⁴

สาเหตุของภาวะความดันโลหิตต่ำ เช่น 1) ยาระงับความรู้สึก ยาในกลุ่มโพรโพออล (propofol) มีฤทธิ์กดการทำงานของหัวใจ และทำให้หลอดเลือดขยาย ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง 2) ภาวะขาดน้ำ (dehydration) การเตรียมลำไส้ด้วยยาระบายอาจทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ส่งผลต่อปริมาณเลือดไหลเวียน (hypovolemia) 3) ภาวะผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (vasovagal reaction) การกระตุ้นเส้นประสาทวากัสระหว่างหัตถการอาจทำให้หัวใจเต้นช้าลง และความดันโลหิตลดลง¹⁵

แนวทางการจัดการ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluids) เช่น normal saline หรือ lactated ringer's solution เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียน 500-1000 mL ในกรณีความดันโลหิตต่ำเล็กน้อยถึงปานกลาง หากการให้สารน้ำไม่เพียงพอ ให้ยา ephedrine (5-10 mg IV) หรือ phenylephrine (50-100 µg IV) เพื่อเพิ่มความดันโลหิตใช้ dopamine หรือ norepinephrine ในกรณีที่รุนแรง ลดขนาดยา propofol หรือ remifentanyl เพื่อหลีกเลี่ยงการกดหัวใจและหลอดเลือดเกินจำเป็น และใช้ยาในกลุ่ม midazolam หรือ fentanyl ซึ่งมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดน้อยกว่าทดแทน⁴

ภาวะคลื่นไส้อาเจียน (nausea and vomiting)

สามารถสังเกตได้จากอาการที่ผู้ป่วยแสดง เช่น รู้สึกไม่สบายตัว คลื่นไส้ อยากอาเจียน สีหน้าซีด เหงื่อออก หรือการเกร็งตัวผิดปกติ

สาเหตุของภาวะคลื่นไส้อาเจียน เช่น 1) ยาระงับความรู้สึก สีกกลุ่ม opioids กระตุ้นการอาเจียนในสมอง 2) ถูกกระตุ้นจากหัตถการ การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ระหว่างการส่องกล้อง 3) การดื่มยาระบายจำนวนมากอาจทำให้กระเพาะอาหารระคายเคือง 4) ประวัติคลื่นไส้หลังผ่าตัด¹⁵

แนวทางการจัดการ ก่อนหัตถการ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มยาระบายช้า ๆ เพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะอาหารและหลีกเลี่ยงอาหารมันหรือย่อยยาก ให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน เช่น ondansetron (4-8 mg IV) หรือ dexamethasone (4-8 mg IV) และใช้เครื่องดูดของเหลวในกรณีอาเจียนระหว่างหัตถการ

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลหลังระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ข้อควรปฏิบัติในการดูแลห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ (PACU)¹⁶⁻¹⁷ การประเมินการฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึก (anesthesia recovery) เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยฟื้นตัวอย่างปลอดภัยหลังจากการได้รับยาระงับความรู้สึก โดยการประเมินนี้มีเป้าหมายเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยฟื้นตัวสมบูรณ์ก่อนที่จะถูกจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น¹⁸ (discharge readiness) โดยทั่วไปไม่มีการกำหนดเวลาอย่างแน่นอน แต่สำหรับผู้ป่วย ASA class I ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง หรือจนกว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับการย้ายออกจากห้องพักฟื้น และผู้ป่วยควรได้คะแนน modified Aldrete's post anesthetic recovery

score¹⁹ เต็ม 10 คะแนน หรือแสดงพฤติกรรมและอาการที่เทียบเท่ากับก่อนการรับการรักษาความรู้สึก หากผู้ป่วยได้คะแนนต่ำกว่า 10 โดยเฉพาะผู้ป่วย ASA class II ขึ้นไปที่มีโรคประจำตัว เช่น ผู้ป่วยที่ภาวะอ้วน ควรปรึกษาร่วมกับวิสัญญีแพทย์ เพื่อประเมินสภาพก่อนที่จะพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น (discharge readiness) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (regional anesthesia) ควรรอให้ผลของยาหมดก่อนที่จะส่งกลับบ้าน เพื่อป้องกันภาวะบาดเจ็บจากอาการชา หรืออาการหลงเหลือจากผลข้างเคียงของยา โดยเกณฑ์ที่ใช้ประกอบการพิจารณามีดังนี้

1. การประเมินการรับรู้และการตอบสนอง

1.1 ระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) วิสัญญีพยาบาลควรตรวจสอบว่าผู้ป่วยฟื้นคืนสติเต็มที่หรือไม่ โดยการถามคำถามง่าย ๆ เพื่อประเมินการตอบสนอง เช่น การขอให้ผู้ป่วยบีบมือ ยกแขน หรือตอบคำถาม เพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถสื่อสารและรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวได้อย่างชัดเจน

1.2 การพูดและการสื่อสาร (speech and orientation) ตรวจสอบว่าผู้ป่วยสามารถพูดได้ชัดเจนและเข้าใจสิ่งที่พูด รวมถึงการประเมินว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีเพียงพอหรือไม่ เช่น การรู้สึกถึงเวลา สถานที่ และตัวตน (person, place, time)

2. การประเมินระบบการหายใจ (respiratory assessment)

2.1 อัตราการหายใจ (respiratory rate) ควรตรวจสอบว่าอัตราการหายใจของผู้ป่วยอยู่ในช่วงปกติคือ 12-20 ครั้งต่อนาที หลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการกดระบบหายใจ เช่น propofol หรือ opioid

2.2 ความสามารถในการหายใจได้เอง (spontaneous breathing) วิสัญญีพยาบาลควรตรวจสอบว่าผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีภาวะหายใจลำบากหรือหายใจเข้าเกินไป

2.3 ระดับออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) การตรวจวัดค่าออกซิเจนในเลือด (SpO₂) เป็นสิ่งสำคัญ ต้องตรวจให้แน่ใจว่าระดับ SpO₂ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (มากกว่า 92-94%) และไม่มีสัญญาณของภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia)

3. การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular assessment)

3.1 อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) การตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจปกติ (60-100 ครั้งต่อนาที) หลังจากฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติภาวะหัวใจเต้นช้า (bradycardia) ระหว่างใช้ยา

3.2 การตรวจสัญญาณของภาวะช็อก (signs of hypotension or shock) หากความดันโลหิตของผู้ป่วยต่ำเกินไปหรือมีอาการช็อก เช่น ผิวหนังซีด เย็น หรือเหงื่อออกมาก ซึ่ง propofol หรือ opioid อาจทำให้ระบบหลอดเลือดขยายตัวและเกิดความดันโลหิตต่ำได้ (ต่ำกว่า 90/60 mmHg) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตต่ำหรือโรคหัวใจ อาจมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หรือหมดสติ แก้ไขโดยให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ (IV fluids) เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือด และอาจต้องให้ยา vasopressor เช่น epinephrine หรือ phenylephrine เพื่อกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดและเพิ่มความดันโลหิต

4. การประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหว (motor function and muscle strength)

4.1 ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว (motor response) ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ตามปกติ เช่น การยกแขน ยกขา หรือบีบมือ โดยเฉพาะหลังจากการใช้ยาคลายกล้ามเนื้อ

4.2 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (muscle strength) ตรวจสอบว่ากล้ามเนื้อมีแรงเพียงพอหรือไม่ เช่น การลุกนั่ง การยืน หรือการเดิน ซึ่งต้องใช้ในการประเมินการฟื้นตัวก่อนอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

5. การประเมินระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal function)

5.1 ผู้ป่วยสามารถกลืนโดยมี swallowing reflex เป็นปกติหลังจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ยาบางชนิดอาจทำให้การกลืนช้าลงหรือเกิดภาวะสำลักได้

5.2 ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้หรือ อาเจียน (nausea and vomiting) หรือไม่ ซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึก โดยอาจต้องให้ยาบรรเทาอาการเช่น กลุ่ม 5-HT₃ receptor antagonist เช่น ondansetron หรือ dopamine receptor antagonists เช่น metoclopramide เพื่อบรรเทาอาการ และจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ดอาหารหรือเครื่องดื่มในช่วงแรกหลังฟื้นตัวแล้วค่อย ๆ รับประทานน้ำ

5.3 ภาวะปวดท้องหรือท้องอืด (abdominal pain or bloating) จากการเป่าลมในลำไส้เพื่อเปิดพื้นที่ให้กล้องตรวจ และการเกร็งของลำไส้ แก้ไขโดยให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายหรือเดินเพื่อช่วยไหลมที่ อยู่ในลำไส้เคลื่อนออก หากผู้ป่วยมีอาการปวดมาก อาจให้ยาแก้ปวดที่ไม่ทำให้ระบบหายใจถูกกด เช่น ยา simethicone

เป็นยาขับลม (antiflatulent) ที่ช่วยบรรเทาอาการจุกเสียด ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้อง เนื่องจากแก๊สส่วนเกินในระบบทางเดินอาหาร หรือ ยา hyoscine butylbromide ใช้เพื่อ บรรเทาอาการปวดท้องแบบปวดบีบเป็นระยะ ถ้าอาการรุนแรงมากกว่าปกติ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุ

6. การประเมินระบบปัสสาวะ (urinary function) ตรวจสอบการปัสสาวะของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญหลังการให้ยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะหากผู้ป่วยได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติหรือยาขับปัสสาวะ ควรให้ความสำคัญกับการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้หรือไม่ และปริมาณปัสสาวะเป็นปกติ

7. การประเมินภาวะแทรกซ้อน hypoxia และ hypercapnia การประเมินภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) และคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) หากผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากหรือระดับออกซิเจนต่ำ (SpO₂ ต่ำกว่า 90%) และตรวจวัดระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดโดยใช้ capnography ในการติดตามปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (end-tidal CO₂) เพื่อวินิจฉัยภาวะ hypercapnia โดยปกติแล้วค่า end-tidal CO₂ ควรอยู่ระหว่าง 35-45 mmHg หากสูงกว่านี้แสดงว่ามีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ในกรณีที่ hypoxia ไม่รุนแรง สามารถให้ออกซิเจนเสริมได้ผ่าน nasal cannula ที่อัตราการไหล 2-4 L/min หรือ face mask หากจำเป็น โดยเพิ่ม FiO₂ (fraction of inspired oxygen) ให้สูงขึ้นตามความจำเป็น ในกรณีที่ hypoxia รุนแรง ใช้หน้ากากแบบ non-rebreather ที่มีอัตราการไหลออกซิเจนสูง (10-15 L/min) เพื่อเพิ่มการส่งออกซิเจนไปยังปอดและรักษาระดับ SpO₂ ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุป

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่มีอัตราการเกิดสูง และเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อสุขภาพของผู้คนไทย ซึ่งการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ช่วยการวินิจฉัยและป้องกันโรค โดยตรวจหาความผิดปกติ เช่น ดั้งเนื้อหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น รวมถึงวินิจฉัยสาเหตุของอาการผิดปกติ เช่น เลือดออกทางทวารหนักหรือปวดท้อง โดยสามารถรักษาและป้องกันโรคได้ในกระบวนการเดียว ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ภายใต้การใช้ยาระงับความรู้สึกเป็นบทบาทสำคัญของวิสัญญีพยาบาล ที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตลอดกระบวนการ ตั้งแต่การเลือกใช้ประเภทของการระงับความรู้สึก เพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย ไปจนถึงการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังการใช้ยาระงับความรู้สึก การประเมินสัญญาณชีพ การเฝ้าระวังการหายใจ การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ หรือการให้ยาที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ ความรู้ความเข้าใจในเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดระดับออกซิเจนในเลือดและ capnography ช่วยให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้อย่างแม่นยำ การปฏิบัติงานที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.พญ.กรวีร์ พสุธารชาติ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ให้คำแนะนำและสนับสนุนในการทำบทความอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Thai PBS. The Department of Medical Services reveals that 15,000 people are diagnosed with "colorectal cancer" each year. [Internet] 2023. [cited 2024 Aug 25]. Available from: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/325714>. (in Thai)
2. Ramathibodi Hospital Cancer Center. Ramathibodi Cancer Registry. [Internet] 2024. [cited 2024 Nov 23]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/cancerreport. (in Thai)
3. Thai Association of Gastroenterology. Colorectal cancer screening. [Internet] 2022. [cited 2024 Nov 23]. Available from: https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=348. (in Thai)
4. Sirisatjawat W. Complications following ambulatory colonoscopy under anesthesia in colorectal cancer screening program at Rattanakaburi Hospital. Udonthani Hosp Med J. 2023;31(1):18-23. (in Thai)
5. Doubeni CA, Corley DA, Quinn VP, Jensen CD, Zauber AG, Goodman M, et al. Effectiveness of screening colonoscopy in reducing the risk of death from right and left colon cancer: a large community-based study. Gut. 2018;67(2):291-298. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27733426/>.

