



วารสารวิชาการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ISSN 2985-0711 (Print)
ISSN 2985-072X (Online)



SAMUTPRAKAN HOSPITAL JOURNAL (SMPK HOS J)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566

Volume 1 No.1 January - June 2023



วารสารวิชาการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

เจ้าของ

โรงพยาบาลสมุทรปราการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

นพ. นำพล แดนพิพัฒน์

ที่ปรึกษา

นพ. ปกรณ์ วิทย์ประภารัตน์¹
พญ. พรวิมล ลีทอง¹

บรรณาธิการ

พญ. กัลยา ตีระวัฒนานนท์¹

รองบรรณาธิการ

นพ. ชลพัชร องอาจ¹

กองบรรณาธิการ

ดร.นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์²
ผศ.ดร.พญ. พิมพ์ย์ สังวรินทะ⁵
ดร.ภญ. ปุณสรพร กิ่งแก้ว²
ดร. ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล⁸
นพ. เอกกมล ไพบูลย์วัฒนพงศ์¹¹
สุพัตรา เผ่าพันธุ์⁸
สุรรัตน์ ปิงสุทธีวงศ์¹

ศ.ดร.นพ. มานพ พิทักษ์ภากร³
ดร.นพ. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์⁶
ดร.พญ. จารวี สุขมณี²
ผศ.พ.ต.ท.ดร. อภิสิทธิ์ ตามลัด⁹
ทพ. ประภากร จำนงประสาทร¹
จงจิตร รียมธรรพพงษ์¹

รศ.ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี⁴
พญ. สิริพรรณ มหาแก้ว¹
นพ. อักรินทร์ นิยมานันต์⁷
ดร. สุรัชย์ มณีเนตร¹⁰
ภก. เปรมชัย เม่นสิน¹
เกสรี เลิศประไพ¹

เลขานุการ

เนตรทิพย์ เจริญสุข¹

สำนักงาน

โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
71 ถนนจ๊กกะพาก ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270
โทร: 088-002-9210
Email: smpkhosj@gmail.com

¹: โรงพยาบาลสมุทรปราการ

²: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

³: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

⁴: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁵: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁶: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

⁷: หน่วยระบาดวิทยาคลินิก, คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

⁸: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

⁹: วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

¹⁰: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

¹¹: โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3

สารจากท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ



โรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 600 เตียง มีแพทย์เฉพาะทางกว่า 100 คน มีวิสัยทัศน์คือ “โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นนำของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภูมิสถาปัตยกรรมเอื้อต่อสุขภาพ” นอกจากโรงพยาบาลมีการบริการด้านสุขภาพที่ดีแล้ว จำเป็นต้องมีความเป็นเลิศด้านวิชาการควบคู่กันไปด้วย

วารสารวิชาการโรงพยาบาลสมุทรปราการฉบับนี้เป็นวารสารฉบับแรก เป็นวารสารที่ให้การรองรับการตีพิมพ์ผลงานวิจัยทางการแพทย์ของบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขา และไม่ใช่เฉพาะเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสมุทรปราการเท่านั้น แต่รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ ทั้งในจังหวัดสมุทรปราการและจังหวัดอื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สนใจสามารถนำบทความวิจัยที่ดีพิมพ์ไปใช้เป็นแนวทางในการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และสร้างผลงานนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อไป

ท้ายนี้ผมขออาราธนาอำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย ได้โปรดดลบันดาลประทานพรให้ทุกท่านมีความสุข และขอให้วารสารวิชาการโรงพยาบาลสมุทรปราการที่จัดทำในครั้งนี้ และครั้งต่อไปประสบความสำเร็จด้วยดี

นพ. นำพล แดนพิพัฒน์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

สารบัญ

ผลของการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านต่อความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและการทบทวนหลังคลอดมารดาครรภ์แรกโรงพยาบาลสมุทรปราการ

วันเพ็ญ เพชรรักษ์, เวณิกา เขยวิทย์, ชลธิชา ผึ้งแถม, พิมพ์พรรณ ยอดวงศ์กอง 3

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

จงจิตร รียมธูพงษ์, พิมพ์พรรณ ห้องทองแดง, นริศรา สลวยสุวรรณ, วรการ์ต คงอิม 18

การติดเชื้อและผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ณัฐทิรา ชุ่มชูจันทร์ 31

การผ่าตัดหดรัดกระดูกสันหลัง และการผ่าตัดระบายช่องกระดูกสันหลังผ่านการส่องกล้อง: รายงานผู้ป่วย

ธนพรพร ลิ่ววิเศษไพบูลย์ 49

คุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ประวีณา อนุกุลพิพัฒน์, กัลยา บุญสนอง, กุลธิดา สัมมาวงศ์, ระวี แหม่มชื่น, สุรรัตน์ ปิงสุทธีวงศ์ 58

