



ISSN 2985-2420 (Online)

PMJCS Phrae Medical Journal and Clinical Sciences

Volume 31 Number 2 July – December 2023



วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยทางด้านการแพทย์ แพทยศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง 2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ และการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานเพื่อเป้าหมาย การพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ	
ที่ปรึกษา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	
บรรณาธิการ	ผศ.(พิเศษ) พญ.ปาริชาติ นิยมทอง	
รองบรรณาธิการ	พญ.ปิยฉัตร ดีสุวรรณ	
กองบรรณาธิการภายใน	พญ.ศรียรัตน์ มากมาย นพ.วันชนะ จินดาคำ พญ.จิณา ตีระวงษ์ชัย พญ.นวลอนงค์ วงศ์ขันแก้ว พญ.ภิญญาดา ฐานะวุฒิมงคล ภญ.ธราณี สิริชยานุกูล นายพนาทัตชนะเวทิน นางสาวสุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์	นพ.จักรพันธ์ ธรรมเมธากาญจน์ พญ.ตติพร ทศนาพิทักษ์ พญ.รรินธร ธีญญาญาติ พญ.กุลภัสสร ลีสมุทพรเพชร ทญ.ชาตยา ฤตวิรุฬห์ นางสาวชนิษฐา แก้วพรม นางการะเกด พันธุ์รัตน์ นางสาวสุทิวา สุริยนต์
กองบรรณาธิการภายนอก	ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ดร.นพ.พิชญ์ ตันตยวงค์ ผศ.จิราวรรณ ดีเหลือ พญ.ณัฐยา อินอิน นพ.ธานินทร์ ฉัตรภิบาล นพ.อุดมศักดิ์ ตั้งชัยสุริยา ดร.เชษฐา แก้วพรม ดร.กรรณิการ์ กาศสมบุรณ์	ศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ รศ.ดร.นงเยาว์ เกษตรภิบาล ผศ.ดร.ภญ.วรุฬห์ พรหมพิทยารัตน์ พญ.ดาว ลือวัฒนานนท์ นพ.ยศวัฒน์ ตั้งตรงจิตร ผศ.ภก.สุกฤษฎี กาญจนสุระกิจ ดร.สุรางค์รัตน์ พ้องพาน อ.สิริวรรณ ธีญญาผล
ฝ่ายธุรการ	นางธนภรณ์ ชันคำนันทะ	
สำนักงาน	ห้องสมุดโรงพยาบาลแพร่ 144 ถนนช่อแฮ ตำบลในเวียง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ โทรศัพท์ 0-5453-3500 ต่อ 2608 โทรสาร 0-5453-2156 E-Mail Address: p2608111@hotmail.com	
เว็บไซต์เผยแพร่	https://thaidj.org/index.php/JPPH	
กำหนดการตีพิมพ์	กำหนดออกทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ: มกราคม-มิถุนายน, กรกฎาคม-ธันวาคม)	

คำชี้แจงการส่งผลงานเพื่อลงพิมพ์

Phrae Medical Journal and Clinical Sciences

วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทางคลินิก โรงพยาบาลแพร่ ยินดีรับเป็นแหล่งเผยแพร่วิชาการด้านการแพทย์ วิทยาศาสตร์ทางคลินิก และสาธารณสุข โดยต้องเป็นเรื่องที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความคิดเห็นของกองบรรณาธิการ

การส่งต้นฉบับ	ต้นฉบับพิมพ์คอลัมน์เดียว ด้วยโปรแกรม Microsoft Word for Windows ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ แบบฟอร์มเป็นกระดาษขนาด A4 ไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์ ใส่เลขกำกับทุกหน้ามุมขวาบน หลังจากวารสารเผยแพร่แล้ว จะนำไฟล์ขึ้นเผยแพร่ในอินเทอร์เน็ต โดยสามารถสืบค้นได้ที่เว็บไซต์ห้องสมุดโรงพยาบาลแพร่ http://www.phraehospital.go.th/library/ และเว็บไซต์วารสารกระทรวงสาธารณสุข https://thaidj.org/index.php/JPPH
การเตรียมต้นฉบับ	<p>ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำภาษาต่างประเทศที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ</p> <p>ชื่อผู้เขียน ชื่อผู้เขียนไม่ต้องมีตำแหน่งทางวิชาการประกอบ ให้ใส่ปริญญาหรือคุณวุฒิสูงสุด (คำย่อปริญญา) ต่อท้ายชื่อและหน่วยงาน สถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ</p> <p>บทคัดย่อ ให้ย่อเนื้อหาสำคัญที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลข สถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด ส่วนประกอบ คือ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และสรุป มีทั้งบทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 250 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ</p> <p>บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1-2 ประโยค</p> <p>วัสดุและวิธีการ อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>พิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยของท่านต้องผ่านคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัยในหน่วยงานท่านมา ให้เรียบร้อย และนำมาใส่ก่อนหัวข้อผลการศึกษา หรือผลการวิจัย</p> <p>ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่วิเคราะห์ได้ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้</p> <p>วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย</p> <p>สรุป ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตของการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือข้อเสนอแนะประเด็นที่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป</p> <p>กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เขียนขอบคุณสั้น ๆ ต่อผู้วิจัยร่วมและผู้ร่วมทำการวิจัยทุกคน และขอบคุณหน่วยงานหรือบุคคลที่สนับสนุนการวิจัยทั้งด้านวิชาการและด้านทุนวิจัย</p> <p>เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข (1) สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม</p>
ประเภทเรื่อง	1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นบทความที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าวิจัยตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เป็นบทความที่มีข้อมูล มีเหตุผลแน่นอน สมควรเผยแพร่ต่อไปได้ ควรจะเขียนเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์สั้นๆ) วัสดุ(หรือผู้ป่วย) และวิธีการผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป โดยทั่วไปความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 3,000 คำ

2. **รายงานผู้ป่วย (Case Report)** เป็นรายงานประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะควรประกอบด้วย บทความย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น สรุป รายงานผู้ป่วยอาจเขียนเป็น 2 แบบ คือ รายงานโดยละเอียดหรือรายงานอย่างสั้นเพื่อเสนอข้อคิดเห็นในบางประการที่น่าสนใจและนำไปใช้ประโยชน์ได้
3. **บทความปริทัศน์ (Review Article)** เป็นเรื่องที่คุณเขียนสนใจโดยเฉพาะ ได้ติดตามผลงานในบทความต่างๆ ในเรื่องนั้นมาอย่างกว้างขวางจึงจะสามารถรวบรวมมาเขียนได้ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวมถึงตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย
4. **บทความพิเศษ (Special Article)** ผู้เขียนมักจะเป็นผู้มีประสบการณ์ทางใดทางหนึ่ง และใช้ประสบการณ์นี้เขียนแสดงความคิดเห็นอะไรสักอย่างหนึ่งที่มีใจเกี่ยวกับแง่มุมหนึ่งของเรื่องนี้

รูปแบบการอ้างอิง

ใช้ระบบการวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้ามีอ้างอิงซ้ำใช้หมายเลขเดิม

1. การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year);ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

1. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.

ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ลงชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาคแล้วตามด้วย et al.

1. Furbetta M, Angius A, Sinenes A, Tuveri T, Angioni G, Caminitti F. Prenatal, et al. diagnosis of beta thalassemia. Br J Haematol 1981;45(1):441-50.

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author) ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้น ๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

1. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002;26:541-5.
2. สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

1. Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. N Engl J Med 2009;360:2302-9.

บทความที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง ให้เขียนชื่อบทความเป็นส่วนแรกได้เลย เช่น

1. Control hypertension to protect your memory. Keeping your blood pressure low may guard against Alzheimer's, new research suggests. Heart Advis 2003;6:4-5.
- 2.

2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

1. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.
2. รังสรรค์ ปัญญาัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

1. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.
2. พรเทพ เทียนสิวกุล, บรรณาธิการ. โลหิตวิทยาคลินิกขั้นสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

1. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2542.

การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

1. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology - head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001-19.
2. เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์. การไหลสารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรีตุ้จินดา, วินัย สุวัตติ, อรุณ วงษ์ราษฎร์, ประอร ขวลิตธารง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.
2. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

บทความวารสารบนอิเล็กทรอนิกส์ (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปีเดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp101046>

ที่มา: จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนอ้างอิงวิชาการรูปแบบ Vancouver style [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

การตรวจแก้ไข

ถ้าต้องการแก้ไขเอง โปรดแจ้งให้ทราบ

หากไม่ได้แจ้งก่อน กองบรรณาธิการจะตรวจแก้ไขให้ตามแต่เห็นควร

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่ เพ็ญศรี ปัญญา, อรพิน มโนรส, มะลิ การปักษ์, อัณชลี แนวรงค์.....	1
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่รับการรักษาแบบประคับประคอง พิมพ์ชนก สุนทร, ธวัคนันท์ อินทราวุธ, ทศนีย์ บุญอริยเทพ, ธนากร แก้วสุทธิ, รุ่งกิจ ปินใจ.....	17
ผลของการไค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย หลังรับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ สุทินา วงศ์ฉายา, จิฎุ แก้วกล้า	34
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สายสุนีย์ ภิญโญ, ศิริกาญจน์ จินาวิน.....	48
ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน กัลยา กิตติมา.....	60
ประสิทธิผลของการพ่น Flurbiprofen บนกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจต่อภาวะเจ็บคอและเสียงแหบ จากการใส่ท่อช่วยหายใจ หลังจากการให้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบ: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม สุดารัตน์ ศุภกิจเจริญ.....	75
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไต แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร่ พิชามณูชัช อินแสน, วิลาสินี อุปนันไชย.....	88
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ สุภารัตน์ หมื่นไธสง, เฉลิมขวัญ สุฤทธิ, ขวัญดาว ดวงแก้ว.....	104
ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังโรงพยาบาลแพร่ อรพินรุ ปัทมาภรณ์พงศ์, สิริยาพร จักรทอง, จิฎุ แก้วกล้า.....	118

บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านและผู้ติดตามวารสารโรงพยาบาลแพร์ทุกท่านนะคะ ก้าวเข้าสู่ปีใหม่อีกปีแล้วนะคะ วารสารโรงพยาบาลแพร์เราได้มีการก้าวเดินและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานหลายปี จนกระทั่งถึงฉบับนี้ เราได้มีการพัฒนาและปรับปรุงในหลายๆด้านเพื่อให้วารสารมีมาตรฐานมากที่สุด เราได้เปลี่ยนชื่อวารสารใหม่เป็น “วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทางคลินิก โรงพยาบาลแพร์” (Phrae Medical Journal and Clinical Sciences) การนอกจากนี้ยังได้พัฒนารูปแบบด้านการจัดการระบบการส่งบทความต้นฉบับในเว็บไซต์ให้เป็นมาตรฐานมากยิ่งขึ้น และในวารสารฉบับนี้เรายังได้รับเกียรติจากผู้ทรงคุณวุฒิมาเพิ่มอีกหลายท่านในตำแหน่งกองบรรณาธิการเพื่อช่วยตรวจสอบ คัดกรอง และตรวจทานนิพนธ์ต้นฉบับ ให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ และสมบูรณ์ตามหลักวิชาการมากยิ่งขึ้น สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงได้ วารสารฉบับนี้มีนิพนธ์ต้นฉบับที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ในทางเวชปฏิบัติหลายเรื่อง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านทุกท่านทั้งเป็นแนวทางในเวชปฏิบัติ และเป็นความรู้พื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยต่อไปค่ะ

ผศ. (พิเศษ) พญ.ปาริชาติ นิยมทอง

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

บรรณาธิการ

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้ต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสสิก โรงพยาบาลแพร่

เพ็ญศรี ปัญญา พย.ม.*, อรพิน มโนรส พย.ม.*, มะลิ การปักษ์ พย.ม.*, อัญชลี แนวนรงค์ พย.ม.*

รับบทความ: 17 กรกฎาคม 2566

ปรับแก้บทความ: 3 ตุลาคม 2566

ตอบรับบทความ: 7 พฤศจิกายน 2566

บทคัดย่อ

บทนำ: การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดมีความสำคัญอย่างมาก โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และช่วยให้ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกได้รับการผ่าตัดสำเร็จตามแผนการรักษาที่วางไว้

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ความสามารถ และระดับความพึงพอใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้โมบายแอปพลิเคชันการให้ความรู้และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Quasi-experimental research ชนิด two group pretest-posttest design ศึกษาระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต คอ นาสสิก โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โมบายแอปพลิเคชันการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square Paired simples t-test และ Independent simples t-test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันมีความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระดูก ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก มากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$, < 0.001) และมีระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

สรุป: โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันส่งผลต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้, แอปพลิเคชัน, ผู้ป่วยต่อกระดูก, การดูแลตนเอง

*หอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสสิก โรงพยาบาลแพร่

The impact of the distribution planning program combined with the use of application technology on providing knowledge and enhancing self-care abilities of patients with cataract receiving treatment at the eye ear nose and throat ward, Phrae hospital

Pensri Punyo M.N.S*, Orapin Manoros M.N.S.* Mali Karapug M.N.S.*, Anchalee Neaonarong M.N.S.*

Received: July 17, 2023

Revised: October 3, 2023

Accepted: November 7, 2023

Abstract

Background: Preparation of patients before surgery and proper post-operative care are of utmost importance. Planning program combined with the use of a mobile application for knowledge provision can help patients understand the disease, treatment, and proper self-care practices that are suitable for their condition. This can aid in preventing post-operative complications and ensuring a successful surgical outcome for cataract patients according to the planned treatment regimen.

Objective: To compare the levels of knowledge, abilities, and satisfaction in self-care between the group receiving the distribution planning program combined with the use of a mobile application for knowledge provision and the group receiving regular care.

Study design: This research is a quasi-experimental research of the two-group pretest-posttest design. It was conducted between February and April 2023 with a sample group consisting of 40 patients receiving treatment at the eye ear nose and throat ward, Phrae Hospital. The sample group was divided into an experimental group (n=20) and a control group (n=20). The research instruments used a mobile application, personal data, knowledge assessment, self-care ability assessment, and patient satisfaction assessment questionnaires. Data analysis was performed using frequency, percentages, means, S.D, chi-square, paired samples t-test, and independent samples t-test.

Result: The knowledge of cataract patients in the experimental group and the self-care abilities of patients in the experimental group and control group were significantly higher than control group ($p < 0.001$, < 0.001). Additionally, the satisfaction level of patients was high.

Conclusion: The group receiving the distribution planning program combined with the use of a mobile application affects the patient's knowledge and self-care ability. the satisfaction level of patients with the distribution planning program was high.

Keywords: Planning Program, Application Technology, Cataract patients, Self-Care

* Eye Ear Nose and Throat Ward, Phrae Hospital

บทนำ

โรคต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะที่เลนส์ตาขุ่นที่ส่งผลให้การมองเห็นแย่งลง สาเหตุของต้อกระจกที่พบได้บ่อยที่สุด คือ อายุที่มากขึ้น โดยความเสี่ยงของการเป็นต้อกระจกจะมากขึ้นเรื่อย ๆ หลังอายุ 40 ปีขึ้นไป เมื่อเกิดโรคต้อกระจกจะมีอาการตามัวลงเรื่อย ๆ อาจมองเห็นเป็น 2 ภาพหรือมากกว่า จากการขุ่นของเลนส์ไม่เท่ากันจึงส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน หากไม่เข้ารับการรักษาอาจส่งผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคต้อหินมุมปิดหรือม่านตาอักเสบได้ โดยโรคต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของการกิดตาบอดทั่วโลก สถิติในประเทศไทยพบผู้ป่วยต้อกระจก 14.82 ล้านคน (2020) คาดว่าจะเพิ่มสูงถึง 18.49 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบสถิติผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2558, 2559, และ 2560 ตรวจพบ Blinding Cataract เพิ่มจากร้อยละ 54.8 เป็นร้อยละ 57.5 และร้อยละ 56.6 ตามลำดับ นอกจากนี้เป็น Low vision cataract⁽²⁾ สำหรับโรงพยาบาลแพรมีผู้ป่วย Blinding Cataract ที่เกิดจากโรคต้อกระจกเพิ่มมากขึ้นทุกปีเช่นกัน โดยมีจำนวน 566 ราย และ 684 รายในปี พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 ตามลำดับ

การรักษาโรคต้อกระจกที่ได้ผลดีในปัจจุบัน ได้แก่ การผ่าตัดและการใส่เลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งสามารถทำได้ทุกระยะโรคขึ้นกับอาการ โดยอาการตามัวจากต้อกระจกส่งผลต่อการทำงานและการทำกิจวัตรประจำวัน บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ต้อหินมุมปิด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต้อกระจก เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว การ

ผ่าตัดต้อกระจกมีหลายวิธีโดยแพทย์จะเลือกวิธีการผ่าตัดนำเลนส์แก้วตาออกให้เหมาะสมกับชนิดของต้อกระจกในรายที่ต้อกระจกสุก การนำเลนส์แก้วตาออกมีความยุ่งยาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น corneal edema, wound leak, retinal detachment, hyphemia⁽³⁾, IOP สูง ผู้ป่วยจึงมีอาการตามัว ปวดตา รอบดวงตาบวมซ้ำ ในรายที่แผลผ่าตัดแยก จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ วันนอนเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นตามมา ดังนั้นในการที่จะทำให้อาการดีขึ้นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจก ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค

การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคต้อกระจกได้รับการผ่าตัดสำเร็จตามแผนการรักษาที่วางไว้และช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

โดยใช้หลักการจำหน่าย D-METHOD⁽⁴⁾ ประกอบด้วย การให้ความรู้ที่จำเป็น สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคต้อกระจกครอบคลุมในเรื่อง D (Diagnosis): ให้ความรู้เรื่องโรค, M (Medicine): การใช้ยา, E (Environment/Environment) : การจัดการสิ่งแวดล้อม, T (Treatment): ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา, H (Health): การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ, O (Outpatient): การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือ และ D (Diet): การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค

การวางแผนจำหน่ายที่ดีควรมีแนวทางที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงานสามารถนำมาใช้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันได้

มีสื่อที่ชัดเจนเข้าใจง่าย สะดวกสามารถเข้าถึงได้ง่าย เข้าถึงได้ตลอดเวลาและทุกที่ตามที่อยู่ที่ต้องการจะศึกษา จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคได้

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกจึงมีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจก

การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่ ประกอบด้วย การให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยโรคต่อกระจกก่อนและหลังผ่าตัด ผ่านการดาวโหลดทางแอปพลิเคชันไลน์มา ใช้ ร่วมกับการใช้สื่อ วีดิทัศน์ที่ใช้อยู่เดิม การใช้ แอปพลิเคชันจะช่วยกระตุ้นการรับรู้ข้อมูลจากการมองเห็นภาพ การฟัง ถึงแม้ในระยะก่อนและหลัง ผ่าตัดผู้ป่วยบกพร่องเรื่องของการมองเห็นแต่สามารถรับรู้ข้อมูลในแอปพลิเคชันจากการฟังได้ และผู้ป่วยตาข้างที่ไม่ผ่าตัด การมองเห็น (VA) ชัดเจนมากกว่า 6/36 หากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกได้รับการดูแลตามโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยจะสามารถเข้าใจเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค จะช่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถ ระวังระดับการมองเห็นทางดวงตาไว้ได้ทำให้ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำงานได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อน และหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันในการ ให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลแพร่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันการให้ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคต่อกระจก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่

ตัวแปรตาม คือ ระดับความรู้ความสามารถ ในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วย โรคต่อกระจกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

สถานที่ในการวิจัย หอผู้ป่วยจักษุโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยจักษุโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคต่อกระจก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่ ในระยะเวลาตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2566–เดือนเมษายน 2566 จำนวน 40 ราย โดย ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณ ค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนด ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ใช้อำนาจ ทดสอบ (Level of power) ที่ 0.80 โดยพิจารณา เปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ต้องใช้กลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 13 รายต่อกลุ่ม⁽⁵⁾ เป็นอย่างน้อย

ผู้วิจัยจึงกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 40 ราย เพื่อป้องกันการสูญหาย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
2. มีสติการรับรู้ปกติ
3. สามารถอ่านออกเขียนได้
4. เข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัดต่อกระดูกครั้งแรก
5. มีอุปกรณ์สื่อสารเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์
6. สามารถเข้าใช้โมบายแอปพลิเคชันได้
7. ผู้ป่วยตาข้างที่ไม่ผ่าตัด การมองเห็น (VA) ชัดเจนมากกว่า 6/36

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย
2. ผู้ป่วยสิ้นสุดบทบาทก่อนผ่าตัดต่อกระดูกเนื่องจากยกเล็กหรือเลื่อนนัดการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โมบายแอปพลิเคชันการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ตามหลัก D-METHOD ซึ่งสร้างมาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอแรม (Orem)⁽⁴⁾
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ
 - 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค
 - 2.2) เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 2.2.1) แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก จำนวน 15 ข้อ (75 คะแนน) ให้

เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มีความรู้มากที่สุด (5) มีความรู้มาก (4) มีความรู้ปานกลาง (3) มีความรู้น้อย (2) และมีความรู้น้อยที่สุด (1)

2.2.2) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก จำนวน 10 ข้อ (50 คะแนน) ให้เลือกตอบ 5 ระดับคือ สามารถในการดูแลตนเองได้มากที่สุด (5) สามารถในการดูแลตนเองได้มาก (4) สามารถในการดูแลตนเองได้ปานกลาง (3) สามารถในการดูแลตนเองได้น้อย (2) และสามารถในการดูแลตนเองได้น้อยที่สุด (1)

2.2.3) แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ต่อการใช้โปรแกรมการวางแผน จำนวน 10 ข้อ (50 คะแนน) ให้เลือกตอบ 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุด (5) พึงพอใจมาก (4) พึงพอใจปานกลาง (3) พึงพอใจน้อย (2) และพึงพอใจน้อยที่สุด (1)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความเที่ยงตรงทางเนื้อหา (IOC: Index of Item Objective Congruence) การตรวจสอบคุณภาพด้านความสมบูรณ์ครบถ้วนของเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ได้แก่ เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบวัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ต่อการให้ความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชัน ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจักษุ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจักษุ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ โดยได้ค่า IOC=0.8 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์การยอมรับที่ IOC=0.5

ตรวจสอบความเชื่อมั่น

ในการหาความความเที่ยง โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เพื่อทดสอบความสอดคล้องกันภายใน โดยกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70 ดังนั้นจึงถือว่าแบบสอบถามนี้ผ่านการทดสอบความสอดคล้องกันภายใน และสามารถนำไปเก็บข้อมูลและทำการวิเคราะห์ต่อไปได้

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาและวิธีรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตดำเนินการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติเข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดโครงการวิจัยและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ในวันแรกของการเข้ารับการรักษาและดำเนินการให้ความรู้ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้ความรู้ตามปกติโดยการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ต้อกระจกโดยใช้วีดิทัศน์ และครั้งที่ 2 สอนการเช็ดตาหยอดยาและฝึกให้ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเช็ดตาหยอดยา

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยให้ความรู้ผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ร่วมกับการให้ความรู้ตามปกติ สอนเป็นรายกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที ดังนี้ ครั้งที่ 1 เริ่มให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ต้อกระจกโดยใช้วีดิทัศน์ ร่วมกับการดาวน์โหลดโมบายแอปพลิเคชันเพื่อนำไปทบทวนหรือช่วยจำได้ในภายหลัง และครั้งที่ 2 เริ่มให้ความรู้เรื่องการเช็ดตาหยอดยาและฝึกให้ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเช็ดตาหยอดยา

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ในวันจำหน่ายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติที่กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคต้อกระจกโดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน เนื่องจากข้อมูลมีกราฟลักษณะการเรียงตัวของจุดตัดเป็นเส้นตรงมีการกระจายเป็นแบบ Normal distribution ทำการทดสอบสมมติฐานเพื่อดูว่าประชากรที่สิ่งตัวอย่างสุ่มมา พบว่า มีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยสมมติฐานหลัก คือ ประชากรมีความเป็นปกติ (การแจกแจงแบบปกติ) และสมมติฐานทางเลือก คือ ประชากรมีความไม่เป็นปกติ (ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ) ($p=0.100$) จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square, Paired simples t-test, และ Independent simples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 12/2566 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่มีกระบวนการระบุชื่อ ข้อมูลการวิจัยนำไปอภิปรายหรือเผยแพร่ในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่ (ตารางที่ 1)

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.00 และ 60.00 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.318$) โดยมีช่วงอายุมากที่สุดระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 65.00 (67.7 ± 6.5301) และร้อยละ 50.00 (68.00 ± 9.3246) ตามลำดับ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.126$) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของแต่ละกลุ่มอยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.90 ทั้งสองกลุ่ม โดยร้อยละ 73.68 ของกลุ่มทดลองไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 31.58 ของกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพค้าขาย ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.050$) โดยรายได้ของทั้งสองกลุ่มน้อยกว่า 5,000 บาท (85.00%) ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.721$) รายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองมาจากเบี้ยยังชีพ/เงินสวัสดิการของรัฐ ร้อยละ 50.00 และรายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมมาจากการ

ประกอบอาชีพ (40.00%) และเบี้ยยังชีพ/เงินสวัสดิการของรัฐ (40.00%) ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.168$) ซึ่งเพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 55.00 ทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=1.000$) โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองผ่าตัดตาขวามากที่สุด ร้อยละ 60.00% และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมผ่าตัดตาขวาและตาซ้ายเท่ากัน ร้อยละ 50.00 ตามลำดับ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.525$) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (90.00%) ประกอบด้วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน และอื่น ๆ ร้อยละ 60.00, 20.00, 40.00 และ 20.00 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (80.00%) ประกอบด้วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน และอื่น ๆ ร้อยละ 25.00, 70.00, 30.00 และ 25.00 ตามลำดับซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.376$)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่ (n=40)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	5	25.00	8	40.00	0.318
หญิง	15	75.00	12	60.00	
อายุ (ปี)					
41-50	1	5.00	0	0.00	0.126
51-60	0	0.00	4	22.22	
61-70	13	65.00	9	50.00	
71-80	6	30.00	5	27.78	
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	67.7±6.5301		68.00±9.3246		
สถานภาพสมรส					
โสด	5	25.00	2	10.53	0.414
สมรสและอยู่ร่วมกัน	11	55.00	14	73.68	
หม้าย/หย่าร้าง	4	20.00	3	15.79	
สถานะในครอบครัว					
หัวหน้าครอบครัว	11	55.00	11	57.90	0.855
สมาชิกในครอบครัว	9	45.00	8	42.10	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	5.00	1	5.26	0.807
ประถมศึกษา	17	85.00	17	89.48	
มัธยมศึกษา	1	5.00	1	5.26	
ปริญญาตรี/โท/เอก	1	5.00	0	0.00	
ศาสนา					
พุทธ	20	100.00	20	100.00	1.000
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					
≤5,000	17	85.00	17	85.00	0.721
5,001-10,000	1	5.00	1	5.00	
10,001-15,000	0	0.00	1	5.00	
>15,000	2	10.00	1	5.00	

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่ (n=40) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	73.68	5	26.32	0.050
รับจ้าง	1	5.26	3	15.79	
ค้าขาย	1	5.26	4	21.05	
เกษตรกรรม	2	10.54	6	31.58	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.26	1	5.26	
แหล่งรายได้					
การประกอบอาชีพ	4	20.00	8	40.00	0.168
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	1	5.00	
บุตร/หลาน/ญาติ	5	25.00	3	15.00	
เบี้ยยังชีพ/เงินสวัสดิการของรัฐ	17	55.00	8	40.00	
ความพอเพียงของรายได้					
ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น	9	45.00	9	45.00	1.000
เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น	11	55.00	11	55.00	
ตาข้างที่ผ่าตัด					
ตาขวา	12	60.00	10	50.00	0.525
ตาซ้าย	8	40.00	10	50.00	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	2	10.00	4	20.00	0.376
มี	18	90.00	16	80.00	
เบาหวาน	12	60.00	5	25.00	
ความดันโลหิตสูง	4	20.00	14	70.00	
ไขมัน	8	40.00	6	30.00	
อื่นๆ	4	20.00	5	25.00	

p<0.001* Chi-square Test

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระຈกของผู้ป่วยโรคต่อกระຈกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโศต คอ นาสิก โรงพยาบาลแพร

ค่าเฉลี่ยของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระຈกทั้ง 4 ด้าน ของกลุ่มหลังผ่าตัดมีระดับคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มก่อนผ่าตัดทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ระดับความรู้เรื่องต่อกระຈกก่อนผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.65 ± 1.782 หลังผ่าตัดคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.70 ± 1.344 ($p < 0.001$) 2) ระดับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ก่อนผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.93 ± 1.269 หลังผ่าตัดคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.70 ± 1.344 ($p < 0.001$) 3) ระดับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ก่อนผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 ± 0.628 หลังผ่าตัดคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ± 0.490 ($p < 0.001$) 4) ระดับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ก่อนผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.15 ± 5.419 หลังผ่าตัดคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.25 ± 5.419 ($p < 0.001$) และระดับความรู้โดยรวม ก่อนผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.40 ± 8.335 หลังผ่าตัดคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.23 ± 4.948 ($p < 0.001$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มหลังผ่าตัด กลุ่ม

ทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ระดับความรู้เรื่องต่อกระຈก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 ± 0.000 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 ± 0.587 ($p < 0.001$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ระดับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 ± 0.000 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 ± 0.513 ($p < 0.001$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ระดับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.90 ± 0.308 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ± 0.489 ($p < 0.001$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) ระดับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.90 ± 0.308 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ± 0.587 ($p < 0.001$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความรู้โดยรวม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.60 ± 2.761 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.85 ± 4.320 ($p < 0.001$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2,3)

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระຈกก่อนและหลังผ่าตัดรวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้ป่วยโรคต่อกระຈกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโศต คอ นาสิก โรงพยาบาลแพร (n=40)

ความรู้เรื่อง	ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด		p-value **
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
โรคต่อกระຈก	6.65	1.782	13.70	1.344	0.000*
การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด	4.93	1.269	9.65	0.622	0.000*
การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด	2.38	0.628	4.63	0.490	0.000*
การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	20.15	5.419	42.25	5.419	0.000*
ระดับความรู้โดยรวม	34.40	8.335	70.23	4.948	0.000*

* $p < 0.001$, Paired simples t-test**

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่ (n=40)

ความรู้	ก่อนผ่าตัด (n=40)			หลังผ่าตัด (n=40)		
	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)	P- value***	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)	p- value***
	\bar{x} (S.D.)	\bar{x} (S.D.)		\bar{x} (S.D.)	\bar{x} (S.D.)	
โรคต่อกระจก	2.65 (0.671)	1.75 (0.550)	0.000*	5.00 (0.000)	4.15 (0.587)	0.000*
การปฏิบัติตัวก่อน ผ่าตัด	2.85 (0.671)	2.05 (0.510)	0.000*	5.00 (0.000)	4.50 (0.513)	0.000*
การปฏิบัติตัวขณะ ผ่าตัด	2.70 (0.571)	2.05 (0.510)	0.001*	4.90 (0.308)	4.35 (0.489)	0.000*
การปฏิบัติตัวหลัง ผ่าตัด	2.60 (0.503)	1.75 (0.550)	0.000*	4.90 (0.308)	4.35 (0.587)	0.001*
ระดับความรู้ โดยรวม	40.45 (5.577)	28.35 (5.869)	0.000*	73.60 (2.761)	66.85 (4.320)	0.000*

*p<0.001, Independent simples t-test ***

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่ (ตารางที่ 4,6)

ระดับความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังผ่าตัดมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 23.53 ± 5.927 และ 47.50 ± 2.774 ตามลำดับ (p<0.001) โดยระดับความสามารถในการดูแลตนเองก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 27.40 ± 5.433 และ 19.65 ± 3.313 ตามลำดับ (p<0.001) และระดับความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 49.50 ± 1.000 และ 45.50 ± 2.524 ตามลำดับ (p<0.001) (ตารางที่ 4) โดยความสามารถในการดูแลตนเอง

ก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 55.00 ตามลำดับ ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับมากร้อยละ 70.00 และความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.00 ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ตารางที่ 5)

ภาพรวมทั้งหมดของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจก ความสามารถในการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่ ต่อการใช้โปรแกรมการวางแผนก่อนและหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มก่อนผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มหลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 83.78 ± 19.593 และ $165.75 \pm$

9.634 ตามลำดับ ($p < 0.001$) ภาพรวมทั้งหมด ก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 98.80 ± 13.575 และ 68.75 ± 11.332 ตามลำดับ ($p < 0.001$) และ ภาพรวมทั้งหมดหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 172.90 ± 3.959 และ 158.60 ± 8.198 ตามลำดับ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร์ (n=40)

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนใช้ผ่าตัด				หลังผ่าตัด				
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value ***	\bar{X} (S.D.)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value ***	\bar{X} (S.D.)	p-value **
	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)			\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)			
ความสามารถในการดูแลตนเอง	27.40 (5.433)	19.65 (3.313)	0.000*	23.53 (5.927)	49.50 (1.000)	45.50 (2.524)	0.000*	47.50 (2.774)	0.000*

* $p < 0.001$, Paired simples t-test **, Independent simples t-test ***

ตารางที่ 5 ตารางเปรียบเทียบค่าระดับความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร์ (n=40)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ก่อนผ่าตัด			หลังผ่าตัด		p-value ***
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value ***	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (%)	จำนวน (%)		จำนวน (%)	จำนวน (%)	
น้อย	0 (0.00)	9 (45.00)		0 (0.00)	4 (20.00)	
ปานกลาง	12 (60.00)	11 (55.00)	0.000*	6 (30.00)	5 (25.00)	0.000*
มาก	8 (40.00)	0 (0.00)		14 (70.00)	11 (55.00)	

* $p < 0.001$, Independent simples t-test ***

ตารางที่ 6 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูก ความสามารถในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร์ (n=40)

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนใช้ผ่าตัด				หลังผ่าตัด				
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value ***	\bar{X} (S.D.)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value ***	\bar{X} (S.D.)	p-value **
	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)			\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)			
โดยรวมทั้งหมด	98.80 (13.575)	68.75 (11.332)	0.000*	83.78 (19.593)	172.90 (3.959)	158.60 (8.198)	0.000*	165.75 (9.634)	0.000*

* $p < 0.001$, Paired simples t-test **, Independent simples t-test ***

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคต่อ
กระจกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ
นาสิก โรงพยาบาลแพร์ ต่อการใช้โปรแกรมการ
วางแผน (ตารางที่ 7)

ระดับความพึงพอใจก่อนผ่าตัดของกลุ่ม
ทดลองก่อนผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 30.95 ± 5.145 ซึ่ง
น้อยกว่าระดับความพึงพอใจหลังผ่าตัดของกลุ่ม
ทดลองหลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 49.80 ± 0.696
($p < 0.001$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย
โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร์ กลุ่มทดลองก่อนและหลังผ่าตัดต่อการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (n=40)