6. Ramathibodi Hospital Cancer Center. Colorectal cancer screening. [Internet] 2023. [cited 2024 Aug 25]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/colorectal. (in Thai)
7. Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Preoperative or pre-procedural fasting guidelines in patients undergoing elective surgery and procedures. [Internet] 2021. [cited 2024 Nov 23]. Available from: https://www.rcat.org/_files/ugd/82246c_9d2c46a24c854bcd9daaec92325ef39.pdf. (in Thai)
8. Duangrat T, Rattanchueak T, Visanuyothin T, Phatthabandikorn W, Nimanwutthipong T. Ministry of Public Health. Safety in One Day Surgery: ODS. [Internet] 2018. [cited 2024 Nov 23]. Available from: <http://training.dms.moph.go.th/rtcd//storage/app/uploads/public/5d2/541/b42/5d2541b425d93126523781.pdf>. (in Thai)
9. Cukierman DS, Paredes-Flores M, Guerra-Londono JJ, Carlson R, Hagan K, Ghebremichael S, et al. Corrigendum to "Nasal continuous positive pressure versus simple face mask oxygenation for adult obese and obstructive sleep apnea patients undergoing colonoscopy under propofol-based general anesthesia without tracheal intubation: A randomized controlled trial. *J Clin Anesth*. 2024 Oct;97:111346. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37989650/>.
10. American Society of Anesthesiologists. ASA physical status classification system [Internet] 2020. [cited 2024 Nov 23]. Available from: <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system>
11. Amornyotin S. Sedation and monitoring for gastrointestinal endoscopy. *World J Gastrointest Endosc*. 2013 Feb 16;5(2):47-55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3574612/>
12. Szeligowska J, Przybyłkowski A, Szymańska M, Niewiński G. Safety of propofol-based anesthesia for colonoscopy in older patients. *Advances in Gerontology*. 2019;32(5):843-848. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32145179/>.
13. Storm Anesthesia. Lateral Decubitus Positioning. [Internet] 2024. [cited 2024 Aug 25]. Available from: <https://stormanesthesia.com/anesthesia-material/care-plans/positioning/115-lateral-decubitus#:~:text=This%20position%20is%20most%20often,dependent%20leg%20protects%20peroneal%20nerve>.
14. Nishimoto S, Kudo T, Horiuchi I, Yabe K, Kurasawa S, Horiuchi A. Cap-assisted colonoscopy can increase the rate of sessile serrated lesion detection at the left lateral decubitus position: A retrospective case-control study. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Sep 22;102(38):e35264. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37746993/>.

15. Jang YE, Do SH, Song IA. Vasovagal cardiac arrest during spinal anesthesia for Cesarean section: A case report. *Korean J Anesthesiol.* 2013 Jan 21;64(1):77-81. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3558656/>
16. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Prevention and treatment guideline for postoperative nausea and vomiting. [Internet]2021. [cited 2024 Nov 23]. Available from: https://www.rcat.org/_files/ugd/82246c_3ca7253020344933ae10a7aaa20ecdc9.pdf. (in Thai)
17. Dechakom S, Wangdee A, Jirakulsawat A. Nursing care for patients in the post-anesthesia care unit. *Thai J Anesthesiol.* 2014;1:46-62. (in Thai)
18. Fang L, Wang Q, Xu Y. Postoperative Discharge Scoring Criteria After Outpatient Anesthesia: A Review of the Literature. *J Perianesth Nurs.* 2023 Aug;38(4):642-649.e1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36670045/>
19. Deshmukh PP, Chakole V. PubMed Central. Post-anesthesia recovery. [Internet]2024. [cited 2024 Nov 23]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11537198/>

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพองหลังการผ่าตัด ใส่หลอดเลือดเทียมผ่านสายสวนที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด Atrial Fibrillation (AF): กรณีศึกษา

กิตติญาภรณ์ พันวิไล¹

ศิราพร ปิ่นวิฑ²

อัญชลี กัญเขียว³

ชนานุช สารวิทย์⁴

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง เป็นโรคระบบหลอดเลือดที่พบได้บ่อยในสังคมเมือง ปัจจุบันนิยมรักษาด้วยผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านสายสวน แม้การผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด แต่พบว่า ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่นหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF) แม้ระยะก่อนผ่าตัดจะมีการควบคุมอาการของโรคได้เป็นอย่างดี ยังพบว่า หลังผ่าตัดมีโอกาสเกิด AF ได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ส่งผลระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลยาวนาน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นตามมา บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและบูรณาการบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพองหลังการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านสายสวน ที่มีโรคร่วมเป็น AF เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง/ การผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ ผ่านทางสายสวน/ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ/ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

¹⁻² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

² Corresponding Author, E-mail: siraporn@nmu.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

⁴ พยาบาลวิชาชีพ ศึกษผู้ป่วยนอก 7 (ห้องตรวจศัลยกรรม) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

Review article

Nursing care of patients with abdominal aortic aneurysm after endovascular aneurysm repair (EVAR) with atrial fibrillation (AF): A case study

*Kittiyaphorn Panvilai*¹

*Siraporn Pinwihok*²

*Anchalee Kuphukieow*³

*Chananuch Sarawit*⁴

Abstract

Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) is a vascular disease commonly found in urban populations. Currently, treatment often involves Endovascular Aneurysm Repair (EVAR), which has fewer complications compared to open surgery. However, patients with cardiovascular comorbidities, such as Atrial Fibrillation (AF), may still experience AF episodes postoperatively despite good preoperative control. This complication increases the risk of mortality, prolongs hospital stays, and raises healthcare costs. This article aims to analyze the challenges and integrate nursing roles in caring for patients with AAA undergoing EVAR who also have AF, ensuring patient safety and optimal nursing outcomes.

Keywords: Abdominal Aortic Aneurysm/ Endovascular Aneurysm Repair (EVAR)/ Atrial Fibrillation (AF)/ Nursing Practice Guideline

¹⁻² Instructor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

² Corresponding Author: E-mail: siraporn@nmu.ac.th

³ Register Nurse, Head of Phetcharat 10B unit, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

⁴ Register Nurse at OPD Surgery, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

บทนำ

Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) คือ การโป่งพองเฉพาะจุดของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง (abdominal aorta) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดได้แก่ เพศชาย อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยโรคด้วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง มีประวัติสูบบุหรี่ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดคือ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตก (ruptured AAA; rAAA) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 50 ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีการใส่หลอดเลือดเทียมชนิดหุ้มด้วยขดลวดผ่านทางหลอดเลือดแดงเรียกว่า Endovascular Aneurysm Repair (EVAR) เป็นการรักษาแนวใหม่เพื่อป้องกันการขยายตัวและการแตกของ aorta ผู้ป่วยจะมีบาดแผลขนาดเล็กบริเวณขาหนีบซึ่งทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดน้อยกว่า สูญเสียเลือดน้อย มีการฟื้นตัวรวดเร็ว ทำให้อัตราการเสียชีวิตต่ำ นอนโรงพยาบาลสั้น เมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (open aneurysm repair)^{1,2} ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อยได้แก่ อวัยวะส่วนปลายขาดเลือดเฉียบพลัน (acute limb thrombosis, endoleak, bowel ischemia, spinal cord ischemia, stroke, acute kidney injury และ หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF) ซึ่งเป็นหนึ่งใน cardiopulmonary complications ที่พบได้หลังการผ่าตัดได้ อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด EVAR ก็ยังมีภาวะแทรกซ้อน (กลุ่ม non ruptured AAA) จะพบ postoperative atrial fibrillation (TPAF) ร้อยละ 3.7³ อัตราการตายอยู่ที่ร้อยละ 12.3 เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและค่ารักษาที่เพิ่มสูงขึ้น⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า AF ยังสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (aortic aneurysm)⁵

การเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้อาจเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมได้และไม่ได้ แม้ปัจจัยด้านผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยภายในจะควบคุมได้ค่อนข้างยาก แต่ปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ กล่าวคือ ต้องมีกระบวนการดูแลในทุกกระบวนการรักษาในโรงพยาบาล

Atrial Fibrillation (AF) เป็นภาวะการเต้นผิดปกติของหัวใจ (arrhythmia) ที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะใน ผู้ป่วย สูงอายุในคนไทย AF พบใน 0.36% ของประชากรทั่วไป⁶ และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นทุกปีผลกระทบที่สำคัญของ AF คือการเกิดเลือดแข็งตัวในหัวใจห้องบนซ้าย ซึ่งมีโอกาสหลุดเข้าไปในกระแสโลหิตทำให้เกิดอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ ได้ พบว่า มีการสั้นปลิวของหัวใจห้องบนในอัตรามากกว่า 300 ครั้ง/นาที เกิดจากการที่มีจุดกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจห้องบนหลายจุด ทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนเสียไป สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้อธิบายกลไกการเกิด AF ไป 3 รูปแบบ ดังนี้⁷

- 1) มีจุดกำเนิดไฟฟ้าผิดปกติ (focal activation) ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายในหัวใจ เช่น ความดันในหัวใจที่เพิ่มขึ้น หรือปัจจัยจากภายนอก
- 2) มีวงจรไฟฟ้าหมุนวนหลายตำแหน่ง (multiple reentrant circuits) ซึ่งนำไปสู่การนำไฟฟ้าที่ผิดปกติ เกิดเป็นวงจรหมุนวนขึ้นแต่ไม่สามารถ depolarize หัวใจห้องบนได้ทั้งหมด จึงไม่เกิดการบีบตัวของหัวใจห้องบน (loss of atrial kick) แต่จะเป็นการสั้นปลิวของหัวใจห้องบน
- 3) ผู้ป่วยอาจมีกลไกการเกิดทั้งสองแบบร่วมกัน

ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจของ AF เป็นภาวะที่จุดกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจที่ไม่ได้เกิดจาก SA node แต่เกิดจากจุดกำเนิดในหัวใจห้องบนมากกว่า 1 จุด ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้น ลักษณะ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจของการตรวจ ECG 12 leads จะพบว่า P wave หายไป มี Fibrillation (F) wave ลักษณะเป็นเส้นหยักไปมา ไม่สม่ำเสมอ เห็นชัดใน lead II, III, aVF และ V2 แต่รูปร่างของ QRS complex ปกติความถี่ของ P wave (atrial rate) อยู่ในช่วง 350-600 ครั้ง/นาทีส่วนใหญ่ RR interval จะไม่สม่ำเสมอ⁷ อาการของ AF ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรือมาพบแพทย์ด้วยอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ ใจสั่นเหนื่อยง่ายเป็น ๆ หาย ๆ เหนื่อยขณะออกกำลังกาย ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นลมหมดสติ หรืออาจมาพบแพทย์ด้วยอาการของภาวะแทรกซ้อนของ AF เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เส้นเลือดสมองอุดตัน (embolic stroke)⁸ แนวทางการรักษาผู้ป่วย AF ต้องเตรียมพร้อมเพื่อการรักษาได้อย่างรวดเร็วด้วยการทำ cardioversion และเตรียมพร้อมเรื่องการให้ยาที่สำคัญคือ amiodarone ให้ทางหลอดเลือดดำครั้งแรกขนาด 5 mg/kg และต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ 50 mg/hr ซึ่งมีผลลดการทำงานของ AV node โดยระยะเวลาออกฤทธิ์สูงสุด (onset) 3-7 ชั่วโมง และนาน (duration) 2-14 วัน ในกรณี AF ไม่กลับสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ warfarin ซึ่งช่วยลดการเกิด stroke ได้ร้อยละ 60 ในขณะที่ aspirin ลดได้ร้อยละ 20 แต่ warfarin เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกสูงกว่า aspirin ดังนั้นการตัดสินใจรักษาด้วยยา warfarin หรือ aspirin จะขึ้นอยู่กับ การประเมินความเสี่ยงของภาวะเลือดออกโดยประเมินจากค่า INR ที่อยู่ในช่วง 2 ถึง 3⁹ กรณีให้ยาในผู้ป่วยที่เสี่ยงการเกิดเลือดออกได้แก่ ผู้ป่วยโรคตับ โรคไต มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ ผู้หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 65 ปี มีประวัติเคยเป็น stroke หรือเคยมี

เลือดออกในทางเดินอาหาร (gastrointestinal bleeding)¹⁰ ควรมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกอย่างใกล้ชิด¹¹

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ AF มีอาการแย่ลง มีปัจจัยสุขภาพที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ โรคหัวใจ ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด ยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการผ่าตัด¹² ดังเช่นกรณีผู้ป่วย AAA ที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด EVAR ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ หรือในกรณีผู้ป่วยที่มีประวัติเป็น AF เดิม มีความเสี่ยงต่อการเกิด AF หลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการเฝ้าระวังการเกิด AF รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก AF และมีความพร้อมในการรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการดูแลผู้ป่วย AAA หลังได้รับการผ่าตัด EVAR ที่มีความซับซ้อนของโรคและที่ต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่สำคัญเช่นกัน โดยให้การดูแลและเฝ้าระวังตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นแนวทางปฏิบัติของทีมรักษาโรค AAA ได้แก่ The Society for Vascular Surgery/ Society for Vascular Nursing และ 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วย AF ของ American Heart Association และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF ในประเทศไทย ในการดูแลผู้ป่วย AAA หลังการผ่าตัด EVAR ที่มีภาวะ AF ร่วมด้วย พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิด AF การวินิจฉัย การรักษารวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เพื่อสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว

ผู้ป่วยปลอดภัยและช่วยลดอัตราการเสียชีวิตที่เกิดขึ้น^{1,7,12,13}

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและบูรณาการบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพองหลังการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านสายสวน ที่มีโรคร่วมเป็น AF

ตัวอย่างกรณีศึกษา

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ตรวจพบหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องทั้งหมด (CT whole abdomen) ตามนัดเพื่อหาสาเหตุของภาวะซีดเรื้อรัง พบ two mass at descending colon และพบ AAA ความยาวของ diameter 8.3 เซนติเมตร ไม่มีอาการปวดท้องหรือปวดหลัง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อให้การรักษาด้วยการผ่าตัด EVAR

ประวัติสุขภาพในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF รักษาสม่ำเสมอที่ผู้ป่วยได้รับ bisoprolol (5mg) 1.5x1 po pc เข้า ezetrol (10mg) 1x1 po pc เข้า pitavastatin (20) 1x1 po pc เข้า pantoprazole (40mg) 1x1 po ac เข้า simethicone (120mg) 1x3 po pc เข้า valsartan (80) 0.5 x1 po pc เข้า senokot 3 x1 po pc hs มีประวัติแพ้ยา atorvastatin โดยมีอาการปวดเอวลงไปถึงขา แต่ไม่มีประวัติ

แพ้อาหารหรือสารเคมีผู้ป่วยเคยมีประวัติผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อ 11 ปีก่อน ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ 2 ซอง/วัน มาประมาณ 40 ปี เลิกสูบบุหรี่มาประมาณ 1 ปี มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1/4 ขวด/วัน มาประมาณ 40 ปี ปัจจุบันยังไม่เลิก ปฏิเสธการใช้สารเสพติด สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง

ลักษณะครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตและแหล่งประโยชน์

ผู้ป่วยแยกทางกันกับภรรยา มาประมาณ 3 ปี ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้าน 2 ชั้น ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว แต่พื้นที่รอบ ๆ เป็นบ้านญาติ ปลูกอยู่ติดกัน อยู่ในชุมชนเมืองและใกล้โรงพยาบาล ฐานะครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง รายได้หลักมาจากบุตรชาย ผู้ป่วยใช้สิทธิ์การรักษาเบิกจ่ายตรง

อัตมโนทัศน์ต่อความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด การปรับตัวและความเชื่อ

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายอย่าง ไม่ค่อยแข็งแรงแต่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยยังคงดื่มสุราแม้จะป่วยเป็นโรคหัวใจและโรคเรื้อรังอื่น โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเดิมผู้ป่วยมีอาชีพเป็นทนายความ และยังคงมีเพื่อนทนายความรุ่นเดียวกันที่ยังนัดพบปะกันและดื่มสังสรรค์เป็นประจำ ประกอบกับที่ผู้ป่วยมีความเครียดในครอบครัวจึงทำให้ยังต้องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคลายเครียด ผู้ป่วยมีความจำและความสามารถในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ดี มีความเชื่อเรื่องบาป บุญ ทำบุญตักบาตรตามโอกาส ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและทราบว่าตนเองมีก้อนเนื้อบริเวณลำไส้และหากอาการแย่ลงจะไม่มีคนดูแล และมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา

การวินิจฉัยของแพทย์

infrarenal abdominal aortic aneurysm
การผ่าตัด Endovascular Aneurysm Repair (EVAR)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- hematology: RBC count 4.71 (ค่าปกติ 4-6 cell/mm), Hb 7.4 (ค่าปกติ 13-16 g/dl), Hct 27.6 (ค่าปกติ 39-50%), Plt count 338,000 (ค่าปกติ 150-400 cell/mm³), WBC count 7.75 (ค่าปกติ 4-10 cell/mm³), neutrophil 61.6 (ค่าปกติ 38-75%), lymphocyte 26.5 (ค่าปกติ 20-45%) PT 13.2 (ค่าปกติ 10.5-13.5 sec), aPTT 28.9 (ค่าปกติ 22-30 sec) และ INR 1.12

- chemistry: Na 136 (ค่าปกติ 136-145 mmol/L), K 4.40 (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L), Cl 105 (ค่าปกติ 98-107 mmol/L), HCO₃ 25 (ค่าปกติ 21-32 mmol/L), BUN 22 (ค่าปกติ 7-18 mg/dL), Cr 0.97 (ค่าปกติ 0.67-1.17mg/dL), eGFR 83 (ค่าปกติ 60-130 mL/min)

ผลตรวจทางรังสี

- CTA whole aorta: พบ abdominal aortic aneurysm 8.3 เซนติเมตร in diameter no rupture

- CXR: normal no infiltration both lung, no cardiomegaly

- EKG 12 lead: AF rate 87 BPM

- echo: left ventricular ejection fraction(LVEF) 56% no regional wall motion abnormality (RWMA), mild LA enlarge, no clot

การตรวจร่างกายแรกรับระบบที่สำคัญ

vital signs: BT 36 °C, PR 82 bpm, RR 20 bpm, BP 114/74 mmHg, oxygen sat 99%, BW 93 kgs, ht 170 cm. BMI 32.18 kg/m²

respiratory system: normal chest contour, equal chest movement& expansion, normal breath sound

cardiovascular system: audible S1, S2, irregular pulse, no murmur, no displacement of PMI

abdomen: flat shape, at umbilicus palpable pulsatile mass, normal active bowel sound, liver and spleen can't be palpated.

neurological: good consciousness, motor power grad 5 equally, normal gate and posture

extremities: no pitting edema femoral pulse Rt. 2+ Lt. 2+ popliteal pulse Rt. 2+ Lt. 2+ DTA pulse Rt. 2+ Lt. 2+ PTA pulse Rt. 2+ Lt. 2+

วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรม เพื่อผ่าตัด EVAR จากผลตรวจ CTA whole aorta พบว่า AAA เส้นผ่านศูนย์กลางยาว 8.3 เซนติเมตร มีความเสี่ยงต่อการเกิด rAAA ร้อยละ 30-50 โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิด AAA ในผู้ป่วยรายนี้พบว่าเกิดจาก เพศชาย สูงอายุ มีประวัติสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและมี AF^{5,14-15}

พยาธิสรีรวิทยาของ AAA ในผู้ป่วยรายนี้ มีสาเหตุมาจาก แผ่นไขมันที่พอกบริเวณผนัง หลอดเลือดแดง (atherosclerotic plaque) ทำให้เนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบของผนังหลอดเลือดแดง (collagen fiber และ elastic fiber) อ่อนแอลง หลอดเลือดแดงบริเวณนั้นจึงขยายตัวโป่งพองมากขึ้น¹⁶ ผู้ป่วย AAA รายนี้ไม่แสดงอาการของ AAA (asymptomatic) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าผู้ป่วย AAA ส่วนใหญ่ จะไม่มีอาการและอาการแสดงใด ๆ แต่ตรวจพบ

เนื่องจากมีความผิดปกติในช่องท้องอื่น¹⁷ คือเรื่องภาวะซีดเรื้อรังนี้ก็ถึงจาก colon cancer ตามแนวทางการรักษาของ The society for vascular surgery ในเพศชายต้องได้รับการรักษาเมื่อหลอดเลือดแดงมีขนาด 5.5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันการเกิด rAAA¹⁴

การเตรียมผ่าตัด EVAR ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็น AF เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของ AF หลังการผ่าตัด⁷ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า AF เกิดหลังการผ่าตัด EVAR ร้อยละ 3.7 แต่ทำให้เพิ่มอัตราการตายร้อยละ 12.3 ดังนั้น³ ในขณะเดียวกันพบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้ BT 38-39.5 °C ซึ่งการใช้หรือการติดเชื้อเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิด AF¹¹ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญจากการเกิด AF คือ การเกิดลิ่มเลือดที่หัวใจห้องบนซ้าย (thromboembolism) เนื่องจากการที่หัวใจห้องบนซ้ายเต้นเร็วมากและไม่สม่ำเสมอทำให้สูญเสียการหดตัวของหัวใจห้องบนส่งผลให้หัวใจสูบฉีดเลือดออกไปได้ลดลง ขณะเดียวกันเลือดที่ไหลตกค้างในหัวใจห้องบนซ้ายจะแข็งตัวเป็นลิ่มเลือดและอาจหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียนเลือดเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ischemic stroke ถือเป็นภาวะสำคัญที่ต้องได้รับการจัดการและ เฝ้าระวังในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด¹⁸

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย AAA ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF)

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วมที่สำคัญคือ AF พยาบาลต้องตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัด⁴ จากการประยุกต์แนวทางการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของ The society for vascular surgery/ society for vascular nursing และ european

society of cardiology สามารถแบ่งบทบาทตามระยะการดูแลผู้ป่วย เป็น 2 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังการผ่าตัด ดังนี้^{1,12,14}

การพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัด

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง AF และมีประวัติเคยสูบบุหรี่ เหล่านี้ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด¹ จึงต้องได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดอย่างครอบคลุมโดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ เพื่อวางแผนป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ปัญหาสุขภาพในระยะก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยรายนี้มีดังนี้

จากผล CTA whole aorta ของผู้ป่วยพบหลอดเลือดแดงในช่องท้องส่วนที่อยู่ใต้หลอดเลือดแดงของไตโป่งพอง ขนาด 8.3 เซนติเมตร มีความเสี่ยงต่อการเกิด rAAA ร้อยละ 30-50¹⁵ ร่วมกับผู้ป่วยมีประวัติเคยสูบบุหรี่ ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด rAAA โดย พบว่าความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นทุก 10 mmHg จะทำให้ AAA ขยายขนาด 0.02 เซนติเมตร/ปี เนื่องจากการความดันโลหิตที่สูงขึ้น ทำให้เพิ่มแรงดันในระบบหลอดเลือดแดง ส่งผลให้เกิดแรงกระทำบริเวณพื้นผิวด้านในของผนังหลอดเลือดแดง เพิ่มโอกาสการปริแตกของหลอดเลือดมากขึ้น¹⁹⁻²⁰ ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตและควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจเป็น bisoprolol (5mg) 1.5x1 po pc เข้า valsartan (80) 0.5 x1 po pc เข้า บทบาทสำคัญของการพยาบาลในระยะนี้คือ ประเมินและเฝ้าระวัง สังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะหลอดเลือดแดงในช่องท้องแตก ได้แก่ การปวดท้อง

ปวดหลัง อย่างรุนแรง ความดันโลหิตต่ำ ซีฟจรเต้นเร็ว ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เป้าหมายคือ เพื่อเฝ้าระวังอาการของ rAAA และควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 mmHg เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด^{13,21}