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนใช้ผ่าตัด	หลังผ่าตัด	p-value**
	(n=40)	(n=40)	
	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)	
ความพึงพอใจ	30.95 (5.145)	49.80 (0.696)	0.000*

* $p < 0.001$, Paired samples t-test**

วิจารณ์

ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
ร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันการให้ความรู้
เรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจก
(กลุ่มทดลอง) และโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
อย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) พบว่า

1. ระดับความรู้โดยรวมเกี่ยวกับโรคต่อกระจก
ของผู้ป่วยโรคต่อกระจก ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < 0.000$) จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการให้
ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจก ความรู้เกี่ยวกับการ
ปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว
ขณะผ่าตัด และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลัง
ผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและ
การปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น
ซึ่งความรู้ดังกล่าวจะส่งผลต่อการการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sophie

Huey-Ming Guo และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาผลกระทบ
ของระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
พบว่า ความรู้ในกลุ่ม Post-Intervention มีคะแนน
เฉลี่ย 24.7 ± 3.1 มากกว่ากลุ่ม Pre-Intervention
มีคะแนนเฉลี่ย 21.2 ± 5.2 ซึ่งแตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) และยังสอดคล้อง
กับ Ali Mohammadpour และคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาผล
ของทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ต่อความ
สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ความรู้ในกลุ่ม Post-
Intervention มีคะแนนเฉลี่ย 1.5 ± 0.5 มากกว่า
กลุ่ม Pre-Intervention มีคะแนนเฉลี่ย 2.0 ± 0.0
ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$)

2. ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$)
โดยกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถ
ในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับ

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดมากกว่าก่อนผ่าตัด จึงเห็นได้ว่า หลังจากผู้ป่วยผ่านกระบวนการให้ความรู้ตามมาตรฐานการพยาบาลหรือโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายปกติคือ การใช้สื่อ วีดิทัศน์ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสอนสาธิต และฝึกให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองในการเช็ดตา หยอดยาแล้ว การได้รับความรู้จากโมบายแอปพลิเคชันในการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ตามหลัก D-METHOD โดยข้อมูลที่ปรากฏในแอปพลิเคชันจะมีเนื้อหาครอบคลุมตามกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายตาม หลัก D- METHOD⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกมลวรรณ นิลเอก และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

หลัก D-METHOD⁽⁴⁾ ประกอบด้วย D (Diagnosis): ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนผ่าตัด รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้อกระจก เช่น หลีกเลี้ยงการไอ จาม ไม่แ่งถ่าย M (Medicine): การใช้ยา ให้ความรู้เกี่ยวกับยา ที่ผู้ป่วยได้รับโดยละเอียดถึงสรรพคุณ จำนวนครั้งในการใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา การเก็บรักษายาที่ถูกต้องเพื่อให้ยาคงฤทธิ์ในการรักษา ไม่เสื่อมสภาพก่อนเวลา, E (Environment/ Environment): การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับที่ผ่าตัดต้อกระจก เช่น ดูแลความสะอาดของสถานที่พัก หลีกเลี้ยงสถานที่ที่มีฝุ่นหรือควันไฟที่อาจเข้าสู่แผลผ่าตัดและอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ให้นอนหงายหลีกเลี้ยง การนอนตะแคงทับแผลผ่าตัดตา ไม่นอนคว่ำหน้า เพื่อป้องกันแผลที่ดวงตาถูกกดทับ, T (Treatment): ทักษะที่เป็นตามแผน

การรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางตา เช่น เทคนิคการหยอดยา เทคนิคการเช็ดตา แบบ sterile technique, H (Health): การส่งเสริม ฟันฟูสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ, O (Outpatient): ให้ผู้ป่วย เห็นความสำคัญและมาตรวจตามนัดหมาย รวมถึงการติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน และ D (Diet): การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสม เช่น หลีกเลี้ยงการรับประทานอาหารที่มีลักษณะแข็งเหนียว และการควบคุมอาหารตามโรคประจำตัว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเกิดแรงดันใน ลูกตาสูง และแผลผ่าตัดแยกกันนั้นมีประสิทธิภาพในการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคงรักษา ระดับการมองเห็นทางดวงตาไว้ช่วยให้ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองและสามารถทำงานตามปกติคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจก ตามหลัก D-METHOD อยู่ในระดับสูงอธิบายได้ว่า การให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแนวทางการรักษา สะดวก รวดเร็ว และสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาวิจัย ประสิทธิภาพของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล⁽⁹⁾ ผลการวิจัยพบ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีความพึงพอใจวิธีการอบรมให้ความรู้โดยดัดใช้แอปพลิเคชันบนมือถือและ

ตระหนักถึงประโยชน์ของการใช้งาน และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในรูปแบบการอบรมบนมือถือในระดับมาก และสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม⁽⁴⁾ ได้กล่าวถึงทฤษฎีการดูแลตนเองเรื่องความพร้อมในการดูแลตนเองว่า เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ไม่เพียงพอ กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic selfcare demand) เพื่อตอบสนอง ความต้องการที่จำเป็นทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ ในการให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาลมาดูแลผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอที่จะสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคต่อกระจกจึงมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจก

สรุป

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร์ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันมีความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจก มากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายปกติอย่างมีนัยสำคัญ และระดับความพึงพอใจในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจกอยู่ในระดับสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Song P, Wang H, Theodoratou, E, Chan K Y, Rudan I. The national and subnational prevalence of cataract and cataract blindness in China: a systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* 2018 8(1): 010804. doi: 10.7189/jogh.08-010804.
2. จารุวรรณ ชาติทอง, ประเสริฐ ประสมรักษ์. ผลของรูปแบบการคัดกรองสายตาสายตาในชุมชนด้วย แนวคิด 333 ในการป้องกันตาบอดจากโรคต่อกระจก อำเภอลำปาง จังหวัดยโสธร. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2561; 3(3),10-8.
3. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, นวพล กาญจนรัตน์. ตำราปฏิบัติการและหัตถการทางจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2559.
4. Orem DE. *Nursing concepts of practice*. 3rd ed. New York: McGraw_Hill; 1985.
5. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Principles and Methods*. 7 th ed, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2004.
6. Guo SHM, Chang HK, Lin CY. Impact of
7. Mobile Diabetes Self-Care System on patients' knowledge, behavior and efficacy. *Computers in Industry* 2015; 29(C):22-9.
8. Mohammadpour A, Sharghi NR, Khosravan S, Alami Z, Akhond M. The

effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory

9. on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2015;24(11-12): 686-92. doi: 10.1111/jocn.12775
10. กมนวรรณ นิลเอก, รุ่งนภา จันทรา. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์* 2562; 33(2):143-56.
11. พัชรา เสถียรพัทธ์, โสภภาพันธุ์ สอาด, รุจิตรา วันวิษา, อัครภา เกื้อสุวรรณ. ประสิทธิภาพของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือ ต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล มหาวิทยาลัยปทุมธานีโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2563;30(1):47-56.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับการรักษาแบบประคับประคอง

พิมพ์ชนก สุนทร พ.บ.*, ธกัณันท์ อินทรารุช พย.บ.**, ทศนีย์ บุญอริยเทพ พย.บ.**,

ธนากร แก้วสุทธิ พ.บ.*, รุ่งกิจ ปินใจ พ.บ.*

รับบทความ: 23 สิงหาคม 2566

ปรับแก้บทความ: 23 ตุลาคม 2566

ตอบรับบทความ: 29 ตุลาคม 2566

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมักมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์ การช่วยเหลือทางร่างกายและจิตใจมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เป็นภาระหนักและส่งผลต่อผู้ดูแลหลายด้าน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งส่งผลเสียกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับรักษาที่คลินิกดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลร้อยเอว เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบภาวะเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิตและแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย

ผลการศึกษา: ผู้ดูแล 85 รายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.1) อายุเฉลี่ย 49.3 ปี พบความชุกของภาวะเครียดปานกลางถึงมาก ร้อยละ 50.6 และพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.4 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดด้วย multivariate logistic regression พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน (OR=11.73, 95%CI=1.32-103.93, p=0.03) และผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร (OR=13.55, 95%CI=1.31-139.75, p=0.03) อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่ส่งผลกับการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าด้วย multivariate logistic regression

สรุป: ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าพบได้ค่อนข้างมากในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงควรมีการสำรวจและประเมินภาวะเหล่านี้ เพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นและนำผู้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็วเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, ผู้ดูแลผู้ป่วย, ภาวะเครียด, ภาวะซึมเศร้า

*กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอว จังหวัดแพร่

**กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลร้อยเอว จังหวัดแพร่

Prevalence and association factors of stress and depression in palliative caregivers for end-stage cancer patients

Pimchanok Soonthon M.D.*, Tapukkanun Intharawut M.N.S.**

Thadsanee Boonariyatep M.N.S.**, Thanakorn Kaewsoothi M.D.*, Rungkit Pinjai M.D.*

Received: August 23, 2023

Revised: October 23, 2023

Accepted: October 29, 2023

Abstract

Background: The caregivers of end-stage cancer patients play a crucial and significant role in providing assistance to the patients. They often require medical care, physical support, and emotional support more than caregivers of general patients. This role can be demanding and affect caregivers in various aspects. It can lead to caregivers experiencing stress, depression, anxiety, and having negative effects on their ability to care for end-stage cancer patients.

Objective: The study aimed to determine the prevalence and factors associated with stress and depression among caregivers of end-stage cancer patients.

Study design: The cross-sectional analysis study of caregivers of end-stage cancer patients receiving consultation at the Palliative Care Clinic, Rong Kwang Hospital. Data were collected through personal information questionnaires, stress assessment (ST-5), and the PHQ-9 depression assessment.

Results: Among the 85 caregivers of end-stage cancer patients, most of the participants were female (74.1%). The average age is 49.3 years. The prevalence of moderate to severe stress and depression among this group of caregivers were 50.6% and 49.4%, respectively. Multivariate logistic regression analyses indicated that the statistically significant risk factors associated with stress are : caregivers who need to care for patients for more than 16 hours a day (OR=11.73, 95% CI=1.32-103.93, p=0.03), and caregivers of patients with loss of appetite (OR=13.55, 95% CI=1.31-139.75, p=0.03). However, none of these factors is significantly associated with depression in caregivers from multivariate logistic regression analyses.

Conclusion: Stress and depression are found quite often in caregivers of patients with end-stage cancer. A comprehensive assessment of these conditions is important to provide initial support and ensure timely and appropriate access to treatment for those who are ill.

Keywords: end-stage cancer patients, Caregiver, Stress, Depression

*Department of Medicine, Rong Kwang Hospital, Phrae

**Primary and Holistic care Department, Rong Kwang Hospital, Phrae

บทนำ

จากรายงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา และคนไทยมีแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งสูงขึ้นทุกปี การเกิดโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีความบกพร่องทางสุขภาพ เกิดความสูญเสียศักยภาพในการประกอบอาชีพ เพิ่มภาระแก่ครอบครัวและสังคมโดยรวม โดยเฉพาะทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้น⁽¹⁾

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายจากโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน มักมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์ การช่วยเหลือทางกายและจิตใจมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เช่น มีอาการปวด อาการเหนื่อย หอบ รับประทานอาหารได้ลดลง คลื่นไส้ อาเจียน แผลมะเร็ง นอนไม่หลับ สับสน เพ้อคลั่ง วิดกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งมักร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ลดลงไปจนถึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง ซึ่งมักใช้ระยะเวลาการดำเนินโรคจำนวนหลักเดือน⁽²⁾

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสบายและตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ แต่ด้วยภาระที่หนัก อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนที่จะมาเป็นผู้ดูแลมาก่อนทำให้ต้องปรับตัวกับบทบาทหน้าที่ และการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความทุกข์ทางใจที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะ

สุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁽³⁾ เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล (caregiver burden) จนกระทั่งไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (caregiver burnout)^(4,5) เมื่อเกิดภาวะดังกล่าว ผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย หรือทอดทิ้งได้โดยไม่ได้ตั้งใจ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะเครียดสะสมและภาวะซึมเศร้าจะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้⁽⁶⁾

ปัจจุบันการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีไม่มากนัก ผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่า ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยระยะสุดท้ายสัมพันธ์กับหลายปัจจัย โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ชนิดของมะเร็ง ประวัติการผ่าตัด⁽⁷⁾ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวด หายใจลำบาก⁽⁸⁾ แผล ผู้ป่วยรับรู้พยากรณ์โรค⁽⁹⁾ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศหญิง^(7,8,10,12,14) การอยู่ร่วมกับผู้ป่วย เคยดูแลผู้ป่วยคนอื่นมาก่อน⁽⁷⁾ มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้ป่วย⁽⁹⁾ มีปัญหาการนอน⁽¹²⁾ การสูญเสียโอกาสทางสังคม การลดลงของรายได้ การมีผู้ดูแลร่วมบางครั้ง⁽¹¹⁾ ระยะเวลาที่ดูแล^(13,15) คู่สมรส^(8,13) ว่างาน⁽¹³⁾ มีโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง^(8,13) ปัญหาการเงิน คุณภาพชีวิต⁽¹³⁾ ระดับการศึกษา^(13,15) อายุและความผูกพันกับผู้ป่วย⁽¹³⁾

โรงพยาบาลร่งกวางได้จัดตั้งคลินิกดูแลแบบประคับประคองขึ้นในปี 2560 โดยมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในการดูแลจำนวนหนึ่ง สถิติในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นทะเบียนตามลำดับ ดังนี้ 284, 204 และ 179 คน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 16.90, 24.0 และ 20.11 ตามลำดับ⁽¹⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของภาวะเครียด

ในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 20.1⁽¹¹⁾ พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.6 ถึง 27.2⁽⁹⁾ ในขณะที่แนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมุ่งความสนใจไปที่การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ส่วนความสนใจในตัวผู้ดูแลมีน้อย นอกจากนี้ยังไม่มีระบบให้การช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยมีวัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกของภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้านั้น เพื่อทราบความรุนแรงและขนาดของปัญหา เพื่อนำไปวางแผนการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไปในอนาคต

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Analytic cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับรักษาที่คลินิกดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลร่องกวาง ระหว่างวันที่ 24 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2566 มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักหรือดูแลประจำของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย และส่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลร่องกวาง ทั้งนี้รวมไปถึงผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในผู้ป่วยรายเดียวกันด้วย อายุระหว่าง 18-

80 ปี 2) อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 3) เป็นญาติหรือ ผู้ใกล้ชิด มิใช่ผู้ที่ถูกว่าจ้างมาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและมีใช้อาสาสมัคร และมีผู้จำหน่ายบ้าน หรือมิใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัย มีเกณฑ์คัดออก คือ 1) มีประวัติโรคทางจิตเวช คือ โรคกลุ่มวิตกกังวล โรคทางอารมณ์ โรคจิต โรคสมองเสื่อม โรคบกพร่องทางสติปัญญา ที่รักษาไม่หายขาดหรือโรคไม่สงบก่อนผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ซักประวัติ ใช้สารเสพติดหรือสารอื่น ๆ เช่น ยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริมอื่น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา หากผู้ดูแลมีการใช้สารเสพติดในช่วงเกิน 1 เดือน จะถูกคัดออกรวมถึงในผู้ดูแลที่มีการใช้สมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริมอื่น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการศึกษา เนื่องจากสารเสพติดมีผลต่อสารสื่อประสาทของสมองที่อาจส่งผลให้เกิดอาการทางจิตได้ ส่วนยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริม อาจมีส่วนผสมของสารที่มีผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้ เช่น อารมณ์เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เป็นต้น⁽¹⁹⁾ 2) ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาน้อยกว่า 2 สัปดาห์

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเท่ากับร้อยละ 27.2⁽⁹⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (type I error=0.05, 2-sided) คำนวณขนาดตัวอย่างจากการคำนวณค่า n โดยใช้สูตร ดังนี้

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

n = จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

P = ความชุกของภาวะซึมเศร้า = 0.272

α = โอกาสที่จะเกิด type I error = 0.05, 2-sided ($Z_{\alpha/2} = 1.96$)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้การประมาณค่า = 0.1

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.272)(0.728)}{(0.1)^2} = 76.06$$

จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 ราย และทำการเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 85 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการชี้แจงกระบวนการและวัตถุประสงค์งานวิจัยนี้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยทราบหากสนใจเข้าร่วมวิจัยจะถูกขอให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงความยินยอมโดยผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ลงลายมือชื่อ หลังจากนั้นจึงแจกเอกสารให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างที่ทำแบบสอบถามหากอาสาสมัครมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะเครียด หมายถึง สภาวะทางร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่เกินความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย ความเครียดในระดับพอดี ๆ

จะช่วยกระตุ้นให้มีพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ ช่วยผลักดันให้เอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น การละเลยและไม่ได้จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกวัน จะก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังซึ่งหากมากเกินไปและคงอยู่เป็นเวลานานจะบั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพใจ⁽²⁰⁾

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมองหดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนีดตัวเอง เป็นโรคที่พบได้บ่อยและสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนเมื่อมีอาการเกิดขึ้น จะคงอยู่เป็นเวลานานโดยไม่มีท่าทีว่าจะดีขึ้น จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างชัดเจน หากอาการซึมเศร้าเป็นต่อเนื่องและมีอาการอื่นร่วมด้วย จะเข้าเกณฑ์วินิจฉัยเป็น โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้าและไม่ได้รับการรักษา มักส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและอาจจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย⁽²⁰⁾

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง คนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้ความช่วยเหลือ

ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มักเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติของผู้ป่วยเอง ซึ่งให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน โดยอาจจะเป็นคู่สมรสบิดามารดาบุตรเพื่อนหรือญาติคนใดคนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย⁽²¹⁾

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคมะเร็งระยะลุกลามจนไม่สามารถรักษาหายได้และไม่มีแผนการรักษาใด ๆ นอกจากการดูแลแบบประคับประคอง⁽²²⁾

Family meeting หมายถึง การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล เพื่อให้มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่ดี ทีมที่ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและแผนการดูแลรักษาที่ตรงกัน หรือการตัดสินใจเรื่องการรักษา ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน⁽²³⁾

Advance care plan หมายถึง กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยแผนดังกล่าวอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ⁽²⁵⁾

Advance directive หมายถึง เอกสารหรือคำสั่งจำเพาะที่เป็นลายลักษณ์อักษรของบุคคลเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ในอนาคต ซึ่งคำสั่งจะมีผลต่อเมื่อบุคคลผู้นั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารความต้องการของตนเองได้แล้ว⁽²⁵⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ภูมิลำเนา สัญชาติ ศาสนาระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สุขภาพร่างกาย รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ผู้ดูแลรับรู้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ผู้ดูแลรับรู้แผนการรักษาของแพทย์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การอยู่อาศัยบ้านเดียวกับผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแล การได้รับการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัว คนรอบข้าง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนวันในสัปดาห์ที่ต้องดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ต้องดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยคนอื่นๆที่ต้องดูแล จำนวนบุตรที่อยู่ในความดูแล จำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ยต่อวัน คุณภาพการนอนสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวน 28 ข้อ

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ชนิดของมะเร็ง การแพร่กระจายของมะเร็ง โรคประจำตัว Performance status ผู้ป่วยที่รับรู้ตัวโรค ผู้ป่วยที่รับรู้พยากรณ์โรค ผู้ป่วยที่รับรู้แผนการรักษา Advanced care plan Advance directive Family meeting ผู้ตัดสินใจหลักในการรักษาอาการของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องดูแลใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีค่า

สัมพันธ์สหสัมพันธ์กับการวินิจฉัยของแพทย์ เท่ากับ 0.470 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 และมีค่าสัมพันธ์สหสัมพันธ์กับแบบประเมิน Thai-HADS ซึ่งเป็นแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาลพัฒนาโดยธนา นิลชัย โกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาล สุทธิเดช เท่ากับ 0.816 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วย คำถามจำนวน 5 ข้อ การแปลผล คะแนนรวม 0-4 คะแนน มีความเครียดระดับน้อย 5-7 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง 8-9 คะแนน ความเครียดระดับมาก และ 10-15 คะแนน ความเครียดระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Spitzer และคณะ และแปลโดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ มีจำนวน 9 ข้อ จุดตัดภาวะซึมเศร้า คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน มีความไวและความจำเพาะร้อยละ 84 และ 77 ตามลำดับ⁽²⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 27.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อรายงานข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า เป็นความถี่ และร้อยละ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยแบบทดสอบไคสแควร์ (chi square test) หลังจากนั้นนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาทำการวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (logistic regression) แบบ enter method เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นำเสนอระดับความสัมพันธ์ด้วย odd ratio

ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (Exemption Review Report) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ PPH 048/2565 เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2565

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 74.1) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.3) อายุเฉลี่ย 49.3 ปี มีอายุระหว่าง 41-60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 38.8) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.3) รายได้ประจำต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 60) มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 69.4) เป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 48.2) มีสุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 83.5) ระยะเวลาดูแลเฉลี่ย 3 เดือน โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ ดูแลมาประมาณ 1 เดือน (ร้อยละ 45.9) มีชั่วโมงการดูแลมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 75.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ตัวโรค (ร้อยละ 80.0) ผู้ป่วยรับรู้การพยากรณ์โรค (ร้อยละ 74.1) ผู้ป่วยรับรู้แผนการรักษาโรค (ร้อยละ 80.0) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำ family meeting (ร้อยละ 74.1) ทำ advance care plan แล้ว (ร้อยละ 72.9) ทำ advance directive แล้ว (ร้อยละ 65.9) โดยอาการของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องดูแลในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการปวด (ร้อยละ 98.8) เหนื่อยเพลีย (ร้อยละ 82.4) และเบื่ออาหาร (ร้อยละ 76.5)

ผลการประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแลจากแบบประเมิน ST-5 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 50.6 โดยไม่มีความเครียดระดับมากที่สุด และผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลด้วยแบบประเมิน PHQ-9 พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 49.4 (ตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลโดยใช้วิธี univariable analysis พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 14 ปัจจัย ได้แก่ สถานภาพสมรส ($p < 0.05$) ระดับความแข็งแรงของสุขภาพ ($p < 0.05$) จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ต้องดูแลผู้ป่วย ($p < 0.001$) รายได้ประจำต่อเดือน ($p < 0.01$) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง ($p < 0.001$) จำนวนบุตรที่ดูแล ($p < 0.001$) ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรค ($p < 0.001$) ผู้ป่วยทราบพยากรณ์โรค ($p < 0.001$) ผู้ป่วยทราบแผนการรักษา ($p < 0.001$) การทำ Family meeting ($p < 0.001$) การทำ Advance care plan ($p < 0.001$) การทำ Advance directive ($p < 0.001$) อาการเหนื่อยเพลีย ($p < 0.01$) อาการเบื่ออาหาร ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะเครียด โดยวิธี univariable analysis มาทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย multivariate logistic regression พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล และอาการของ

ผู้ป่วยที่ต้องดูแลใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน มีโอกาสเกิดภาวะเครียดเพิ่มขึ้น 11.73 เท่า (95%CI = 1.32-103.93, $p = 0.03$) เมื่อเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน และผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร มีโอกาสเกิดภาวะเครียดในผู้ดูแลเพิ่มขึ้น 13.55 เท่า (95%CI = 1.31-139.75, $p = 0.03$) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเบื่ออาหาร (ตารางที่ 3)

พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 14 ปัจจัย ได้แก่ โรคประจำตัวของผู้ดูแล ($p < 0.01$) ระดับความแข็งแรงของสุขภาพ ($p < 0.05$) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คนรอบข้าง ($p < 0.01$) จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ต้องดูแลผู้ป่วย ($p < 0.001$) จำนวนบุตรที่ดูแล ($p < 0.001$) ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรค ($p < 0.001$) ผู้ป่วยทราบพยากรณ์โรค ($p < 0.001$) ผู้ป่วยทราบแผนการรักษา ($p < 0.001$) การทำ Family meeting ($p < 0.001$) การทำ Advance care plan ($p < 0.001$) การทำ Advance directive ($p < 0.001$) อาการเหนื่อยเพลีย ($p < 0.001$) และอาการเบื่ออาหาร ($p < 0.01$) (ตารางที่ 4)

เมื่อนำปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยวิธี univariable analysis มาทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย multivariate logistic regression ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า ไม่พบปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=85 ราย)

ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด ST-5		
เครียดน้อย (0-4 คะแนน)	42	49.4
เครียดปานกลางถึงมาก (5-9คะแนน)	43	50.6
ภาวะซึมเศร้า PHQ-9		
มีซึมเศร้า (9 คะแนนขึ้นไป)	42	49.4
ไม่มีซึมเศร้า (น้อยกว่า 9 คะแนน)	43	50.6

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยวิธี univariable analysis อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (n=85 ราย)

ปัจจัย	เครียดน้อย	เครียดปานกลางถึงมาก	p-value
	(n=42)	(n=43)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง			
น้อย	14 (93.3)	1 (6.7)	<0.001***
ปานกลาง	21 (37.5)	35 (62.5)	
มาก	7 (50.0)	7 (50.0)	
จำนวนบุตรที่ดูแล			
ไม่มี	26 (39.4)	40 (60.6)	<0.001***
มีตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป	16 (84.2)	3 (15.8)	
ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรค			
ไม่ทราบ	15 (88.2)	2 (11.8)	<0.001***
ทราบ	27 (39.7)	41 (60.3)	
ผู้ป่วยทราบพยากรณ์โรค			
ไม่ทราบ	19 (86.4)	3 (13.6)	<0.001***
ทราบ	23 (36.5)	40 (63.5)	
ผู้ป่วยทราบแผนการรักษา			
ไม่ทราบ	15 (88.2)	2 (11.8)	<0.001***
ทราบ	27 (39.7)	41 (60.3)	
Family meeting			
ยังไม่ทำ	18 (81.8)	4 (18.2)	<0.001***
ทำแล้ว	24 (38.1)	39 (61.9)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยวิธี univariable analysis อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (n=85 ราย) (ต่อ)

ปัจจัย	เครียดน้อย	เครียดปานกลางถึงมาก	p-value
	(n=42)	(n=43)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
Advance care plan			
ยังไม่ทำ	19 (82.6)	4 (17.4)	<0.001***
ทำแล้ว	23 (37.1)	39 (62.9)	
Advance directive			
ยังไม่ทำ	24 (82.8)	5 (17.2)	<0.001***
ทำแล้ว	18 (32.1)	38 (67.9)	
อาการเหนื่อยเพลีย			
ไม่มี	13 (86.7)	2 (13.3)	0.001**
มี	29 (41.4)	41 (58.6)	
อาการเบื่ออาหาร			
ไม่มี	17 (85.0)	3 (15.0)	<0.001***
มี	25 (38.5)	40 (61.5)	

*p< 0.05 **p< 0.01 ***p< 0.001

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ multivariate logistic regression

ปัจจัยส่งผลกระทบต่อภาวะเครียดของผู้ดูแล	B	S.E.	p-value	OR	95%CI
ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 16 ชั่วโมง/วัน	2.462	1.113	0.027*	11.728	1.323-103.934
ดูแลบุตรตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป	-1.145	1.039	0.271	0.318	0.042-2.441
ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรคแล้ว	-1.968	2.328	0.398	0.140	0.001-13.397
อาการเหนื่อยเพลีย	-0.467	1.485	0.753	0.627	0.034-11.514
อาการเบื่ออาหาร	2.606	1.191	0.029*	13.546	1.313-139.754

Rcs² = 54.9%, RN² = 73.2%, Constant = -8.969

*p< 0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยวิธี univariable analysis อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (n=85 ราย)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=43) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n=42) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
โรคประจำตัวของผู้ดูแล			
มี	16 (76.2)	5 (23.8)	0.007**
ไม่มี	27 (42.2)	37 (57.8)	
ระดับความแข็งแรงของสุขภาพ			
แย่มาก	11 (78.6)	3(21.4)	0.02*
ดี	32 (45.1)	39 (54.9)	
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง			
น้อย	13 (86.7)	2(13.3)	0.007**
ปานกลาง	23 (41.1)	33 (58.9)	
มาก	7 (50.0)	7 (50.0)	
จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ต้องดูแลผู้ป่วย			
น้อยกว่า 16 ชั่วโมง	16 (76.2)	5 (23.8)	0.007**
มากกว่า 16 ชั่วโมง	27 (42.2)	37 (57.8)	
จำนวนบุตรที่ดูแล			
ไม่มี	27 (40.9)	30 (59.1)	<0.001***
มีตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป	16 (84.2)	3 (15.8)	
ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรค			
ไม่ทราบ	15 (88.2)	2 (11.8)	<0.001***
ทราบ	28 (41.2)	40 (58.8)	
ผู้ป่วยทราบพยากรณ์โรค			
ไม่ทราบ	18 (81.8)	4 (18.2)	<0.001***
ทราบ	25 (39.7)	38 (60.3)	
อาการเหนื่อยเพลีย			
ไม่มี	14 (93.3)	1 (6.7)	<0.001***
มี	29 (41.4)	41 (58.6)	
อาการเบื่ออาหาร			
ไม่มี	16 (80.0)	4 (20.0)	0.003**
มี	27 (41.5)	38 (58.5)	

*p< 0.05 **p< 0.01 ***p< 0.001

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ multivariate logistic regression

ปัจจัยส่งผลต่อ	B	S.E.	p-value	OR	95%CI
ภาวะเครียดของผู้ดูแล					
ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 16 ชั่วโมง/วัน	0.496	1.028	0.63	1.642	0.219-12.324
ดูแลบุตรตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป	-0.985	1.047	0.347	0.373	0.048-2.909
ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรคแล้ว	-0.743	2.100	0.723	0.476	0.008-29.153
ผู้ป่วยรับรู้การพยากรณ์โรคแล้ว	-3.301	3.122	0.290	0.037	0.000-16.752
อาการเหนื่อยเพลีย	2.521	1.506	0.094	12.444	0.650-238.074
อาการเบื่ออาหาร	0.783	0.943	0.406	2.189	0.345-13.888
$Rcs^2 = 47.8\%$, $RN^2 = 63.8\%$, Constant = -8.975					

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 50.6 สูงกว่าการศึกษาของวิชฌ มงคลคำ⁽¹¹⁾ ที่พบผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเครียดปานกลางร้อยละ 15.3 และมีความเครียดมากถึงมากที่สุดร้อยละ 4.8 และสูงกว่าการศึกษาของ Silva และคณะ⁽²⁷⁾ พบความชุกของภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 32.5 บ่งบอกถึงภาพรวมความชุกของภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นค่อนข้างสูง โดยภาวะเครียดของผู้ดูแลส่งผลต่อความรู้สึกภาระในการดูแล (care burden) โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม ผู้ดูแลจะมีระดับความรู้สึกภาระในการดูแลผู้ป่วยสูง หน้าที่หลักของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดสภาวะกดดันและผลกระทบทางลบด้านอารมณ์ร่างกาย สังคม จึงส่งผลให้เกิดปัญหา

ทางด้านสุขภาพจิต สูญเสียการทำงาน และคุณภาพชีวิตที่ลดลง^(3,28) และการศึกษาของ Chua และคณะ⁽²⁹⁾ พบความชุกของความรู้สึกภาระในการดูแลสูงถึงร้อยละ 50 ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.4 เนื่องจากความยุ่งยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีความเครียดทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล เบื่อหน่าย การทำหน้าที่ บางครั้งอาจจะโกรธหรือทะเลาะกับผู้ป่วย มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกเหงา สูญเสียเศร้าโศก และเกิดภาวะซึมเศร้า⁽³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ^(13,27) และสูงกว่าการศึกษาของสุชีรา อมรมหพรณ⁽⁹⁾ ที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ร้อยละ 27.2 อย่างไรก็ตาม จะเห็นแนวโน้มความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีแนวโน้มที่สูง

จึงควรค้นหาและวางแผนป้องกันตั้งแต่ต้น ก่อนจะเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การศึกษานี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน สัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักมักเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร และญาติใกล้ชิด โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเวลาส่วนใหญ่ใช้ในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตลอดจนประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยความเครียดจะสัมพันธ์กับระยะเวลาดูแลที่มากขึ้น และหากครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดีจะส่งผลให้ผู้ดูแลหลักไม่มีเวลาพักผ่อน จึงเกิดความเหนื่อยล้าและเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นได้⁽³⁾

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาใดกล่าวถึงอาการเบื่ออาหารกับความเครียดของผู้ดูแล แต่การศึกษาของ Heide และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหลัก ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแล และการศึกษาของทัศนีย์ บุญอริยเทพ และคณะ⁽³⁰⁾ พบว่า การมีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรบกวนทางกายลดลง จะทำให้ภาวะเครียดของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ในการศึกษานี้ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าด้วย

multivariate logistic regression อย่างไรก็ตาม การศึกษาหลายชิ้นก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ผลลัพธ์ที่หลากหลาย เช่น ผู้ดูแลเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า^(8,10,16,13) แต่ก็มีการศึกษาที่ พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า⁽¹⁷⁾ บางการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกับการศึกษานี้^(8,11) ด้านปัจจัยอื่น ๆ ของผู้ดูแล เช่น สุขภาพกายที่ไม่ดี^(12,13) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย รายได้น้อย คุณภาพการนอน⁽¹³⁾ การรับรู้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย⁽⁹⁾ ความสัมพันธ์และปัญหาความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย^(9,17) ในบางการศึกษา พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า ในขณะที่เดียวกันก็มีหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับภาวะซึมเศร้า^(10,11,13)

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลรื่องขวางเท่านั้น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการนำไปใช้ในพื้นที่ยื่น ๆ ควรต้องพิจารณาถึงบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ต่อไป นอกจากนี้ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ยังน้อยเกินไปสำหรับการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การศึกษานี้ไม่พบปัจจัยที่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้า และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบคัดกรองไม่ใช่การสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ ประชากรที่มีความเสี่ยงควรได้รับการตรวจตามมาตรฐานจากแพทย์

สรุป

พบภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าค่อนข้างมากในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงควรมีการสำรวจและประเมินภาวะเหล่านี้ เพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นและนำผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมตั้งแต่เริ่มมีอาการ นอกจากนี้ การศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่มากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน และผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร ดังนั้นควรมีการจัดการแบบองค์รวม ทั้งการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการของผู้ป่วย การมีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลาย มีเวลาพัก เพื่อลดภาวะเครียดแก่ผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้เพื่อให้ได้รับการรักษาทางจิตเวชที่เหมาะสมต่อไป โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลอาการผู้ป่วย เช่น เบื่ออาหาร โดยสร้างระบบป้องกันผ่านเครือข่ายในชุมชนและโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาภาวะเครียดและซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นช่วงระยะ รวมถึงศึกษาติดตามภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ศึกษาเพิ่มเติมถึงความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่สัมพันธ์ และ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบ

ภาวะเครียดและซึมเศร้าควรมีการสำรวจเชิงสังคมเพื่อหาสาเหตุของปัญหาและนำไปสู่แนวทางแก้ไขและป้องกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.นิพิฐพนธ์ แสงด้วง หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ผู้ให้คำแนะนำการเลือกสถิติในการวิเคราะห์และคำแนะนำ ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS และขอบคุณกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมการศึกษานี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565). 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก www.nci.go.th
2. จริญญาตรี มีหนองหว่า, พรรณทิพา แก้วมาตย์, สอาด มุ่งสิน, เขียวเรศ ประภาษานนท์, อุดมวรรณ วันศรี, ญาณิ แสงสาย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;24(2):37-47.
3. รัชนิกร ใจคำสับ, ศิวีโลซ์ วรรณรัตน์จิตร. สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2562;11(1):213-23.
4. กัญญาณัฐ สุภาพร. ภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน. วารสารเกื้อการุณย์ 2563;27(1):150-61.

5. วริศรา ลูวีระ. การดูแลสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556;28(2):266-70.
6. หทัยทิพย์ เจริญศรี, จิราพร เขียวอยู่. ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากร อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. วารสารวิจัย มข. 2560;17(3):77-93.
7. Govina O, Vlachou E, Kalemikerakis I, Papageorgiou D, Kavga A, Konstantinidis. Factors Associated with Anxiety and Depression among Family Caregivers of Patients Undergoing Palliative Radiotherapy. Asia Pac J Oncol Nurs 2019;6(3):283-91. doi: 10.4103/apjon.apjon_74_18.
8. Rhee YS, Yun YH, Park S, Shin DO, Lee KM, Yoo HF, et al. Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression. J Clin Oncol 2008;26(36):5890-5.
9. สุชีรา อมรมหพรณ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับการรักษาแบบประคับประคอง. ร้อยเอ็ดเวชสาร 2562;6(2):27-36.
10. Oliver DP, Albrigh DL, Washington K, Wittenberg-Lyles E, Gage A, Mooney M, et al. Hospice caregiver depression: The evidence surrounding the greatest pain of all. J Soc Work End Life Palliat care 2013;9(4):256-71. doi: 10.1080/15524256.2013.846891.
11. วิษณุ มงคลคำ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลน่าน้อย จังหวัดน่าน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563;10(2):291-306.
12. Oliver DP, Washington K, Smith J, Uraizee A, Demiris G. The Prevalence and risks for depression and anxiety in hospice caregivers. J Palliat med 2017;20(4):366-71. doi: 10.1089/jpm.2016.0372.
13. Geng HM, Chuang DM, Yang F, Yang Y, Liu WM, Liu LH, et al. Prevalence and determinant of depression in caregivers of cancer patients. Medicine (Baltimore) 2018; 9:97(39):e11863. doi: 10.1097/MD.00000000000011863.
14. Gotze H, Brahler E, Gansera L, Polze N, Kohler N. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. Supportive Care Cancer 2014; 22(10):2775-82.
15. Aubaidi ZSA, Ariffin F, Oun CTC, Katiman D. Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized

- palliative care unit in Malaysia: a cross sectional study. *BMC Palliat Care* 2020;19:186.
16. Nipp RD, Fishbein J, El-Jawahri A, Pirl WF, Moran SMC, McCart C. Depression and anxiety among family caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of clinical oncology* 2015;33(29 suppl):224.
 17. Katende G Nakimera L. Prevalence and correlates of anxiety and depression among family carers of cancer patients in a cancer care and treatment facility in Uganda:a cross sectional study. *Afr Health Sci* 2017;17(3):868-76.
 18. โรงพยาบาลรื่องกวาง. กลุ่มงานเยี่ยมบ้าน. สถิติผู้ป่วยในคลินิกประคับประคอง อำเภอรื่องกวาง จังหวัดแพร่ 2565. แพร่: โรงพยาบาลรื่องกวาง; 2565
 19. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ยา วิพากษ์. จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา 2561;10(39): 3-7.
 20. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565.] เข้าถึงได้จาก: www.sorpsor.com
 21. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง:การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รามาศิษย์พยาบาลสาร* 2557;20(1):10-22.
 22. อรวีรุช กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง. บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *รามาศิษย์พยาบาลสาร* 2560;23(3):328-43.
 23. โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย Palliative care. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565.] เข้าถึงได้จาก: <https://www.pth.go.th/>
 24. Sudore R, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining advance care planning for adults: A consensus definition from multidisciplinary Dephi Panel. *J Pain Symptom manage* 2017;53(5):821-32.
 25. แสวง บุญเฉลิมวิภาส. นิติเวชศาสตร์และกฎหมายการแพทย์. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565.] เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/>
 26. Lotrakul M, Sumrithe S, aipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC psychiatry* 2008, 8:46. doi: 10.1186/1471-244X-8-46.
 27. Silva ARF, Fhon JRS, Rodrigues RAP, Leite MTP. Caregiver overload and factors associated with care provided to patients

under palliative care. Invest Educ Enferm.2021;39(1):e10.

28. ณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์ทัญญู, สุชีรา ชัยวิบูลย์
ธรรม. ความเครียดและการเผชิญความเครียด
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้อ
งอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง.
วารสารโรงพยาบาลสาร 2556;19(3):349-64.
29. Chua CKT, Wu JT, Wong YY, Qu L, Tan YY,
Neo PS, et al. Caregiving and its resulting
effects--the care study to evaluate the
effects of caregiving on caregivers of
patients with advanced cancer in
Singapore. Cancers (Basel) 2016;8(11):105.
doi: 10.3390/cancers8110105.
30. ทศนีย์ บุญอริยเทพ, ธกัคนันท์ อินทรารุจ. ผล
ของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่
บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วย
และภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาล
แพร่ 2566;31(1):100-13.

ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดและผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์

สุภินา วงศ์ฉายา พย.ม.*, จิณู แก้วกล้า พย.บ.*

รับบทความ: 4 กันยายน 2566

ปรับแก้บทความ: 10 ตุลาคม 2566

ตอบรับบทความ: 7 พฤศจิกายน 2566

บทคัดย่อ

- บทนำ:** ผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อเป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ต้องเผชิญความปวดชนิดเฉียบพลัน หากผู้ป่วยได้รับการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพเกิดจากการพยาบาลทำตามแนวทางที่กำหนด กระบวนการโค้ชเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยพัฒนาการจัดการความปวดของพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น
- วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดรวมกับการโค้ชพยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์
- วิธีการศึกษา:** การศึกษาเชิงทดลองชนิดเปรียบเทียบสองกลุ่ม (Quasi-experimental research Independent T-test) โดยใช้แนวคิดการโค้ชของเฮอรัลมีเนย์ ไอปรีรา เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย จำนวน 8 คน ผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 40 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test
- ผลการศึกษา:** พยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการโค้ชมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดมากกว่าก่อนรับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดรวมกับการโค้ชพยาบาล (กลุ่มทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวด คะแนนเฉลี่ยความปวด และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการความปวดโดยใช้แนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- สรุป:** การโค้ชสามารถทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วย ควรมีการนำกระบวนการโค้ชมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
- คำสำคัญ:** ความปวด, การโค้ช, หลังผ่าตัด

* หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลแพร่

The effects of coaching on pain management practice guideline compliance and on clinical outcomes of post-orthopedic surgery patients

Sutina Wongchaya M.N.S*, Jin Klawklar B.N.S*

Received: September 4, 2023

Revised: October 10, 2023

Accepted: November 7, 2023

Abstract

Background: Post-orthopedic surgery patients suffer from acute pain. In other words, the sufferings might be occurred from poor pain management process. The efficient pain management derived from the nurse's compliance with the established guideline. The coaching process was thus one of the methods that could help nurses to achieve the improved pain management.

Objective: To examine the effects of pain management practice guideline implemented in conjunction with nurse coaching on pain management practice guideline compliance and on clinical outcomes of post-orthopedic surgery patients.

Study design: This quasi-experimental research with Independent t-test adopted Herminia Ibera's coaching concept of as a conceptual framework of this study, which was conducted in May to June 2023. Its sample consisted of 8 professional nurses in male orthopedic ward, and 40 post-orthopedic surgery patients treated at male orthopedic ward of Phrae hospital. The data were analyzed by means of descriptive statistics, Wilcoxon Signed Rank Test, and Mann-Whitney U Test.

Result: After receiving coaching, the professional nurses had a higher score of pain management practice guideline compliance than the pre-test one at a statistical significance. The sample treated with pain management practice guideline in conjunction with nurse coaching (experimental group) had higher mean scores of perception towards nursing practices in pain management than their counterparts treated with pain management practice guideline alone at a statistical significance.

Conclusion: Coaching could enable nurses to provide efficient patient care leading to good clinical outcomes for post-orthopedic surgery patients. The coaching process should be applied to the development of the quality of nursing care

Keywords: Pain, coaching, post-operative

* Male Orthopedic Department, Phare Hospital

บทนำ

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นทันทีทันใดในช่วงระยะเวลาสั้น แต่เป็นความปวดที่มีระดับรุนแรง⁽¹⁾ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อเป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ต้องเผชิญความปวดชนิดเฉียบพลันในระดับรุนแรงเช่นกัน เนื่องจากการผ่าตัดจะทำในบริเวณที่ไวต่อความปวด เช่น ฟังผืด เอ็น ข้อ และเยื่อหุ้มกระดูก ประกอบกับมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณโดยรอบ และการผ่าตัดมักทำตำแหน่งที่มีการเคลื่อนไหว จึงส่งผลให้ความปวดทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกได้ยกระดับความสำคัญให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th Vital sign) เนื่องจากหากผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง หายใจสั้นลง ส่งผลให้เกิดการคั่งค้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจและนำไปสู่การเกิดปอดอักเสบ กล้ามเนื้อหูดของทางเดินปัสสาวะหดรัศมีความทำให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะลำบาก และเกิดการคั่งของน้ำปัสสาวะ เครียด นอนไม่หลับ รวมไปถึงทำให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูหายและการรักษานานในโรงพยาบาลนานขึ้น⁽¹⁾

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดซึ่งเกี่ยวข้องทั้งในด้านของผู้ป่วย พยาบาล และระบบการจัดการ เช่น ผู้ป่วยไม่มีความรู้และไม่ได้รับการสอนวิธีการประเมินความปวด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ยาและผลข้างเคียงของยาแก้ปวด พยาบาลมีความรู้และเจตคติที่ไม่ถูกต้องในการจัดการความปวด เช่น พยาบาลเชื่อว่าผู้ป่วยมักให้คะแนนสูงกว่าความเป็นจริง การให้ยา

โอปิออยด์มีโอกาสเกิดภาวะกดการหายใจได้สูง ไม่มีระบบบันทึกและการติดตามประเมินผลลัพธ์ การจัดการความปวดที่สร้างขึ้นโดยใช้หลักฐานอ้างอิงความรู้เชิงประจักษ์ เป็นต้น⁽³⁻⁵⁾ ดังนั้นการพัฒนาการจัดการความปวดให้ครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลแพร่ เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบกระดูกหลังและไขสันหลังรับการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดใส่อุปกรณ์ตามกระดูกภายใน การผ่าตัดใส่อุปกรณ์เทียม เป็นต้น ซึ่งมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยรับการผ่าตัด จำนวน 740 ราย 859 ราย 960 ราย ตามลำดับ⁽⁶⁾ ที่สำคัญหน่วยงานได้มีแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ที่ครอบคลุมทั้งในขั้นตอนของการประเมินความปวด การจัดการความปวด การติดตามประเมินผล หลังให้การพยาบาล และการบันทึกผลเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อทำการสังเกตปฏิบัติ การพยาบาลในการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยพบว่า การประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประเมินซ้ำหลังจากได้รับยาแก้ปวด อีกทั้งยังไม่ได้มีการนำวิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยามาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน และเมื่อทำการทบทวนเวชระเบียนจำนวน 20 ราย พบว่า ในบางเวรไม่ได้บันทึกระดับความปวดลงในฟอร์มปรอท ขาดการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตอาการแทรกซ้อน หลังการได้รับยาแก้ปวด จากการสนทนากลุ่มที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่ากลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลแพร่ควรมีการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นให้ครบถ้วนทุกขั้นตอน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีการนำกระบวนการโค้ชมาใช้ในการส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น ส่งผลให้เกิดการพยาบาลตามมาตรฐาน ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี จากการศึกษาของ ศรีสุตา อัครพลังกุล และมงคล สุริเมือง⁽⁷⁾ ที่ได้ศึกษาผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่า หลังจากการโค้ช พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างถูกต้องเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมีอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจลดลง อัตราการถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของอิฐฐาพร คำกุ่ม นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และจิตตารณณ์ จิตริเชื้อ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติตามการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการศึกษา พบว่า หลังจากการโค้ชพยาบาล พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติตามการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้องเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จึงพบอีกว่ายังไม่ได้มีการนำการโค้ชมาใช้ในการส่งเสริมพยาบาลในการจัดการความปวด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการนำกระบวนการโค้ชมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดในหอผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด ร่วมกับการโค้ชพยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนว

ทางการจัดการความเจ็บปวดและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง ชนิดเปรียบเทียบสองกลุ่ม (Quasi-experimental research Independent T-test) โดยใช้แนวคิดการโค้ชของเฮอร์มีเนีย ไอปีรา ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การสังเกตการปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 2) การสนทนาหาเหตุผลร่วมกัน ขั้นตอนที่ 3) การสอนงานอย่างจริงจัง ขั้นตอนที่ 4) การติดตามผลการปฏิบัติ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกชายโรงพยาบาลแพร่ และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลแพร่ คัดเลือกโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ขณะรับการผ่าตัด เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อสารได้ดี เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งและผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอยู่ในระยะกำเริบหรือมีภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันหลังผ่าตัด

2. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่หัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4 กำหนดใช้สถิติ t-test, Statistical test และ Mean: Difference between Two Dependent Means (Match Paired) ระบุขนาดอิทธิพลจากงานที่มีลักษณะคล้ายกัน กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการตรวจสอบ (Power of test) ที่ .95 จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 20% รวมทั้งสิ้นเป็นกลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ประวัติการอบรมการจัดการความปวด

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัย การผ่าตัด ตำแหน่งการผ่าตัด ชนิดของการระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะผ่าตัด การได้รับยาแก้ปวด ขณะอยู่ในห้องพักรักษา

3. แนวปฏิบัติการจัดการความปวด

4. แบบบันทึกคะแนนความปวด ประกอบด้วยหัวข้อ ระดับความปวดก่อนจัดการความปวด วิธีการจัดการความปวด ระดับความปวดหลังจัดการความปวด

5. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 11 ข้อ

6. แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

7. แบบสอบถามความพึงพอใจการจัดการความเจ็บปวด ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวด แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด และแบบสอบถามความพึงพอใจการจัดการความเจ็บปวด ไปตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นำมาคำนวณความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0, .92, 1.0 และ .97 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) หลังจากตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด และแบบสอบถามความพึงพอใจการจัดการความเจ็บปวด โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มประชากรจำนวน 30 คน นำคะแนนที่ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .87, .90 และ .92 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของ โรงพยาบาลแพร่แล้ว ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจง พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ชาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือ และขออนุญาตรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย และดำเนินการตั้งขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วย

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามความ สัมผัสใจ

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการจัดการความปวดด้วยแนวปฏิบัติการจัดการ ความปวด โรงพยาบาลแพร่ จนครบ 72 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้วิจัยทำประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อ การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด ระดับความปวด และความพึงพอใจการจัดการ ความเจ็บปวดหลังรับการผ่าตัด

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามความ สัมผัสใจ

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการจัดการความปวดด้วยแนวปฏิบัติการจัดการ ความปวด โรงพยาบาลแพร่ร่วมกับกระบวนการ โค้ชพยาบาล ภายหลังจากผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง ผู้วิจัย ทำประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการ

พยาบาลในการจัดการความปวด ระดับความปวด และความพึงพอใจการจัดการความเจ็บปวดหลังรับ การผ่าตัด

พยาบาล

ภายหลังผู้วิจัยประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการโค้ชตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1) ผู้วิจัยทำการสังเกต ปฏิบัติการพยาบาลและทบทวนแบบบันทึกการ พยาบาลในการจัดการความปวด โดยการสุ่มเวลา และเหตุการณ์ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพต้องไม่ทราบว่ เหตุการณ์ใดถูกสังเกตเพื่อป้องกันการเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ผิดธรรมชาติ โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวม เหตุการณ์ 1 อาทิตย์ และบันทึกลงในแบบบันทึก การสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความ เจ็บปวดของพยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 2) ผู้วิจัยทำการกล่าวคำ ทักทายอย่างเป็นกันเองกับพยาบาล หลังจากนั้น ทำการตกลงร่วมกันกับพยาบาลอย่างเป็นกันเอง ถึงจุดเน้นในการโค้ช คือ การส่งเสริมให้พยาบาล มีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความ เข้าใจกันดีระหว่างโค้ชกับพยาบาล ในระหว่าง การสนทนา โค้ชแสดงความกระตือรือร้นและเป็นผู้ฟัง ที่ดี เปิดโอกาสให้พยาบาลได้ประเมินตนเอง เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติการจัดการความ ปวดด้วยคำถามปลายเปิด หลังจากนั้นโค้ชให้ข้อมูล จากการสังเกตการปฏิบัติและร่วมกันวางแผน พัฒนาปัญหาด้านความรู้และการปฏิบัติการจัดการ ความปวด โดยโค้ชใช้คำถามกระตุ้นการคิดในการ แก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างโค้ชกับพยาบาล โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ขั้นตอนที่ 3) ผู้วิจัยทำการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพในส่วนที่ขาดและสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่างเพื่อให้เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 4) ผู้วิจัยใช้วิธีการติดตามแบบมีส่วนร่วม ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาโอกาสชมเชยในความก้าวหน้า และหาโอกาสให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 18/2566 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและถูกนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงข้อมูล คือ ความถี่ (Frequency) และสถิติวัดการกระจายของข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย (Mean)

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการได้รับการโค้ชใช้สถิติ Wilcoxon

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด คะแนนเฉลี่ยความปวด และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 8 คน มีอายุเฉลี่ย 38.8 ปี (SD=8.61) การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 100.0 ผ่านการอบรมการจัดการความปวดร้อยละ 87.7 (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการความปวด โดยใช้แนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดรวมกับการโค้ชพยาบาล (กลุ่มทดลอง) กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-50 ปี อายุเฉลี่ย 43.85 (11.79) การศึกษาระดับอนุปริญญา จำนวน 8 คน เจ็บป่วยด้วยกระดูกแขนหักมากที่สุด จำนวน 8 คน และรับการผ่าตัดตามเหล็กในกระดูกเล็ก 8 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี อายุเฉลี่ย 40.05 (11.12) การศึกษาระดับอนุปริญญา จำนวน 11 คน เจ็บป่วยด้วยกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท จำนวน 6 คน และรับการผ่าตัดตามเหล็กภายในกระดูกขนาดเล็ก จำนวน 9 คน เมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	8	100.0
อายุ (ปี)		
25-30	1	12.5
31-35	3	37.5
36-40	0	0.0
41-45	3	37.5
46-50	1	12.5
เฉลี่ย (SD)	38.38	8.61
ประสบการณ์ในการทำงาน		
1-5	2	25.0
6-10	2	25.0
11-15	1	12.5
16-20	2	25.0
21-25	1	12.5
การอบรมการได้รับการจัดการความปวด		
เคย	7	87.5
ไม่เคย	1	12.5

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
21-30	2	10.0	4	20.0	
31-40	4	20.0	7	35.0	
41-50	8	40.0	6	30.0	
51-60	5	25.0	2	10.0	
มากกว่า 60 ปี	1	5.0	1	5.0	
อายุเฉลี่ย (SD)	43.85 (11.79)		40.05 (11.12)		.13

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	0	0.0	1	5.0	
มัธยมศึกษา	5	25.0	4	20.0	
อนุปริญญา/ปวช./ ปวส.	8	40.0	11	55.0	
ปริญญาตรี	6	30.0	4	20.0	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5.0	0	0.0	.47
การวินิจฉัย					
กระดูกแขน	8	40.0	5	25.0	
กระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท	3	15.0	6	30.0	
กระดูกขาส่วนต้นหัก	4	20.0	4	20.0	
กระดูกเชิงหัก	3	15.0	4	20.0	
กระดูกติดเชื้อ	2	10.0	1	5.0	.71
การผ่าตัด					
ตามเหล็กภายในกระดูกขนาดใหญ่	7	35.0	8	40.0	
ตามเหล็กภายในกระดูกขนาดเล็ก	8	40.0	9	22.5	
เย็บซ่อมเอ็น	3	15.0	2	5.0	
ตัดเนื้อตายออกจากแผล	2	10.0	1	2.5	.58
ตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัด					
แขน	8	40.0	5	25.0	
กระดูกสันหลัง	3	15.0	6	30.0	
ขา	4	20.0	4	20.0	
เชิง	5	25.0	5	25.0	.65
การได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น					
ได้รับ	19	95.0	18	90.0	
ไม่ได้รับ	1	5.0	2	10.0	.79

*สถิติที่ใช้ Mann-Whitney U Test

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการได้รับการโค้ชพบว่า พยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการโค้ชมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความ

ปวด (Mean=10.15, SD=1.26) มากกว่าก่อนรับการโค้ช (Mean=7.10, SD=1.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ

พฤติกรรมจัดการความปวด	ก่อนการโค้ช		หลังการโค้ช		p-value
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	
ก่อนการผ่าตัด					
พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้การจัดการความปวด	0	0.0	18	90.0	
หลังผ่าตัด					
พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินความปวดครอบคลุม	0	0.0	17	85.0	
พยาบาลวิชาชีพให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ครบถ้วน ถูกต้อง	11	55.0	16	80.0	
พยาบาลวิชาชีพอธิบายฤทธิ์ของยาแก้ปวดและอาการที่ควรแจ้งพยาบาลหลังได้รับยาแก้ปวด	15	75.0	18	90.0	
พยาบาลวิชาชีพแนะนำการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา	11	55.0	17	85.0	
พยาบาลวิชาชีพประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวด	18	90.0	20	100.0	
พยาบาลวิชาชีพทำการบันทึกระดับความปวดลงในฟอร์มปรอท	13	65.0	19	95.0	
พยาบาลวิชาชีพทำการบันทึกการให้ยาลงในแบบบันทึกการให้ยาได้อย่างถูกต้อง	17	85.0	19	95.0	
พยาบาลวิชาชีพทำการบันทึกการจัดการความปวดลงในบันทึกทางการพยาบาล	17	85.0	19	95.0	
พยาบาลวิชาชีพได้รายงานแพทย์กรณีผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการปวดแล้วยังมีความปวด รุนแรง	20	100.0	20	100.0	
พยาบาลวิชาชีพเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาแก้ปวด	20	100.0	20	100.0	
คะแนนรวม mean (SD)	7.10 (1.68)		10.15 (1.26)		<.001

*สถิติที่ใช้ Wilcoxon Signed Test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติกรจัดการความปวดรวมกับการไค้ชพยาบาล (กลุ่มทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวด

(Mean=41.35, SD=1.98) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการความปวดโดยใช้แนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) (Mean=32.95, SD=2.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวด

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	mean	SD	mean	SD	
คะแนนการรับรู้ต่อการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวด	32.95	2.30	41.35	1.98	<.001

*สถิติที่ใช้ Mann-Whitney U Test

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติกรจัดการความปวดรวมกับการไค้ชพยาบาล (กลุ่มทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่า

(Mean=1.80, SD=0.69) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการความปวดโดยใช้แนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) (Mean=2.85, SD=0.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวด

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	mean	SD	mean	SD	
คะแนนความปวด	2.85	0.87	1.80	0.69	<.001

*สถิติที่ใช้ Mann-Whitney U Test

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติกรจัดการความปวดรวมกับการไค้ชพยาบาล (กลุ่มทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวด

(Mean=14.30, SD=1.30) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการความปวดโดยใช้แนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) (Mean=11.55, SD=1.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวด

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	mean	SD	mean	SD	
คะแนนความพึงพอใจในการจัดการ ความเจ็บปวด	11.55	1.14	14.30	1.30	<.001

*สถิติที่ใช้ Mann-Whitney U Test

วิจารณ์

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการได้รับการโค้ช พบว่า พยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการโค้ชมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดมากกว่าก่อนรับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการโค้ชเป็นกระบวนการที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะจากประสบการณ์เดิมอย่างเป็นระบบ สามารถตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาผู้ถูกโค้ชได้อย่างตรงความคาดหวัง ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความรู้และทักษะด้วยตนเองภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการโค้ชจึงถูกส่งเสริมให้เกิดความรู้ที่ถูกต้อง ได้รับการพัฒนาในส่วนที่เกิดบกพร่อง เกิดการต่อยอดความรู้ไปสู่ทักษะที่ถูกต้องด้วยตนเอง จึงส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้นดังผลการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา อ่ำพน และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาผลของการโค้ชพยาบาลวิชาชีพต่อสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษาของศรีสุตา อัสวพลางกุล และมงคล สิริเมือง⁽⁷⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและผลลัพธ์

ทางคลินิก ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลในกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด คะแนนเฉลี่ยความปวดและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดร่วมกับการโค้ชพยาบาล (กลุ่มทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด คะแนนเฉลี่ยความปวดและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการความปวดโดยใช้แนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อพยาบาลได้รับการโค้ชเพื่อให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ได้รับคำชี้แนะในการจัดการความปวดให้ถูกต้องยิ่งขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและการจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที จึงทำให้คะแนนความปวดลดลงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเมื่อพยาบาลมีความรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ได้มีการสอบถามติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับรู้ถึงการพยาบาลที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอและครอบคลุม ผู้ป่วยจึงเกิดความพึงพอใจตามมาในที่สุด สอดคล้องกับ

การศึกษาของเพชรภรณา ห้วยเรไร แอชตัน และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการโค้ชต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจของผู้รับบริการของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากการโค้ชทำให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองอาการครบถ้วนจึงทำให้คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สรุป

การโค้ชสามารถทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างความรู้และทักษะจากประสบการณ์เดิมอย่างเป็นระบบ สามารถแก้ไขปัญหาผู้ถูกโค้ชได้อย่างตรงประเด็น ดังนั้นควรมีการนำกระบวนการโค้ชมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงความพึงพอใจของพยาบาลที่ได้รับการโค้ชการปฏิบัติ การจัดการความปวด
2. ควรทำการศึกษาความอยู่ทนของพฤติกรรมจัดการความปวด

เอกสารอ้างอิง

1. วิจิตรา กุสุมมภ์, ธนันดา ตระการวณิชย์, ภัสพร ขำวิชา, ไพบูลย์ โชติพิรัตน์ภัทร, สุนันทา ครองยุทธ, รัตนา จารุวรรณ, และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประชาพณิชย; 2560.

2. จินตนา พรรณเนตร. ผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2556; 38(3):158-66.
3. กรรณิการ์ น้าพึ้ง, อนัญญา มานิตย์. การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2561;29(1):42-57.
4. ธิชา สมบัติยานุชิต, ณะดา บิลทยา, ศิวากร สังข์แก้ว. สภาพและปัญหาการปฏิบัติของพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3(1):77-93.
5. อินทิรา ปากันทะ, เอื้อมพร หลินเจริญ, สิริลักษณีย์ ทูลยอดพันธ์. การพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การประเมินความปวด โรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน 2561;11(1): 129-40.
6. โรงพยาบาลแพร่. เวชระเบียนหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลแพร่ ประจำปี 2563-2565.แพร่: โรงพยาบาลแพร่; 2565.
7. ศรีสุดา อัครพลังกุล, มงคล สุริเมื่อง. ประสิทธิภาพของการโค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและผลลัพธ์ทางคลินิก. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2564;26(2):139-54.

8. อิฏฐาพร คำกุ่ม, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว. พยาบาลสาร 2560;4(1):1-10.
9. กรรณิกา อ่ำพน, ชัชญาภา บุญโยประการ, พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2564;38(1):35-46.
10. เพชรญา ห้วยเรไร แอชตัน, นิตรา ชานูชัย เตชาชัย, พิชญดา โลลูพิมาน, สุภาพร หงษ์ทอง. ผลของการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาล ห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารกองการพยาบาล 2565;49(3):44-57.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สายสุนีย์ ภิญญา ป.พ.ส.* ศิริกาญจน์ จินาวิน ป.ร.ด.**

รับบทความ: 11 กันยายน 2566

ปรับแก้บทความ: 27 ตุลาคม 2566

ตอบรับบทความ: 7 พฤศจิกายน 2566

บทคัดย่อ

บทนำ	ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่งผลให้เกิดการคั่งคั่งในระบบไหลเวียน จนทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หายใจเหนื่อยหอบ และเสียชีวิตตามมาในที่สุด การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและป้องกันภาวะน้ำเกินได้
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ก่อนการฟอกเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน
วิธีการ	การศึกษาเชิงทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 37 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon signed ranks test และ สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
ผลการศึกษา	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง (Median=65.00, IQR=.00) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Median=74.00, IQR=3.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือด (mean=59.07, S.D.=8.49) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (mean=59.76, S.D.=8.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)
สรุป	ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
คำสำคัญ	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การจัดการตนเอง, ภาวะน้ำเกิน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน่าน คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Effects of the self-management program on volume overload in end stage renal disease patients receiving hemodialysis

Saisunee Pinyo Dip in Nursing Science* Sirikan Jinawin Ph.D.**

Received: September 11, 2023

Revised: October 27, 2023

Accepted: November 7, 2023

Abstract

- Background** Volume overload in end stage renal disease patients receiving hemodialysis caused fluid retention in the circulatory system resulting in heart failure, shortness of breath, and, eventually, death. The effective self-management would enhance their right health behaviors and volume overload prevention.
- Objective** To compare mean scores of end-stage renal disease patients' self-management behaviors and average pre-hemodialysis weight gained before and after being treated with self-management program for volume overload prevention.
- Study Design** This research adopted quasi-experimental one-group pretest-posttest design. The sample, chosen by simple random sampling, included 37 end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. The research instruments used in this study comprised self-management program for volume overload prevention, patient's general information record form, and questionnaire on self-management behaviors of end-stage renal disease patients. It was analyzed through descriptive statistics, Wilcoxon signed ranks test, and paired t-test. The statistical significance level was determined at 0.5.
- Research** The end-stage renal disease patients treated with self-management program for volume overload prevention had a higher mean score of self-management behaviors (Median=65.00, IQR=3.00) than pretest level (Median=74.00, IQR=3.00) at a statistical significance ($p<.001$). Also, they gained less average pre-hemodialysis weight (mean=59.07, S.D.=8.49) than pretest level (mean=59.76, S.D.=8.37) at a statistical significance ($p<.001$).
- Conclusion** It was suggested that self-management program for volume overload prevention should be implemented with end-stage renal disease patients.
- Keywords** end-stage renal disease patients, self-management, volume overload
-

* Registered Nurse, Professional Level, Phare Hospital

** Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phare, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากมีจำนวนของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565 คาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั่วโลกเพิ่มขึ้นประมาณ 130,522 คนต่อปี และจะมีผู้ป่วยประมาณ 109,107 คน ที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่จำนวน 62,386 ราย ส่งผลให้รัฐบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 1.2^(1,2)

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ไตมีการสูญเสียหน้าที่โดยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตรของพื้นที่ผิวร่างกายนานอย่างน้อย 3 เดือน มีสาเหตุจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกาย โรคหัวใจในในระบบทางเดินปัสสาวะ และหน่วยไตและกรวยไตอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งทำให้เซลล์ไตขาดเลือดและถูกทำลายจนทำให้ไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เกิดการคั่งค้างของของเสียและน้ำ เกิดความไม่สมดุลของกรดต่างและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ 1) การล้างไตทางหน้าท้อง 2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3) การผ่าตัดเปลี่ยนไตหรือปลูกถ่ายไต⁽²⁾ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการกำจัดของเสียออกจากเลือดโดยการนำเลือดผ่านตัวกรองและ

ทำการแลกเปลี่ยนของเสียกับน้ำยาฟอกเลือดที่มีคุณสมบัติคล้ายพลาสมาที่เรียกว่า dialysate fluid ซึ่งเป็นการรักษาที่สามารถขจัดของเสียออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่าการล้างไตทางหน้าท้องและมีความเสี่ยงในการติดเชื้อต่ำ แต่อย่างไรก็ตามอาจทำให้เกิดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ตะคริว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ กระตุกพรัน ภาวะน้ำเกิน เกิดความแปรปรวนด้านสุขภาพจิต เป็นต้น⁽³⁾

ภาวะน้ำเกิน (Fluid over load) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นภาวะที่มีการคั่งค้างของน้ำนอกเซลล์มากกว่าปกติโดยคิดจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจากน้ำหนักแห้งมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อวัน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอุบัติการณ์ของภาวะน้ำเกินร้อยละ 24.00-53.33 ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ตะคริว หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหากเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดส่งผลให้ต้องหยุดการฟอกเลือดก่อนเวลาที่กำหนดและเพิ่มจำนวนครั้งของการฟอกเลือดในสัปดาห์นั้น เกิดการคั่งค้างในระบบไหลเวียน จนทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหายใจเหนื่อยหอบ และเสียชีวิตตามมาในที่สุด^(2,4) ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การดื่มน้ำเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ขาดความรู้เกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับโรค มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เนื่องจากต้องรับประทานอาหาร

ร่วมกับสมาชิกคนอื่นภายในครอบครัว การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ความไม่เพียงพอของรายได้⁽³⁾ จากปัจจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่าการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้และมีความสามารถในการจัดการตนเอง ตลอดจนมีแรงจูงใจให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ถูกต้อง

การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยจัดกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งพฤติกรรมของมนุษย์จะถูกกระตุ้นด้วยความสนใจของบุคคลนั้น แรงจูงใจจะช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างสม่ำเสมอ^(2,3) จากการศึกษาของวลี กิตติรักษ์ปัญญา และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองต่อภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และน้ำหนักเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้จากการศึกษาของธิดารัตน์ เพชรชัย และคณะ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาผลของการใช้แนวคิดในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมจัดการตนเอง

เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รวมทั้งผู้ป่วยเหล่านี้ยังมีค่าเฉลี่ยน้ำเกินต่อครั้งของการฟอกเลือดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .040$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ศึกษาส่วนใหญ่ได้มีกิจกรรมการพยาบาลโดยการทำการประเมินความรู้ ให้ความรู้ และติดตามพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง แต่ยังขาดการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องฟอกไตเทียมตามแนวคิดของ Kenfer & Galick⁽⁷⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง สร้างแรงจูงใจและควบคุมตนเองไม่ให้เกิดภาวะน้ำเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

สมมุติฐานงานวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำ

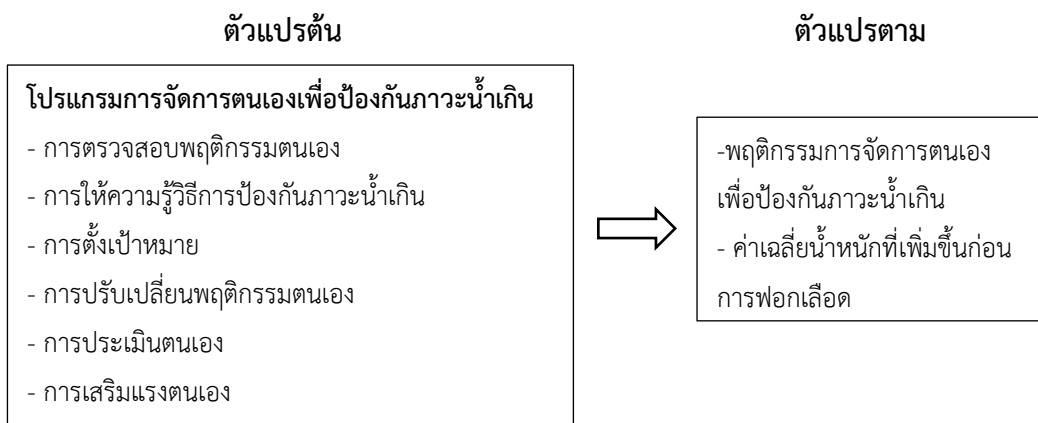
เกินมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Kenfer & Galick (1991)⁽⁷⁾ ที่เชื่อว่าบุคคลสามารถควบคุมตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความสนใจหรือความชอบของบุคคลนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุคคลเกิดจากบุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงปัญหาเพื่อให้เกิดแรงกระตุ้นและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ ซึ่ง

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามตนเอง (self-monitoring) ประกอบด้วย การสังเกตและติดตามพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การประเมินตนเอง (self-evaluation) ประกอบด้วย ขั้นตอนการเปรียบเทียบพฤติกรรมตนเองกับเกณฑ์มาตรฐาน การตั้งเป้าหมายและวิธีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิธีการที่กำหนด รวมถึงการเปรียบเทียบพฤติกรรมตนเองกับเป้าหมายที่กำหนด และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยผู้วิจัยกล่าวชมและให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยได้นำขั้นตอนของการจัดการตนเองมาพัฒนาเป็นโปรแกรม แสดงดังภาพ



วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษากึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research, one group pre-post-test design)

สถานที่ศึกษาวิจัยและระยะเวลาศึกษาวิจัย: ศึกษาที่หอผู้ป่วยร้อยปีสาธารณสุข 6, 7, 8 (หอผู้ป่วย

พิเศษอายุรกรรม) ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยร้อยปีสาธารณสุข 6-8 โรงพยาบาลแพร์ อำเภอมือง จังหวัดแพร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คัดเลือกโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมเป็นระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อสารได้เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีโรคร่วมอยู่ในระยะกำเริบ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4 กำหนดใช้สถิติ T-Test ในการศึกษาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรแบบสองทาง (Two-tail) ระบุขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.5 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการตรวจสอบ (Power of test) ที่ .80 จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 10% รวมทั้งสิ้นเป็นจำนวน 38 คน

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ประกอบด้วย กิจกรรมการตรวจสอบพฤติกรรม การป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วย การให้ความรู้วิธีการป้องกันภาวะน้ำเกินแก่ผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำเกิน การประเมินตนเองโดยเทียบกับเป้าหมาย และการเสริมแรง

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว น้ำหนักก่อนเข้ารับการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความถี่ของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาการแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือด และการมีผู้ดูแล

3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย คำถามที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในประเด็นของการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การจัดการน้ำดื่ม และการควบคุมน้ำหนัก จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า กำหนดให้ คะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากที่สุด 4 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก 3 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นปานกลาง 2 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อย และ 1 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ไปตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นำมาคำนวณความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .92 และ .87 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) หลังจากตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายไปตรวจสอบ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มประชากร

จำนวน 30 คน นำคะแนนที่ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ (เลขที่ 13/2566) หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วม วิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและ ถูกนำเสนอในภาพรวม

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่แล้ว ผู้วิจัยได้ทำการเก็บ รวบรวมข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้า ร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และ อธิบายทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ ข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก่อนเริ่มทำ แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมโดยใช้เวลา 4 สัปดาห์ (จัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล) ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1)

- อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการภาวะ น้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือด

- ประเมินข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการ ป้องกันภาวะน้ำเกิน และ น้ำหนักแห้ง

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 3)

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการ ปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการ ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอก เลือด

- ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะน้ำเกินในประเด็นของ การบริโภค อาหาร น้ำดื่ม และยา รวมถึงการควบคุมน้ำหนัก

- ให้ผู้ป่วยอธิบาย บอกเล่า ตรวจสอบพฤติกรรม ตนเอง

- ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวิธีการการ จัดการตนเองเพื่อป้องกันการภาวะน้ำเกิน พร้อมทั้ง แจกคู่มือการป้องกันภาวะน้ำเกิน แบบบันทึกน้ำ เข้าออกรายวัน

- พูดคุยและให้คำแนะนำในประเด็นที่ผู้ป่วย สงสัย

สัปดาห์ที่ 2

- พูดคุยซักถามถึงวิธีการการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันการภาวะน้ำเกินที่ได้ปฏิบัติโดยทำการ เปรียบเทียบกับวิธีการที่ได้ร่วมกันกำหนด

- กล่าวชมผู้ป่วยที่สามารถกำกับตนเองให้ ปฏิบัติตามแนวทางที่ร่วมกันกำหนด รวมถึงให้ ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ความภาคภูมิใจในตนเองที่ สามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง

- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตาม แนวทางที่กำหนดได้อย่างครบถ้วน ผู้วิจัยกระตุ้นให้ ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องและ แนวทางในการจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ที่กำหนด

- ทบทวนความรู้ เน้นย้ำถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามวิธีการการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

สัปดาห์ที่ 3

- พุดคุยซักถามถึงวิธีการการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินที่ได้ปฏิบัติโดยทำการเปรียบเทียบกับวิธีการที่ได้ร่วมกันกำหนด

- กล่าวชมผู้ป่วยที่สามารถกำกับตนเองให้ปฏิบัติตามแนวทางที่ร่วมกันกำหนด รวมถึงให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง

- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างครบถ้วน ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางในการจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

- ทบทวนความรู้ เน้นย้ำถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามวิธีการการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

สัปดาห์ที่ 4

- ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกินและน้ำหนักแห้ง

- พุดคุยซักถามถึงวิธีการการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินที่ได้ปฏิบัติโดยทำการเปรียบเทียบกับวิธีการที่ได้ร่วมกันกำหนด

- กล่าวชมผู้ป่วยที่สามารถกำกับตนเองให้ปฏิบัติตามแนวทางที่ร่วมกันกำหนด รวมถึงให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง

- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างครบถ้วน ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องและ

แนวทางในการจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

- ทบทวนความรู้ เน้นย้ำถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามวิธีการการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analytical statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงมาตรฐาน ใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติ Wilcoxon signed ranks test ใช้ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการจัดการตนเองใช้สถิติ เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. สถิติ paired t-test ใช้ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือด เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 38 คน แต่เนื่องจากมีผู้ป่วย 1 ราย ที่มีการกำเริบของโรคร่วมทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามเวลาที่กำหนด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์จึงมี 37 ราย ซึ่งมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี จำนวน 37 ราย เพศหญิง 19 คน เพศชาย 18 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 56-65 ปี จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 37.83) อายุเฉลี่ย 51.35 (SD=8.68) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 51.40) จบการศึกษา

ระดับอนุปริญาจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 40.50) โดยมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวหรือโรคร่วมที่พบได้มากที่สุด จำนวน 32 คน (ร้อยละ 86.48) รองลงมาคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 70.27) และโรคเบาหวานจำนวน 21 คน (ร้อยละ 56.75) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเฉลี่ย 7.16 ปี (พิสัย 1-26 ปี) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 56.8) และมีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวจำนวน 30 ราย (ร้อยละ 81.1) อาการแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างการฟอกเลือด คือ ตะคริว 2 คน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน (n=37)

พฤติกรรม	คะแนนเต็ม	ก่อนได้รับโปรแกรม Median (IQR)	หลังได้รับโปรแกรม Median (IQR)	Z	p-value
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	75	65.00 (3)	74.00 (3)	-5.22	<0.001

*สถิติที่ใช้ Wilcoxon Signed Test

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในด้านการควบคุมน้ำหนักและการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

3. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือคน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือด (mean=59.07, SD=8.49) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (mean=59.76, SD=8.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นรายด้านของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน (n=37) เป็นรายด้าน

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	คะแนน	ก่อนได้รับ	หลังได้รับ	p-value
	เต็ม	โปรแกรม Median (IQR)	โปรแกรม Median (IQR)	
การจัดการตนเองเรื่องยา	25	25.00 (1.00)	25.00 (0.00)	.070
การจัดการตนเองด้านการบริโภคน้ำดื่ม	10	10.00 (1.00)	10.00 (1.00)	.160
การควบคุมน้ำหนัก	15	7.00 (0.00)	15.00 (0.00)	<.001
การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร	25	24.00 (2.00)	25.00 (1.00)	<.001

*สถิติที่ใช้ Wilcoxon Signed Test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน (n=37)

น้ำหนัก	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
ค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือด	59.76 (8.37)	59.07 (8.49)	3.89	<.001

*สถิติที่ใช้ paired t-test

วิจารณ์

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ดังนั้นจึงสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการป้องกันน้ำเกินได้ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองส่งเสริมให้ผู้ป่วยทราบพฤติกรรมที่ควรเปลี่ยนแปลง เกิดความตระหนักเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมการ

เจ็บป่วยด้วยตนเองซึ่งเกิดจากกระบวนการเรียนรู้และจากประสบการณ์ของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพยาบาลที่ ประกอบด้วย การให้ความรู้ที่ถูกต้องครอบคลุมการได้รับการสะท้อนคิดเพื่อให้เห็นปัญหา ค้นหาแนวทางแก้ไข เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ถูกต้อง และการเสริมแรงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกความมั่นใจ^(2,6,8,9) สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ เพชรชัย และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินที่ถูกต้อง

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนการเสริมแรง ด้วยการกล่าวชม การสนับสนุนให้รับรู้ความสามารถของตนจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและเห็นประโยชน์

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการจัดการตนเองเป็นรายด้านจะเห็นได้ว่า ด้านการจัดการตนเองเรื่องยาและการจัดการตนเองด้านการบริโภคน้ำดื่ม นั้น ผู้ป่วยมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการเรื่องยาและการบริโภคน้ำดื่มอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้คะแนนที่ได้เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการควบคุมน้ำหนักและการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากก่อนได้รับโปรแกรมผู้ป่วยโรคไตบางรายไม่เห็นความสำคัญซึ่งตวงปัสสาวะเพื่อกำหนดปริมาณน้ำที่บริโภคหรือการชั่งน้ำหนักเพื่ติดตามปริมาณน้ำในร่างกายอย่างต่อเนื่องทุกวัน ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองสามารถจำกัดน้ำส่วนเกินได้ด้วยการฟอกเลือด^(3,10) เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้และการสะท้อนคิดจากพยาบาล ผู้ป่วยจึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินที่และต่อเนื่อง จึงส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลของญาติร่วมด้วยกับการจัดการตนเองเพื่อให้การป้องกันภาวะน้ำเกินเกิดประสิทธิภาพสูงสุด
2. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป โดยออกแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง
3. ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางหน้าท้อง

สรุป

โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นและสามารถควบคุมน้ำหนักแห้งก่อนการฟอกเลือดได้ ดังนั้นควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เอกสารอ้างอิง

1. Csaba PK. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* 2022;12(1):7–11.
2. วาณิช พิงชมพู. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
3. วรวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุภาพ, เพชรลดา จันทร์ศรี. การจัดการตนเองเพื่อ

- ป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอก
เลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารวิจัยและ
พัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครราชสีมา 2563;6(2):5-20.
4. Costa RHS, Dantas ALdM, Leite ÉMD, Lira ALBdC, Vitor AF, Silva RARd. Complications in renal patients during hemodialysis sessions and nursing interventions. *J Resfundam Care* 2015;7(1):2137-46.
 5. วลี กิตติรักษ์ปัญญา, นิภารณ สามารถกิจ, เขมชาติ มาสิงบุญ. ผลของการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการทางคลินิกต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารสภาการพยาบาล* 2565;28(2):109-22.
 6. จิตรัตน์ เพชรชัย, ศรีสุดา มิ่งแก้ว, เขวลักษณ์ นนทภา, วไลพร คำทอง, พรทิพา โสมราช, อัญชลี ปิยลังกา, และคณะ. ผลของการใช้แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสิริกิติ. *วารสารแพทยนาวิ* 2561;45:106-20.
 7. Kanfer HF, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In FH Kanfer, AP Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (p. 305-60). New York: Pergamon press; 1991.
 8. Slensisck N, Pienkos S, Sun S, Doss-McQuitty S, Schiller B. The chronic disease self-management program- A pilot study in patients undergoing hemodialysis. *Nephrology News & Issues* 2015;29(4):30 -2.
 9. Chorina MN, Anggri NZ. Social support and self-management among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis in Indonesia. *J Public Health Res* 2022;11(2);1-5.
 10. สาวิกา อร่ามเมือง, กรองกาญจน์ ลังภาค, สุวิมล กิมปี, อรวมน ศรียุคตศุทธ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจำกัดน้ำของผู้ป่วยไตวานเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2557;30(3):74-81.

ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน

กัลยา กิติมา พย.ม.*

รับบทความ: 24 กันยายน 2566

ปรับแก้บทความ: 24 ตุลาคม 2566

ตอบรับบทความ: 14 พฤศจิกายน 2566

บทคัดย่อ

- บทนำ:** การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและจำเป็นต้องมีระบบการเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อลดปัญหาการคลอดก่อนกำหนด
- วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนารูปแบบและประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน
- วิธีการศึกษา:** เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกสูติ-นรีเวช แผนกผู้ป่วยในตึกสูติ-นรีเวชกรรม และแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลลำพูน จำนวน 24 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และแบบบันทึกอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- ผลการศึกษา:** รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ชื่อบัญชี คือ “clinic preterm” เป็นรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาด้วยผ่านอินโฟกราฟิกและวิดีโอออนไลน์เกี่ยวกับความเสี่ยง ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ด้านประสิทธิผลของรูปแบบพบว่า หลังการใช้รูปแบบไลน์แอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น และปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และส่วนใหญ่ร้อยละ 93.3 คลอดตามกำหนด ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบพบว่า ทั้งกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 และ 4.21)
- สรุป:** รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ช่วยเสริมสร้างความรู้และส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักและเห็นความสำคัญการปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- คำสำคัญ:** การเฝ้าระวังและติดตาม, หญิงตั้งครรภ์, ภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด, ไลน์แอปพลิเคชัน

*กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน

Effects of developing a surveillance and monitoring model for pregnant women at risk of preterm birth using a line application

Kanlaya Kitima, M.N.S.

Received: September 24, 2023

Revised: October 24, 2023

Accepted: November 14, 2023

Abstract

Background: Preterm birth is a major public health problem and requires a system of close monitoring and monitoring. To reduce the problem of preterm birth.

Objective: To develop the model and effectiveness of surveillance and monitoring of pregnant women at risk of preterm birth using LINE application.

Study design: It is research and development. The sample consisted of 24 registered nurses in the Obstetric-Gynecological Outpatient Nursing Group, Obstetrics-Gynecology Building and Delivery Room Department at Lamphun Hospital, and pregnant women who received services at the antenatal clinic. Lamphun Hospital: 30 people. The tools used to conduct the research include counseling to monitor and monitor pregnant women at risk of preterm birth using a LINE application. Data collection tools include questionnaires for pregnant women, questionnaires for registered nurses and preterm birth incidence records. Analyze data with descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics including Paired t-test with a statistical significance level of 0.05.

Results: Consultation model to monitor and monitor pregnant women at risk of preterm birth using LINE application "Clinic Preterm" account is a form of education and consultation with infographics and online videos on risks, effects, risk factors and prevention of preterm birth. In terms of the effectiveness of the model, it was found that after the use of the model, pregnant women had knowledge of the risk of preterm birth and were able to better behave in preventing preterm birth statistical significance ($p < 0.05$). And the majority 93.3% gave birth as scheduled. In terms of satisfaction with the model found that the sample of pregnant women and registered nurses had the highest satisfaction with the format (mean= 4.40 and 4.21)

Conclusions: This model helps to increase knowledge and results in pregnant women are aware of the importance of their practices in preventing preterm birth.

Keywords: Surveillance and Monitoring, Pregnant Women, Preterm Birth Risk, Line Application

* OPD Out Patient Department, Lamphun Hospital

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกนิยามการคลอดก่อนกำหนดว่า เป็นการคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์หรือ 259 วัน นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย⁽¹⁾ และเป็นความผิดปกติทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ หากไม่สามารถยับยั้งการตั้งครรภ์ได้ จะทำให้มีการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารกเป็นอันดับ 2 รองจากภาวะพิการแต่กำเนิด และทุกประเทศทั่วโลกยังคงต้องเผชิญปัญหาการคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้ทารกเสียชีวิตประมาณ 1 ล้านคนต่อปีและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี⁽²⁾ อีกทั้งยังทำให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้น รวมถึงเกิดการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนและความพิการนั้นด้วย การคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ยิ่งน้อยจะพบว่าโอกาสที่ทารกจะเสียชีวิตและทุพพลภาพยิ่งมากขึ้น ซึ่งร้อยละ 70 ของทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม⁽³⁾

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิดที่พบบ่อย หากทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เสียชีวิตอาจเกิดภาวะทุพพลภาพ เช่น สมอ่งพิการ หรือความสามารถในการมองเห็นผิดปกติจากการได้รับออกซิเจน เพื่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน ทารกที่คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่าง ๆ ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และมีประสิทธิภาพการทำงานไม่สมบูรณ์ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะ

หายใจลำบาก เนื้อเยื่อลำไส้ตาย เลือดออกในโพรงสมอง ภาวะติดเชื้อที่รุนแรง⁽⁴⁾ ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาสูง และใช้เวลานานโรงพยาบาลนานขึ้น เฉลี่ยรายละ 2-3 เดือน ทารกคลอดก่อนกำหนดเหล่านี้มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด⁽⁵⁾ การนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานจึงมีผลทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ในประเทศไทยพบว่ามีทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมากถึงปีละ 11,000 คน ใช้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลคนละ 2-3 เดือน ซึ่งใช้งบประมาณในการดูแลทารกกลุ่มนี้ปีละประมาณ 5,000 ล้านบาท⁽⁶⁾ ทั้งนี้ไม่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อเนื่องหากทารกมีความพิการ หรือพัฒนาการผิดปกติ นอกจากนี้ การที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้ทารกต้องแยกจากครอบครัว ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา และทารก⁽⁷⁾

การคลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แน่ชัด ร้อยละ 25 มีสาเหตุมาจากมารดาและทารก ร้อยละ 75 เป็นการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง อีกทั้งยังมีปัจจัยที่เกิดร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา เช่น อายุ น้ำหนัก ประวัติการสูบบุหรี่ การทำงานหนัก ภาวะเครียด โรคประจำตัว เป็นต้น ประวัติทางสูติศาสตร์ เช่น การตั้งครรภ์แฝด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ในประเทศอุตสาหกรรมสาเหตุหลักของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเกิดจากการคลอดก่อนกำหนดจากหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาความดันโลหิตสูง การติดเชื้อ การทำงานหนัก การตั้งครรภ์แฝด ภาวะเครียด หรือความวิตกกังวล⁽⁸⁾

อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด จะพบประมาณร้อยละ 5-7 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และมีอุบัติการณ์ที่มากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนาประเทศที่มีจำนวนการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด คือ ประเทศอินเดีย จำนวน 3,519,100 ราย รองลงมาคือ จีน จำนวน 1,172,300 ราย และไนจีเรีย จำนวน 773,600 ราย ตามลำดับ⁽²⁾ และจากรายงานของสมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือ American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG) ในปี 2021 พบว่า ในสหรัฐอเมริกา การคลอดก่อนกำหนด (คลอดในช่วง 20-36 สัปดาห์) พบร้อยละ 12.0 (American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG), 2021) สำหรับในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดในปี 2562 จำนวน 102,700 คิดเป็นร้อยละ 12 จากทารกคลอดมีชีพทั้งหมด 838,300 คน หรืออยู่ในลำดับที่ 55 ของโลก⁽⁶⁾

โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน สถานการณ์การคลอดก่อนกำหนด พบว่าอัตราทารกคลอดก่อนกำหนด ในระหว่างปี 2561 – 2565 อยู่ที่ 12.11, 11.69, 11.04, 10.17 และ 11.86 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ที่น้อยกว่าร้อยละ 10⁽⁹⁾ และจากการรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยด้วยการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลลำพูน ที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ไม่มีความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้เข้ามารับการรักษาล่าช้า แพทย์จึงไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้สำเร็จ ขาดช่องทางในการติดต่อ สอบถามที่ปรึกษาในเรื่องการปฏิบัติตนและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเชิงรุกที่รวดเร็ว ประกอบกับในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 หรือ COVID-19 สตรีมีครรภ์ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง จึงเกิดความกลัว มีความกังวลต่อการติดเชื้อ COVID-19 จึงไม่กล้าเข้ามารับบริการตรวจรักษา ขอคำแนะนำจากแผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน จึงเลือกที่จะอยู่บ้านและศึกษาหาข้อมูลด้วยตนเอง และถึงแม้ว่าทางแผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน จะมีการให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทุกรายที่เข้ามาฝากครรภ์ก็ตาม แต่ยังเป็นการดำเนินงานแบบตั้งรับ ขาดการบริการเชิงรุก เมื่อหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่บ้าน และที่ทำงาน อาจต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ทั้งการให้คำปรึกษา แนะนำ ในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนด

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานแผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน จึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในเชิงรุก โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันออฟฟิเชียลแอกเคานต์ (LINE office account: LINE OA) เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร ซึ่งเป็นช่องทางที่เหมาะสมในการสื่อสาร ได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมกับยุคปัจจุบัน ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ได้ง่าย รวดเร็วทันต่อสถานการณ์ โดยคุณสมบัติแพลตฟอร์มของไลน์แอปพลิเคชัน สามารถประยุกต์ใช้ในการให้บริการเชิงรุกของแผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ในการสร้างเนื้อหาต่าง ๆ ลงได้ รวมถึงสามารถส่งข้อความ รูปภาพ และวิดีโอ และสามารถถ่ายทอดให้หญิงตั้งครรภ์ได้ง่าย โดยเนื้อหาจะแจ้งเตือนบนไลน์แอปพลิเคชันของกลุ่มเป้าหมายได้ทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา อันถือเป็นการบริการในยุค

เทคโนโลยีปัจจุบัน ที่ช่วยเพิ่มช่องทางการให้ติดต่อ และประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เพื่อลดปัญหาการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกสูติ-นรีเวช แผนกผู้ป่วยในตึกสูติ-นรีเวชกรรม และแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน จำนวนทั้งสิ้น 24 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 20 ถึงก่อน 37 สัปดาห์ ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำพูน ในระหว่างช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีภาวะความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อย่างไม่อย่างหนึ่ง ได้แก่ มีอายุมากกว่า 35 ปี, มีโรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ, มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด, มดลูกขยายตัวมากเกินไป เช่น ครรภ์แฝด ภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ และมดลูกมีความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ปากมดลูกสั้น 2) ใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน ที่สามารถใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (LINE Application) และ 3) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่ได้ใช้ไลน์แอปพลิเคชัน และ 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้แบบประเมินการปฏิบัติตน และแบบประเมินความพึงพอใจ 2) แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้งาน ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความพึงพอใจ และ 3) แบบบันทึกอุปกรณ์การคลอดก่อนกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการทดสอบความสอดคล้องความน่าเชื่อถือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.91 แบบประเมินการปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.80 แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ได้ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.83 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.81

การวิจัยนี้กำหนดระยะเวลาดำเนินการวิจัยไว้ 5 เดือน คือ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 มีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการ จัดเวทีสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ทบทวนวิธีการปฏิบัติในปัจจุบันจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน และสำรวจปัญหา และความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลลำพูน และสรุปปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบ นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการกำหนดการพัฒนารูปแบบ

การเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เป็นไลน์แอปพลิเคชัน แอคเคานท์ชื่อบัญชี “clinic preterm” (คลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนด) และนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของรูปแบบ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ในสถานการณ์จริง ผู้วิจัยนำรูปแบบมาใช้ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกสูติ-นรีเวช แผนกผู้ป่วยในตึกสูติ-นรีเวชกรรม และแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูนเป็นระยะเวลา 3 เดือน คือ ในระหว่างช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 โดยแบ่งระยะดำเนินการ 2 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนจำหน่าย เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมใช้รูปแบบอธิบายวิธีการใช้งาน หลังจากนั้นส่งแบบประเมินความรู้ และแบบประเมินการปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดผ่านช่องไลน์แอปพลิเคชันก่อนใช้รูปแบบ และ 2) ระยะหลังจำหน่าย ส่งข้อความให้ความรู้ รูปภาพ สื่อวิดีโอต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าเวลา 09.00 น. ช่วงเย็น เวลา 18.00 น. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยติดตามเยี่ยมผ่านทางไลน์แอปพลิเคชันในหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นกรณีเฉพาะ

ระยะที่ 4 การประเมินผลหลังใช้รูปแบบ เมื่อดำเนินการใช้รูปแบบเสร็จสิ้น มีการดำเนินการประเมินความรู้ การปฏิบัติตน บันทึกอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด ประเมินความพึงพอใจของสตรีมีครรภ์ และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำพูน เลขที่โครงการวิจัย Ethic LPN No. 025/2566 อนุมัติวันที่ 16 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์
กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 28.76 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 90.0) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท และบัตรประกันสังคมเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) อาศัยอยู่กับสามีและสมาชิกครอบครัวสามี (ร้อยละ 50.0) การตั้งครรภ์ในปัจจุบัน เป็นครรภ์ที่ 2 (ร้อยละ 46.7) มีอายุครรภ์อยู่ที่ 27-30 สัปดาห์ (ร้อยละ 46.7) ทั้งนี้ครรภ์ก่อนมีความผิดปกติโดยผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 46.7) ครรภ์ปัจจุบันมีภาวะความเสี่ยง คือ มีอายุมากกว่า 35 ปี (ร้อยละ 50.0) ไม่เคยมีประวัติการได้รับ Utrogestran ของครรภ์ก่อน (ร้อยละ 93.3) ไม่มีประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน (ร้อยละ 86.7) ไม่มีประวัติการติดเชื้อในระบบอื่น ๆ ขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน (ร้อยละ 93.3) และทุกราย ไม่มีประวัติซีดขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน (ร้อยละ 100.0) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 35 ปี	15	50.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	15	50.0
อายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 38 ปี และอายุเฉลี่ย 28.76 ปี		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	27	90.0
อาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.)	2	6.7
ปริญญาตรี	1	3.3
อาชีพ		
นักศึกษา	3	10.0
รับจ้างทั่วไป	11	36.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	36.7
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน ห้าง ร้านค้า ฯลฯ	5	5
สิทธิในการรับบริการสุขภาพ		
บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท	15	50.0
บัตรประกันสังคม	15	50.0
ลักษณะของการอยู่อาศัย		
อยู่กับสามี	14	46.7
อยู่กับสามีและสมาชิกครอบครัวสามี	15	50.0
อยู่กับสามีและสมาชิกครอบครัวของตนเอง	1	3.3
การตั้งครรภ์ในปัจจุบัน		
ครรภ์แรก	4	13.3
ครรภ์ที่ 2	14	46.7
ครรภ์ที่ 3	12	40.0
อายุครรภ์ปัจจุบัน		
22-26 สัปดาห์	10	33.3
27-30 สัปดาห์	14	46.7
31-35 สัปดาห์	6	20.0
ความผิดปกติของครรภ์ก่อน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แท้ง	10	33.3
ผ่าตัดคลอด	14	46.7
คลอดก่อนกำหนด	12	40.0
มีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (แต่ไม่คลอดก่อนกำหนด)	2	6.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะความเสี่ยงต่อของครรภ์ปัจจุบัน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อายุมากกว่า 35 ปี	15	50.0
มีโรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	7	23.3
ครรภ์แฝด	1	3.3
ภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ	2	6.7
ปากมดลูกสั้น	4	13.3
ประวัติการได้รับ Utrogestran ของครรภ์ก่อน		
ได้รับ	2	6.7
ไม่ได้รับ	28	93.3
ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน		
มี	4	13.3
ไม่มี	26	86.7
ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน		
มี	2	6.7
ไม่มี	28	93.3
ประวัติซีดขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน		
ไม่มี	30	100.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ
 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้งาน
 ไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm”
 (คลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนด) พบว่าทั้งหมด
 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100.0) มีอายุระหว่าง 41-50
 ปี (ร้อยละ 41.7) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.4)
 โดยทั้งหมดจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี
 (ร้อยละ 100.0) และมีประสบการณ์ด้านการ
 พยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อน
 กำหนด มาเป็นระยะเวลาเวลามากกว่า 10 ปี (ร้อยละ
 54.2) (ตารางที่ 2)

**ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อน
 กำหนดของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ก่อนและ
 หลังการใช้รูปแบบ**
 เมื่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้
 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ด้วยค่าสถิติ Paired
 Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ 0.05 พบว่า ค่าสถิติ $t=-16.953$ และค่า
 Sig.=0.001 แสดงว่า หลังการใช้รูปแบบหญิง
 ตั้งครรภ์ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอด
 ก่อนกำหนด ความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด
 ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด เพิ่มขึ้นอย่าง
 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0.0
หญิง	24	100.0
อายุ		
ไม่เกิน 30 ปี	6	25.0
31 – 40 ปี	6	25.0
41 – 50 ปี	10	41.7
51 – 60 ปี	2	8.3
ต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 56 ปี เฉลี่ย 36.3 ปี		
สถานภาพ		
โสด	10	41.7
สมรส	13	54.4
หย่า/แยกกันอยู่	1	4.2
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	24	100.0
ประสบการณ์ด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด		
1 – 5 ปี	8	33.3
6 – 10 ปี	3	12.5
มากกว่า 10 ปี	13	54.2

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	N	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	30	5.76	1.00	-16.953	.001*
หลังการใช้รูปแบบ	30	11.20	1.91		

*p < 0.05

การปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ค่าสถิติ $t = -9.662$ และค่า $\text{Sig.} = 0.001$ แสดงว่า หลังการใช้รูปแบบหญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การมาฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ความรับผิดชอบ

ต่อสุขภาพ การดำรงชีวิตประจำวัน และการจัดการ
ความเครียด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	N	Mean	SD	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	30	2.11	0.29	-9.662	0.001*
หลังใช้โปรแกรม	30	2.73	0.16		

*p< 0.05

การเฝ้าระวังและติดตามการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการให้ความรู้และคำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm”

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการให้ความรู้และคำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

แอ็กเคานต์ “clinic preterm” จำนวนทั้งสิ้น 30 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.3 คลอดตามกำหนด แต่พบเพียงร้อยละ 6.7 ที่คลอดก่อนกำหนด โดยมีอายุครรภ์อยู่ที่ 34 และ 35 สัปดาห์ สัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 3.3 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการให้ความรู้ผ่านไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm”

อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
คลอดก่อนกำหนด	2	6.7
อายุครรภ์ 34 สัปดาห์	1	3.3
อายุครรภ์ 35 สัปดาห์	1	3.3
คลอดตามกำหนด	28	93.3

ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการใช้งานไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm”

ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการใช้งานไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm” โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.40 เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อรูปภาพ/วิดีโอ อ่าน ศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่าย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53) รองลงมาคือ รูปภาพ/วิดีโอ

มีความชัดเจน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50) ความรวดเร็วในการตอบคำถาม หรือข้อสงสัยจากแอดมิน (พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50) การเข้าร่วมกลุ่ม “clinic preterm” ช่วยให้ท่านปฏิบัติตนและดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50) การเข้าร่วมกลุ่ม “clinic preterm” ช่วยให้ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50) การติดตามเยี่ยมผ่านทาง

ไลน์แอปพลิเคชัน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50) ขั้นตอนการลงทะเบียน แสแกน QR code เพื่อเข้าร่วมกลุ่มและใช้งาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43) การให้คำปรึกษาคำแนะนำจากแอดมิน (พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36) และการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับความเสี่ยงของการคลอด

ก่อนกำหนด และเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26) นอกจากนี้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากต่อช่วงเวลาในการส่งข้อความให้ความรู้เรื่อง วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าเวลา 09.00 น. ช่วงเย็นเวลา 18.00 น. (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์การใช้งานไลน์แอปพลิเคชันแอดมิน “clinic preterm”

ความพึงพอใจต่อการใช้งานไลน์แอปพลิเคชันแอดมิน “clinic preterm”	\bar{X}	SD	แปลผล
1.ขั้นตอนการลงทะเบียน แสแกน QR code เพื่อเข้าร่วมกลุ่มและใช้งาน	4.43	0.50	มากที่สุด
2.รูปภาพ/วิดีโอ มีความชัดเจน	4.50	0.50	มากที่สุด
3.รูปภาพ/วิดีโอ อ่าน ศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่าย	4.53	0.50	มากที่สุด
4.ช่วงเวลาในการส่งข้อความให้ความรู้เรื่อง วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าเวลา 09.00 น. ช่วงเย็นเวลา 18.00 น.	3.90	0.75	มาก
5.การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดและเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	4.50	0.50	มากที่สุด
6.ความรวดเร็วในการตอบคำถาม หรือข้อสงสัยจากแอดมิน (พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน)	4.26	0.44	มากที่สุด
7.การให้คำปรึกษา คำแนะนำจากแอดมิน (พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน)	4.50	0.50	มากที่สุด
8.การติดตามเยี่ยมผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน	4.36	0.61	มากที่สุด
9.การเข้าร่วมกลุ่ม “clinic preterm” ช่วยให้คุณปฏิบัติตามและดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	4.50	0.50	มากที่สุด
10.การเข้าร่วมกลุ่ม “clinic preterm” ช่วยให้คุณมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	4.50	0.50	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.40	0.38	มากที่สุด

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้งานไลน์แอปพลิเคชันแอดมิน “clinic preterm”

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้งานไลน์แอปพลิเคชันแอดมิน “clinic preterm” พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.21 เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดต่อไลน์แอปพลิเคชันแอดมิน “clinic preterm” ช่วยเพิ่มช่องทางการให้ติดต่อและเฝ้าระวังและ

ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เพื่อลดปัญหาการคลอดก่อนกำหนด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37) รูปภาพ/วิดีโอ มีความชัดเจน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37) รองลงมาคือ เป็นช่องทางที่หญิงตั้งครรภ์สามารถสอบถาม หรือให้ข้อเสนอแนะในการให้บริการทางการแพทย์แก่แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูนได้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29) สามารถนำรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ไปต่อยอดและขยายผลในการสร้าง

นวัตกรรมใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29) ขั้นตอนการลงทะเบียนสแกน QR code เพื่อเข้าร่วมกลุ่มและใช้งาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20) นอกจากนี้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากต่อช่วงเวลาในการส่งข้อความให้ความรู้เรื่อง วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าเวลา 09.00 น. ช่วงเย็น เวลา 18.00 น. (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20) ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตนและดูแลตนเองเพื่อป้องกันการ

คลอดก่อนกำหนด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16) เป็นช่องทางในการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่รวดเร็วและทั่วถึง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12) และรูปภาพ/วิดีโอ อ่าน ศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่าย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08) ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการให้บริการทางการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04) ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้งานไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm”

ความพึงพอใจต่อการใช้งานไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm”	\bar{X}	SD	แปลผล
1.ขั้นตอนการลงทะเบียน สแกน QR code เพื่อเข้าร่วมกลุ่มและใช้งาน	4.20	0.58	มาก
2.รูปภาพ/วิดีโอ มีความชัดเจน	4.37	0.57	มากที่สุด
3.รูปภาพ/วิดีโอ อ่าน ศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่าย	4.08	0.58	มาก
4.ช่วงเวลาในการส่งข้อความให้ความรู้เรื่อง วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าเวลา 09.00 น. ช่วงเย็น เวลา 18.00 น.	4.20	0.50	มาก
5.เป็นช่องทางในการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่รวดเร็วและทั่วถึง	4.12	0.53	มาก
6. ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตนและดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	4.16	0.38	มาก
7. เป็นช่องทางที่หญิงตั้งครรภ์สามารถสอบถาม หรือให้ข้อเสนอแนะในการให้บริการทางการพยาบาลแก่แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูนได้	4.29	0.62	มากที่สุด
8. ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการให้บริการทางการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด	4.04	0.62	มาก
9.ช่วยเพิ่มช่องทางการให้ติดต่อและเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เพื่อลดปัญหาการคลอดก่อนกำหนด	4.37	0.49	มากที่สุด
10.พยาบาลวิชาชีพสามารถนำรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ไปต่อยอดและขยายผลในการสร้างนวัตกรรมใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนด	4.29	0.46	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.21	0.33	มากที่สุด

วิจารณ์

การพัฒนาารูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ชื่อบัญชี คือ “clinic preterm” (คลินิกป้องกันการคลอดก่อน

กำหนด) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการ (Analysis and need assessment) ขั้นตอนออกแบบและพัฒนาารูปแบบ (Design and development) ขั้นตอนทดลองใช้ในสถานการณ์จริง (Implementation)

และขั้นการประเมินผลรูปแบบ (Evaluation) ซึ่งผู้วิจัยได้นำรูปแบบการให้ข้อมูลรวมถึงการสื่อสารที่ทันสมัยมาใช้ในการสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ได้แก่ แผ่นอินโฟกราฟิก (Infographics) ให้ความรู้แบบออนไลน์ ได้แก่ ความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิดีโอออนไลน์เกี่ยวกับความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้จากการนำรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ชื่อบัญชี คือ “clinic preterm” (คลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนด) มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 20 ถึงก่อน 37 สัปดาห์ ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 28.76 ปี การตั้งครรภ์ในปัจจุบัน เป็นครรภ์ที่ 2 มีอายุครรภ์อยู่ที่ 27-30 สัปดาห์ ครรภ์ก่อนมีความผิดปกติโดยผ่าตัดคลอด สำหรับครรภ์ปัจจุบัน พบว่า มีภาวะความเสี่ยง คือ มีอายุมากกว่า 35 ปี ไม่มีประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่มีประวัติการติดเชื้อในระบบอื่น ๆ ขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน และทุกรายไม่มีประวัติซีดขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน หลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มเป็นอยู่ในระดับมาก/สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้ไลน์ แอปพลิเคชันนั้นเป็นสื่อที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ใช้งานได้ง่าย เข้าถึงข้อมูล

ข่าวสารต่าง ๆ ได้ทุกที่ ทุกเวลา ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้ศึกษาเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ประกอบกับมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ประสบการณ์ในงานดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อน มาให้ความรู้ให้คำแนะนำ คำปรึกษาผ่านช่องทางไลน์แอปพลิเคชัน จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิสา หะยีเซะ และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้พัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์: ผลของการให้ความรู้แอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม พบว่า ภายหลังจากได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันมารดาที่มีความรู้มากกว่าก่อนการได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=17.24, p<0.001$) ซึ่งถือได้ว่าแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นทำให้มารดาที่คลอดลูกก่อนกำหนดสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ง่ายและสะดวก

ในด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างสตรีมีครรภ์ พบว่าหลังจากการใช้รูปแบบ หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ดีขึ้นทั้งการมาฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การดำรงชีวิตประจำวัน และการจัดการความเครียดได้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมถึงจากการติดตามและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดผ่านช่องทางไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm” ค้นพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมกลุ่ม “clinic preterm” ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.3 คลอดตามกำหนด ซึ่งกล่าวได้ว่าการให้ความรู้และคำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm” ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนัก มีความรู้ และสามารถปฏิบัติตน

ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความรู้ต่าง ๆ ผ่านช่องทางไลน์แอปพลิเคชัน แอ็กเคานต์ “clinic preterm” มีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ประสบการณ์ในงานดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อน มาให้ความรู้ ให้คำแนะนำ คำปรึกษาในทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้า เวลา 09.00 น. ช่วงเย็น เวลา 18.00 น. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และมีการติดตามเยี่ยมผ่านทางไลน์แอปพลิเคชันในหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ดังนั้นจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้เป็นอย่างดี

ด้านความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการใช้งานไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm” พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเมินว่ารูปภาพ/วิดีโอ อ่าน ศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่าย รูปภาพ/วิดีโอ มีความชัดเจน ความรวดเร็วในการตอบคำถาม หรือข้อสงสัยจากแอดมิน (พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน) การเข้าร่วมกลุ่ม “clinic preterm” ช่วยให้ท่านปฏิบัติตนและดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้งานไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm” พบว่า โดยรวมพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดต่อไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm” ช่วยเพิ่มช่องทางการให้ติดต่อและเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เพื่อลดปัญหาการคลอดก่อนกำหนด รูปภาพ/วิดีโอ มีความชัดเจน เป็นช่องทางที่หญิงตั้งครรภ์สามารถสอบถาม หรือ

ให้คำแนะนำในการให้บริการทางการแพทย์พยาบาลแก่แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูนได้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันไปต่อยอดและขยายผลในการสร้างนวัตกรรมใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยาพร สังขศรีสมบัติ และคณะ⁽¹¹⁾ ได้การพัฒนา รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และการศึกษาของวนิสสา หะยีเซะ และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้พัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์: ผลของการให้ความรู้แอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิมที่พบว่า มารดามีความพึงพอใจระดับมากที่สุดต่อแอปพลิเคชันการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

สรุป

การนำเอาเทคโนโลยีสื่อสังคมออนไลน์มาประยุกต์ใช้กับงานให้บริการทางการแพทย์พยาบาลนั้นเป็นช่องทางที่อำนวยความสะดวก เพิ่มความรวดเร็วในการรับข้อมูล ข่าวสาร รวมถึงผู้รับบริการสามารถอ่านและศึกษาทำความเข้าใจได้ทุกที่ ทุกเวลา ซึ่งการให้บริการผ่านไลน์แอปพลิเคชันแอ็กเคานต์ “clinic preterm” ของแผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน เป็นรูปแบบใหม่ที่ยังไม่เคยทำ ซึ่งถือได้ว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้รับบริการ คือหญิงตั้งครรภ์และผู้ใช้งาน คือ พยาบาลวิชาชีพ และยังเป็นการสร้างระบบบริการพยาบาลที่เกิด

จากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานจริง เพราะพยาบาลวิชาชีพสามารถเข้าไปให้บริการ ตอบคำถาม ให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ได้ ตลอดจนได้รับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่าง ๆ จาก หญิงตั้งครรภ์ เพื่อนำมาพัฒนาการให้บริการที่ตรงกับความต้องการและเป็นการพัฒนาคุณภาพการ ให้บริการอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Preterm birth [Internet]. 2018 [cited 2022 December]; Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B & Casey B. Preterm birth. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
3. ธาราธิป โคละทัต. ผลกระทบของคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2561.
4. Hack M, Klein NK, Taylor HG. Longterm developmental outcomes of low birth weight infants. The Future of Children 2015;5(1):176-96.
5. ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑู. สูติศาสตร์ฉุกเฉิน. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2554.
6. เพียงขวัญ ภูทอง. การดูแลแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. วารสารเกื้อการุณย์ 2562;10(2):156-68.
7. รุ่งตะวันรัตน์ ซ้อยจ้อหอ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, เอมพร รตินธร, เอกชัย โคควาวิสารัช. ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อ
- ป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2562;7(2): 39-48.
8. Goldenberg RL. The management of preterm labor. Obstetric & Gynecology 2012;23(100):1020-37.
9. โรงพยาบาลลำพูน. รายงานความเสี่ยงทางสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน; 2565.
10. วณิสรา หะยีเซาะ, นุจรี ไชยมงคล, อัจฉรวาตี ศรียะศักดิ์, มยุรี ยีปาโล๊ะ. การพัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์: ผลของการให้ความรู้แอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2564;13(1):39-55.
11. กิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี, นิรันดร ผานิจ. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ออฟฟิเชียลแอดมินสำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(2): 623.-41.

ประสิทธิผลของการพ่น Flurbiprofen บนกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจต่อภาวะเจ็บคอและเสียงแหบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ หลังจากการให้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบ:

การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

สุดาร์ตน์ ศุภกิจเจริญ พ.บ.*

รับบทความ: 27 กันยายน 2566

ปรับแก้บทความ: 21 ตุลาคม 2566

ตอบรับบทความ: 24 ตุลาคม 2566

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะเจ็บคอจากการใส่ท่อช่วยหายใจหลังจากให้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบ (Postoperative sore throat : POST) เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกที่พบได้บ่อย Flurbiprofen oral spray เป็น NSAIDs ในรูปของยาพ่นเยื่อช่องปากที่นำมาใช้ในการรักษาภาวะเจ็บคอจากกระบวนการอักเสบ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ Flurbiprofen ต่อภาวะเจ็บคอและเสียงแหบภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ในการระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยที่เข้าการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลอง หรือ F group คือ กลุ่มที่พ่น flurbiprofen spray ลงบน endotracheal cuff หลังจากที่ได้หล่อลื่นด้วยเจลหล่อลื่น กลุ่มควบคุม หรือ C group คือ กลุ่มที่ได้หล่อลื่น endotracheal cuff ด้วยเจลหล่อลื่นอย่างเดียว เก็บข้อมูลอุบัติการณ์ คะแนนความเจ็บคอ เสียงแหบ ผลข้างเคียงจากการทดลอง และความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่ 1, 4 และ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด

ผลการศึกษา: พบอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะเจ็บคอในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เวลา 1, 4 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ($p < 0.001$) อุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะเสียงแหบที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และผลข้างเคียงที่พบในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

สรุป: การพ่น Flurbiprofen บนกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจช่วยลดภาวะเจ็บคอจากการใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยไม่พบผลข้างเคียง

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บคอ, การใส่ท่อช่วยหายใจ, flurbiprofen, ยาพ่น

*วิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

**Effectiveness of spraying the endotracheal cuff with flurbiprofen for
postoperative sore throat and hoarseness after general anesthesia:
a randomized control trial**

Sudarat Supakitjaroen M.D.*

Received: September 27, 2023

Revised: October 21, 2023

Accepted: October 24, 2023

Abstract

Background: Postoperative sore throat (POST) is a common postoperative complication after general anesthesia. Flurbiprofen oral spray is one of topical NSAIDs that used to reduce sore throat from oral inflammation.

Objectives: To study the effectiveness of Flurbiprofen oral spray for postoperative sore throat after general anesthesia.

Study design: A prospective, randomized, double-blind, controlled study was performed on 80 patients, scheduled for surgery under general anesthesia with endotracheal intubation. All patients were randomized into two groups. Group F (Flurbiprofen, n=40) patients received flurbiprofen spray on lubricated endotracheal tube cuff and Group C (Control, n=40) patients received only lubricating gel on endotracheal tube cuff. Incidence and severity of postoperative sore throat at 1,4 and 24 hours after surgery, hoarseness, adverse effects and patient satisfaction were recorded by a blinded anesthetic nurse after surgery.

Results: The incidence and severity of postoperative sore throat of Group F is significantly less than Group C at 1, 4 and 24 hours after surgery ($p < 0.001$). Incidence and severity of hoarseness at 24 hour and side effect were not different in both groups.

Conclusions: Spraying the endotracheal cuff with Flurbiprofen helps to reduce the incidence and severity for postoperative sore throat without additional side effect.

Keyword: sore throat, intubation, flurbiprofen, spray

*Department of Anesthesia Kamphaeng Phet Hospital

บทนำ

ภาวะเจ็บคอจากการใส่ท่อช่วยหายใจหลังจากให้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบ (Postoperative sore throat : POST) เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกที่พบได้บ่อย มีรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 14.4 ถึงร้อยละ 65^(1,2) แม้ภาวะเจ็บคอจะสามารถหายเองได้โดยไม่ต้องใช้ยารักษา แต่ก็ยังเป็นภาวะอันไม่พึงประสงค์ลำดับต้น ๆ ของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีทั้งหมด ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การพูด การกลืน การรับประทานอาหารและน้ำหลังผ่าตัด และลดอัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย⁽³⁾ ซึ่งยังคงมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะหาวิธีที่จะป้องกันและลดภาวะเจ็บคอให้ได้มากที่สุด

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเกิด POST มาจาก inflammatory response ต่อ pharynx และ tracheal mucosa จากการใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ เช่น การใส่ laryngoscope blade การใส่ลมในกระเปาะท่อช่วยหายใจที่มากเกินไป การดูดเสมหะในช่องปาก⁽⁴⁻⁶⁾ ดังนั้นยาในกลุ่มที่ช่วยลดการอักเสบ เช่น steroid หรือ Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) จึงเป็นยาที่คาดว่าจะออกฤทธิ์ลด POST ได้ดี NSAIDs ที่มีการนำมาศึกษาใช้ลดการเกิด POST ได้แก่ Benzylamine hydrochloride ในการพ่นคอก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิด POST ได้ แต่ก็พบผลข้างเคียง คือ ความรู้สึกกระคายเคืองในช่องปาก ต่อมาได้มีศึกษาการใช้ Flurbiprofen oral spray พบว่าช่วยลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะเจ็บคอหลังการใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างมีนัยสำคัญ^(2,7) และ การใช้ยาในรูปแบบพ่นเฉพาะที่นั้น ให้ประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์ได้สูงและมี systemic side effect น้อย

เมื่อเทียบกับยาในรูปแบบชนิดที่ออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย^(4,5) ซึ่งการศึกษาประสิทธิภาพของ Flurbiprofen ต่อภาวะ POST ยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการ ประสิทธิภาพของการพ่น Flurbiprofen บนกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจต่อภาวะเจ็บคอและเสียงแหบจากการใส่ท่อช่วยหายใจหลังจากการให้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของ Flurbiprofen ต่อภาวะเจ็บคอและเสียงแหบภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจในการระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ และเพื่อศึกษาผลข้างเคียงของยา Flurbiprofen และศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจากใช้ยา Flurbiprofen ในการลดภาวะเจ็บคอและเสียงแหบภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจในการระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร เลขที่ ID 04-01-160D และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า คือ เป็นผู้ที่มียายุ 18-70 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ ASA physical status I-II และไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีอาการไอ เจ็บคอ เสียงแหบ หรือมีอาการบ่งชี้ว่ากำลังมีการติดเชื้อทางระบบหายใจนำมา ก่อน มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม NSAIDs มีการทำงานของตับ

และไตบัพพรวง คาดว่าจะใส่ท่อช่วยหายใจยากโดย ประเมินจาก Cormack-Lenane class III-IV เป็นการ ผ่าตัด Head and neck surgery ผู้ป่วยที่ต้องใส่สาย ยางให้อาหารทางจมูก ผู้ป่วยที่ต้องใช้การใส่ท่อช่วย หายใจโดยวิธี rapid sequence induction ผู้ป่วยที่ใส่ ท่อช่วยหายใจสำเร็จโดยต้องใช้มากกว่า 2 attempt และผู้ป่วยที่มีภาวะอาเจียนหลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมล่วงหน้าก่อนการผ่าตัด ณ ศูนย์เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (Kamphaeng Phet Preanesthetic Assessment Clinic : KPAC) วิทยาลัยแพทย์ในขณะผู้ทำการวิจัยคัดเลือกประชากรที่ เข้าศึกษา อธิบายขั้นตอนและประโยชน์ของการวิจัย อย่างละเอียด สอนวิธีการประเมินความปวดแก่ผู้ป่วย และถ้าผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมในการศึกษานี้ ผู้ป่วยลงชื่อ ในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยจะถูกแบ่ง ออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการเปิดของข้อมูลโดยพยาบาล วิทยาลัยผู้เตรียมท่อช่วยหายใจและทดสอบความพร้อม ของ cuff ก่อนใช้งาน ส่วนผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้เก็บข้อมูลจะไม่ทราบถึงตัวยาที่ใช้ในการเตรียม ท่อช่วยหายใจ โดยแบ่งเป็น

กลุ่มทดลอง หรือ F group คือ กลุ่มที่พ่น Flurbiprofen spray 3 puff ลงบน endotracheal tube ตั้งแต่ vocal cord guide จนถึง endotracheal cuff หลังจากทีหล่อลื่นด้วยเจลหล่อลื่นแล้ว

กลุ่มควบคุม หรือ C group คือ กลุ่มที่ได้หล่อลื่น endotracheal cuff ด้วยเจลหล่อลื่นอย่างเดียว

หลังจากเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ ในการระงับความรู้สึกและติดอุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ 3-lead EKG, NIBP, pulse oximetry และ

end tidal CO₂ แล้ว วิทยาลัยแพทย์จะเป็นผู้ให้ preoxygenation ด้วย O₂ 6 LPM เป็นเวลา 5 นาที ฉีดยานำสลบทางหลอดเลือดดำด้วย propofol 2 mg/kg, fentanyl 1-2 mcg/kg เมื่อผู้ป่วยหลับและ สามารถช่วยหายใจได้ให้ succinylcholine 1-2 mg/kg เมื่อ succinylcholine ออกฤทธิ์เต็มที่แล้ว วิทยาลัย แพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ video laryngoscope blade ใส่ท่อช่วยหายใจชนิด single-use polyvinyl chloride endotracheal tube (Covidien®) ซึ่งมี low pressure, high volume cuff โดยเลือกใช้เบอร์ 7-7.5 ในผู้ป่วยเพศหญิง และเบอร์ 8 ในผู้ป่วยเพศชาย หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจในระดับความลึกที่เหมาะสม ใส่ลมใน cuff สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอกและ end-tidal CO₂ เพื่อยืนยันตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ใน ระหว่างดมยาสลบให้ Desflurane 5-6% ใน Air/O₂ mixture และเติม cisatracurium และ fentanyl ตาม ความเหมาะสม, รักษา Cuff pressure ให้อยู่ในช่วง 18-22 cmH₂O โดยใช้ handheld pressure gauge (Mallinckrodt®) เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด ให้ 100% O₂, neostigmine 0.05mg/kg และ atropine 0.02 mg/kg เพื่อแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ หลังจากคนไข้สามารถ หายใจได้เองและสามารถทำตามคำสั่งได้จึงถอดช่วย หายใจออกพร้อมกับดูดเสมหะในช่องปากตามความ จำเป็น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) ข้อมูล ทัวไปผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ASA classification status 2) ข้อมูลแสดงภาวะเจ็บคอ โดยเก็บในรูปแบบ 4-point scale โดยให้คะแนน 0=ไม่เจ็บคอ no sore throat, 1=mild sore throat (complains of sore throat only when asked), 2=moderate sore throat (complains of sore throat on his/her

own), 3=severe sore throat (change of voice associated with throat pain) ที่ห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยในชั่วโมงที่ 1, 4 และ 24 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด 3) ข้อมูลแสดงภาวะเสียงแหบโดยเก็บในรูปแบบ 4-point scale โดยให้คะแนน 0=no hoarseness, 1=slight hoarseness, 2 = severe hoarseness, 3 = cannot speak because of hoarseness ที่ห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยในชั่วโมงที่ 1, 4 และ 24 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด 4) ข้อมูลที่คาดว่าจะเกิดจากผลข้างเคียงของยา เช่น numbness, stinging, burning sensation, cough, dry mouth 5) คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจากใช้ยา Flurbiprofen ในการลดภาวะเจ็บคอและเสียงแหบจะใช้ความพึงพอใจน้อย ปานกลาง มาก และพึงพอใจมากที่สุด

กลุ่มประชากรตัวอย่างและการคำนวณทางสถิติ

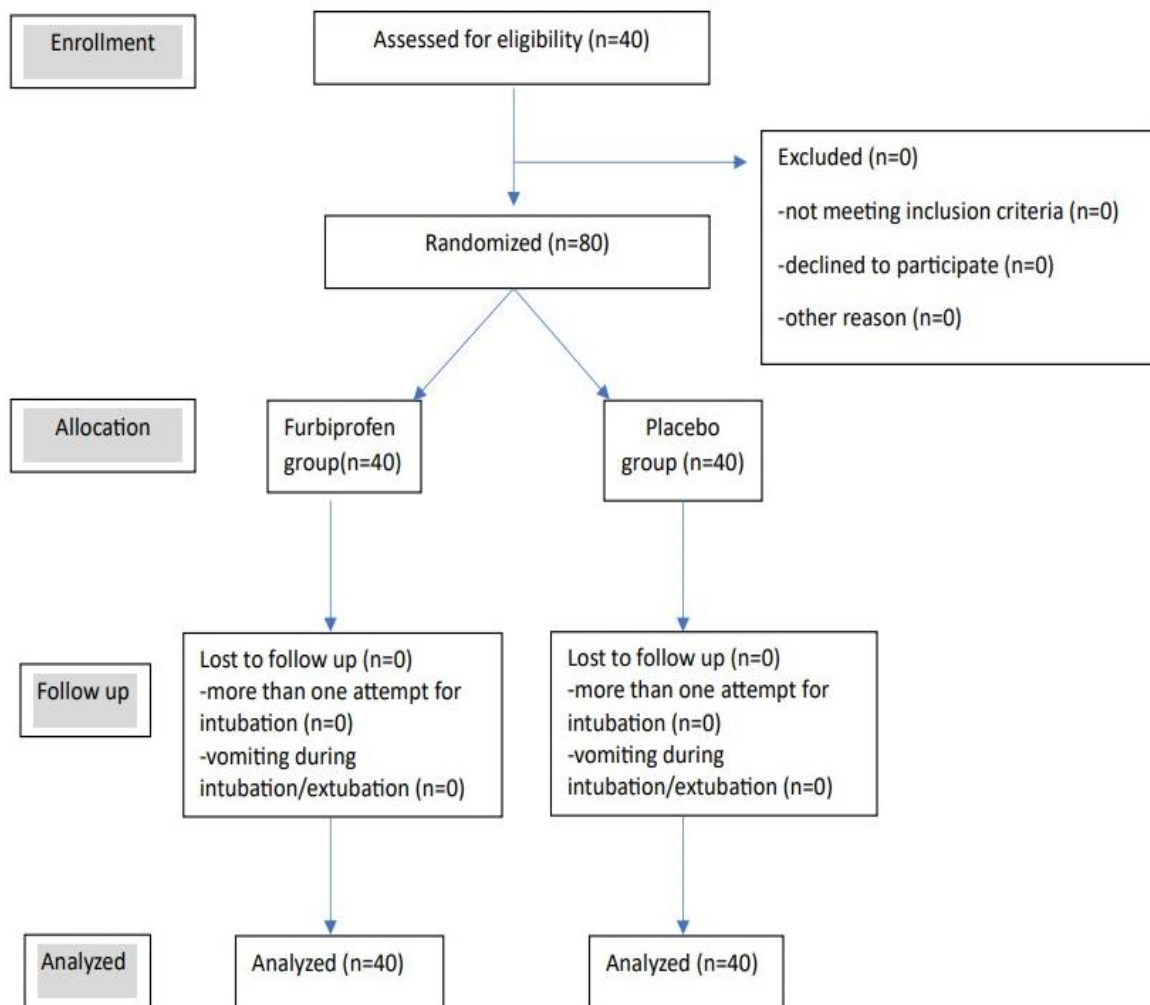
คำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตร two independent means (two-tailed test) โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยที่เคยได้ทำมาแล้ว พบว่าค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของความปวดของอาการเจ็บคอหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับยา flurbiprofen เท่ากับ 0.11 (0.31) และ 0.4 (0.53) ในกลุ่มที่ไม่ได้ยา กำหนดให้ power of test $(1-\beta)$ เป็นร้อยละ 80 และ type I error 0.05 แล้วคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม n4Studies จะได้กลุ่มละ 36 คน โดยได้เพิ่มเติมขนาดตัวอย่างอีกกลุ่มละ 4 คน (ร้อยละ 10) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ดังนั้นจะเก็บข้อมูลกลุ่มละ 40 คน รวมอาสาสมัครทั้งสิ้น 80 คน นำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยรวม เช่น อายุ เพศ ทั้งโดยรวม และแยกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในรูปแบบจำนวนและร้อยละในกรณีที่ข้อมูลเป็นแบบแจกแจงนับ เปรียบเทียบ

ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Pearson's chi square หรือ Fisher exact test ส่วนในกรณีที่ข้อมูลเป็นแบบต่อเนื่องจะทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยการทดสอบ skewness and kurtosis test และนำเสนอในรูปแบบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน และ interquar-tile range และทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ unpaired t test หรือสถิติ Wilcoxon rank sum ตามลักษณะของข้อมูล นำเสนอข้อมูลผลการศึกษาในรูปแบบของค่าคะแนนความปวด ในช่วงเวลาต่าง ๆ หลังการผ่าตัด โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและ interquartile range และนำเสนอเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยค่าความแตกต่างของค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย และค่า 95% confidence interval หรือเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของค่าคะแนนความปวด และค่า interquartile range ของแต่ละช่วงเวลา (ที่ 1 และ 24 ชั่วโมง) โดยใช้สถิติ unpaired t test หรือสถิติ Wilcoxon rank sum ตามลักษณะของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติ Stata version 13 การทดสอบเป็นแบบสองทาง และกำหนดให้ p-value <0.05 เป็นค่านัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับยา Flurbiprofen Spray (F group) 40 คน และกลุ่มควบคุม (C group) 40 คน (รูปที่ 1)

Figure 1 CONSORT Flow Diagram



จากการเก็บข้อมูลพื้นฐาน เพศ อายุ BMI ASA physical status ระยะเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัดและขนาดของท่อช่วยหายใจไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่พ่น Flurbiprofen spray ลงบน endotracheal tube มีอุบัติการณ์และ

ระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะเจ็บคอหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ที่เวลา 1, 4 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ตารางที่ 2) ระดับความรุนแรงของภาวะเสียงแหบในกลุ่มที่พ่น Flurbiprofen spray น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่เวลา 1 และ 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ตารางที่ 3)

พบอาการคอแห้งหลังผ่าตัดในทั้ง 2 กลุ่ม และ (ตารางที่ 4) ความพึงพอใจต่อภาวะการเจ็บคอหลังจากพบอาการแสบคอในกลุ่มทดลอง 1 ราย โดยอาการที่ ได้รับการระงับความรู้สึกในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับเกิดขึ้นไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 50 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานแสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ระยะเวลาในการผ่าตัด และขนาดของท่อช่วยหายใจที่ใช้

ข้อมูลพื้นฐาน	Flurbiprofen group	Control group	p-value
	(n=40)	(n=40)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย ^a	13 (32.5)	14 (35.0)	0.500
หญิง	27 (67.5)	26 (65.0)	
อายุ (ปี) ^b	47.3 (14.4)	44.2 (15.3)	0.350
ดัชนีมวลกาย ^b	25.1 (4.0)	25.1 (5.3)	0.996
การสูบบุหรี่ ^a			
ไม่สูบบุหรี่	32 (80.0)	33 (82.5)	
สูบบุหรี่	8 (20.0)	7 (17.5)	0.500
ASA			
I ^a	11 (27.5)	9 (22.5)	0.719
II ^a	27 (67.5)	27 (67.5)	
III ^a	2 (5.0)	4 (10.0)	
ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที) ^b	80.6 (40)	81.1 (38.8)	0.954
ขนาดของท่อช่วยหายใจ			
7.0 ^a	4 (10.0)	5 (12.5)	1.0
7.5 ^a	22 (55.0)	21 (52.5)	
8.0 ^a	13 (32.5)	14 (35.0)	

*ข้อมูลแสดงในรูปแบบ^aความถี่(n) ร้อยละ (%) ^bค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ตารางที่ 2 คะแนนความเจ็บคอที่ระยะเวลาต่าง ๆ

	Flurbiprofen group (n=40)	Control group (n=40)	p-value
1 ชั่วโมง			
ไม่เจ็บคอ	28 (70.0)	11 (27.5)	0.001
เจ็บคอเล็กน้อย	8 (20.0)	19 (47.5)	
เจ็บคอปานกลาง	2 (5.0)	7 (17.5)	
เจ็บคอมาก	2 (5.0)	3 (7.5)	
4 ชั่วโมง			
ไม่เจ็บคอ	31 (77.5)	4 (10.0)	<0.001
เจ็บคอเล็กน้อย	6 (15.0)	20 (50.0)	
เจ็บคอปานกลาง	1 (2.5)	8 (20.0)	
เจ็บคอมาก	2 (5.0)	8 (20.0)	
24 ชั่วโมง			
ไม่เจ็บคอ	26 (65.0)	6 (15.0)	<0.001
เจ็บคอเล็กน้อย	10 (25.0)	20 (50.0)	
เจ็บคอปานกลาง	2 (5.0)	8 (20.0)	
เจ็บคอมาก	2 (5.0)	6 (15.0)	
อุบัติการณ์การเกิดภาวะเจ็บคอ	21 (52.5)	39 (97.5)	<0.001

*ข้อมูลแสดงเป็นค่าความถี่ (n) และร้อยละ(%)

ตารางที่ 3 คะแนนภาวะเสียงแหบที่ระยะเวลาต่าง ๆ

	Flurbiprofen group (n=40)	Control group (n=40)	p-value
1 ชั่วโมง			
ไม่พบ	29 (72.5)	18 (45.0)	0.017
เสียงแหบเล็กน้อย	11 (27.5)	19 (47.5)	
เสียงแหบมาก	0 (0.0)	3 (7.5)	
พูดไม่มีเสียง	0 (0.0)	0 (0.0)	

ตารางที่ 3 คะแนนภาวะเสียงแหบที่ระยะเวลาต่าง ๆ (ต่อ)

	Flurbiprofen group (n=40)	Control group (n=40)	p-value
4 ชั่วโมง			
ไม่พบ	35 (87.5)	14 (35.0)	<0.001
เสียงแหบเล็กน้อย	5 (12.5)	21 (52.5)	
เสียงแหบมาก	0 (0.0)	4 (10.0)	
พูดไม่มีเสียง	0 (0.0)	1 (2.5)	
24 ชั่วโมง			
ไม่พบ	30 (75)	21 (52.5)	0.062
เสียงแหบเล็กน้อย	10 (25)	16 (40.0)	
เสียงแหบมาก	0 (0.0)	2 (5.0)	
พูดไม่มีเสียง	0 (0.0)	1 (2.5)	

*ข้อมูลแสดงเป็นค่าความถี่ (n) และร้อยละ(%)

ตารางที่ 4 อาการและอาการข้างเคียงอื่น ๆ ที่พบ

	Flurbiprofen group (n=40)		Control group (n=40)		p-value
	n	%	n	%	
ไอในขณะกำลังถอดท่อช่วยหายใจ					
ไม่ไอ	33	82.5	26	65.0	0.126
ไอ	7	17.5	14	35.0	
อาการข้างเคียง					
ไม่พบ	31	77.5	27	67.5	0.715
คอแห้ง	8	20.0	12	30.0	
แสบคอ	1	2.5	0	0.0	

*ข้อมูลแสดงเป็นค่าความถี่ (n) และร้อยละ(%)

ตารางที่ 5 คะแนนความพึงพอใจ

	Flurbiprofen group (n=40)		Control group (n=40)		p-value
	n	%	n	%	
พึงพอใจมาก	20	50.0	30	75.0	0.037
พึงพอใจมากที่สุด	20	50.0	10	25.0	

*ข้อมูลแสดงเป็นค่าความถี่ (n) และร้อยละ(%)

วิจารณ์

จากการศึกษาประสิทธิผลของยา Flurbiprofen spray พบว่าประโยชน์ของท่อช่วยหายใจ พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเจ็บคอหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปได้เช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^(2,7) ภาวะเจ็บคอและเสียงแหบภายหลังจากการถอดท่อช่วยหายใจเป็นผลมาจากการบาดเจ็บของ airway mucosa จากกระบวนการใส่ท่อช่วยหายใจและแรงดันลมในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ⁽⁶⁾ ปัจจัยที่พบว่ามีผล เช่น ขนาดของท่อช่วยหายใจ ชนิดของ cuff การขยับของท่อช่วยหายใจ ขณะผ่าตัด การดูดเสมหะในลำคอที่มากเกินไป^(6,8) ซึ่งแม้จะพยายามลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจอย่างนุ่มนวล การควบคุม cuff pressure แล้วก็ตาม กลับพบว่ายังคงมีอุบัติการณ์การเกิด POST อยู่ จึงได้มีการนำยาต่าง ๆ มาใช้ในการลดภาวะ POST เช่น steroid, lidocaine, ketamine^(1,9,10) รูปแบบในการใช้ก็แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นการฉีดทางเส้นเลือดดำ การพ่นสเปรย์ในลำคอ ยาอมหรือยาแก้ไอ^(3,10-12)

ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาประสิทธิภาพของยา Flurbiprofen oral spray (Strepsils® Maxpro) ซึ่งเป็น NSAIDs ที่ใช้ในการรักษาภาวะเจ็บคอจากการติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ โดย Flurbiprofen

low dose 8.75 mg (เทียบเท่ากับการพ่น Flurbiprofen oral spray จำนวน 3 puff และเทียบเท่ากับ Flurbiprofen ในรูปแบบยาอม 1 เม็ด) มีประสิทธิภาพที่ดีในการลดภาวะเจ็บคอได้ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบเม็ดอมหรือยาพ่นคอ⁽¹³⁾ โดยยาจะเริ่มออกฤทธิ์ที่ 1-2 นาที ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 30 นาที และควบคุมอาการเจ็บคอได้นาน 4-5 ชั่วโมง ซึ่งใกล้เคียงกับผลที่ได้จากการศึกษานี้ แต่เนื่องจากในช่วง 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาจจะยังมีฤทธิ์ของยาดมสลบอยู่ ทำให้ตอบการประเมินอาการได้ไม่ชัดเจน จึงพบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บคอและเสียงแหบมากกว่าที่ระยะเวลา 4 ชั่วโมง และพบผู้ป่วยบางรายมีอาการเจ็บคอและเสียงแหบมากขึ้นที่เวลา 24 ชั่วโมง คาดว่าน่าจะเป็นผลจากการหมดฤทธิ์ของยา แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความรุนแรงของภาวะเจ็บคอและเสียงแหบที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่า flurbiprofen ช่วยลดความรุนแรงของกระบวนการอักเสบลงได้ตั้งแต่ต้น การรับรสที่เปลี่ยนไปจากการใช้ flurbiprofen ในรูปแบบยาอมเป็นผลข้างเคียงที่พบได้ในหลายการศึกษา⁽⁷⁾ ทางผู้วิจัยจึงเลือกใช้เป็นวิธีการพ่นลงบนกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจแทน เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษา^(4-6,14,15) ที่เชื่อว่าสาเหตุหลักของ POST เกิดจาก tracheal mucosal injury จากการกดของ

กระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วยบรรจุภัณฑ์ของ Strepisils® Maxpro มีลักษณะก้าน spray ก่อนข้างสั้นทำให้ไม่เหมาะสำหรับการพ่นบริเวณลำคอและกล่องเสียงก่อนใส่ท่อช่วยหายใจหลังจากนำสลบไปแล้วเหมือนการศึกษาอื่นก่อนหน้านี้^(2,12,16) การศึกษาของ Yuan Shiou และคณะ ได้เปรียบเทียบการพ่น Benzylamine Hydrochloride ในช่องปาก การพ่นลงบนกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจอย่างเดียวและการพ่นทั้งในช่องปากร่วมกับการพ่นบนกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ พบว่าการพ่นยาลงบนกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจอย่างเดียวช่วยลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิด POST ได้ดีที่สุดใน⁽¹⁷⁾เช่นเดียวกับในการศึกษานี้

ข้อจำกัดของการศึกษา คือ อาจต้องมีการเปรียบเทียบเพื่อหาปริมาณยาที่แน่นอน เนื่องจากการพ่นยาลงบนกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ อาจจะไม่ใช่นาฬิกาที่ออกฤทธิ์ที่แท้จริงทั้งหมด 8.75 mg เพราะต้องสูญเสียไปกับละอองที่กระจายออกไป ต่างจากการพ่นโดยตรงในช่องปากซึ่งยาถูกดูดซึมผ่านเยื่อช่องปากและลำคอได้เกือบทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามขนาดยาที่ได้รับในการศึกษานี้ก็ไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย ($p=0.037$)

สรุป

การพ่น flurbiprofen บนกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ ช่วยลดภาวะเจ็บคอจากการใส่ท่อช่วยหายใจหลังจากให้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยไม่พบผลข้างเคียงและช่วยสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.นพ.อาทิตย์เสมอเชื้อ พญ.โสภิต เหล่าชัย และผู้ร่วมงานในแผนกวิสัญญี พญ.ณัฐชนภัทร เวชการ และคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลกำแพงเพชรทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำและร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและจัดทำงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wang G, Qi Y, Wu L, J GC. Comparative efficacy of 6 topical pharmacological agents for preventive interventions of postoperative sore throat after tracheal intubation: A systematic review and Network Meta-analysis. *Anesth Anal* 2021; 133(1):58-67
2. Muderris T, Tezcan G, Sancak M, Gul F, Ugur G. Oral flurbiprofen spray for postoperative sore throat and hoarseness: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Minerva Anestesiolo* 2019;85(1):21-7.
3. AlQahtani RM, Abdalla M, Azzam YH, Elsherif AA, Altulayhi RI. Pharmacological interventions for post-operative sore throat (POST): A Network Meta-analysis. *Signa Vitae* 2021;17(1):169-77.
4. Thongthaweepon N. Effectiveness of Benzylamine Hydrochloride

- spray on LMA in reducing postoperative sore throat after general anesthesia: A randomized control trial. *Medial Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals* 2020;35(3): 501-11.
5. Nimmaamrat S, Chokkijchai K, Chanchayanon T. Efficacy of Benzylamine Hydrochloride dripping at Endotracheal tube cuff for prevention of postoperative sore throat. *J Med Assoc Thai* 2013;96(10): 1331-7.
 6. Combes X, Schauvliege F, Peyrouset O, Motamed C, Kirov K, Dhonneur G. et al. Intracuff pressure and tracheal morbidity. *Anesthesiology* 2001;95: 1120-4.
 7. Ferdinandus de Looze, Adrian Shephard, Adam B smith, et al. Locally Delivered Flurbiprofen 8.75 mg for treatment and prevention of sore throat: A narrative review of clinical studies, *Journal of pain research* 2019;12 3477-3509.
 8. Boghdadly KEI, Bailey CR, Wiles MD. Postoperative sore throat: a systemic review. *Anesthesia* 2016;71(6):706-17.
 9. Gupta D, Agrawal S, Sharma JP. Evaluation of preoperative Strepsils lozenges on incidence of postextubation cough and sore throat in smokers undergoing anesthesia with endotracheal intubation. *Saudi Anaesth* 2014;8(2): 244-48.
 10. Yang HL, Liu FC, Tsai SC, Tsay PK, Liu HE. Ketorolac tromethamine spray prevents postendotracheal-intubation-induced sore throat after general anesthesia. *BioMed Res Int* 2016. doi: 10.1155/2016/4582439.
 11. Chumnavej S, Jitsiri S, Chantrapannik E. Effect of special mouthwash oral rinse in reducing postoperative sore throat: a randomized control trial. *Royal Thai Army Medical Journal* 2022;75(4): 201-10.
 12. Manuwong S, Direksuntorn S, Curry Pl. Effect of Brazillian Green Propolis Extract in prevention of postoperative sore throat after endotracheal intubation, *Thai J Anesthesiol* 2023; 49(2):81-90.
 13. Turner R, Wevrett SR, Edmunds S, Brown MB, Atkinson R, Adegoke O, et al. Determination of the permeation and penetration of Flurbiprofen into Cadaveric Human Pharynx. *Clin Pharmacol* 2020;12:13-20.

14. Hung NK, Wu CT, Chan SM, Lu Ch, Huang YS, Yeh CC, et al. Effect on Postoperative Sore throat of Spraying the endotracheal tube cuff with Benzydamine hydrochloride, 10% Lidocaine and 2% Lidocaine. *Anesth Analg* 2010;111(4):882-6.
15. Dusitkasem S, Sirisatjawat W. Ketamine Lubrication of Endotracheal Tube for Attenuating Postoperative Sore Throat: A Randomized, Double-Blind Study. *Thai J Anesthesiol* 2023;49(4):223-30.
16. Aniwattakool S, Kittikornchaichan K, Assavavidichai A, Jianbunjongkit N. Effect of benzyldamine hydrochloride spraying on the endotracheal tube cuff and oropharynx versus placebo on incidence of postoperative sore throat: A randomized double-blind controlled trial. *Royal Thai Army Medical Journal* 2023;76(1):27-34.
17. Huang YS, Hung NK. The Effectiveness of Benzydamine Hydrochloride Spraying on the Endotracheal Tube Cuff or Oral Mucosa for Postoperative Sore Throat, *Anesth Analg* 2010;111(4): 887-91.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร่

พิชามณูชัช อินแสน พย.บ*, วิลาสินี อุปนนไชย พย.บ*

รับบทความ: 5 ตุลาคม 2566

ปรับแก้บทความ: 15 ธันวาคม 2566

ตอบรับบทความ: 22 มกราคม 2567

บทคัดย่อ

- บทนำ:** การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไต (AVF) แบบวันเดียวกลับ เป็นหนึ่งในการบริการผ่าตัดที่นิยมผ่าตัดในผู้ป่วยนอก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น
- วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย และผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร่
- วิธีการศึกษา:** เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ จำนวน 15 คน และผู้ป่วยผ่าตัด AVF แบบวันเดียวกลับระหว่าง วันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 สิงหาคม 2566 จำนวน 30 คน เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด AVF แบบวันเดียวกลับ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและของผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย แบบบันทึกอุบัติการณ์งัด หรือเลื่อนผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ผลการศึกษา:** แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร่ ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การนัดผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ กิจกรรมที่ 2 การดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด กิจกรรมที่ 3 การดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัดในวันที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัด และกิจกรรมที่ 4 การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 86.7 สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับได้อย่างถูกต้องครบถ้วน มีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29) และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด มีความพึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาลดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39) ไม่พบอุบัติการณ์งัดหรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง พบเพียงอาการปวดตึงบริเวณแผลผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 6.7
- สรุป:** แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ ถือเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพของการบริการ ที่ก่อประโยชน์ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ปลอดภัยและมีคุณภาพมาตรฐาน
- คำสำคัญ:** การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ, โรคไตเรื้อรัง, การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

*กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่

The development of guidelines for patients arteriovenous fistula for hemodialysis with one day surgery, Phrae hospital

Pichamon Insaen B.N.S.*, Wilasinee Oppanunчай B.N.S.*

Received October: 5, 2023

Revised: December 15, 2023

Accepted: January 22, 2024

Abstract

Background: The arteriovenous fistula for hemodialysis with one day surgery is one of the most popular surgical services in outpatient surgery, and it is on the rise.

Objective: To develop patient care guidelines and the results of using guidelines in arteriovenous fistula for hemodialysis with one day surgery, Phrae Hospital.

Study design: It is research and development. The samples include registered nurses in the operating room 15 people and patients undergoing surgery between 1 June 2023 and 31 August 2023, 30 people. The instruments used to conduct the research include patient care guidelines. The tools used to collect data include personal records of registered nurses, patient personal data record form, nurse performance assessment form, satisfaction assessment form for registered nurses and patients, and incidence record form of cancelling or postponement of surgery due to preoperative patient unavailability and postoperative complications within 24 hours. Analyze qualitative data with content analysis and analyze quantitative data with frequency, percentage, mean and standard deviation.

Results: Guidelines for patient care for Arteriovenous Fistula for hemodialysis with one day surgery, Phrae Hospital developed from empirical evidence, consists of 4 activities:1) one-day surgery appointment, 2) preoperative care, 3) intra operative care and 4) postoperative care. Results of using guidelines for patient care for arteriovenous fistula for hemodialysis with one day surgery was found that more than 86.7% nurses were able to follow the activities of care. The highest level of satisfaction with the guidelines (mean= 4.29). Patients who underwent surgery had the highest level of satisfaction with the nursing care approach. (mean= 4.39). No incidence of cancelling or postponement of surgery due to preoperative patient unavailability included postoperative bleeding within 24 hours. Only pain was found accounting for 6.7 percent

Conclusions: The development of guidelines for patient care for Arteriovenous Fistula for hemodialysis with one day surgery. It is a process to improve the quality of services that benefit patients to receive safe and quality services.

Keywords: Arteriovenous Fistula, Chronic Kidney Disease, One Day Surgery

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขระดับโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ 1 ใน 10 ของโลก ในประเทศไทยจากการศึกษาโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีความชุกของโรคไตวายเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 17.5 หรือประมาณ 8 ล้านคน⁽¹⁾ ทั้งนี้หากผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต ในประเทศไทย การบำบัดทดแทนไต โดยใช้วิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) เป็นวิธีการที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติในระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง 2563 พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีนี้จำนวน 12,355, 16,997 และ 15,462 รายตามลำดับ⁽²⁾ สอดคล้องกับแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ ศูนย์ฟอกไตโรงพยาบาลแพร่ ปี 2563-2565 ที่เพิ่มสูงมากขึ้นในแต่ละปี จำนวน 680, 807 และ 897 รายตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งผู้ป่วยที่จะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำเป็นต้องมีการผ่าตัดเพื่อทำเส้นที่ใช้ในการฟอกเลือด (vascular access) หรือเรียกการผ่าตัดชนิดนี้ว่าการผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือดดำเข้ากับหลอดเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดของผู้ป่วยเอง (arteriovenous fistula)

การผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือดดำเข้ากับหลอดเลือดแดงเพื่อฟอกเลือดล้างไต (arteriovenous fistula: AVF) เป็นการผ่าตัดเปิดแผลขนาดเล็กที่แขนเพื่อหาหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำและทำทางเชื่อมติดต่อกันระหว่างหลอดเลือดทั้งสอง ส่งผลให้เลือดจำนวนมากจากหลอดเลือดแดงไหลไปยังหลอดเลือดดำ ทำให้หลอดเลือดดำโป่งพองเหมาะสมสำหรับการฟอกเลือด⁽⁴⁾ ผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดที่เหมาะสมกับการทำ AVF ควรจะเริ่มทำ AVF ตั้งแต่ 6 เดือนก่อนจะถึงเวลาฟอกเลือด เพื่อรอให้เส้นเลือดพร้อมใช้งานได้จริง ซึ่งการผ่าตัดนี้มีข้อดีคือสามารถใช้งานได้ยาวนานกว่าเส้นฟอกเลือดแบบอื่น ๆ แต่ข้อจำกัดคือ ต้องใช้เวลาในการรอให้เส้นพร้อมใช้งาน และหากไม่มีการเลือกหรือเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ดี จะมีโอกาสที่เส้นจะใช้งานไม่ได้หรือใช้ได้ไม่นาน เนื่องจากเส้นที่ทำไว้ไม่ขยายขนาดใหญ่ขึ้นและไม่แข็งแรงเพียงพอ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดได้ เช่น ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด เลือดคั่งบริเวณผ่าตัด เส้นเลือดที่ต่อไว้หลุดจากการมีก้อนเลือด หรือแผลผ่าตัดติดเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยที่จะผ่าตัดควรได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ดี เพราะนอกจากจะช่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเหล่านั้นแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและลดความวิตกกังวลได้⁽⁵⁾

ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดทุกระบบยกเว้นการผ่าตัดระบบหัวใจตลอด 24 ชั่วโมง เฉลี่ยจำนวนการผ่าตัดผู้ป่วย 40 ราย/วัน ทั้งในผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก รวมถึงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery) การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือด เป็นหนึ่งในการบริการผ่าตัดที่นิยมผ่าตัดในผู้ป่วยนอก จากการทบทวนสถิติผ่าตัด ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ ปี 2563-2565 พบว่าแนวโน้ม

จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อฟอกเลือดมีเพิ่มมากขึ้น (63, 69 และ 79 ราย ตามลำดับ) ซึ่งทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรอคิว เพื่อผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อฟอกเลือดเพิ่มมากขึ้นถึงประมาณ 100 ราย⁽³⁾

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยใน ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ ซึ่งได้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือด พบว่ายังมีอุบัติการณ์ผื่นงูหรือเลื่อนการผ่าตัด เนื่องจากความไม่พร้อมของเส้นเลือดที่จะทำผ่าตัด พบอุบัติการณ์การผ่าตัดซ้ำเนื่องจากเส้นเลือดอุดตัน หลังการผ่าตัด เลือดออกหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดบวม และเส้นเลือดที่เชื่อมต่อแล้วหลังผ่าตัดไม่มีการสั่น (thrill) และจากการสุ่มสอบถามความต้องการและ ปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือด ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ตั้งแต่ เดือนมกราคม-มีนาคม 2566 จำนวน 20 ราย พบว่าในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบข้อมูลขั้นตอนการรับ บริการตั้งแต่ต้นจนจบ ไม่ทราบข้อมูลการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ป่วยถูกเลื่อนหรืองดการผ่าตัดเนื่องจากความ ไม่พร้อมของหลอดเลือด ระยะเวลารอผ่าตัดนาน กลัว วิตกกังวล ไม่คุ้นเคยกับสถานที่สิ่งแวดล้อม และบุคลากรห้องผ่าตัด ไม่สุขสบายเนื่องจากขยับ ตัวเคลื่อนไหวไม่ได้ขณะผ่าตัด ไม่กล้าบอกความรู้สึก เจ็บปวดขณะผ่าตัด อึดอัดเนื่องจากมีผ้าคลุม บริเวณใบหน้า การได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทำให้รู้สึกตัวดี มีการรับรู้สัมผัสและได้ยินสิ่งต่าง ๆ รอบตัวขณะผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด กลัว ภาวะแทรกซ้อน ต้องการข้อมูลการปฏิบัติตัวหลัง ผ่าตัด และต้องการได้รับการติดตามผลการผ่าตัด

หรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ภายหลังการผ่าตัด ด้วย ซึ่งการให้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดที่ดี และครอบคลุม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถ ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการผ่าตัดทั้งในระยะ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้อย่างมี นัยสำคัญ⁽⁶⁾

ที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2561 โรงพยาบาลแพร่ ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียว กลับ ในกลุ่มผู้ป่วย 12 โรค ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึง ผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อ ฟอกเลือดล้างไต แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นตั้งแต่ปี 2566 เป็นต้นมา คณะทำงานผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความเห็น ที่จะพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อ ฟอกเลือดล้างไตด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตาม กระบวนการสำคัญของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คือ 1) ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดมาจากที่บ้าน 2) การดูแลผู้ป่วยวันที่มารับการผ่าตัดและหลัง พักฟื้นที่โรงพยาบาล 3) การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายในวันเดียว และ 4) การกลับมาตรวจ ตามนัดตามแผนการรักษาของศัลยแพทย์⁽⁷⁾ อันจะ ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อฟอกเลือดล้างไต ได้รับการบริการที่ปลอดภัย และมีคุณภาพมาตรฐาน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด จึงมีความสนใจพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อ ฟอกเลือดล้างไตแบบ วันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร่ เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีแนวทางการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อ ฟอกเลือดล้างไตที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ใน แนวทางเดียวกันอันจะก่อประโยชน์ให้ผู้ป่วยได้รับ การบริการที่ปลอดภัยและมีคุณภาพมาตรฐาน

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 15 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับจำนวน 30 คน ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2566 ถึง 31 สิงหาคม 2566 โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) 3) ได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่ 4) ได้รับการผ่าตัดทำเส้นเป็นครั้งแรกในการรักษาครั้งนี้ 5) สามารถฟังอ่าน พูด และเข้าใจภาษาไทย 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) กรณีที่ต้องเปลี่ยนวิธีระงับความรู้สึกด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่ และ 2) กรณีผู้ป่วยเปลี่ยนจากผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นการผ่าตัดแบบนอนพักในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย

ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ดำเนินการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence; IOC) กับผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน โดยแนวทางการดูแลผู้ป่วยมีค่า IOC โดยรวมอยู่ที่ 0.96 สำหรับเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับพยาบาลผู้ร่วมใช้แนวทางปฏิบัติและผู้ป่วย มีค่า IOC โดยรวมอยู่ที่ 0.96-1.00 และทำการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยกับกลุ่มทดลอง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.82 และ 0.84 ตามลำดับ

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 24/2566 อนุมัติวันที่ 19 เมษายน 2566

ผลการศึกษา

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร่

แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร่ ที่ผู้วิจัยและทีมผู้ดูแลได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council; NHMRC)⁽⁸⁾ มีกระบวนการพัฒนา 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 กระบวนการวางแผนและเตรียมการ ได้ดำเนินการจัดตั้งทีมพัฒนา เพื่อร่วมศึกษาและ ทบทวนปัญหา ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มี การนำมาใช้ เพื่อพยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อ หลอดเลือดแดงและดำ เพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบ วันเดียวกลับ กำหนดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย ปรับสาระสำคัญในแนวทางการดูแลผู้ป่วย นำแนวปฏิบัติ ที่ปรับปรุงเนื้อหา เสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความถูกต้องของเนื้อหาให้เหมาะสม และนำมา ปรับแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำแนวทางปฏิบัติไป ใช้จริง รวมถึงจัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อม แก่พยาบาลผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติที่ กำหนดไว้

ระยะที่ 2 กระบวนการนำมาปฏิบัติ ผู้วิจัย และทีมพัฒนาร่วมวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วย เป็นรายบุคคลร่วมกับพยาบาลผู้ร่วมใช้แนวทาง ปฏิบัติ มีการติดตาม ตรวจสอบ การปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่องทุกวัน

ระยะที่ 3 กระบวนการวิเคราะห์ผลลัพธ์ การนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ ผู้วิจัยและทีมพัฒนา ติดตามและทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยของ พยาบาล ผู้ร่วมใช้แนวทางปฏิบัติ พร้อมกันสะท้อน ข้อมูลกลับเพื่อให้เกิดทักษะ และความชำนาญใน การพยาบาลผู้ป่วย ตามแนวทางปฏิบัติอย่างยั่งยืน และต่อเนื่อง และประเมินการปฏิบัติของพยาบาล ประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ประเมินความ พึงพอใจของผู้ป่วย และรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ การเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยก่อน ผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

ระยะที่ 4 กระบวนการปรับปรุงงาน ผู้วิจัย จัดประชุมกลุ่มย่อยภายในหน่วยงาน เพื่อร่วมกัน ระดมความคิดเห็น สรุปบทเรียนจากการนำแนว

ทางการดูแลผู้ป่วยมาใช้ นำเสนอผลการศึกษา เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์ ผลักดันและ ขับเคลื่อนให้เกิดการนำมาใช้ในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพ บริการทางการแพทย์ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ อันจะก่อประโยชน์ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ ปลอดภัย และมีคุณภาพมาตรฐาน

จากกระบวนการพัฒนา สามารถสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ ผู้วิจัยและ ทีมพัฒนาได้ประยุกต์ใช้แนวทางการเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของ Bernier และคณะ⁽³⁾ ซึ่งได้เสนอแนวทางการให้ข้อมูล แก่ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทั้งในระยะก่อน ผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมถึง แนวทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อ หลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกของกำพล เลหาเพ็ญแสง⁽⁴⁾ ได้เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอก เลือดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด จากหลักฐาน เชิงประจักษ์ข้างต้น ผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้นำมา ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาล แพร่ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การนัดผู้ป่วยผ่าตัดแบบวัน เดียวกลับ ประกอบด้วย การแนะนำตนเองกับ ผู้ป่วยและญาติ สอบถามความถูกต้อง ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยให้ตรงกับใบคำสั่งแพทย์ใน OPD Card ทบทวนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และ ประโยชน์ของการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดง

และคำเพื่อพอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ ตรวจสอบการให้การยินยอมในการรับการรักษา ตามโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการลงนามให้คำยินยอมการเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ตรวจสอบยาที่ให้ผู้ป่วยรับประทานก่อนการผ่าตัด ยาที่ต้องงดก่อนการผ่าตัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค แจ้งวันและเวลาที่จะมารับการผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด โดยการอธิบายและแจกคู่มือ/แผ่นพับ/QR code/link VDO ส่งผู้ป่วยพบกับวิสัญญีแพทย์/พยาบาล เพื่อประเมินความพร้อมสำหรับการรับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด ตรวจสอบการลงข้อมูลของ ศัลยแพทย์และพยาบาลห้องตรวจศัลยกรรมในแบบฟอร์มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ลงข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในส่วนของพยาบาลห้องผ่าตัดให้ครบถ้วน

กิจกรรมที่ 2 การดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย การโทรเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย การผ่าตัด บริเวณ/แขนข้างที่จะทำผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและคำเพื่อพอกเลือดล้างไต ให้ตรงกับตารางการนัดผ่าตัด ก่อนโทรเยี่ยมผู้ป่วย แนะนำตนเองกับผู้ป่วยหรือญาติ ทบทวน วันที่ เวลาและสถานที่ที่ต้องมารับการผ่าตัดกับผู้ป่วยหรือญาติ ทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ตามแบบฟอร์มเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ หากมีข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลห้องผ่าตัดหรือศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด

กิจกรรมที่ 3 การดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัดในวันที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัด ประกอบด้วย เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดชั้น 4 ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้ผู้ป่วยไปห้องรอผ่าตัดชั้น 5

ผู้ป่วยหรือญาติยื่นบัตรนัดกับพยาบาลห้องรอผ่าตัด พยาบาลห้องรอผ่าตัดตรวจสอบความถูกต้อง ตัวผู้ป่วย ติดป้ายชื่อมือ ตรวจสอบความถูกต้อง การผ่าตัด ข้าง/ตำแหน่งผ่าตัด แพทย์ผู้ทำผ่าตัด ให้ตรงกับเอกสารการนัดผ่าตัดและตารางการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาตินั่งรอผ่าตัด ระหว่างรอผ่าตัด เจ้าหน้าที่ห้องรอผ่าตัด แนะนำสถานที่ และการปฏิบัติตัวขณะรอผ่าตัด ในระยะผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดบอกขั้นตอนการผ่าตัดเป็นระยะเพื่อความร่วมมือของผู้ป่วย หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ออกใบนัดติดตามหลังผ่าตัด ลงราคาค่าใช้จ่ายและส่งต่อผู้ป่วย/ญาติ ไปห้องเบอร์ 17 และเบอร์ 18 ชั้น 1 อาคารผู้ป่วยนอกตามลำดับก่อนกลับบ้าน

กิจกรรมที่ 4 การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การโทรเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อสอบถามอาการทั่วไป ทบทวนอาการผิดปกติที่ต้องมาพบศัลยแพทย์ ก่อนวันนัดตรวจหลังผ่าตัด ได้แก่ การบวมแดง และมีเลือดออกที่บริเวณของแผลผ่าตัด และการมีไข้สูงตลอดเวลาหลังการผ่าตัด สอบถามการดูแลแผลผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ทบทวนวัน เวลา และสถานที่ ที่ผู้ป่วยต้องมาตรวจหลังผ่าตัดตามนัด

2. ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและคำเพื่อพอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร่

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมใช้แนวทางปฏิบัติทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100.0) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 46.7) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 3.3) และมีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 60.0) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=15)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	15	100.0
อายุ		
ไม่เกิน 30 ปี	4	26.6
31-40 ปี	3	20.0
41-50 ปี	7	46.7
51-60 ปี	1	6.7
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	14	93.3
ปริญญาโท	1	6.7
ระยะเวลาในปฏิบัติงานในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่		
1-5 ปี	2	13.3
6-10 ปี	4	26.7
มากกว่า 10 ปี	9	60.0

2.2 การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับของพยาบาลวิชาชีพ

การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 4 กิจกรรมในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 86.7 สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนถูกต้อง เมื่อพิจารณาแต่ละกิจกรรมพบดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การนัดผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พบว่า โดยรวมพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 86.7 ขึ้นไป สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนถูกต้อง เช่น ตรวจสอบความถูกต้อง ชื่อ-สกุลผู้ป่วยให้ตรงกับใบคำสั่งแพทย์ใน OPD Card ตรวจสอบการให้การยินยอมในการรับการรักษาตามโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการลงนามให้คำยินยอมการเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบ

วันเดียวกลับ แจ้งวันและเวลาที่จะมารับการผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 การดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด พบว่า โดยรวมพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 86.7 ขึ้นไปสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนถูกต้อง เช่น การโทรเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย การผ่าตัด บริเวณ/แขนข้างที่จะทำผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไต ให้ตรงกับตารางการนัดผ่าตัด ก่อนโทรเยี่ยมผู้ป่วย เป็นต้น

กิจกรรมที่ 3 การดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัดในวันที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัด พบว่า โดยรวมพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 86.7 ขึ้นไปสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนถูกต้อง เช่น เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดชั้น 4 ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ตรวจวัดสัญญาณชีพ ผู้ป่วยไปห้องรอผ่าตัดชั้น 5 ผู้ป่วยหรือญาติยื่นบัตรนัดกับพยาบาลห้องรอผ่าตัด

ตรวจสอบความถูกต้องตัวผู้ป่วย ติดป้ายข้อมือ
ตรวจสอบความถูกต้องการการผ่าตัด ข้าง/
ตำแหน่งผ่าตัด เป็นต้น

**กิจกรรมที่ 4 การดูแลผู้ป่วยระยะหลัง
ผ่าตัด** พบว่า โดยรวมพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่
มากกว่าร้อยละ 86.7 ขึ้นไปสามารถปฏิบัติได้

ครบถ้วนถูกต้อง เช่น สอบถามการดูแลแผลผ่าตัด
และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด นอกจากนี้ส่วนใหญ่
โทรเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ภายใน 24 ชั่วโมง
ทบทวนวัน เวลา และสถานที่ ที่ผู้ป่วยต้องมาตรวจ
หลังผ่าตัดตามนัด เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ของพยาบาลวิชาชีพ

การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติ
	ครบถ้วน (n=15)	ไม่ครบถ้วน (n=15)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
กิจกรรมที่ 1 การนัดผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ		
- แนะนำตนเองกับผู้ป่วยและญาติ	13(86.7)	2(13.3)
- สอบถามความถูกต้อง ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยให้ตรงกับใบคำสั่งแพทย์ใน OPD Card	15(100.0)	0(0.0)
- ทบทวนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการผ่าตัดเชื่อมต่อ หลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ	14(93.3)	1(6.7)
- ตรวจสอบการให้การยินยอมในการรับการรักษาตามโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการลงนามให้คำยินยอมการเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ	15(100.0)	0(0.0)
- ตรวจสอบยาที่ให้ผู้ป่วยรับประทานก่อนการผ่าตัด ยาที่ต้องงดก่อนการผ่าตัด	14(93.3)	1(6.7)
- ตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค	14(93.3)	1(6.7)
- แจ้งวันและเวลาที่จะมารับการผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติ	15(100.0)	0(0.0)
- ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด โดยการอธิบายและแจกคู่มือ/แผ่น พับ/QR code/ link VDO	15(100.0)	0(0.0)
- ส่งผู้ป่วยพบกับวิสัญญีแพทย์/พยาบาล เพื่อประเมินความพร้อมสำหรับการรับยา ระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด	15(100.0)	0(0.0)
- ตรวจสอบการลงข้อมูลของศัลยแพทย์และพยาบาลห้องตรวจศัลยกรรมใน แบบฟอร์มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ	15(100.0)	0(0.0)
- ลงข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative checklist) ในส่วนของ พยาบาลห้องผ่าตัดให้ครบถ้วนและชัดเจน	14(93.3)	1(6.7)

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ของพยาบาลวิชาชีพ (ต่อ)

การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติ
	ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน
	(n=15) จำนวน(ร้อยละ)	(n=15) จำนวน(ร้อยละ)
กิจกรรมที่ 2 การดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด		
- การโทรเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน	15(100.0)	0(0.0)
- ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย การผ่าตัด บริเวณ/แขนข้างที่จะทำผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อพอกเลือดล่างไต ให้ตรงกับตารางการนัดผ่าตัด ก่อนโทรเยี่ยมผู้ป่วย	14(93.3)	1(6.7)
- แนะนำตนเองกับผู้ป่วยหรือญาติ	14(93.3)	1(6.7)
- แนะนำตนเองกับผู้ป่วยหรือญาติ	14(93.3)	1(6.7)
- ทบทวน วันที่ เวลาและสถานที่ที่ต้องมารับการผ่าตัดกับผู้ป่วยหรือญาติ	14(93.3)	1(6.7)
- ทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ตามแบบฟอร์มเยี่ยมผู้ป่วย	14(93.3)	1(6.7)
- ลงข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยใน Google form เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	14(93.3)	1(6.7)
- หากมีข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลห้องผ่าตัดหรือ ศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด	13(86.7)	2(13.3)
กิจกรรมที่ 3 การดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัดในวันที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัด		
- เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดชั้น 4 ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ตรวจสอบวัดสัญญาณชีพ	15(100.0)	0(0.0)
- ให้ผู้ป่วยไปห้องรอผ่าตัดชั้น 5 ผู้ป่วยหรือญาติยื่นบัตรนัดกับพยาบาลห้องรอผ่าตัด	15(100.0)	0(0.0)
- ตรวจสอบความถูกต้องตัวผู้ป่วย ติดป้ายข้อมือ ตรวจสอบความถูกต้องการการผ่าตัดข้าง/ตำแหน่งผ่าตัด แพทย์ผู้ทำผ่าตัด ให้ตรงกับเอกสารการนัดผ่าตัดและตารางการผ่าตัด	15(100.0)	0(0.0)
- ระหว่างที่ผู้ป่วยและญาติ รอผ่าตัดได้แนะนำสถานที่ และการปฏิบัติตัวขณะรอผ่าตัด	13(86.7)	2(13.3)
- ในระยะผ่าตัด ได้บอกขั้นตอนการผ่าตัดเป็นระยะ เพื่อความร่วมมือของผู้ป่วย	14(93.3)	1(6.7)
- หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ออกใบนัดติดตามหลังผ่าตัด ลงราคาค่าใช้จ่ายและส่งต่อผู้ป่วย/ญาติ	15(100.0)	
กิจกรรมที่ 4 การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด		
- โทรเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ภายใน 24 ชั่วโมง	14(93.3)	1(6.7)
- สอบถามอาการทั่วไป ทบทวนอาการผิดปกติที่ต้องมาพบศัลยแพทย์ก่อนวันนัดตรวจหลังผ่าตัด ได้แก่ การบวมแดง และมีเลือดออกที่บริเวณของแผลผ่าตัด และการมีไข้สูงตลอดเวลาหลังการผ่าตัด	13(86.7)	2(13.3)
- สอบถามการดูแลแผลผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	15(100.0)	0(0.0)
- ทบทวนวัน เวลา และสถานที่ ที่ผู้ป่วยต้องมาตรวจหลังผ่าตัดตามนัด	14(93.3)	1(6.7)

2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ในภาพรวมพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมใช้แนวทางปฏิบัติ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.29 เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็น พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมใช้แนวทางปฏิบัติ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46) ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งลดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการผ่าตัด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46) รองลงมาคือ เนื้อหาของแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบ

วันเดียวกลับ มีความชัดเจน และเข้าใจง่าย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26) ทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพมาตรฐาน และปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26) และสามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21) นอกจากนี้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ สามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความตระหนักในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20) และช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมเสนอแนวทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วย

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วย	\bar{X}	SD	แปลผล
1. เนื้อหาของแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ มีความชัดเจน และเข้าใจง่าย	4.26	0.59	มากที่สุด
2. เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	4.46	0.63	มากที่สุด
3. สามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้	4.21	0.56	มาก
4. ทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพมาตรฐาน และปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน	4.26	0.45	มากที่สุด
5. สามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความตระหนักในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ	4.20	0.56	มาก
6. ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมเสนอแนวทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ	4.20	0.41	มาก
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด	4.26	0.59	มากที่สุด
8. ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการผ่าตัด	4.46	0.63	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.29	0.38	มากที่สุด