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลจากการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล และจากข้อมูลที่ผู้ป่วยถามว่า “หากมีค่าใช้จ่ายไม่ว่าจากยานอกบัญชีหรือส่วนเกินจากค่ารักษาในการผ่าตัดครบถ้วนแจ้งให้ทราบด้วย” ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษา เนื่องจากเมื่อมีความวิตกกังวลหรือความเครียดเกิดขึ้น จะก่อให้เกิดปฏิกิริยากับร่างกายโดยเฉพาะสารแอดรีนาลีน (adrenaline) จะหลั่งเพิ่มขึ้น มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น²² การเป็นที่ปรึกษา (consultant) และให้ข้อมูลเรื่องค่ารักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงแนวทางการช่วยเหลือกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ หลังจากได้ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยและญาติสามารถจ่ายค่าส่วนเกินได้บางส่วน จึงได้ประสานนักสังคมสงเคราะห์ ดำเนินการช่วยเหลือตามนโยบายขององค์กร ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและพึงพอใจในการช่วยเหลือที่ได้รับ และความดันโลหิตเฉลี่ยอยู่ที่ 100-130/70-80 mmHg ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตและควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจต่อเนื่อง ให้การพยาบาลเพิ่มเติมคือให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในการเลือกรับประทานอาหารลดเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง เลือกรับประทานโปรตีนจากเนื้อปลา พักผ่อนให้เพียงพอ ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร

โซเดียมน้อยกว่า 5 กรัม/วัน แนะนำให้รับประทานผัก ผลไม้สด ถั่ว เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีใยอาหารที่มีปริมาณสูงจะช่วยลดความดันโลหิตได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรกร่วมกับการรับประทานยาลดความดันโลหิต จะทำให้การรักษาพร้อมกับยามีประสิทธิภาพมากขึ้น²³

จากการที่ผู้ป่วยมีภาวะ AF จัดเป็นกลุ่มโรค cardiovascular disease ที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เมื่อมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้นจะทำให้ร่างกายมีความผิดปกติ ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นเสียชีวิตได้¹⁸ บทบาทพยาบาลมีหน้าที่ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมประเมินและดูแลก่อนการผ่าตัดโดยในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลร่วมกันโดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและวิสัญญีแพทย์¹⁴ การดูแลรักษาที่สำคัญในกรณีที่ผู้ป่วย AF ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography: ECG) และส่งตรวจหาความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจเพิ่มเติม หากผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีประวัติการรักษาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน¹ แต่กรณีผู้ป่วย AF ที่ไม่ปรากฏอาการจะให้การดูแลเพื่อควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ (rate control) ให้อยู่ที่น้อยกว่า 80 bpm ขณะพัก และน้อยกว่า 110 bpm ขณะมีการออกกำลังกายระดับปานกลาง¹¹ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม Beta-blocker เป็น bisoprolol (5mg) 1.5x1 po pc เข้า ดูแลบริหารยาให้ผู้ป่วยได้รับยาตรงตามเวลาและสังเกตอาการข้างเคียงหลังจากได้รับยา เช่น ซีฟจรน้อยกว่า 60 bpm และความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg หากพบพิจารณาหยุดยาและประสานแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจทราบทันที¹⁸ และเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยรายนี้ไม่พบอาการข้างเคียงจากการได้รับ Beta-blocker สัญญาณชีพ

BP 100-130/70-80 mmHg PR 70-90 bpm ซึ่งอยู่ในเกณฑ์คือน้อยกว่า 130/80 mmHg แต่หากสามารถควบคุมความดันโลหิตตัวบนให้น้อยกว่า 120 mmHg จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 25¹⁴ ยังคงดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องและเฝ้าระวังภาวะ AF ไปจนถึงระยะผ่าตัด

การพยาบาลระยะหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (general anesthesia: GA) จากการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดตาม The American society of anesthesiologist ได้ ASA score 3 จากการมีประวัติ AF และ hypertension ต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดและหัวใจ²³⁻²⁴ ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดตามแนวทางของ The society for vascular surgery เป็น cefazolin 1 gm iv push¹³ หลังการผ่าตัดเสร็จสิ้นผู้ป่วยถูกย้ายไปที่หออภิบาลศัลยกรรมเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ย้ายมาหอผู้ป่วยสามัญ¹⁴ สภาพผู้ป่วย on oxygen canula 3 LPM สัญญาณชีพ BT 36.6 °C BP 128/84 mmHg PR 82 bpm RR 18 bpm SpO2 98-99% pain score 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้นประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการแก้ไขอย่างรวดเร็ว พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวังและจัดการดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะ cardiac output ลดลงจากการบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ หลังผ่าตัดวันที่ 2 จากการเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดตามแนวทางการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีหัวใจเต้นเร็ว 150 bpm EKG 12

lead มี AF with RVR BT 38.6 °C BP 120/90 mmHg PR 150 bpm RR 30 bpm SpO2 98-99% ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเดิมเป็น AF ร่วมกับมีไข้และระยะหลังการผ่าตัดจัดเป็นสาเหตุให้เกิด AF เป้าหมายเพื่อให้หัวใจผู้ป่วยบีบตัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น cardiac output เพิ่มขึ้น ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ cardiac output ลดลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hr ความดันโลหิตต่ำลง เป็นต้น monitor EKG และ vital signs อย่างใกล้ชิด ซิตอย่างน้อยทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและติดตามค่า SpO2 ดูแลให้ยา กลุ่ม antiarrhythmics สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้รับ cordarone 150 mg ใน 5%DW 100 mL iv drip in 30 min และทำ EKG 12 lead ซ้ำ ยังพบเป็น AF with RVR แพทย์จึงให้ cordarone 750 mg ใน 5%DW 500 mL iv drip in 24 ชั่วโมง เพื่อลดการทำงานของ AV node^{7,11} ควบคู่กับการรับประทานยา bisoprolol (5mg) 1.5x1 po pc เข้า

การที่ผู้ป่วยมีไข้ BT 38-39.5 °C และพบ WBC count 13,800 cell/mm³ neutrophil 89% ผล hemoculture negative และบริเวณแผลผ่าตัดไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อ อาการและอาการแสดงเหล่านี้สามารถพบได้หลังผ่าตัด EVAR เรียกว่า Post Implantation Syndrome (PIS) พบได้ร้อยละ 35 หลังการผ่าตัด EVAR ตั้งแต่วันที่ 1 หลังการผ่าตัด ซึ่งทำให้เพิ่มการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคหัวใจ^{1,14} ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ทำให้เกิดอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น 150 bpm ดังนั้นต้องรักษาสาเหตุของไข้ ร่วมกับการปรับยาปฏิชีวนะจาก cefazolin เป็น piperacillin/tazobactam 4.5 gm iv q 6 hr

ยาส่วน piperacillin sodium ออกฤทธิ์โดยการจับกับ penicillin binding protein ซึ่งจะทำให้เกิดการยับยั้งการสร้าง peptidoglycan และนำไปสู่การยับยั้งการสร้างผนังเซลล์แบคทีเรีย จึงสามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้ (bactericidal activity) ในขณะที่ tazobactam sodium มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ beta-lactamases โดยใช้ beta-lactam ring ในโครงสร้างของยาไปจับกับเอนไซม์ beta-lactamases ที่เชื้อแบคทีเรียสร้างขึ้นเพื่อทำลายยาปฏิชีวนะ การจับในลักษณะนี้เป็นแบบไม่ย้อนกลับ (irreversible) ซึ่งจะส่งผลป้องกัน piperacillin ไม่ให้ถูกทำลายโดยเอนไซม์ beta-lactamases ซึ่งเป็นการช่วยเสริมฤทธิ์ piperacillin ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ทั้งเชื้อแกรมบวกและลบ²⁵ หลังผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย cordarone ร่วมกับการรักษาเรื่องไข้ หลังได้ยา 24 ชั่วโมง อัตราการเต้นของหัวใจดีขึ้นเฉลี่ย 100 bpm BT 37.3 °C BP 109/80 mmHg และไม่มีอาการที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนจาก AF เช่น stroke

2. เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF ซึ่งภาวะแทรกซ้อนสำคัญคือ การเกิดลิ่มเลือดที่หัวใจห้องบนซ้าย (thromboembolism) เนื่องจากการที่หัวใจห้องบนซ้ายเต้นเร็วมากและไม่สม่ำเสมอทำให้สูญเสียการหดตัวของหัวใจห้องบนส่งผลให้หัวใจสูบฉีดเลือดออกไปได้ลดลง ขณะเดียวกันเลือดที่ไหลตกค้างในหัวใจห้องบนซ้ายจะแข็งตัวเป็นลิ่มเลือดและอาจหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียนเลือดเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ischemic stroke และทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (neurological

signs) ที่แสดงออกถึงการมีลิ่มเลือดอุดตันที่สมอง (embolic stroke) อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดความเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว การรับรู้ การเคลื่อนไหวของตา การมองเห็น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า กำลังของกล้ามเนื้อแขนขา การเคลื่อนไหวประสานงานของร่างกาย และประเมิน Glasgow coma scale¹⁸ ผลลัพธ์ที่ได้พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุย ถามตอบได้ถูกต้อง การเคลื่อนไหวของตา การมองเห็นปกติ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าปกติ กำลังของกล้ามเนื้อแขนขาเกรด 5 และเคลื่อนไหวประสานกันดี

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด EVAR ได้แก่ acute limb thrombosis, endoleak, bowel ischemia, spinal cord ischemia, stroke, acute kidney injury, cardiopulmonary complications ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวพบได้หลังการผ่าตัด EVAR^{1,14} จึงต้องเฝ้าระวังการโดยการประเมิน 6'P ประเมินและเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติของ The society for vascular surgery/ society for vascular nursing ขณะผ่าตัดผู้ป่วยได้รับ contrast media ซึ่งมีโอกาสเกิด acute kidney injury หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับ NSS iv rate 60 mL/hr ติดตามผล lab วันที่ 1 หลังผ่าตัด ผล BUN 17, Cr 0.96, eGFR 84 ปัสสาวะสีเหลืองใส ออกวันละ 870-1,100 mL ผู้ป่วยรายนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีปวด ชามือหรือเท้า ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก นอกจากนี้ในการป้องกันการเกิด cardiopulmonary complications หลังผ่าตัดต้องควบคุมอาการปวดให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด cardiopulmonary complications เช่น MI¹

4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษา ส่วนเกิน ผู้ป่วยมีสิทธิ์การรักษาเบิกจ่ายตรงจาก ต้นสังกัด อย่างไรก็ตามยังมีค่ารักษาพยาบาลที่อยู่นอกสิทธิ์การรักษาอยู่จำนวนหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถชำระได้ จึงได้ประสานความร่วมมือไปยังหน่วยสังคมสงเคราะห์ เพื่อดำเนินการช่วยตามนโยบายของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเรื่องนี้ลงและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

นอกจากนี้ปัญหาเรื่อง colon mass ของผู้ป่วยยังไม่ได้รับการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซิด ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องได้รับเลือด เป็น PRC 4 unit ดังนั้นการวางแผนการดูแล ต่อเนื่องนอกจากการให้ความสำคัญเรื่องดูแล ตนเองหลังการผ่าตัด EVAR ยังต้องในคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเรื่อง colon mass ตามแพทย์ นัด และสังเกตอาการ colonic obstruction หากมีอาการให้รีบมาพบแพทย์ โดยเร็ว

สรุปและอภิปราย

การผ่าตัด EVAR ถือเป็น การผ่าตัด ที่ปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง การผ่าตัดน้อยเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบ open repair abdominal aortic aneurysm การพยาบาล เริ่มจากการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด โดยสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการเฝ้าระวังหลัง การผ่าตัดอย่างเฉพาเจาะจงและครอบคลุม จากกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคร่วม (comorbidity) ที่มีความรุนแรงคือภาวะหัวใจ เต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation รวมถึงหัตถการ EVAR ถือเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงที่จะเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การบูรณาการองค์ ความรู้ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนว

ปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมา ประยุกต์ใช้ในการดูแลและเฝ้าระวัง วัตถุประสงค์ สำคัญเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจวายและ ป้องกันการเกิด emboli ตามอวัยวะสำคัญของ ร่างกาย⁷ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจาก การผ่าตัด EVAR นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหา เศรษฐกิจที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตก กังวลจะส่งผลกระทบต่อร่างกายได้หากไม่ได้รับการ แก้ไข จึงต้องได้รับการวางแผนและให้ การพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ควบคู่กับการดูแลทางด้านร่างกายไปพร้อมกัน ตั้งแต่เริ่มต้น พบว่าให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี และครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะ

บทบาทพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้นการเฝ้าระวังและจัดการภาวะที่คุกคาม ต่อชีวิต^{1,13} ร่วมกับการให้การดูแลอย่างครอบคลุม ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและ แนวทางการรักษาเป็นอย่างดี มีความมุ่งมั่นและ การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วย และญาติเกิดความไว้วางใจและลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี จากกรณีศึกษารายนี้ทำให้เห็นประเด็นสำคัญ เรื่อง โรคร่วม AF แม้ระยะก่อนผ่าตัดสามารถ ควบคุมอาการของโรคได้เป็นอย่างดีแต่ พบว่า หลังผ่าตัดสามารถเกิด AF ได้ หากพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจและจัดการกับปัจจัยที่ เกี่ยวข้องทั้งหมดได้แก่ ความดันโลหิตสูง ความปวด ความวิตกกังวล และการติดเชื้อ ในร่างกาย^{1,7,14} ได้อย่างรวดเร็วและประสานงาน กับทีมการรักษาทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่สามารถป้องกันได้
ลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่าย
ในการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. Kohlman-Trigoboff D, Rich K, Foley A, AGACNP, Fitzgerald K, Arizmendi D, et al. Society for Vascular Nursing endovascular repair of abdominal aortic aneurysm updated nursing clinical practice guideline. *Journal of Vascular Surgery*. 2020;38(2): 36-65.
2. Thamtorawat S. Type II Endoleak: Natural History, Management and Outcome. In: Chinsakchai K, Kritayakirana K, Pootrakul P, editor. *Applied Vascular Surgery Volume 4*. Bangkok, Thailand: Bangkok Medical Publisher; 2017.p.135-49. (in Thai)
3. Kothari AN, Halandras PM, Drescher M, Blackwell RH, Graunke DM, Kliethermes S, et al. Transient postoperative atrial fibrillation after abdominal aortic aneurysm repair increases mortality risk. *Journal of vascular surgery*. 2016;63(5):1240-7.
4. Gupta AK, Alshaikh HN, Dakour-Aridi H, King RW, Brothers TE, Malas MB. Real-world cost analysis of endovascular repair versus open repair in patients with nonruptured abdominal aortic aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*. 2018;71(2):432-43.
5. Hsu CC, Chien WC, Wang JC, Chung CH, Liao WI, Lin WS, et al. Association between Atrial Fibrillation and Aortic Aneurysms: A Population-Based Cohort Study. *Journal of Vascular Research*. 2018;55(5):299-307.
6. Kiatchusakun S, Pachirat O, Chirawatkul A, Choprapawun C, Tatsanavivat P. Prevalence of Cardiac Arrhythmia in Thai Community. *J Med Assoc Thai*. 1999;82(7):727-33. (in Thai)
7. Sittisuk S. Practice guidelines for management patients with Atrial Fibrillation (AF) in Thailand. Bangkok: The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage, 2012. (in Thai)
8. Falk RH. Atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2001;344:1067-78.
9. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Annals of internal medicine*. 2007;146(12):857-67.
10. Guo Y, Zhu H, Chen Y, Lip GYH. Comparing Bleeding Risk Assessment Focused on Modifiable Risk Factors Only Versus Validated Bleeding Risk Scores in Atrial Fibrillation. *The American Journal of Medicine*. 2018;131(2):185-92.
11. Untaja P, Chomjit W, Bhutikaitkajon A, Sangsook K, Suwanmanop K, Namkhao K. Atrial Fibrillation in Critical Ill Patients. *J Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(2):99-103. (in Thai)

12. January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC, et al. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*. 2019; 140(2):e125-e51.
13. Isselbacher EM, Preventza O, Black JH 3rd, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022 Dec 13;146(24):e334-e482. doi: 10.1161/CIR.0000000000001106.
14. Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, M. WAL, Ashraf Mansour TM, et al. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *Journal of Vascular Surgery*. 2018;67:2-27.
15. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Ballard DJ, Jordan WD, Jr., Blebea J, et al. Rupture rate of large abdominal aortic aneurysms in patients refusing or unfit for elective repair. *Jama*. 2002;287(22):2968-72.
16. Mutirangura P. Clinical Practice in Vascular Problems. In: Chinsakchai K, Kritayakirana K, Ruansetakit C, Mutirangura P, editor. *Applied Vascular Surgery Volume 4*. Bangkok, Thailand: Bangkok Medical Publisher; 2017.p.1-31. (in Thai)
17. Arwon S. Asymptomatic Abdominal Aortic Aneurysm. In: Chinsakchai K, Kritayakirana K, Ruansetakit C, Mutirangura P, editor. *Applied Vascular Surgery Volume 4*. Bangkok, Thailand: Bangkok Medical Publisher; 2017.p.227-235. (in Thai)
18. Bundasak T, Thiankumsri K, Sittisongkram S. Atrial Fibrillation. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*. 2017;34(4):341-49. (in Thai)
19. Brown LC, Powell JT. Risk factors for aneurysm rupture in patients kept under ultrasound surveillance. UK Small Aneurysm Trial Participants. *Ann Surg*. 1999;230:289-96.
20. Bhak RH, Wininger M, Johnson GR, Lederle FA, Messina LM, Ballard DJ, et al. Factors Associated With Small Abdominal Aortic Aneurysm Expansion Rate. *JAMA Surgery*. 2015;150(1):44-50.
21. Whelton Paul K, Carey Robert M, Aronow Wilbert S, Casey Donald E, Collins Karen J, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/A SH/ ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;71(19):e127-e248.

22. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (D.H.S.S., MoPH). The behavioral modification of stress management for workers. 2015. (cited 2020 Dec 20). Available from: <https://www.hed.go.th>. (in Thai)
23. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*. 2018;39(33):3021-104.
24. American Society of Anaesthesiologists. ASA Physical Status Classification System Committee of Oversight: Economics. 2020:1-4.
25. Skidmore-Roth, Linda. *Mosby's 2023 Nursing Drug Reference Thirty-sixth edition.*, Mosby's®, 2022.

บทความวิชาการ

การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์เพื่อบรรเทาอาการปวดด้วยนวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุขในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน : กรณีศึกษา

กัมพล อินทรทะกุล¹, สุภาพรรณ จำปาศรี^๑, พิชญา บุญโยประการ^๑
เมทินา มามะ^๔, ธนาภรณ์ ศรีพิภพ^๕

บทคัดย่อ

การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน (oxaliplatin) ถือเป็นความท้าทายเนื่องจากยาออกซาลิพลาตินมักทำให้เกิดอาการปวดที่รุนแรง ในการจัดการอาการปวดอย่างเหมาะสมจึงช่วยลดความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการจัดการอาการนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองผ่านมโนทัศน์ที่สำคัญ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลยุทธ์การจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหนึ่งในนวัตกรรมที่ห่อผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พัฒนาขึ้นเพื่อบรรเทาอาการปวดคือ “ผ้าห่มอุ่นสุข” โดยใช้หลักการควบคุมอุณหภูมิระหว่าง 26–37 องศาเซลเซียส บริเวณที่ผู้ป่วยได้รับยาออกซาลิพลาตินเพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิต ลดการสะสมของกรดแลคติกและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จึงช่วยให้บรรเทาอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่ทำให้เกิดภาวะผิวหนังไหม้

บทความนี้นำเสนอการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ผ่านนวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุขในกรณีศึกษา 1 ราย ซึ่ง พบว่า สามารถบรรเทาอาการปวดได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ จึงถือได้ว่าเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาออกซาลิพลาตินและมีอาการปวดในบริบทอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันได้ต่อไป

คำสำคัญ: แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์/ จัดการอาการปวด/ นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุข/ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน

¹⁻⁵ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A (เคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

¹Corresponding Author: Kampon.int@gmail.com

Review article

Applying Dodd's symptom management concept to relieve pain using the warm comfort blanket innovation in patients with colorectal cancer receiving oxaliplatin : A case study

*Kampon Introntakun¹, Supapan Jampars², Pichaya Boonyopragarn³
Methina Mamah⁴, Thanaporn Sriput⁵*

Abstract

Pain management in colorectal cancer patients receiving oxaliplatin is challenging because oxaliplatin often causes severe pain. Effective pain management can help reduce suffering and enhance patients' quality of life. which emphasizes patient participation in self-care. It focuses on three key elements: the symptom experience, symptom management strategies, and outcomes.

One of the innovations developed by Mahavajiravudh ward 6A at Vajira Hospital to relieve pain is the "Warm Happiness Blanket". This blanket employs a temperature control system (26–37°C) applied to the area where patients receive oxaliplatin, which helps improve blood circulation, reduce lactic acid buildup and relax muscles. As a result, it effectively relieves pain without causing skin burns.

This article presents the application of Dodd's symptom management concept using the "Warm Happiness Blanket" innovation in a single-case study. The findings show that it can effectively relieve pain without complications and that the patient was satisfied. Therefore, this innovation can be beneficial for further application in caring for colorectal cancer patients receiving oxaliplatin who experience pain, as well as in other similar contexts.

Keywords: Dodd's symptom management concept/ pain management/ warm comfort blanket innovation/ colorectal cancer patients receiving oxaliplatin

¹⁻⁵Registered nurse at Mahavajiravudh ward 6A (Day care chemotherapy), Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

¹Corresponding Author: Kampon.int@gmail.com

Received 12 November 2024; Revised 18 February 2025; Accepted 10 April 2025

บทนำ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน (oxaliplatin) มักประสบกับอาการปวดเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathy pain) ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะพิษต่อระบบประสาท (neurotoxicity) ของยาออกซาลิพลาติน อาการปวดดังกล่าวเป็นความท้าทายสำคัญในการดูแลเนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว¹ และจากการศึกษาพบอุบัติการณ์เกิดสูงถึงร้อยละ 85-95² เนื่องจากอาการปวดเส้นประสาทส่วนปลาย จากการได้รับยาออกซาลิพลาตินเกิดจากการสะสมของยาในปมประสาทรากหลัง (dorsal root ganglia) ซึ่งกระตุ้นการทำงานที่ผิดปกติของไอออนแชนแนล (ion channels) และเพิ่มการหลั่งสารต่อการอักเสบ (pro-inflammatory cytokines) ส่งผลให้เส้นประสาทไวต่อการกระตุ้นเร็วกว่าปกติ จึงทำให้เกิดอาการปวดขึ้น³ อาการปวดที่เกิดขึ้นได้สร้างความทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง ดังนั้นการจัดการอาการปวดที่เกิดจากยาออกซาลิพลาติน อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย สามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีระหว่างการรักษา^{4,5}

การจัดการอาการปวดตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ได้รับการยอมรับในวงการพยาบาล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการด้วยตนเอง แนวคิดนี้ประกอบด้วยการทำความเข้าใจ การรับรู้ถึงอาการ การเลือกใช้วิธีบรรเทาอาการปวดที่เหมาะสมและการประเมินผลลัพธ์ในการจัดการอาการปวด⁶ อีกทั้งการให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการบรรเทาอาการปวดได้ตามสภาวะการรับรู้ของตนจะทำให้

การจัดการอาการปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการใช้ยาแก้ปวด ซึ่งส่งผลดีต่อสภาวะในระยะยาว