2.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.0) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี

(ร้อยละ 40.0) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.0) ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 50.0) ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน (ร้อยละ 63.3) ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึกจำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 63.3) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	70.0
หญิง	9	30.0
อายุ		
41 - 50 ปี	10	33.3
51 - 60 ปี	12	40.0
61 ปีขึ้นไป	8	26.7
สถานภาพ		
สมรส	21	70.0
หม้าย	8	26.7
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	3.3
สิทธิการรักษาพยาบาล		
เบิกได้	8	26.7
บัตรประกันสุขภาพ	15	50.0
ประกันสังคม	7	23.3
ประสบการณ์การผ่าตัดครั้งก่อน		
ไม่เคย	19	63.3
เคย	11	36.7
ประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึก		
ไม่เคย	19	63.3
เคย ได้แก่		
- การระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่	9	30.0
- การระงับความรู้สึกแบบฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง	2	6.7
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	11	36.7
มีโรคประจำตัว	19	63.3

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ พบว่า ในภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดต่อ เจ้าหน้าที่ที่ทักทายและให้การต้อนรับด้วยการยิ้ม แนะนำตนเองพูดคุยด้วยวาจาสุภาพ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46) การโทรศัพท์ติดตามภายใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46) พยาบาลวิชาชีพในงานห้องผ่าตัดสามารถให้ความช่วยเหลือ ตอบข้อคำถามเกี่ยวกับผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46) รองลงมา คือ การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดจาก

พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกในวันนัดผ่าตัด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53) การโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับการเตรียมตัว 1 วันก่อนผ่าตัดจากพยาบาลวิชาชีพ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53) ข้อมูลในคู่มือ/แผ่นพับ อ่านเข้าใจได้ง่าย ไม่สับสน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50) การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด จากพยาบาลห้องผ่าตัด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43) และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการมาตรวจตามนัดจากพยาบาลห้องผ่าตัด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21) ตามลำดับ นอกจากนี้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการการบริการผ่าตัดจากพยาบาลห้องรอผ่าตัด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20) และสื่อวิดีโอทัศน์สามารถเข้าถึงได้ และทำความเข้าใจได้ง่าย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ	\bar{X}	SD	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่ที่ทักทายและให้การต้อนรับด้วยการยิ้ม แนะนำตนเองพูดคุยด้วยวาจาสุภาพ	4.46	0.50	มากที่สุด
2. การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกในวันนัดผ่าตัด	4.53	0.52	มากที่สุด
3. ข้อมูลในคู่มือ/แผ่นพับ อ่านเข้าใจได้ง่าย ไม่สับสน	4.50	0.51	มากที่สุด
4. สื่อวิดีโอทัศน์สามารถเข้าถึงได้ และทำความเข้าใจได้ง่าย	4.10	0.71	มาก
5. การโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับการเตรียมตัว 1 วันก่อนผ่าตัดจากพยาบาลวิชาชีพ	4.53	0.52	มากที่สุด
6. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการการบริการผ่าตัดจากพยาบาลห้องรอผ่าตัด	4.20	0.40	มาก
7. การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด จากพยาบาลห้องผ่าตัด	4.43	0.50	มากที่สุด
8. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการมาตรวจตามนัด	4.21	0.42	มากที่สุด
9. การโทรศัพท์ติดตามภายใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ	4.46	0.50	มากที่สุด
10. พยาบาลวิชาชีพในงานห้องผ่าตัดสามารถให้ความช่วยเหลือ ตอบข้อคำถามเกี่ยวกับผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ	4.46	0.50	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.39	0.29	มากที่สุด

2.5 อุบัติการณ์งตหรือเลื่อนผ่าตัด จากความไม่พร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกราย ไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยก่อน

ผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 100.0 ขณะเดียวกันพบเพียงอาการปวดตึงบริเวณแผลผ่าตัด จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.7 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง

อุบัติการณ์	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
การงตหรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	0	0.0
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ ภาวะเลือดออก	0	0.0
อาการอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ มีไข้ ปวด บวมบริเวณแผลผ่าตัด	2	6.7

วิจารณ์

แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลแพร์ ที่ผู้วิจัยและทีมผู้ดูแลได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของ Bernier และคณะ⁽⁹⁾ และแนวทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกของ กำพลเลาหเพ็ญแสง⁽⁴⁾ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกับผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.96 โดยมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การนัดผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ กิจกรรมที่ 2 การดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด กิจกรรมที่ 3 การดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัดในวันที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัด และกิจกรรมที่ 4 การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดจากการนำมาใช้ในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร์ ค้นพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มากกว่า 86.7

สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 4 กิจกรรม ได้ถูกต้องครบถ้วน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดต่อการนำมาใช้ในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร์ รวมถึงแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชญาณิช ธัมธนพัฒน์⁽¹⁰⁾ ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ร่วมใช้ระบบการผ่าตัดและแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับประเมินระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสิรินธร มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ทีมผู้ให้บริการมีศักยภาพในการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ด้านผลการประเมินจากผู้ป่วย ค้นพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติอยู่ใน

ระดับมากที่สุด โดยประเมินกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ทักทายและให้การต้อนรับด้วยการยิ้ม แนะนำตนเองพูดคุยด้วยวาจาสุภาพ การโทรศัพท์ติดตามภายใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพในงานห้องผ่าตัดสามารถให้ความช่วยเหลือ ตอบข้อคำถามเกี่ยวกับผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับ การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกในวันนัดผ่าตัดในระดับมากที่สุด เป็นต้น ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติที่ได้รับอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากกระบวนการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมของแนวทางปฏิบัตินั้น เนื่องจากแนวทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ มุ่งเน้นการเสริมสร้างบทบาทของพยาบาล ให้เป็นผู้ประสานและให้ข้อมูล โดยอธิบายวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก วิธีการผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ตลอดจนตอบข้อซักถามของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้การดูแลแบบองค์รวม สร้างความมั่นใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชญาณิชธัมธณพัฒน์⁽¹⁰⁾ ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อการระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวไปกลับ และการศึกษาของอวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์ และศิริกุล การุณเจริญพานิชย์⁽¹¹⁾ ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่า ผู้ป่วย

ที่มารับการบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับส่วนใหญ่มีพึงพอใจต่อการบริการและการผ่าตัดในระดับดี ไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด และไม่จำเป็นต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวด บวม หรือเลือดออก ส่วนการฟื้นฟูสภาพพบว่า หลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงสามารถใช้ชีวิตได้ปกติ

สรุป

แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับที่พัฒนานี้ สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ รวมถึงสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ดังนั้นจึงควรมีการติดตามผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อฟอกเลือดล้างไตแบบวันเดียวกลับอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับให้ข้อมูลย้อนกลับแก่พยาบาลผู้ร่วมใช้แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/>
2. McCann M, Einarsdottir H, Waeleghem J, Murphy F, Sedgewick J. Continuing Education Article Vascular Access Management I; An Overview. Journal of Renal Care 2008;34(2):77-84.

3. โรงพยาบาลแพร่. ฐานข้อมูลงานเวชระเบียน โรงพยาบาลแพร่ 2563-2565. แพร่: โรงพยาบาลแพร่; 2565.
4. กำพล เลหาหเพ็ญแสง. ศัลยศาสตร์หลอดเลือด. เชียงใหม่: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2548.
5. Gilmartin J, Wright K. The nurse's role in day surgery: a literature review. *International Nursing Review* 2007;54(2): 183-90.
6. รัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง. ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบไปกลับ ต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือด [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
7. กรมการแพทย์. สำนักวิชาการแพทย์ ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ Safety in One Day (ODS). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสัย; 2560.
8. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. A Guide to the Development Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines [Internet]. 2002 [cited 2022 December]. Available from: <http://www.health.gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp.30.pdf>
9. Bernier MJ, Sanares DC, Owen SV, Newhouse PL. Preoperative teaching received and valued in day surgery setting. *Association of Operative Room Nurse Journal* 2013;77(3):563-82.
10. ชญานิศ ธีมนพัฒน์. การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2562;6(1):57-63.
11. อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์, ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจร ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;39(1):109-25.

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่

สุภรัตน์ หมั่นไธสง พย.ม*, เฉลิมขวัญ สุฤทธิ พย.บ, ขวัญดาว ดวงแก้ว พย.บ.*

รับบทความ: 21 ตุลาคม 2566

ปรับแก้บทความ: 22 ธันวาคม 2566

ตอบรับบทความ: 6 มกราคม 2567

บทคัดย่อ

บทนำ: การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ทำให้เกิดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อภายในร่างกาย ผู้ป่วยมีปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสมตั้งแต่ ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด จะช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยชายอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบนัดหมายของระบบทางเดินอาหาร ระบบตับและทางเดินน้ำดี และได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เดือนสิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลทั่วไป ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัยและส่วนเบี่ยงเบน ข้อมูลคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.001) คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 1 (\bar{X} =184.71, SD=5.08) และวันที่ 3 (\bar{X} =192.28, SD=2.53) ของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุม ในวันที่ 1 (\bar{X} =171.99, SD=16.48) และวันที่ 3 (\bar{X} =183.06, SD=10.24)

สรุป: โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง สามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องได้

คำสำคัญ: การฟื้นตัวหลังผ่าตัด, การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด, ERAS

*หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่

The effect of pre-operation preparing program on recovery in post abdominal surgery patients in surgery male ward, Phrae hospital

Suparat Meunhong M.N.S.* Chalomekhoun Surit B.N.S.*

Khwandao Doungkaew B.N.S.*

Received October: 21, 2023

Revised: December 22, 2023

Accepted: January 6, 2024

Abstract

Background: Open abdominal surgery is the major surgery that causes tissue injury within the body. Patients have problems recovering after surgery. Appropriate preparing patients can help them to behave correctly and appropriately starting from before surgery to after surgery, and promote recovery after surgery. The patients will have no postoperative complications and reduce the length of hospital stay.

Objective: To compare the quality of recovery after surgery among patient groups receiving a preparation program to promote recovery after abdominal surgery and the group receiving normal nursing care

Study design: The sample of this quasi-experimental research consisted of male patients aged 18 years and older who had scheduled abdominal surgery of the gastrointestinal tract, liver and biliary system, and received whole body anesthesia admitted to the male surgery ward at Phrae Hospital between February 2023 and August 2023. Descriptive statistics, such as frequency distribution, percentage, and Mann-Whitney U test, were used to analyze the data.

Results: The results indicated that the post operative quality of recovery scores of the experimental group at the 1st day (\bar{X} =184.71, SD=5.08) and day 3rd (\bar{X} =192.28, SD=2.53) were significantly higher than the scores of the control group at the 1st day (\bar{X} = 171.99, SD=16.48) and 3rd day (\bar{X} =183.06, SD=10.24) after the operation (p-value=0.001).

Conclusions: Preparation program promoting the recovery of patients after abdominal surgery could promote postoperative recovery in abdominal surgery patients.

Keywords: Post abdominal surgery recovery, Enhancing postoperative recovery, ERAS

*Surgery Male Ward, Phrae Hospital

บทนำ

ปัจจุบันโรคและอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เช่น การอุดตัน มีก้อนหรือเนื้องอก ความผิดปกติอื่น ๆ ภายในช่องท้อง การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปิดช่องท้อง เป็นวิธีการที่ศัลยแพทย์ใช้เพื่อการวินิจฉัยโรค แก้วไข และซ่อมแซม เพื่อรักษาอาการต่าง ๆ ของโรคและพยาธิสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้องรวมถึงลดระดับความรุนแรงของโรค⁽¹⁾ การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องเป็นการรักษาที่พบบ่อยสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหารการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง โดยทั่วไปมี 2 ลักษณะ ได้แก่ การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง (laparotomy) และการผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopy)⁽²⁾ แม้ว่าการผ่าตัดผ่านกล้องจะเป็นวิธีการผ่าตัดที่แผลผ่าตัดเล็ก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง⁽³⁾ แต่การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องยังเป็นการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในช่องท้องมากหรือรุนแรง การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสเกิดอันตรายจากการผ่าตัดและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เนื่องจากมีการรบกวนอวัยวะต่าง ๆ ในระบบทางเดินอาหารร่วมกับต้องใช้เวลาในการผ่าตัดและผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย⁽⁴⁾ ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในช่องท้องมากหรือรุนแรง มีการอุดตันของระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยดังกล่าว เป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนในการรักษาด้วยการผ่าตัดอวัยวะสำคัญอาจถูกตัดทิ้ง เช่น การผ่าตัด ถุงน้ำดี (cholecystectomy) การตัดกระเพาะอาหาร (gastrectomy) ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน

ของระบบต่าง ๆ ในด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด

การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดมักมีการตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยมักเกิดความเครียดและวิตกกังวล เพราะการผ่าตัดเป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด และอาจเกิดอันตรายต่อชีวิต จึงทำให้ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัดที่จะได้รับ⁽⁵⁾ ความกลัวที่พบบ่อย ได้แก่ กลัวความปวด กลัวการเสียชีวิต กลัวการได้รับยาสลบ ความกลัวที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่นั้นเกิดจากความไม่รู้⁽⁶⁾ อีกทั้งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอยู่แล้ว⁽⁷⁾ ทำให้ความกลัวและวิตกกังวลนี้ กลายเป็นปัจจัยขัดขวางในกระบวนการรับรู้ และการตัดสินใจ ทำให้การทําหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ลดลง ความทนต่อความปวดลดลงจะทำให้มีการใช้ยาระงับปวดจำนวนมากขึ้น ซึ่งความกลัวและวิตกกังวลนั้นมีผลต่อผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น ภาวะติดเชื้อ ในระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนัง และกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยอาจมีอาการทรุดหนัก ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในประเทศไทยปี พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วย 143,153, 150,572 และ 141,600 รายตามลำดับ⁽⁸⁾ ในโรงพยาบาลแพร์ สถิติการผ่าตัดช่องท้อง ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วย 71, 632 และ 789 รายตามลำดับ⁽⁹⁾ จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า สถิติการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้อง

มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นและแนวโน้มในอนาคตจะมีจำนวนผู้เข้ารับบริการเพิ่มขึ้น

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (postoperative recovery) หมายถึง การกลับสู่สภาพปกติของร่างกายภายหลังผ่าตัด โดยผ่านกระบวนการซ่อมแซมหรือการปรับการทำงานที่ด้านกายภาพและสรีรภาพ⁽¹⁰⁾ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องในหลายมิติ ซึ่งครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ⁽¹¹⁾ วัตถุประสงค์หลักในการดูแลผู้ป่วยหลังจากการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องหากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีในเวลาที่ยรวดเร็วและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงจะมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี ได้กลับบ้านเร็วขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง แต่หากผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจจะก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า ทำให้ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและมีค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลมากขึ้น⁽¹²⁾

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (enhanced recovery after surgery: ERAS) คือ แนวคิดและกระบวนการรักษาทางการแพทย์ เพื่อทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วที่สุด โดยกระบวนการ ERAS ที่สมบูรณ์แบบจำเป็นต้องเริ่มดำเนินการตั้งแต่ในช่วงก่อนการผ่าตัด เพื่อเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ที่สุดก่อนเข้ารับการผ่าตัด หลังจากนั้นจึงเริ่มเข้าสู่กระบวนการในห้องผ่าตัดที่ประกอบไปด้วย ทีมแพทย์ผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์ช่วยกันทำงานเพื่อให้การผ่าตัดเกิดความบาดเจ็บและเสียเลือดในการผ่าตัดน้อยที่สุด ในขั้นตอนสุดท้าย

จึงเป็นกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยในช่วงหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันดังเดิมได้อย่างรวดเร็ว

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง ในระยะหลังผ่าตัดเป็นกิจกรรมระยะหลังผ่าตัดที่สำคัญต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ การควบคุมความปวดและการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นองค์ประกอบในแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยหลังผ่าตัด⁽¹²⁾

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เหมาะสม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตามบทบาทของพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การจัดการความปวด และการส่งเสริมการทำงานของลำไส้ ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การให้ข้อมูลตั้งแต่ก่อนผ่าตัดสามารถลดความกลัวและวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ข้อมูลและนำไปปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง สามารถควบคุมความปวดและเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้เร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีขึ้น

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีข้อจำกัดในการดูแลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัด ไม่กล้าลุกนั่งและลุกเดินจากเตียง เนื่องจากกลัวปวดแผลผ่าตัด

กลัวแผลผ่าตัดแยก กังวลกับสายและท่อระบายต่าง ๆ ผู้ป่วยจึงนอนนิ่ง ๆ บนเตียง ไม่ยอมปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันเอง ซึ่งอาจเกิดจาก ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดไม่ครอบคลุม รวมถึงไม่มีแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัว หลังผ่าตัดที่ชัดเจน ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยล่าช้าและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะท้องอืด ภาวะปอดอักเสบ ภายหลังผ่าตัดได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น

ที่ผ่านมาการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดช่องท้อง มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด แต่ไม่มีแนวทางในการประเมินผู้ป่วยที่ชัดเจนและครอบคลุม ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพและปฏิบัติไปในทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (ERAS) โดยประยุกต์แนวทางการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS)⁽¹³⁾ และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพการบริการพยาบาลต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยชายอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบนัดหมายของระบบทางเดินอาหาร ระบบตับและทางเดินน้ำดี ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เดือนสิงหาคม 2566 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G Power โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ (α)=0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) เท่ากับ 0.30 ได้ขนาดกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน โดยศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนในช่วง เดือนกุมภาพันธ์-เดือนพฤษภาคม แล้วจึงศึกษา ในกลุ่มทดลอง ในช่วงเดือนมิถุนายน-เดือนสิงหาคม โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ ผู้ป่วยชายอายุ 18 ปี ขึ้นไปที่เข้ารับผ่าตัดช่องท้องแบบนัดหมายของระบบทางเดินอาหาร ระบบตับและทางเดินน้ำดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ได้รับ ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และสามารถเข้าร่วมการส่งเสริมการฟื้นตัวตลอด โปรแกรมที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติการคัดออก กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ, กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักและกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ shock หลังผ่าตัด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ หมายเลขรับรอง 06/2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1. โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นมาจากแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ERAS)⁽¹²⁾ และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ครอบคลุมข้อมูลการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนขณะ และหลังผ่าตัด รวมถึง การประเมินความปวดและการได้รับการจัดการความปวดตามความเหมาะสม และการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ โดยการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด

1.2 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบแผนการให้ความรู้ โดยเป็นเอกสารที่มีคำบรรยายพร้อมรูปภาพประกอบ ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงการประเมินความปวดหลังผ่าตัดและการจัดการความปวดตามความเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.2 แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (QoR-40) ซึ่งพัฒนาโดยไมล์มฮันท์และโมโลเน⁽¹³⁾ และแปลเป็นภาษาไทยโดย สิริมนต์ ดำริห์⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วยคำถาม โดยประเมินการฟื้นตัวหลัง

ผ่าตัดครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ ภาวะทางอารมณ์ (emotional state) 9 ข้อ ความสุขสบายทางกายภาพ (physical comfort) 12 ข้อ การประคับประคองจิตใจ (psychological support) 7 ข้อ ความเป็นอิสระทางกายภาพ (physical independence) 5 ข้อ และความปวด (pain) 7 ข้อ ตัวเลือกในการตอบคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ข้อคำถามแต่ละข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 ข้อคำถามทางบวก คะแนน 1 หมายถึง ไม่เกิดเลย 5 หมายถึง เกิดตลอดเวลา ข้อคำถามทางลบ คะแนน จะสลับตรงกันข้ามกับข้อคำถามทางบวก คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 40 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 200 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่ำ คะแนนสูง หมายถึง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

- โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องและคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 1

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย โดยนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและได้ดำเนินการตามรายละเอียด ดังนี้

ในกลุ่มควบคุม ให้การพยาบาลตามปกติ โดยการใช้แผ่นพับเป็นสื่อในการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดและการกระตุ้นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดซึ่งแตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล และผู้วิจัย ทำการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 2 ครั้ง โดย ครั้งที่ 1 ในช่วงเช้าวันที่ 1 หลังผ่าตัดและครั้งที่ 2 ช่วงเช้าวันที่ 3 หลังผ่าตัด

ในกลุ่มทดลอง ในวันก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และแนะนำพร้อมทั้งสาธิต การปฏิบัติตัวในการควบคุมความปวดโดยการหายใจ การไออย่างถูกวิธี การเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด การออกกำลังกายหลังผ่าตัด ตามแผนการดูแล พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องและในช่วงเช้า วันที่ 1 หลังผ่าตัด ทำการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และประเมินสภาพผู้ป่วย ก่อนทำกิจกรรมพร้อมทั้งการจัดการความปวด จากนั้นทำกิจกรรมการส่งเสริมการทำงานของลำไส้โดยเริ่มจากการพลิกตะแคง ลูกนั่งบนเตียงและลุกเดินรอบเตียงโดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายต้องได้รับการควบคุมความปวดให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ทำกิจกรรมควบคุมความปวดและการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด ในช่วงเช้าและช่วงบ่าย ในช่วงเช้าวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การแจกแจงของข้อมูลคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) พบข้อมูลมีการแจกแจง

แบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา

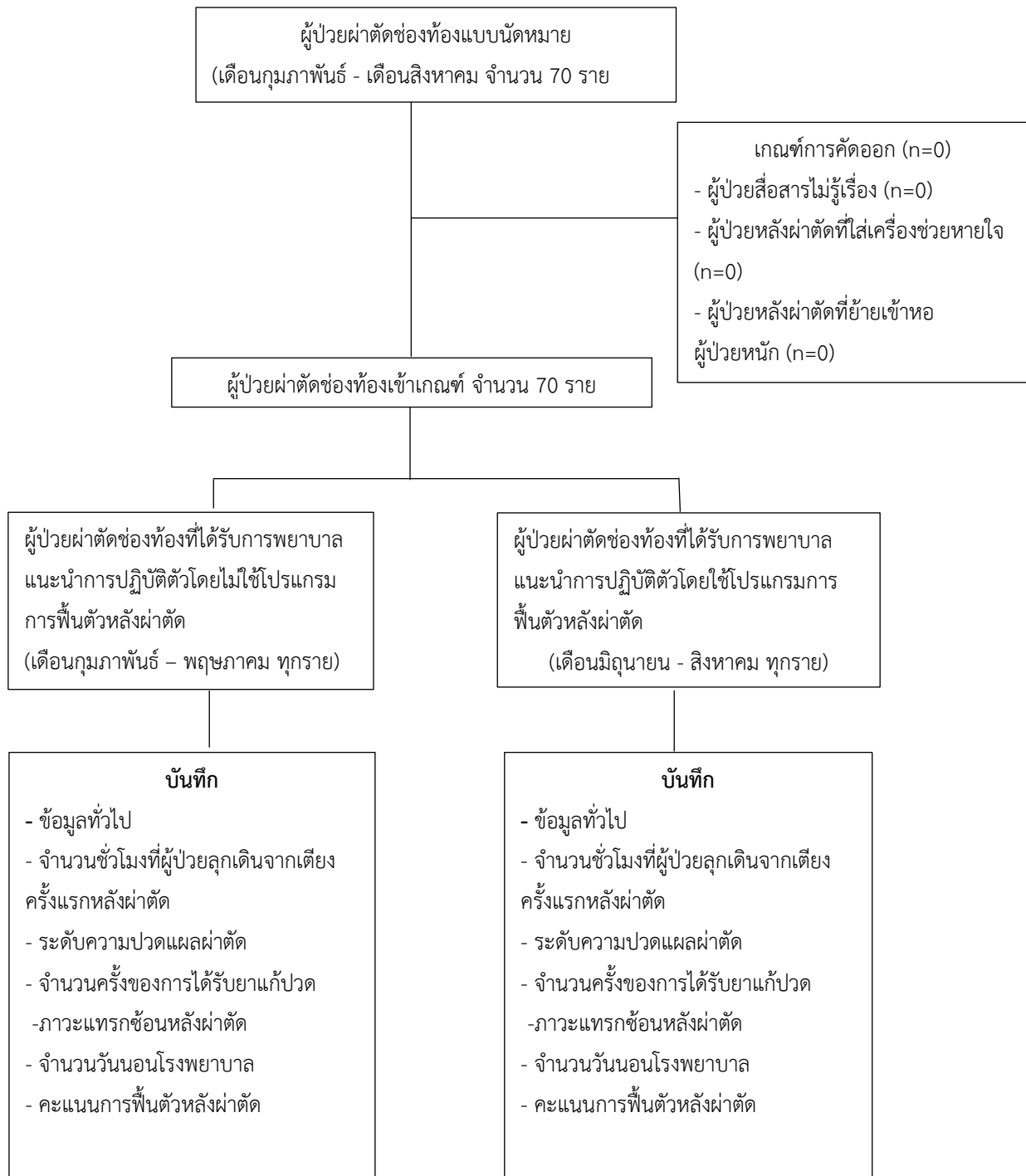
จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 35 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.30 และ 45.70 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.3 และ 57.1 ตามลำดับ การประกอบอาชีพในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมา อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 28.6 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 31.4 รองลงมา คืออาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 14.3

ด้านประวัติโรคประจำตัว พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ปฏิเสธโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 54.3 และ 77.1 ตามลำดับ และผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 22.9 และ 17.1 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมพบโรคประจำตัวอื่น ๆ คือ โรคไตวาย คิดเป็นร้อยละ 2.9 และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 2.9 ด้านชนิดการผ่าตัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ 62.9 ตามลำดับ รองลงมาคือ การผ่าตัดตับและทางเดินน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 34.3 และ 28.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

จากการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง ในด้านอายุ ระดับการศึกษา

ประวัติโรคประจำตัว ชนิดและตำแหน่งการผ่าตัด
ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Study Flow



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง n=35, กลุ่มควบคุม n=35)

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)^a					
15-39	2	5.7	0	0.0	0.470
40-49	2	5.7	4	11.4	
50-59	5	14.3	9	25.7	
60-69	19	54.3	16	45.7	
>70	7	20.0	6	17.1	
	$\bar{X} = 60.86, S.D. = 12.95$		$\bar{X} = 62.23, S.D. = 8.56$		
ระดับการศึกษา^a					
ประถม	26	74.3	20	57.1	0.101
มัธยม	8	22.9	11	31.4	
อนุปริญญา	1	2.9	2	5.7	
ปริญญาตรี	0	0.0	2	5.7	
อาชีพ^b					
รับจ้าง	15	42.9	5	14.3	0.016
เกษตรกร	10	28.6	11	31.4	
ค้าขาย	0	0.0	4	11.4	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.0	0	0.0	
ไม่ได้ทำงาน	10	28.6	15	42.9	
ประวัติโรคประจำตัว^b					
ปฏิเสธโรคประจำตัว	19	54.3	27	77.1	0.162
เบาหวาน	8	22.9	0	0.0	
ความดันโลหิตสูง	8	22.9	6	17.1	
ไตวาย	0	0.0	1	2.9	
หัวใจ	0	0.0	1	2.9	
ชนิดการผ่าตัด^b					
การผ่าตัดลำไส้ใหญ่	20	57.1	22	62.9	0.666
การผ่าตัดกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก	3	8.6	3	8.6	
การผ่าตัดตับและ ทางเดินน้ำดี	12	34.3	10	28.5	

หมายเหตุ a : สถิติ Mann-Whitney U test B : สถิติ Fisher's Exact Test

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่สามารถลุกจากเตียงได้ โดยใช้เวลาน้อยกว่า 24 ชั่วโมง มีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 91.4 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่สามารถลุกจากเตียงได้ โดยใช้เวลาน้อยกว่า 24 ชั่วโมง มีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ระดับความปวดหลังการผ่าตัดในวันที่ 1 พบว่า ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความปวดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 รองลงมา มีความปวดระดับปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 และผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา มีความปวดระดับน้อย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ระดับความปวดหลังการผ่าตัดในวันที่ 3 พบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความปวด

อยู่ในระดับน้อย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 รองลงมา มีความปวดระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความปวดระดับปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9 รองลงมา มีความปวดอยู่ในระดับน้อยจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1

จำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดชนิดฉีด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับยาฉีดจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.6 และ 60.0 ตามลำดับ

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 91.4 และ 65.7 ตามลำดับ และจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 4-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ 50.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง

ลักษณะ	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=35)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยลุกจากเตียง					
น้อยกว่า 24 ชั่วโมง	32	91.4	7	20.0	<0.001
ภายใน 24-48 ชั่วโมง	3	8.6	26	74.3	
มากกว่า 48 ชั่วโมง	0	0.0	2	5.7	
ระดับความปวด Day1					
ระดับน้อย (1-3 คะแนน)	23	65.7	14	40.0	<0.001
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	11	31.4	21	60.0	
ระดับมาก (7-10 คะแนน)	1	2.9	0	0.0	
ระดับความปวด Day 3					
ระดับน้อย (1-3 คะแนน)	30	85.7	6	17.1	<0.001
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	5	14.3	29	82.9	
ระดับมาก (7-10 คะแนน)	0	0.0	0	0.0	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=35)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งของการได้รับ					
ยาระงับปวดชนิดฉีด					
0 ครั้ง	8	22.8	2	5.7	0.003
1 ครั้ง	24	68.6	21	60.0	
2 ครั้ง	3	8.6	11	31.4	
3 ครั้ง	0	0.0	1	2.9	
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด					
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	32	91.4	23	65.7	0.008
1 อย่าง	3	8.6	10	28.6	
2 อย่าง	0	0.0	2	5.7	
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล					
≤3 วัน	0	0.0	0	0.0	<0.001
4-7 วัน	28	80.0	18	51.3	
≥7 วัน	7	20.0	17	48.7	

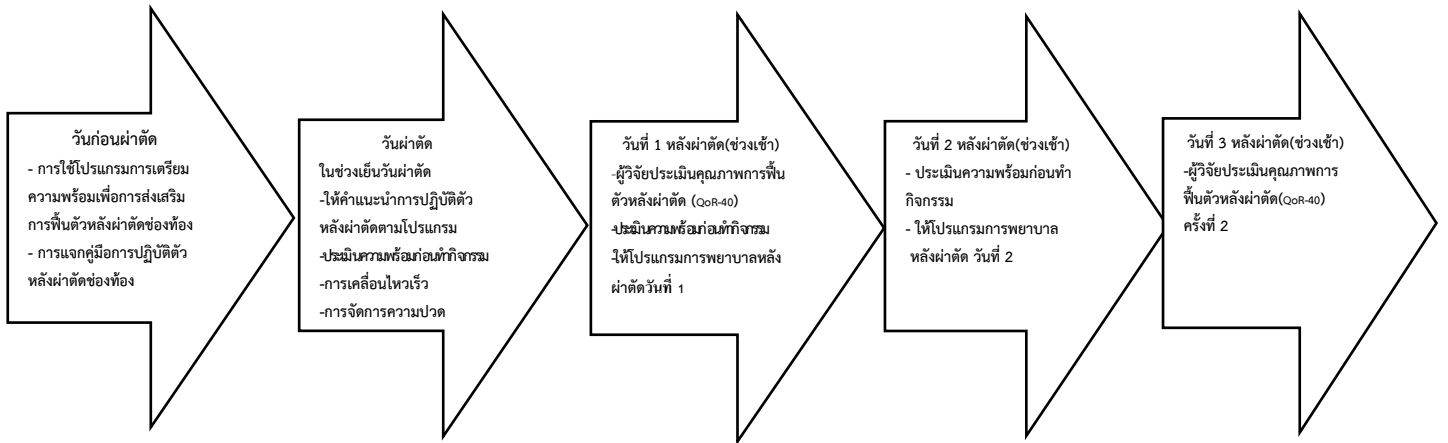
ในกลุ่มทดลองที่สามารถลุกจากเตียงได้ โดยใช้เวลาน้อยกว่า 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 91.4 และมีผู้ป่วยที่สามารถลุกจากเตียงได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 8.6 และจากผลการศึกษานอนพักที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ระหว่าง 4-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 80 นอนพักที่โรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 20 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 6.29 วัน ส่วนข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม พบว่ามีผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล ระหว่าง 4-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 51.3 นอนพัก ที่โรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 48.7 วันนอนเฉลี่ย 7.66 วัน จะเห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริม การ

ฟื้นตัวหลังผ่าตัด มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาแบบวิเคราะห์ อภิमानแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (enhanced recovery pathway: ERP)⁽¹²⁾ พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด จะสามารถช่วยลดจำนวนวันนอนได้ถึง 2.5 วันนอน (95% CI, -3.92-1.11) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ จากผลการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คือ ความปวด คิดเป็นร้อยละ 82 ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁸⁾ โดยจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า

ระดับความปวดหลังการผ่าตัดในวันที่ 1 ในกลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ในระดับน้อย (1-3 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 65.7 มีความปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 31.4 และระดับมาก (7-10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 2.9 ส่วนระดับความปวดหลังการผ่าตัด ในวันที่ 3 พบว่าใน

กลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ในระดับน้อย (1-3 คะแนน) คิดเป็น ร้อยละ 85.7 และมีความปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) ร้อยละ 14

จากการศึกษา สามารถสรุปโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง เป็นแผนภาพได้ ดังนี้



ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้โปรแกรมเดียวกัน การศึกษาจะได้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่ม

สรุป

การใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มทดลอง มีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง สามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ จึงสมควรนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ในโรงพยาบาลแพร่ เพื่อเป็น

แนวทางในการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สัญญา โพธิ์งาม, มนพร ชาติขันธ์. การศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับความปวดจำนวน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสิงห์บุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563;3(3):49-63.
2. นลินทิพย์ ลิมล่อมวงศ์. ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชในโรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2560;31(4):633-40.
3. ปวงกมล กฤษณบุตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

- ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วารสารสภาการพยาบาล 2555;27(1):39-48.
4. เพิ่มเพ็ญ น้อยตุ่น. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง [วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
 5. Carr E, Brockbank K, Allen S, Strick P. Patterns of anxiety In woman undergo inggynaceco logical surgery. J Clin Nurs 2006;15(3):341-52. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01285.x.
 6. Mitchell M. Patient anxiety and modern elective surgery: A literature review. J Clin Nurs 2003;12(6):806-15. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00812.x.
 7. Girard NJ. Clients having surgery. In JM Blackamp, JH Hawks (Eds.). Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes. Singapore: Elsevier; 2008.
 8. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปข้อมูลการประกอบราชการ ปี 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://cmi.healtharea.net/site/index>.
 9. โรงพยาบาลแพร่. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ปี 2563-2565.แพร่: กลุ่มงานเวชสาร โรงพยาบาลแพร่; 2566.
 10. Keane M. Encyclopedia & dictionary of medicine, nursing allied health. 5th ed. Philadelphia, W.B.: Saunders; 1992.
 11. Lawrence VA, Hazuda HP, Comell JE, Pederson T, Bradshaw TP, Mulrow CD & et al. Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. J Am Coll Surg 2004;199(5): 762-72.doi:10.1016/j.jamcollsurg.2004.05.280.
 12. Adamina M, Kehlet H, Tomlinson GA, Senagore AJ, Delaney CP. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. Surgery 2011;149(6):830-40.
 13. Myles PS, Hunt JO, Moloney JT. Postoperative minor complication comparison between men and woman. Anesthesia 1997;52(4),300-6.
 14. สิริมนต์ ดำริห์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แบบฉุกเฉิน [วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
 15. สราวุฒิ สีถาน ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสาร มฉก. วิชาการ 2559;20(40):101-13.
 16. Lim L, Chow P, Wong CY, Chung A, Chan YH, Wong WK, et al. Doctor-patient communication knowledge and question prompts in reducing re

- operative anxiety-A randomized control study. *Asian J Surg* 2011;34(4):175-80. doi:10.1016 / j.asisur. 2011.11.002
17. Wang G, Jiang ZW, Xu J, Gong JF, Bao Y, Xie LF, et al. Fast-track rehabilitation program vs conventional care after colorectal resection: A randomized clinicaltrial. *World J Gastroenterol* 2011;17(5):671-67.
18. Robleda G, Roche-Campo F, Sánchez V, Gich I, Baños JE. Postoperative discomfort after abdominal surgery: An observational study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2014;30(4): 272-9. doi:10.1016/j.jpnan.2014.06. 005.

ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังโรงพยาบาลแพร่

อรพินธุ์ ปัทมาภรณ์พงศ์ พย.บ.* , สิริยาพร จักรทอง พย.บ.**

จิณู แก้วกล้า พย.บ.***

รับบทความ: 27 ตุลาคม 2566

ปรับแก้บทความ: 26 ธันวาคม 2566

ตอบรับบทความ: 8 มกราคม 2567

บทคัดย่อ

บทนำ: อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกสามารถลดความรุนแรงของอาการท้องผูกได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังโรงพยาบาลแพร่

วิธีการศึกษา: การศึกษา interrupted time design ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังโรงพยาบาลแพร่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ บันทึกการขับถ่าย อาการรบกวนและวิธีการช่วยขับถ่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ordinal logistic regression analysis และนำเสนอผลของโปรแกรมด้วยค่า risk reduction

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง ลดอาการท้องผูกหรือถ่ายลำบากได้ร้อยละ 93.6 (95%CI=83.5, 97.5, $p<0.001$) ลดอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ ร้อยละ 90.1 (95%CI=74.8, 96.1, $p<0.001$) และลดการรับประทานยาระบาย การใช้ยาเหน็บ หรือการสวนอุจจาระได้ร้อยละ 95.0 (95%CI=86.4, 98.2, $p<0.001$) ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลด้วยโปรแกรมในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 74.5

สรุป: โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ช่วยลดอาการท้องผูก ท้องอืด และลดการสวนอุจจาระได้ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวได้

คำสำคัญ: โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก, โรคกระดูกสันหลัง, ท้องผูก, ถ่ายอุจจาระลำบาก

*หอผู้ป่วยพิเศษร้อยละ 6 โรงพยาบาลแพร่

**หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลแพร่

***หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง โรงพยาบาลแพร่

The effectiveness of constipation prevention program among spine patients at Phrae hospital

Orapin Pattamapornpong, B.N.S.*, Siriyaporn Juktong, B.N.S.**

Jin Klawklar, B.N.S***

Received October: 27, 2023

Revised: December 26, 2023

Accepted: January 8, 2024

Abstract

Background: Constipation is a common problem in spine patients with restricted movement and infrequent bowel movements. Constipation prevention programs can reduce this problem.

Objective: To determine the effectiveness of the constipation prevention program among spine patients at Phrae Hospital.

Study design: The interrupted time design among spine patients at Phrae Hospital. The intervention group received a constipation prevention program, while the reference group received routine care. Record excretion, disturbing symptoms, and method to help in the excretion. Data was analyzed by using ordinal logistic regression analysis and presented with the risk reduction.

Results: Constipation prevention program can reduce constipation or difficult stool passage by 90.1% (95%CI=74.8, 96.1, $p<0.001$), abdominal bloating or nausea by 90.1 (95%CI=74.8, 96.1, $p<0.001$), and also reduced enema or the use of laxative 95.0 (95%CI=86.4, 98.2, $p<0.001$). Overall satisfaction with the constipation prevention program was at the highest level of 74.1%.

Conclusions: An effective and continuous constipation prevention program should be used in all spine patients. Our study found that it helped to alleviate constipation, abdominal bloating, and enema.

Keywords: constipation prevention program, bowel management, spine disease, constipation, difficult stool passage

Roisuk Special Ward 6, Phrae Hospital

Male Orthopedic surgery ward, Phrae Hospital

Female Orthopedic surgery ward, Phrae Hospital

บทนำ

อาการท้องผูกหมายถึงอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้การขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือต้องกินยาระบาย หรือใช้ยาสวนถ่ายอุจจาระมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือต้องใช้นิ้วล้วงเอาอุจจาระออก โดยมีอุจจาระแห้งแข็งก้อนเล็กผิดปกติ รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด ถ่ายลำบาก และต้องออกแรงเบ่งในการขับอุจจาระเพิ่มขึ้น⁽¹⁾ อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่ต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะท้องผูกได้บ่อยหลังผ่าตัด อันเนื่องมาจากผลของการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ยาแก้ปวด การรับประทานอาหารและน้ำที่ไม่เพียงพอ และการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง มีการจำกัดกิจกรรมผู้ป่วยต้องนอนราบพักอยู่บนเตียงเป็นเวลาอย่างน้อย 2-3 วัน และมีข้อจำกัดที่เฉพาะของการผ่าตัดกระดูกสันหลังตามแผนการรักษาของแพทย์⁽²⁾

จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบอาการท้องผูกได้แตกต่างกันตามภูมิภาคตั้งแต่ร้อยละ 0.7 ถึงร้อยละ 79 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 16 ของประชากรมีปัญหาท้องผูก โดย 1 ใน 3 เกิดขึ้นในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1.5 เท่า ข้อมูลในประเทศไทย พบว่า ประมาณร้อยละ 24 ของประชากรมีการรายงานว่าตนเองมีอาการท้องผูก และจากข้อมูลการศึกษาในหลายประเทศในทวีป

เอเชีย พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคทางเดินอาหารร้อยละ 14.7 มีปัญหาท้องผูก⁽³⁾ และจากข้อมูลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังในหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธโรงพยาบาลแพร่ ที่มีวันนอนตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2564-มิถุนายน 2566 พบอุบัติการณ์การเกิดท้องผูกร้อยละ 81.29⁽⁴⁾ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก คือ การรับประทานอาหารกากใยและการดื่มน้ำ โดยผู้ที่ไม่รับประทานหรือรับประทานอาหารกากใยน้อย และดื่มน้ำน้อยจะเกิดภาวะท้องผูกเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม พบว่า ผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย ผู้ที่ทำกิจกรรมประจำวันน้อยหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลงและส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก⁽⁶⁾ และสุขนิสัยการขับถ่ายอุจจาระ พบว่า ผู้ที่ขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลาหรือกลั้นอุจจาระบ่อย ๆ มีผลให้เกิดภาวะท้องผูกได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังถูกจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับความไม่เคยชินและความไม่สะดวกในการขับถ่าย⁽⁷⁾ หรือมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ ความเครียด ทำให้การย่อยอาหารเป็นไปได้ช้า ท้องอืด อุจจาระคั่งค้างในลำไส้มากขึ้นทำให้ขับถ่ายลำบาก อุจจาระจะมีลักษณะแข็งและแห้งมากขึ้น และจะไปกดผนังลำไส้ทำให้เกิดแผลเนื้อตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะท้องผูกมากขึ้นและเรื้อรังได้ เวลาถ่ายอุจจาระรู้สึกปวดทวารหนักหรือเกิดอาการเลือดออกได้ ซึ่งทำให้เกิดโรคริดสีดวงตามมา ซึ่งอาการท้องผูกเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดถึงร้อยละ 74-92 และทำให้การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง เกิดความรำคาญและไม่สุขสบาย ส่งผล

ทางลบต่อคุณภาพชีวิต⁽⁸⁾ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในเรื่องการขับถ่าย⁽⁹⁾

การป้องกันอาการท้องผูกโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยาเป็นวิธีการที่มีความปลอดภัยสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยาได้ วิธีการดังกล่าวจะเน้นการส่งเสริมกระบวนการทางสรีระ ในการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นปกติ ตัวอย่างเช่น การรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก การดื่มน้ำให้เพียงพอ การออกกำลังกายหรือการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการฝึกสุขนิสัยการขับถ่ายให้เหมาะสม มีผลการวิจัยที่สนับสนุนผลดีของการไม่ใช้ยาระบายรวมทั้งการเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือใช้ 2-3 วิธี ร่วมกันในการแก้ปัญหาท้องผูกได้ ซึ่งโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Clinical nursing practices guidelines)⁽¹⁰⁾ สามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยาโดยการส่งเสริมกระบวนการทางสรีระภาพในการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ โดยการนวดหน้าท้องและการเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีกากใย 30 กรัมต่อวัน การดื่มน้ำไม่น้อยกว่า 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน และการฝึกสุขนิสัยการขับถ่ายให้เหมาะสม มีผลการวิจัยที่สนับสนุนผลดีของการไม่ใช้ยาระบายรวมทั้งการเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือใช้ 2-3 วิธี ร่วมกันในการแก้ปัญหาท้องผูก การนวดหน้าท้องช่วยทำให้ระยะเวลาที่อุจจาระเคลื่อนในลำไส้ใหญ่สั้นลงจาก 91 ชั่วโมง เหลือ 72 ชั่วโมง และความถี่ของการถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นจาก 3.8 เป็น 4.6 ครั้งต่อสัปดาห์⁽¹¹⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะท้องผูกระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบไม่ใช้โปรแกรมและใช้โปรแกรมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลแพร์ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง เพื่อป้องกันภาวะท้องผูกได้ ยังเป็นตัวชี้วัดสำคัญของนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในปัจจุบันเพื่อมาตรฐานการบริการที่ดีอันจะนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา Interrupted time design โดยกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม ไม่ได้เกิดจากการสุ่มเข้ากลุ่ม และมีการศึกษาไปข้างหน้าคนละช่วงเวลา

สถานที่ศึกษา หอผู้ป่วยพิเศษร้อยสุข 5 หอผู้ป่วยพิเศษร้อยสุข 6 หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง โรงพยาบาลแพร์

ผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษา ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่มารักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลแพร์ ระยะเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่ 8 กันยายน 2566–30 พฤศจิกายน 2566 จำนวน 94 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ และสามารถตัดสินใจเองได้
2. ได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด เป็นการบาดเจ็บกระดูกสันหลัง L-spine

3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือเข้าใจภาษาไทย

4. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 7 วัน

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ขณะทำการนวดหากมีอาการผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงหรือปวดแน่นท้องให้หยุดนวดทันที ห้ามนวดหน้าท้องผู้ป่วยที่มีแผลที่หน้าท้องที่ยังอักเสบอยู่ ผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ท้องเสีย หรือมีอาการของโรคกระเพาะอาหารและลำไส้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Menu Two-Sample comparison of proportions โดยใช้ค่าสัดส่วนของอาการท้องผูกกลุ่มควบคุมมีอาการท้องผูกร้อยละ 81.29 (ข้อมูลปี 61-63)⁽⁴⁾ และคาดว่าในกลุ่มทดลองมีภาวะท้องผูกร้อยละ 50 กำหนดการทดสอบเป็น two-sided test ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ที่ 5% และอำนาจของการทดสอบที่ 80 % ratio of sample size=1:1 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 ราย แต่เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 94 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 ราย และกลุ่มควบคุม 47 ราย ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ศึกษาตั้งแต่ 8 กันยายน 2566–15 ตุลาคม 2566

2. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ศึกษาตั้งแต่ 16 ตุลาคม 2566–30 พฤศจิกายน 2566

ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ตัวแปรตาม ได้แก่ ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ประกอบด้วย การประเมินอาการ ท้องผูก/ถ่ายลำบาก ท้องอืด/คลื่นไส้ การรับประทานยาระบาย/ใช้ยาเหน็บ/สวนอุจจาระ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบประเมินแบบแผนการ

ขับถ่ายอุจจาระ (bowel pattern assessment form) ของอินริชส์ และฮิวส์ โบว์ ฉบับภาษาไทย โดยโบทัน แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ มีจำนวน 10 ข้อ คำตอบบ่งชี้ว่ามีภาวะท้องผูกให้คะแนนคำตอบข้อละ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน แสดงว่า มีภาวะท้องผูก

1.3 แบบบันทึกการถ่ายอุจจาระ รูปแบบเป็นตารางบันทึกการขับถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยแบ่งระดับความพึงพอใจให้เลือกตอบ 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ภายหลังได้รับการดูแลจากพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง ประกอบด้วย โปรแกรมย่อย ดังนี้ โปรแกรมการให้ข้อมูล

โปรแกรมการส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นปกติ โปรแกรมอาหาร เพื่อป้องกันอาการท้องผูก โปรแกรมการดื่มน้ำเฉลี่ยวันละมากกว่า 2000 มิลลิลิตร และรับประทานอาหารที่มีกากใย 30 กรัม/วัน เพื่อป้องกันอาการท้องผูก โปรแกรมการนวดหน้าท้อง และการเคลื่อนไหวร่างกายป้องกันอาการท้องผูก และโปรแกรมการฝึกการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน 5-15 นาที ในช่วงเช้าหรือเย็นหลังอาหาร 30 นาที เพื่อป้องกันอาการท้องผูก โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรมการป้องกันอาการและจัดการอาการท้องผูกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของโบตัน แสตนสุขสวัสดิ์ และคณะ⁽¹⁰⁾

ทำที่ 1. ทำนวดลำไส้เล็ก

1. วางมือทั้งสองข้างซ้อนกันในตำแหน่งลำไส้เล็กอยู่ในบริเวณใกล้สะดือ
2. นวดเป็นวงกลมตามเข็มนาฬิกา รอบแนวลำไส้เล็ก 10 รอบ

ทำที่ 2. ทำนวดลำไส้ใหญ่

1. วางมือทั้งสองข้างซ้อนกันบริเวณเหนือกระดูกเชิงกรานด้านขวา
2. เริ่มนวดตามทิศทางการเคลื่อนตัวของลำไส้โดยเริ่มต้นจากจุดที่ 1 คือ ลำไส้ใหญ่ข้างขึ้น ค่อยไล่ไปยังจุดที่ 2 ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง แล้วลากไปยังจุดที่ 3 ลำไส้ใหญ่ข้างลง สุดท้าย คือ จุดที่ 4 ลำไส้ใหญ่ส่วนตรง 10 รอบ
3. เน้นนวดบริเวณจุดที่ 3 และ 4 เพราะเป็นตำแหน่งลำไส้ใหญ่ที่จะไปยังทวารหนัก

ทำออกกำลังกาย

ให้ผู้ปวยนอนหงายโดยให้ไหล่ทั้ง 2 ข้าง และขาข้างหนึ่งวางแนบกับพื้น แล้วยกขาขึ้นและลงที่ละข้าง (เท่าที่ยกได้) สลับกันนับ 1-10 ทำ 2 รอบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ และแบบบันทึกการถ่ายอุจจาระรูปแบบเป็นตารางบันทึกการขับถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89 และนำไปทดลองใช้กับผู้ปวยบาดเจ็บกระดูกสันหลังที่คุณสมบัติเช่นเดียวกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 และ 0.90 ตามลำดับ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติเข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัย
3. ผู้วิจัยประสานงานกับฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลแพร่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย โปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกในผู้ปวยโรคกระดูกสันหลัง และเรื่องการจัดอาหารที่มีกากใย 30 กรัม/วัน
4. ผู้วิจัยสอนและอธิบายผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานเวรเช้า 1 คน และ พยาบาลปฏิบัติงานเวรผลัด 1 คน เรื่องวิธีการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก

แบบประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ การใช้โปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกด้วยคู่มือปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการท้องผูก สาธิตวิธีการนวดหน้าท้องและการบริหารร่างกายตามคู่มือการให้ข้อมูล ก่อนการดำเนินการตามโปรแกรม

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมโดยการพยาบาลตามปกติจนครบจำนวนทั้งหมด 47 ราย แล้วจึงมาดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองจำนวน 47 ราย ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการเก็บข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก การประเมินการขับถ่ายอุจจาระตั้งแต่วันที่มานอนโรงพยาบาลทุกวันรวม 7 วัน โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยและพยาบาลเวรผลัดป่วย-ตึก เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลและบันทึกผล ได้รับการพยาบาลหรือโปรแกรมเฉพาะกลุ่ม ดังนี้

5.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพตามแผนการรักษาและการพยาบาลตามปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง โดยมีการประเมินและบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ ทุกวันตั้งแต่วันที่มานอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน

5.2 กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยและญาติได้รับการสอนและแจกคู่มือความรู้เรื่องอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง และปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง โดยมีการประเมินและบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ ทุกวันตั้งแต่วันที่มานอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน สำหรับผู้ป่วยกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดให้ใช้โปรแกรมและบันทึกการขับถ่าย

อุจจาระเป็นเวลา 7 วัน ภายหลังจากได้รับการผ่าตัด 3 วัน ผู้วิจัยหลักเป็นผู้ให้ Intervention โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยและพยาบาลเวรผลัดป่วย-ตึก เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลและบันทึกผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. อธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ด้วย t-test และ Exact probability test
3. ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้ ordinal logistic regression และนำเสนอผลของโปรแกรมด้วยค่า risk reduction

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแพร่ เอกสารรับรองหมายเลข 47/2566

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่นำมาศึกษาทั้งหมด 94 ราย เป็นกลุ่มที่ใช้โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้โปรแกรม กลุ่มละ 47 ราย ทั้ง 2 กลุ่ม มีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1 ($p=1.000$) มีอายุเฉลี่ย 56.0 ± 15.1 ปี และ 58.0 ± 14.6 ปี ($p=0.521$) และมีลักษณะทั่วไปอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การศึกษา ($p=1.000$) อาชีพ ($p=0.900$) ประวัติการดื่มสุรา ($p=0.507$) และการสูบบุหรี่ ($p=0.813$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มใช้โปรแกรม (n=47)		กลุ่มไม่ใช้โปรแกรม (n=47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	25	53.2	26	55.3	1.000
หญิง	22	46.8	21	44.7	
อายุ (ปี)					
<45	10	21.3	12	25.5	0.521
45-59	12	25.5	11	23.4	
60-74	19	40.4	15	31.9	
≥75	6	12.8	9	19.2	
เฉลี่ย (SD)	56.0	(15.1)	58.0	(14.6)	
การศึกษา					
ไม่ได้เรียน	14	29.8	15	31.9	1.000
ระดับประถม	18	38.3	18	38.3	
ระดับมัธยม	12	25.5	12	25.5	
ระดับอุดมศึกษา	3	6.4	2	4.3	
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	11	23.4	13	27.7	0.900
เกษตรกรกรรม	15	31.9	11	23.4	
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	8	17.0	7	14.9	
ค้าขาย	4	8.5	5	10.6	
รับจ้าง	9	19.2	11	23.4	
ประวัติการดื่มสุรา					
ไม่ดื่ม	34	72.3	30	63.8	0.507
ดื่ม	13	27.7	17	36.2	
ประวัติการสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	34	72.3	36	76.6	0.813
สูบ	13	27.7	11	23.4	

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่มีการรับประทานยาที่มีผลต่ออาการท้องผูก ($p=1.000$) อาการที่นำมาโรงพยาบาลมากที่สุดคืออาการปวด ($p=0.713$) การมีโรคประจำตัวไม่

แตกต่างกัน ($p=0.872$) สัดส่วนของการผ่าตัดใกล้เคียงกัน ($p=0.301$) มีระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.394$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มใช้โปรแกรม (n=47)		กลุ่มไม่ใช้โปรแกรม (n=47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	การรับประทานยาที่มีผลต่ออาการท้องผูก				
ไม่ใช้	12	25.5	13	27.7	1.000
ใช้	35	74.5	34	72.3	
อาการที่นำโรงพยาบาล					
ปวด	31	66.0	34	72.3	0.713
ชา	1	2.1	0	0.0	
ปวดและชา	13	27.6	10	21.3	
ชาอ่อนแรง	2	4.3	3	6.4	
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	18	38.3	20	42.6	0.872
HT	12	25.5	15	31.9	
DM	9	19.2	6	12.8	
HT และ DM	5	10.6	4	8.5	
โรคอื่นๆ	3	6.4	2	4.3	
ชนิดของผู้ป่วย					
ไม่ผ่าตัด	22	46.8	28	59.6	0.301
ผ่าตัด	25	53.2	19	40.4	
จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (วัน)					
<10	28	59.6	32	68.1	0.394
11-14	15	31.9	12	25.5	
≥15	4	8.5	3	3.4	
เฉลี่ย (SD)	7.3	(2.0)	7.6	(1.2)	

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มใช้โปรแกรม (n=47)		กลุ่มไม่ใช้โปรแกรม (n=47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การขับถ่าย					
ถ่ายปกติ	35	74.5	11	23.4	<0.001
ถ่ายลำบาก	12	25.5	9	19.2	
ท้องผูก	0	0.0	27	57.4	
อาการรบกวน					
ไม่มี	35	74.5	11	23.4	<0.001
ท้องอืด	12	25.5	31	66.0	
ท้องอืดและคลื่นไส้	0	0.0	5	10.6	
วิธีการช่วยขับถ่าย					
ขับถ่ายได้เอง	39	83.0	11	23.4	<0.001
รับประทานยาระบาย	7	14.9	11	23.4	
ใช้ยาเหน็บ	1	2.1	2	4.3	
สวนอุจจาระ	0	0.0	12	25.5	
รับประทานยาระบายและใช้ยาเหน็บ	0	0.0	1	2.1	
รับประทานยาระบายและสวนอุจจาระ	0	0.0	10	21.3	

การประเมินการขับถ่าย อาการรบกวนและวิธีการช่วยขับถ่ายของผู้ป่วยพบว่า กลุ่มใช้โปรแกรมมีการขับถ่ายปกติมากกว่ากลุ่มไม่ใช้โปรแกรม ร้อยละ 74.5 และ 23.4 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มไม่ใช้โปรแกรมมีอาการท้องผูกร้อยละ 57.4 และไม่พบอาการท้องผูกในกลุ่มใช้โปรแกรม ($p<0.001$) กลุ่มใช้โปรแกรมไม่พบอาการรบกวนร้อยละ 74.5 ส่วนกลุ่มไม่ใช้โปรแกรมพบอาการท้องอืด/คลื่นไส้มากกว่า ($p<0.001$) กลุ่มใช้โปรแกรมขับถ่ายได้เองร้อยละ 83.0 ในขณะที่กลุ่มไม่ใช้โปรแกรมต้องช่วย

ขับถ่ายด้วยการสวนอุจจาระ รับประทานยาระบายและการใช้ยาเหน็บเป็นส่วนใหญ่ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การประเมินการขับถ่าย อาการรบกวนและวิธีการช่วยขับถ่ายของผู้ป่วย

ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มใช้โปรแกรม (n=47)		กลุ่มไม่ใช้โปรแกรม (n=47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปานกลาง (70-79%)	0	0.0	14	29.8	<0.001
มาก (80-89%)	12	25.5	33	70.2	
มากที่สุด (90-99%)	35	74.5	0	0.0	

โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง ลดอาการท้องผูกหรือถ่ายลำบากได้ ร้อยละ 93.6 (95%CI=83.5, 97.5, p<0.001) ลดอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ ร้อยละ 90.1 (95%CI=74.8, 96.1, p<0.001) และลดการรับประทานยาระบายการใช้ยาเหน็บหรือการสวนอุจจาระได้ ร้อยละ 95.0 (95%CI=86.4, 98.2, p<0.001) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก

ลักษณะที่ศึกษา	Risk reduction	95% CI	p-value
ท้องผูก/ถ่ายลำบาก	93.6	83.5, 97.5	<0.001
ท้องอืด/คลื่นไส้	90.1	74.8, 96.1	<0.001
รับประทานยาระบาย/ใช้ยาเหน็บ/สวนอุจจาระ	95.0	86.4, 98.2	<0.001

ความพึงพอใจต่อการพยาบาลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มใช้โปรแกรมส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อการดูแลโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 74.5 ส่วนกลุ่มไม่ใช้โปรแกรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.2 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อการพยาบาลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มใช้โปรแกรม (n=47)		กลุ่มไม่ใช้โปรแกรม (n=47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปานกลาง (70-79%)	0	0.0	14	29.8	<0.001
มาก (80-89%)	12	25.5	33	70.2	
มากที่สุด (90-99%)	35	74.5	0	0.0	

วิจารณ์

กลุ่มงานศัลยกรรมอโรปิดิกส์ โรงพยาบาลแพร่ ให้การดูแลผู้ป่วยโรคระบบกระดูกรวมถึงผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังส่วนใหญ่เสียชีวิตหรือพิการในการทำงานของลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ควบคุมการขับถ่าย เกิดอาการท้องผูกและต้องใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน มีสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากบ้านทำให้แบบแผนสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการขับถ่ายบนเตียง การได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายขณะผ่าตัด⁽¹²⁾ (การได้รับยาบรรเทาอาการปวดที่มีผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เช่น กลุ่มยาแก้ปวดต้านอักเสบ (NSAIDs) ยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) ได้แก่ มอร์ฟีน (Morphine) ออกซีโคโดน (Oxycodone) และเฟนทานิล (Fentanyl) ตามลำดับ⁽¹³⁾

โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการท้องผูกให้ดื่มน้ำวันละมากกว่าหรือเท่ากับ 2,000 ซีซีรับประทานอาหารที่มีกากใย 30 กรัม/วัน และที่สำคัญ คือ มีการนัดหน้าท้องวันละ 1 ครั้ง 2 ทำรวม 10 นาที และการออกกำลังกายบนเตียงโดยยกขา 2 ข้างขึ้นและลงทีละข้างสลับกันนับ 1-10 ทำ 2 รอบ โดยเวลาที่เหมาะสม คือ หลังอาหารมื้อเย็น 1 ชั่วโมง และผู้ป่วยยังมีการฝึกการขับถ่ายทุกวัน 5-15 นาที ในช่วงเช้าหรือเย็นหลังอาหารครึ่งชั่วโมงทุกวัน สามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยา โดยมีผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมกระบวนการทางสรีรภาพในการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ โดยการนัดหน้าท้องและการเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีกากใย 30 กรัม

ต่อวัน การดื่มน้ำไม่น้อยกว่า 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน และการฝึกสุขนิสัยการขับถ่ายให้เหมาะสม ช่วยสนับสนุนผลดีของการไม่ใช้ยาระบาย รวมทั้งการเลือกใช้ชีวิตวิถีหนึ่งหรือใช้ 2-3 วิธีย่วมกันในการแก้ปัญหาท้องผูกได้⁽¹¹⁾

เมื่อผู้ป่วยได้รับอาหารในปริมาณที่มากพอและมีใยอาหารที่ไม่ละลายน้ำ 20-35 กรัมต่อวัน โดยเฉพาะใยอาหารที่ไม่ละลายน้ำ ซึ่งมีคุณสมบัติในการการอุ้มน้ำ ทำให้อุจจาระอ่อน จึงเพิ่มมวลของกากอาหาร กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ทำให้ของเสียถูกขับถ่ายได้เร็วขึ้น เมื่อใช้ร่วมกับโปรแกรมการดื่มน้ำ โดยปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยได้รับเฉลี่ยวันละมากกว่า 2000 มิลลิลิตร จะช่วยกระตุ้นลำไส้ใหญ่ให้เคลื่อนไหว และปริมาณน้ำที่มากจะมีแรงดันพอที่ขับดันกากอาหารในลำไส้ให้เคลื่อนต่ำลงมา จึงรู้สึกปวดอุจจาระ⁽¹⁴⁾ และเมื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ด้วยวิธีการนวดหน้าท้องร่วมด้วย โดยการนวดหน้าท้องจะช่วยทำให้ระยะเวลาที่อุจจาระเคลื่อนในลำไส้ใหญ่สั้นลงจาก 91 ชั่วโมง เหลือ 72 ชั่วโมง และความถี่ของการถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นจาก 3.8 เป็น 4.6 ครั้งต่อสัปดาห์⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการนัดหน้าท้องทุกวันนาน 13 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการท้องผูกและไม่ต้องใช้ยาระบายได้⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้โปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายและฝึกออกกำลังกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน และกล้ามเนื้อหูรูดรอบทวารหนัก ซึ่งการออกกำลังกายสำคัญมากที่จะช่วยกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกรานที่ใช้ในการขับถ่ายให้แข็งแรง จะสามารถช่วยให้มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อท้องได้ ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการขับถ่ายให้เหมาะสมหรือการฝึกการขับถ่ายทุกวัน ช่วงเวลาถ่ายอุจจาระที่

เหมาะสมที่สุด คือ ตอนเช้าภายหลังตื่นนอน 2 ชั่วโมง และภายหลังอาหารเช้า ซึ่งจะเป็นช่วงเวลาที่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระได้ดี⁽¹⁶⁾ ทั้งนี้การนำเอาโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกมาใช้ดังเช่นในการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูก ต่ออุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดุกสะโพก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีอุบัติการณ์เกิดอาการท้องผูกหลังผ่าตัดและมีระดับความรุนแรงของการเกิดอาการท้องผูกลดน้อยกว่าผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุม⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลการวิจัย พบว่าอุบัติการณ์การเกิดอาการท้องผูกของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และความรุนแรงของอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁸⁾

ข้อเด่นของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก โปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริง มีการปฏิบัติที่ง่าย ทำให้ผู้ป่วยสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย สามารถนำไปใช้ในคนปกติที่มีภาวะท้องผูกได้ และสอนญาติให้นำไปปฏิบัติให้ผู้ป่วยต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรนำโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดุกสันหลัง มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เป็นประจำ และก่อนการใช้โปรแกรมควรประเมิน

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกก่อน เพื่อการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการท้องผูกต่างกัน เพื่อป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดุกสันหลังได้

2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลควรมีการนิเทศและติดตามผลการใช้โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ให้กับทีมบุคลากรพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกระดุกสันหลัง ให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งน่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิผลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้ดีขึ้น อีกทั้งเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้ป่วย และควรนำผลการศึกษามากำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยพยาธิสภาพของโรคหรือด้วยข้อจำกัดของการรักษาต่อไป

สรุป

ในผู้ป่วยโรคกระดุกสันหลังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ พยาบาลควรพิจารณานำโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกไปใช้ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทาน อาหาร การดื่มน้ำ การนวดหน้าท้อง การเคลื่อนไหวร่างกายและการฝึกการขับถ่ายอุจจาระ เนื่องจากในการวิจัยนี้พบว่าช่วยลดอาการท้องผูก ท้องอืด และลดการสวนอุจจาระได้ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกระดุกสันหลังและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวได้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลแพร่ และ อ.ดร. สุรางค์รัตน์ พ้องพาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016;150(6): 1393-1407.e5. doi.org/10.1053/j. gastro. 2016.02.031.
2. Engkasan JP, Sudin SS. Neurogenic bowel management after spinal cord injury: Malaysian experience. *J Rehabil Med* 2013;45(2):141-4. doi: 10.2340/16501977-1074.
3. ญริพงษ์ กิจดำรงธรรม. Chronic Idiopathic Constipation: Current and Future [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: วงการแพทย์ (ศูนย์ข้อมูล CME); 2018 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.wongkarnpat.com/upfilecme/CME-Idiopathic.pdf>
4. โรงพยาบาลแพร่. ระบบสารสนเทศ 2563-2566. แพร่: หอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลแพร่; 2566.
5. Hinrichs M, Huseboe J, Tang JH, Titler MG. Research-based protocol Management of constipation. *J Gerontol Nurs*. 2001;27(2):17-28. doi:10.3928/ 0098-9134-20010201-11.
6. Maloni JA. Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2011 Jul 1;6(4):385-393. doi: 10.1586/eog.11. 28.
7. ปองจิตร ภัทรนาวิก, ปาริชาติ จันทร์สุนทรพร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบ สมองต่อความปวดกับความ สามารถในการทำหน้าที่ของข้อเข้าในการ ทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม. *วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย* 2548;10(2):101-14.
8. Aurilio C, Pace MC, Pota V, Sansone P. Opioid induced constipation. In: Smith AC, editor. *Constipation-Causes, Diagnosis and Treatment*. Croatia: In Tech; 2012. p.81-8.
9. National Institute for Healthand Care Excellent. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong Opioids for pain in palliative care of adults. NICE clinical guideline 2012. Retrieved from: <https://paliativ.ossinfronteras.org/wp-content/uploads/OPIOIDS-NICE-GUIDELINES2012.pdf>
10. โบตัน แสนสุขสวัสดิ์, พรรณวดี พุทธิวัฒน์, สุภาพ อารีเอื้อ. การป้องกันและการจัดการ อาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. *Rama Nurs J* 2007;13(2):106-24.
11. องอาจ ไพโรดมราษฎร์. ท้องผูก (constipation). ใน: กำพล กลั่นกลิ่น และคณะ (บก.), *อาการ ของโรกระบบทางเดินอาหารที่*

- พบจอยและการบำบัด. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรนบุคส์ เซนเตอร์; 2553. หน้า 201-13.
12. Burch J. Constipation and flatulence management for stoma patients. *Br J Community Nurs.* 2007;12(10):449-52. doi: 10.12968/bjcn.2007.12.10. 27282.
13. Staats PS, Markowitz J, Schein J. Incidence of constipation associated with long-acting opioid therapy: a comparative study. *South Med J.* 2004 Feb;97(2):129-34. doi: 10.1097/01.SMJ.0000109215.54052.D8.
14. วาสนา บุตรปัญญา, พรรณวดี พุทธิวัฒน์, ศุภร วงศ์วิทย์, ภาณุมาศ ขวัญเรือน. ผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกสำหรับผู้ป่วยระบบประสาท. *Rama Nurs J* 2012;18(2):237-48.
15. Harrington KL, Haskvitz EM. Managing a patient's constipation with physical therapy. *Phys Ther.* 2006;8(11):1511-9. doi: 10.2522/ptj.20050347
16. สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์. ภาวะท้องผูก. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย* 2552; 2(1):13-22.
17. Pounpaka Monmai, Suparb Aree-ue, Panwadee Putwatana, Viroj Kawinwonggowit. The Effects of a Constipation Prevention Program on Incidence and Severity of Constipation in Hospitalized Elderly undergoing Hip Surgery. *J Nurs Sci* 2011;29(4):10-17.
18. จารุพรรณ ลีละยุทธโยธิน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารการพยาบาล* 2559; 18(1):1-9.