การนำนวัตกรรมมาใช้ในการบรรเทาอาการปวดถือเป็นการบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวด เป็นแนวทางเสริมที่ช่วยให้สามารถจัดการอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทางหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เห็นถึงความสำคัญได้พัฒนานวัตกรรมในการจัดการอาการปวดขึ้น โดยต่อยอดจากงานวิจัยของศาสตราจารย์ และรุ่งรัตน์ วีระกุล⁷ และได้พัฒนาเป็น “นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุข” ซึ่งยังคงอาศัยหลักการควบคุมอุณหภูมิระหว่าง 26-37 องศาเซลเซียส^{7,8} เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ได้มีการปรับปรุงวัสดุโดยเลือกใช้ผ้าฝ้ายเป็นชั้นสัมผัสผิวหนังของผู้ป่วยเนื่องจากผ้าฝ้ายมีคุณสมบัติช่วยระบายอากาศ ลดความอับชื้น และมีโอกาสเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังน้อย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นในขณะที่ใช้งาน⁹ นอกจากนี้ยังเสริมผ้าสักหลาดร่วมกับแผ่นควบคุมอุณหภูมิเป็นชั้นควบคุมความร้อน เพื่อให้สามารถกักเก็บและกระจายความร้อนได้อย่างสม่ำเสมอ ป้องกันการเกิดจุดร้อนเฉพาะที่ (hot spot) ลดความเสี่ยงของผิวหนังไหม้และช่วยให้การกระจายความร้อนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰

นวัตกรรมนี้ถูกนำมาใช้เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยา ออกซาลิพลาติน โดยผ้าห่มอุ่นสุขนี้สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสม ซึ่งไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นการขยายตัวของหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ส่งเสริมการลำเลียงออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อที่ได้รับผลกระทบ ช่วยลดการสะสมของกรดแลคติก ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่

ทำให้เกิดอาการปวด^{11, 12} นอกจากนี้ความอบอุ่นที่เหมาะสมยังช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และลดแรงกดทับเส้นประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและบรรเทาอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³

หลังจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาโปรแกรมผ้าห่มอุ่นสุขแล้ว ผู้นิพนธ์ได้นำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน พบว่านวัตกรรมมีประสิทธิภาพในการลดระดับความปวดขณะได้รับยาออกซาลิพลาติน และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้งานคิดเป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้ผลการทดลองยังชี้ให้เห็นว่า การใช้ความอบอุ่นเพื่อบรรเทาอาการปวดสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์มีบทบาทสำคัญในการดูแลอาการของตนเอง ผ่านกระบวนการ รับรู้ ปรับตัว และจัดการอาการปวด โดยการปรับอุณหภูมิของผ้าห่มอุ่นสุขให้มีอุณหภูมิอยู่ในช่วงที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกและปรับเปลี่ยนวิธีบรรเทาอาการได้ตามสภาวะของตนเอง จะช่วยให้ควบคุมอาการปวดได้ดีขึ้น ลดการใช้ยาแก้ปวด และเพิ่มความพึงพอใจต่อกระบวนการพยาบาล⁶

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ผลการประยุกต์แนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ในกรณีศึกษาที่ใช้นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุขบรรเทาอาการปวดขณะได้รับยาออกซาลิพลาติน

นิยามศัพท์

นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุข หมายถึง นวัตกรรมที่พัฒนาต่อยอดมาจากงานวิจัย โดยคงหลักการควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 26-37 องศาเซลเซียส เป็นช่วงอุณหภูมิที่มีความเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดภาวะผิวหนังไหม้⁷ และได้พัฒนาเพิ่มเติมโดย

การปรับปรุงวัสดุ ใช้นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุขขณะได้รับยา พร้อมกับประเมินระดับความปวดในนาที่ที่ 0 และทุก 60 นาที จนกว่ายาจะหมดใช้แบบวัดระดับความปวดแบบอีโมจิ (emoji-based visual analog scale) ร่วมกับมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข¹⁴

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาออกซาลิพลาติน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่บริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาออกซาลิพลาติน ตั้งแต่รอบ (cycles) 3 ขึ้นไป มีสภาพผิวหนังบริเวณที่ให้ยาออกซาลิพลาตินมีความพร้อม ไม่มีรอยแผลหรืออาการที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อเกิดขึ้น โดยใช้แบบประเมินสภาพความพร้อมของผิวหนังที่ผู้นิพนธ์พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

มนทัศน์ทฤษฎีการจัดการอาการของดอตต์เป็นกรอบแนวคิดที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม โดยอธิบายถึงการรับรู้ การจัดการ และการประเมินผลลัพธ์ของอาการในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและหลากหลาย การขยายความของมนทัศน์ทั้ง 3 ประการ มีรายละเอียดดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ (symptom experience) ครอบคลุมถึงการรับรู้และการตีความของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น โดยการรับรู้ของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่ตามมา แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

1.1 การรับรู้อาการ (perception of symptoms) การที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงอาการและการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย เช่น อาการปวด ชา หรือความไม่สบาย ซึ่งการรับรู้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางกายภาพ จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกไวต่ออาการที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการจัดการ

1.2 การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) การตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความรุนแรงและความถี่ของอาการ เช่น การให้คะแนนความเจ็บปวดด้วยตนเอง และผลกระทบที่อาการมีต่อกิจกรรมประจำวัน เช่น การทำงาน การนอนหลับ หรือการเคลื่อนไหว

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) การแสดงออกและพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังจากที่รับรู้อาการ ซึ่งรวมถึงการแสดงออกทางกายภาพ (เช่น การเคลื่อนไหวช้าลง) และทางจิตใจ (เช่น ความวิตกกังวลหรือการปฏิเสธความเจ็บปวด) การตอบสนองนี้สามารถแสดงถึงระดับความรุนแรงและการปรับตัวต่ออาการของผู้ป่วย

2. กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) คือการกำหนดแผนและการดำเนินการเพื่อลดความรุนแรงหรือป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น ประกอบด้วยหลายระดับที่ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การบำบัด และการปรับตัว ดังนี้

2.1 การป้องกัน (preventive strategies) การใช้มาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้อาการเกิดขึ้นหรือลดความเสี่ยง เช่น การให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ การพักผ่อนที่เหมาะสม และการออกกำลังกาย

2.2 การรักษา (therapeutic strategies) การใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสม เช่น การใช้ยา การทำกายภาพบำบัด หรือการใช้วิธีการทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อบรรเทาอาการ

2.3 การปรับตัว (adaptive strategies) การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การใช้เทคนิคการหายใจ การผ่อนคลาย และการทำสมาธิเพื่อลดความเครียด และส่งเสริมการจัดการอาการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ผลลัพธ์ (outcome) เป็นการประเมินผลหลังจากการจัดการอาการอย่างเหมาะสม มุ่งเน้น

การวัดผลที่เกิดขึ้นทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม ดังนี้

3.1 สถานการณ์ทำหน้าที่ (functional status) การที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้โดยไม่ถูกจำกัดจากอาการ เช่น การทำงาน การเคลื่อนไหว และการเข้าสังคม

3.2 สถานะทางอารมณ์ (emotional status) การปรับปรุงสภาวะจิตใจหลังจากการจัดการอาการ เช่น การลดความวิตกกังวล ความเครียด หรือภาวะซึมเศร้า

3.3 คุณภาพชีวิต (quality of life) การประเมินความพึงพอใจและความสุขของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต โดยคำนึงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมและการรักษาสัมพันธภาพกับครอบครัว

3.4 ค่าใช้จ่าย (cost) การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพสามารถลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เช่น การลดการใช้ยาแก้ปวด และการเข้ารับการรักษาเพิ่มเติม ซึ่งช่วยลดภาระด้านการเงินทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

มนทัศน์ทฤษฎีของดอดด์สามารถนำไปใช้เป็นกรอบการทำงานในการออกแบบและวางแผน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหรือปัญหาสุขภาพที่ต้องการการจัดการแบบองค์รวม ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถตอบสนองต่ออาการปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งเสริมความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

การผสมผสานแนวคิดของดอดด์ในการจัดการอาการปวดร่วมกับกลไกการขยายตัวของหลอดเลือดและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ¹⁵⁻¹⁷ ช่วยให้การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักขณะได้รับยาออกซาลิพลาติน มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีความเชื่อมโยงกัน ดังนี้

1. การประยุกต์ใช้แนวคิดของดอตต์ในการจัดการอาการปวด แนวคิดของดอตต์เน้นถึงการจัดการอาการผ่าน 3 มิติหลัก ได้แก่ ประสบการณ์อาการ (symptom experience) การจัดการอาการ (symptom management) และผลลัพธ์ (outcome) การใช้นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความสอดคล้องกับแนวคิดของดอตต์ โดยการบูรณาการดังนี้

1.1 ประสบการณ์อาการ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักมีอาการปวดที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา การใช้นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นช่วยสร้างความรู้สึกอบอุ่นและผ่อนคลาย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความสบายและผ่อนคลายได้หลังใช้ ลดการรับรู้ความเจ็บปวดและเพิ่มความรู้สึกเชิงบวกในช่วงเวลาที่รับยาออกซาลิพลาทิน

1.2 การจัดการอาการ ผ้าห่มอุ่นช่วยจัดการอาการปวดได้โดยอาศัยกลไกการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ตึงตัว ช่วยลดอาการปวดในลักษณะของการบรรเทาอาการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การให้ผู้ป่วยสามารถปรับอุณหภูมิของผ้าห่มได้ตามความประสงค์แต่ให้อยู่ในช่วงอุณหภูมิที่กำหนดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลตนเองทำให้เกิดความพึงพอใจและรู้สึกจัดการอาการปวดได้เป็นอย่างดี

1.3 ผลลัพธ์ ที่เกิดจากการใช้ผ้าห่มอุ่นตามกลไกนี้คือผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดน้อยลง มีความสุขสบายและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการใช้ยาแก้ปวดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาเคมีบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความเชื่อมโยงกับ vasodilation and muscle relaxation mechanism กลไกการขยายตัวของหลอดเลือดและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีบทบาทสำคัญในการช่วยจัดการอาการปวดตามแนวคิดของดอตต์

มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยมีความเชื่อมโยงกันในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

การขยายหลอดเลือด (vasodilation) เมื่อผ้าห่มอุ่นถูกนำมาใช้ ความร้อนจะช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว การไหลเวียนของเลือดในบริเวณที่ปวดจะเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนและสารอาหารที่จำเป็นในการฟื้นฟูเนื้อเยื่อที่อักเสบหรือบอบช้ำจากยาเคมีบำบัด ช่วยให้การฟื้นฟูและขับของเสียที่สะสมในเนื้อเยื่อเป็นไปได้เร็วขึ้น ลดการสะสมของสารที่ทำให้เกิดอาการปวด เช่น กรดแลคติก ผลที่เกิดขึ้นนี้สอดคล้องกับแนวคิดของดอตต์ที่เน้นการบรรเทาอาการปวดผ่านการจัดการทางชีวภาพและการทำให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะสมดุล

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) ความร้อนจากผ้าห่มอุ่นยังช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะลดแรงกดทับบนเส้นประสาท ลดความไวต่อการรับรู้ความเจ็บปวดและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายตัวมากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการอาการในแนวคิดของดอตต์ที่เน้นการตอบสนองต่ออาการอย่างเหมาะสมและช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในกระบวนการดูแลตนเอง

โดยสรุป การใช้กลไกการขยายตัวของหลอดเลือดและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการจัดการอาการปวดผ่านนวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุขตามแนวคิดของดอตต์ สามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาออกซาลิพลาทินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความร้อนที่เหมาะสมจากผ้าห่มอุ่นจะช่วยให้กล้ามเนื้อและบริเวณที่ได้รับยา คลายตัว หลอดเลือดขยายตัว ส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต ทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนและสารอาหารที่จำเป็นต่อการฟื้นฟู นอกจากนี้ยังช่วยลดการสะสมของสารที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เช่น กรดแลคติก

ซึ่งมักพบในกล้ามเนื้อที่ตึงตัวหรือถูกใช้งานหนัก เมื่อสารเหล่านี้ลดลง อาการปวดจึงทุเลาและผู้ป่วยรู้สึกสบายตัวและผ่อนคลายมากขึ้น

ตัวอย่างกรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 76 ปี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มีบุตรสาว 1 คน อาศัยอยู่ร่วมกับภรรยาที่กรุงเทพมหานคร ส่วนบุตรสาวทำงานที่ต่างจังหวัด อาชีพ นักบัญชี ระดับการศึกษา ปวส. รายได้ 10,000 บาท/เดือน ที่อยู่ กรุงเทพมหานคร สิทธิการรักษา ประกันสังคม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล การวินิจฉัยโรค CA sigmoid colon with lung metastasis

2. ประวัติการเจ็บป่วย

2.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมารับยาออกซาลิพลาทินต่อเนื่อง รอบที่ 8 ตามนัด

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ปี 2565 มีอาการท้องผูกสลับถ่ายเหลว 3 วัน ไม่มีมูกเลือด ไม่ปวดท้อง ไม่มีไข้ จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล แพทย์ตรวจ laparoscopic sigmoidectomy ผลพยาธิวิทยา พบ moderately differentiated adenocarcinoma ลุกลามถึงชั้น muscularis propria มี lymphovascular invasion และต่อมน้ำเหลืองเป็นบวก 2/16 จึงจัดระยะเป็น stage IIIA (T2 N1 M0) ตาม AJCC 7th edition โดยสถานะ M0 ยืนยันจาก CT chest และ CT abdomen/pelvis (contrast-enhanced) ซึ่งไม่พบ การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดเสริม (adjuvant) ด้วย capecitabine 500 mg/m² รับประทานวันละสองครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น ในวันที่ 1-14 ทุก 3 สัปดาห์ รวม 8 คอร์ส (ครบ 6 เดือน) พร้อมติดตามผลด้วย CT chest/ abdomen/pelvis และตรวจ CEA ทุก 3 เดือน

เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2567 ติดตามผล CT chest พบ pulmonary nodule ขนาด 1.3 x 1.0 cm. ที่ apicoposterior segment ของ LUL ซึ่งมีลักษณะเข้าได้กับการแพร่กระจายไปที่ปอด ร่วมกับค่า CEA=5 mg/ml แพทย์จึงวินิจฉัยว่า recurrent colorectal cancer with suspected solitary lung metastasis จากผลตรวจแพทย์จึงวางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร XELOX (oxaliplatin + capecitabine) ตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2567 ครั้งนี้ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 8 ผลการตรวจเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์พิจารณาให้ยาเคมีออกซาลิพลาทินต่อเนื่อง

แรกรับที่หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A (day care chemotherapy) ประเมินสภาพผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E₄V₅M₆ ECOG score=0 palliative performance scale=80% ชักประวัติหลังได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 7 เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมีอาการปวดและชาแขนข้างขวาเป็นข้างที่ได้รับยา รอบที่ 7 เหนื่อยล้าและอ่อนเพลีย ท้องผูกและนอนไม่หลับประมาณ 2-3 วัน ประเมินผิวหนังที่แขนซ้ายไม่พบอาการผื่นปฏิกิริยาและหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นดี

เริ่มให้การพยาบาล ดูแลเปิดเส้นให้ยาเคมีบำบัดแขนข้างซ้าย พบว่ามี blood return ดี เริ่มให้ยา premedication เป็น dexamethasone 20 mg iv, ondansetron 8 mg iv, chlorpheniramine 10 mg iv และ famotidine (20) 2 tab po ก่อนเริ่มยาเคมีบำบัด 30 mins. หลังจากนั้นเริ่มบริหารยา oxaliplatin 220 mg in 5% DW 250 mL iv drip in 2 hrs. ตามแผนการรักษา เมื่อครบ 30 mins.หลังให้ยา premedication จึงเริ่มปรับปริมาณ (titrate) ยา oxaliplatin ที่อัตรา 100 mL/hr * 10 mins. จากนั้นเพิ่มเป็น 120 mL/hr * 10 mins. และอัตราคงที่ 140 mL/hr * 10 mins. ตามลำดับ และสังเกตอาการผื่นปฏิกิริยาต่อเนื่อง เวลาผ่านไป

ประมาณ 30 mins. ผู้ป่วยบ่นปวดแขนข้างที่ได้รับยาออกซาลิฟลาตินให้ pain score=8/10 คะแนน สีหน้าดูไม่สุขสบาย มีหงุดหงิด กระสับกระส่าย และทรมานทรมาย

2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและต่อมลูกหมากโตเป็นมาแล้ว 3 ปี ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาลตรวจติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.4 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีน้องสาว 1 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.5 ประวัติการเข้ายาและสิ่งเสพติด ผู้ป่วยให้ประวัติเคยสูบบุหรี่ วันละ 5 มวน ระยะเวลา 30 ปี เลิกแล้วประมาณ 10 ปี เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นาน ๆ ครั้ง ระยะเวลา 30 ปี เลิกแล้วประมาณ 10 ปี

2.6 ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานภาพสมรส มีบุตรสาว 1 คนอยู่ต่างจังหวัด

2.7 ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา และอาหาร

2.8 สภาพครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ อาศัยอยู่บ้านชั้นเดียว อยู่รวมกับภรรยา มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 700 บาทต่อเดือน และรายได้จากการทำนากัญชี 10,000 บาทต่อเดือน และได้รับการสนับสนุนการเงินจากพี่สาวทุกเดือนเนื่องจากรายรับไม่สมดุลกับรายจ่าย โดยภรรยาจะดำเนินการนำเสนอกองพยาบาลที่ผู้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับจากพยาบาลเจ้าของไข้หรือผู้นิพนธ์ สามารถแบ่งกระบวนการพยาบาลออกเป็น 4 ระยะ คือ ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ขณะได้รับยาเคมีบำบัด หลังได้รับยาเคมีบำบัด และติดตามดูแลต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ผ่านการใช้นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุข เพื่ออธิบายการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ได้อย่างชัดเจน ผู้นิพนธ์จึงขออธิบายในรูปแบบของตารางที่ 1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ผ่านการใช้นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุข

ระยะ	ปัญหาทาง การพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์		
			ประสบการณ์	การจัดการ	ผลลัพธ์
ระยะ 1 ก่อนรับยา ออกซาลิพลาทิน	1) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับยาออกซาลิพลาทิน	S: ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวผลข้างเคียงจากยา” O: ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล ผลการซักประวัติบ่งชี้ถึงความวิตกกังวล	ผู้ป่วยแจ้งว่าหลังจากรับยามีอาการปวดขาแขนขาข้างที่ ให้ยา ทานอะไรไม่ได้ รู้สึกกังวลว่ารับยาคงนี้จะเหมือนรอบที่ 7	1) แนะนำการวิธีการผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง วาดรูป อ่านหนังสือ สวดมนต์ จะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความกังวล 2) ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และอารมณ์ผ่านการพูดคุยและรับฟัง	1) ผู้ป่วยทราบถึงวิธี การจัดการกับความวิตกกังวล 2) ความวิตกกังวลลดลง
ระยะ 2 ขณะรับยา ออกซาลิพลาทิน	2) มีอาการปวด แขนซ้ายข้างที่ ได้รับยาออกซาลิพลาทิน	S: ซักประวัติครั้ง ก่อนมีอาการปวด และผู้ป่วยบอกว่า ปวด ทรมานแขน ซ้ายซ้าย ปวดมาก บริเวณที่ใต้ยา ปวด จนยกแขนไม่ขึ้น ลักษณะปวดแบบ	ผู้ป่วยรับรู้ถึงระดับความปวดว่า เป็นความทุกข์ทรมาน ปวดจน ยกแขนไม่ขึ้น ปวดแปลบ ๆ จี๊ด ๆ ซ่า ๆ ไปทั้งแขน คล้ายโดนไฟฟ้า ช็อตทรมานทรมาน	นำนวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุขมาใช้ วิธีการดังนี้ 1) สวมปกอกแขนผ้าฝ้ายบน ผิวหนังของผู้ป่วยก่อน จากนั้นคลุม ด้วยผ้าห่มอุ่นสุขที่เป็นชั้นถัดไป 2) เริ่มต้นที่ อุณหภูมิที่ 30 °C ประเมินอาการ ทุก 30 นาทีหรือ จนกว่าจะสามารถควบคุมอาการ	1) หลังปรับอุณหภูมิคงที่ 35 °C นาที่ที่ 90 หลังรับยาแล้ว ผู้ป่วย pain score = 0 -สีหน้าผ่อนคลาย ไม่ทรมานทรมาน และหลับพักผ่อนได้ 2) ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม 10/10 คะแนน

ระยะ	ปัญหาทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์		
			ประสบการณ์	การจัดการ	ผลลัพธ์
ระยะ 3 หลังรับยาออกซาลิพลาติน	3) พร่องความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน	<p>แปลบ ๆ จี๊ด ๆ</p> <p>ซ่า ๆ คล้ายโตนไฟฟ้าช็อต</p> <p>O: หลังได้รับยาไปแล้วประมาณ 30 นาที pain score =8 ที่แขนซ้ายข้างที่ได้รับยา</p>	<p>1) ผู้ป่วยรับรู้ถึงช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่</p> <p>2) ผู้ป่วยรับรู้ว่านวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสามารถจัดการอาการปวดได้ จึงแนะนำให้แจ้งความประสงค์ทุกครั้งในการใช้งานเมื่อให้ยาครั้งถัดไป</p>	<p>ปวดได้ หากยังคงควบคุมอาการปวดไม่ได้ปรับอุณหภูมิไปที่ 35 °C กรณีศึกษารายนี้ใช้อุณหภูมิที่ 35 °C จนให้ยาหมด ไม่มีอาการผิวหนังไหม้และไม่เกิดการระคายเคืองของยาออกนอกหลอดเลือด</p>	<p>1) ผู้ป่วยรู้และเข้าใจวิธีในการดูแลหลังรับยาเคมีบำบัด</p>

ระยะ	ปัญหาทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์		
			ประสบการณ์	การจัดการ ผลลัพธ์	
		ประเมิน ความสามารถทำ กิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) = 80/100			
ระยะ 4 ติดตามเยี่ยมหลังได้รับยาครบ 1 สัปดาห์ด้วยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม					
ติดตามดูแลต่อเนื่อง	4) ปวดและชา ซ้ายเป็นข้างที่ ให้ยาครบที่ 8	S: ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกปวดและชา แขนซ้าย” O: ผู้ป่วยมี pain score = 3 ที่แขนซ้าย	1) ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการปวด บริเวณแขนข้างที่ได้รับยา ออกซาลิฟลาติน	1) แนะนำการรักษาความอบอุ่นใน แขนข้างซ้าย เช่น การสวมเสื้อแขน ยาว 2) ทบทวนการดูแลเรื่องการจัดการ อาการเช่น การหลีกเลี่ยงสัมผัส ความเย็นทุกชนิด	1) ผู้ป่วยรู้และเข้าใจ สังเกต อาการปวดและชาต่อเนื่องถึง การเปลี่ยนแปลง
ติดตามดูแลต่อเนื่อง	5) เหนื่อยล้า และอ่อนเพลีย	S: ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกหมดแรงหลัง รับยา” O: ผู้ป่วยมีน้ำเสียง ที่อ่อนเพลีย	1) ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าและ อ่อนเพลียหลังรับยาออกซาลิฟลาติน	1) แนะนำการพักผ่อนอย่างเพียงพอ 2) แนะนำการรักษาความอบอุ่น ของร่างกายเพื่อความสะดวกสบาย 3) แนะนำรับประทานอาหารปรุงสุก สะอาด หลีกเลี่ยงของหมักหมม	1) ผู้ป่วยพักผ่อนได้ และรู้สึก สดชื่น

ระยะ	ปัญหาทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	แนวคิดการจัดการอาการของทอดด์		
			ประสบการณ์	การจัดการ	ผลลัพธ์
ติดตามดูแลต่อเนื่อง	6) ท้องผูก	S: ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอึดอัดและท้องแข็ง” O: ผู้ป่วยมีประวัติการขับถ่ายที่ไม่ปกติ	1) ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดเนื่องจากท้องผูก	หากรับประทานได้น้อย อาจเสริมด้วยนมหรือโปรตีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง 1) แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายเบา ๆ ตามความเหมาะสม	1) ผู้ป่วยขับถ่ายได้ปกติและรู้สึกสบายตัวขึ้น
ติดตามดูแลต่อเนื่อง	7) พักผ่อนไม่เพียงพอ	S: ผู้ป่วยบอกว่า “นอนไม่หลับเมื่อคืน” O: ผู้ป่วยมีการง่วงเหงาในช่วงกลางวัน	1) ผู้ป่วยรู้สึกหลับยากหลังการรับยาออกซาลิพลาติน	1) แนะนำการสร้างบรรยากาศเงียบสงบก่อนนอน 2) แนะนำการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น	1) ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น รู้สึกสดชื่นในตอนเช้า

การวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการประยุกต์ใช้แนวคิด การจัดการอาการของดอดด์

การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ร่วมกับนวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาออกซาลิพลาตินช่วยบรรเทาอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจจากกรณีศึกษาสามารถวิเคราะห์ผลลัพธ์ครอบคลุม 3 มิติหลัก คือ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ กลยุทธ์การจัดการอาการ และผลลัพธ์จากการจัดการอาการ ดังนี้

1. ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ

เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่ออาการที่เกิดขึ้น รวมถึงการแสดงออกทางร่างกายและจิตใจที่สะท้อนถึงระดับความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ผู้ป่วยที่ได้รับยาออกซาลิพลาตินมักเผชิญกับอาการปวดเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathy pain) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย และอาจส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและสภาวะทางจิตใจ ในกรณีศึกษา ผู้ป่วยแจ้งว่าปวดที่แขนข้างซ้าย ข้างที่รับยา โดยระดับความปวดที่ pain score=8 และแสดงอาการกระสับกระส่าย รวมถึงสีหน้าที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาออกซาลิพลาตินยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจและกังวลเกี่ยวกับการรับยาเคมีบำบัดในครั้งต่อไป¹⁸ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและกลไกของ ความเจ็บปวดจึงมีผลต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลข้างเคียงและแนวทางการดูแลตนเองสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย¹⁹

2. กลยุทธ์การจัดการอาการ การจัดการอาการปวดต้องอาศัยแนวทางการดูแลอย่างครอบคลุมซึ่งวิเคราะห์จากกรณีศึกษาออกมาได้ 3 แนวทางหลักคือ

2.1 การใช้นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุขมาประยุกต์ใช้โดยเริ่มต้นที่อุณหภูมิ 30°C และปรับเพิ่มเป็น 35°C ตามความเหมาะสม (ควบคุมอุณหภูมิระหว่าง 26-37 องศาเซลเซียส^{7, 8}) ซึ่งอุณหภูมิในระดับนี้ช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดการสะสมของกรดแลคติกและลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ผลลัพธ์ที่ได้คือ อาการปวดลดลงทำให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาได้ดี

2.2 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากการใช้ผ้าห่มอุ่นสุขแล้วยังให้คำแนะนำเกี่ยวกับ วิธีดูแลตนเองหลังรับยาเคมีบำบัด เช่น การหลีกเลี่ยงอุณหภูมิที่เย็นจัด การสวมเสื้อแขนยาวเพื่อรักษาความอบอุ่น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้ด้วยตนเองและลดการใช้ยาแก้ปวด

2.3 การติดตามผลอาการปวด ได้ทำการติดตามผลอาการปวดโดยทำการประเมินทุก 30 นาที หลังจากเริ่มใช้ ผ้าห่มอุ่นสุข ผลการติดตาม พบว่า ระดับความปวดลดลงอย่างต่อเนื่อง และในนาทีที่ 90 หลังจากได้รับยา ผู้ป่วยแจ้งว่าอาการปวด=0 สะท้อนให้เห็นว่ากลยุทธ์ที่นำมาใช้สามารถลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ

จากการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการร่วมกับนวัตกรรมผ้าห่มอุ่นสุขนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลงและเกิดความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม ซึ่งวิเคราะห์จากกรณีศึกษาออกมาได้ดังนี้

3.1 การบรรเทาอาการปวด หลังใช้ผ้าห่มอุ่นสุขระดับความปวดลดลง ไม่ทุกข์ทรมาน

3.2 ความพึงพอใจ อาการปวดลดลง ผู้ป่วยเกิดความสบายและมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

3.3 การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

ลดข้อจำกัดจากอาการปวด และมีความมั่นใจในการรับการรักษาโรคต่อไป

3.4 การลดความวิตกกังวล ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลและการจัดการอาการปวดช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและให้ความร่วมมือกับกระบวนการพยาบาล ลดความกังวลที่เกี่ยวข้องกับผลข้างเคียง

แนวทางการพัฒนาและวิจัยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้นวัตกรรมต่อไป

แม้การใช้ผ้าห่มอุ่นจะมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวด แต่ควรได้รับการพัฒนาต่อยอดต่อไปอีกด้วยการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและศึกษาประสิทธิภาพในระยะยาวเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ดังนี้

1. การกำหนดแนวทางปฏิบัติ จัดทำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก (CNPg) สำหรับการใช้น้ำห่มอุ่น ควบคู่กับการประเมินอาการปวดก่อนและหลังการใช้ พร้อมบูรณาการให้เข้ากับหน่วยงานเพื่อให้สามารถนำไปใช้งานได้มีประสิทธิภาพ

2. การวิจัยและพัฒนา ศึกษาประสิทธิภาพของผ้าห่มอุ่นในระยะยาว โดยเปรียบเทียบกับวิธีบรรเทาอาการปวดอื่น ๆ พร้อมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) เพื่อนำผลลัพธ์จากงานวิจัยมาปรับปรุงแนวทางการดูแลและขยายผลการใช้งานให้เหมาะสมกับบริบทเพื่อเพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล

สรุป

การประยุกต์ใช้นวัตกรรมจัดการอาการของดอดด์ร่วมกับนวัตกรรมผ้าห่มอุ่นช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาออกซาลิพลาทิน มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยแนวคิดดังกล่าวครอบคลุม 3 มิโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์อาการของผู้ป่วย กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์จากการจัดการอาการ จากประสบการณ์

อาการของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดจากผลข้างเคียงของยาออกซาลิพลาทิน ซึ่งส่งผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ประเมินอาการปวดอย่างต่อเนื่องเพื่อทำความเข้าใจระดับความรุนแรงของอาการปวด ในด้านกลวิธีการจัดการอาการ การใช้ผ้าห่มอุ่นที่สามารถควบคุมอุณหภูมิได้ระหว่าง 26-37 °C ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และลดอาการปวดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการปวดได้ด้วยตนเอง และผลลัพธ์จากการจัดการอาการ แสดงให้เห็นว่าหลังใช้ผ้าห่มอุ่น อาการปวดของผู้ป่วยลดลงจนถึงระดับศูนย์ ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ลดความวิตกกังวล และสามารถเข้ารับยาเคมีบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง โดยสรุปกระบวนการพยาบาลนี้ช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผ่านการจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยา ช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิผลของการพยาบาลในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Loprinzi CL, Lacchetti C, Bleeker J, Cavaletti G, Chauhan C, Hertz DL, et al. Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2020;38(28):3325-48.
2. Kang L, Tian Y, Xu S, Chen H. Oxaliplatin-induced peripheral neuropathy: clinical features, mechanisms, prevention and treatment. *J of Neur.* 2021;268(9):3269-82.

3. Bae EH, Greenwald MK, Schwartz AG. Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Mechanisms and Therapeutic Avenues. *J of Neurothera*. 2021;18(4): 2384-96.
4. Nguyen LT, Alexander K, Yates P. Psychoeducational Intervention for Symptom Management of Fatigue, Pain, and Sleep Disturbance Cluster Among Cancer Patients: A Pilot Quasi-Experimental Study. *J of Pain and Symp Manag*. 2018; 55(6):1459-72.
5. Pugh TM, Squarize F, Kiser AL. A Comprehensive Strategy to Pain Management for Cancer Patients in an Inpatient Rehabilitation Facility. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2021;2(1):6885-95.
6. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5): 668-76.
7. Habcharoen S, Weerakul R. Effect of hot compress with electric blanket on peripheral neuropathic pain during oxaliplatin infusion in colorectal cancer patients. *J Cancer*. 2011;31(2):41-53. (in Thai)
8. Watcharakhuankhan T, Senha J, Phongthawornkamol K, Korpaisarn K. Effect of local temperature control during oxaliplatin infusion on phlebitis in colorectal cancer patients. *Thai Nurs Counc J*. 2021;36(3):103-17. (in Thai)
9. Militky J, kremenáková D, Venkataraman M, Večerník J, Martínková L, Marek J, et al. A Review of Textiles Reflecting FIR Produced by the Human Body. *Autex Res J*. 2022;23(4):22-35.
10. Abada D, Maalouf C, Sotehi O, Rouag-Saffidine D, Polidori G, Boudjabi AF. Performance evaluation of fabrics for evaporative cooling applications. *Ener and Build*. 2022;266(1):1-16.
11. De Munter J, Doglek N, Khmaladze A, Parreira ST, Ullgren H, de Man R, et al. The role of cancer nurses in cancer-related pain management in Europe. *Palliat Care Soc Pract*. 2023;17(2):263-76.
12. Mestdagh F, Steyaert A, Lavand'homme P. Cancer Pain Management: A Narrative Review of Current Concepts, Strategies, and Techniques. *J of Current Onco*. 2023; 30(7):6838-58.
13. Kwekkeboom KL, Tostrud L, Costanzo E, Coe CL, Serlin RC, Ward SE, et al. The Role of Inflammation in the Pain, Fatigue, and Sleep Disturbance Symptom Cluster in Advanced Cancer. *J of Pain and Symp Manag*. 2018;55(5):1286-95.
14. He S, Renne A, Argandykov D, Convissar D, Lee J. Comparison of an Emoji-Based Visual Analog Scale With a Numeric Rating Scale for Pain Assessment. *Jama*. 2022;328(2):208-9.
15. Zelis R. Mechanisms of vasodilation and muscle relaxation. *Ameri J of Med*. 1983; 74(6):3-12.

16. Brozovich FV, Nicholson CJ, Degen CV, Gao YZ, Aggarwal M, Morgan KG. Mechanisms of Vascular Smooth Muscle Contraction and the Basis for Pharmacologic Treatment of Smooth Muscle Disorders. *Pharmacol Rev.* 2016;68(2):476-532.
17. Ramanlal R GV. Physiology of Vasodilation.[Updated 2023 Jan 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 4 January 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557562/>.
18. Van de Graaf DL, Engelen V, de Boer A, Vreugdenhil G, Smeets T, van der Lee ML, et al. Experiences of cancer survivors with chemotherapy-induced peripheral neuropathy in the Netherlands: symptoms, daily limitations, involvement of healthcare professionals, and social support. *J of Can Surviv.* 2024;18(5):1630-9.
19. Tian Y. A review on factors related to patient comfort experience in hospitals. *J Health Popul Nutr.* 2023;42(1):125-35.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล

กองบรรณาธิการวชิรสารการพยาบาล ขอเชิญชวนส่งบทความวิชาการทางการแพทย์พยาบาล บทความวิจัยทางการแพทย์พยาบาล บทความพิเศษ และปกิณกะเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวชิรสารการพยาบาล โดยขอให้ เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ต้นฉบับทุกเรื่องจะถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทาง การพยาบาลแต่ละสาขาทั้งภายในและภายนอกอย่างน้อย 3 ท่านประเมินก่อนการตีพิมพ์ บทความ จะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาที่กำหนด หรือผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณานุมัติการตีพิมพ์ หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนดหรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสาร อื่นระหว่างอยู่ในขั้นตอนรอตีพิมพ์ที่วชิรสารการพยาบาล กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์การตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความวิชาการ

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

1.2 ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคำสำคัญมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยจำนวน คำภาษาอังกฤษบทคัดย่อไม่เกิน 250 คำ และจำนวนคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ

1.3 ชื่อผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

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 ชื่อเรื่องภาษาไทย และภาษาอังกฤษ อยู่กึ่งกลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18

2.3 ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัย และคณะอยู่กึ่งกลางหน้าด้วยตัวอักษร 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 ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับบทความในรูปแบบ word file ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบฟอร์มใบส่งบทความ ตีพิมพ์ และสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เข้ารับการพิจารณาผ่านระบบการจัดการวารสารออนไลน์ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj> หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถาม สามารถติดต่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย์ 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

**ใบสมัครขอรับหนังสือขีรสารการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

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

อัตราค่าสมาชิก และค่าจัดส่ง 300 บาทต่อปี

นางสาว/ นาง /นาย ที่
อยู่เลขที่ ซอย ถนน
แขวง เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ชำระโดย

เงินสด จำนวน.....บาท

โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาศรียาน เลขที่

บัญชี 012-1-10918-6

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาทางโทรสาร

นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย์ (ด้านวิชาการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล)

โทรสาร 02-668-7152 โทร. 0-2244-3082