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาหลายขนานติดเชื้อโควิด-19 ในงานผู้ป่วยนอก : กรณีศึกษา

จริยา จันทรเรือง 70

**ผลของการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านต่อความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดมารดาครรภ์แรก
โรงพยาบาลสมุทรปราการ**

วันเพ็ญ เพชรรักษ์, เวณิกา เขยวิทย์, ชลธิชา ผึ้งเข้ม, พิมพ์พรรณ ยอดวงศ์ทอง

Assessing the Effect in Applying Transitional Theory Program on Knowledge and Self-care and Newborn Care in Postpartum Period among the First Pregnant Women in Samutprakan Hospital

Wanpen Phetcharak¹, Waynika Chiriywit¹, Chonthicha Phungcham¹, Pimpan Yodvongkong¹

¹โรงพยาบาลสมุทรปราการ/หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด, ¹Samutprakan Hospital/Postpartum ward

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2565 จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน แบบวัดความรู้มารดาในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด และแบบประเมินทักษะมารดาในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด ตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา และทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ independent sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่คะแนนทักษะในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม, การให้ความรู้และทักษะ, มารดาหลังคลอดครรภ์แรก, ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

Abstract

This quasi-experimental research aims to compare knowledge and skills in postnatal self-care between the experimental group and those receiving standard nursing care. The samples consisted of 22 first-pregnant mothers with gestational aged 36 weeks or more. They were recruited from an antenatal care clinic, and gave birth at Samutprakan hospital during March-June 2022. Knowledge about self-care and newborn care applying transitional theory was given to pregnant women in the experimental group. The self-administrative questionnaires were used to evaluate the knowledge and the observed skills of the respective samples in both groups. Content validity was performed by three experts to ensure the reliability. Descriptive statistics and dependent t-test were used for data analysis.

The results demonstrate that the knowledge scores of the experimental group and the control group were not significantly different at the P value of 0.05, but the skill scores of the experimental group and the control group were statistically significant difference at the P value of 0.001.

Keywords: knowledge and self-care, pregnant women, postpartum care, transitional Theory

บทนำ

จากยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580) สุนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย คือนโยบายการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยพร้อมที่จะเรียนรู้ในช่วงต่อไปอย่างมั่นคงนั้น งานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กได้มีการกำหนดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจและมีทักษะที่ถูกต้อง ในการดูแลสุขภาพตนเองและทารกหลังคลอดให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา¹ อย่างไรก็ตาม ระยะหลังคลอดเป็นระยะพัฒนาการช่วงหนึ่งของสตรี² มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการเปลี่ยนผ่านของชีวิต มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในการรับบทบาทมารดา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจของมารดาหลังคลอดได้ โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองและทารกมาก่อน การขาดความรู้ ความมั่นใจ และประสบการณ์ในการดูแลตนเองและทารกที่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของตนเองและทารกได้^{1,3,4,5} การรับบทบาทมารดาเป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการ หรือในช่วงชีวิตหนึ่งของสตรี ซึ่งส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และครอบครัวได้^{2,6}

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก และทารก ถือว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านแบบพัฒนาการตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน กล่าวคือ เปลี่ยนจากบทบาทของวัยรุ่นหรือวัยทำงานเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปอย่างราบรื่นและสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม จะต้องมีเงื่อนไขของการเปลี่ยนที่สำคัญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ความมั่นใจในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดได้ นั่นคือ การเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ซึ่งบุคคลที่สำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนการเปลี่ยนให้เป็นไปอย่างสมบูรณ์นั้นคือ การใช้กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว² มีการนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาศึกษาการปรับตัวและการลดความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเปลี่ยนผ่านจากหอภิบาลผู้ป่วยไปสู่นบ้าน⁷ พบว่าการเตรียมความพร้อมมารดาก่อนจำหน่ายกลับบ้านและการสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมารดาและทารก ทำให้มารดาสามารถปรับตัวและลดความกังวลในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหอภิบาลผู้ป่วยไปสู่นบ้าน และการใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน² เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนไปสู่ความเป็นมารดาอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลทารกเองเมื่อกลับบ้าน ต่างจากช่วงที่ทารกรักษาตัว อยู่โรงพยาบาลที่มีแพทย์และพยาบาลช่วยเหลือ ความยากลำบากในการปรับตัวของมารดาที่เกิดขึ้นภายหลังทารกจำหน่ายจากโรงพยาบาลถือเป็นรูปแบบการตอบสนองของกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น โดยเป็นตัวบ่งชี้ ของความมั่นใจและการปรับตัว^{7,8,9}

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การเตรียมความพร้อม คุณภาพการสอน การให้ความรู้อย่างมีแบบแผน ทำให้มารดาหลังคลอดสามารถดูแลตนเองและทารกได้^{10,11} ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวเน้นการสอนให้

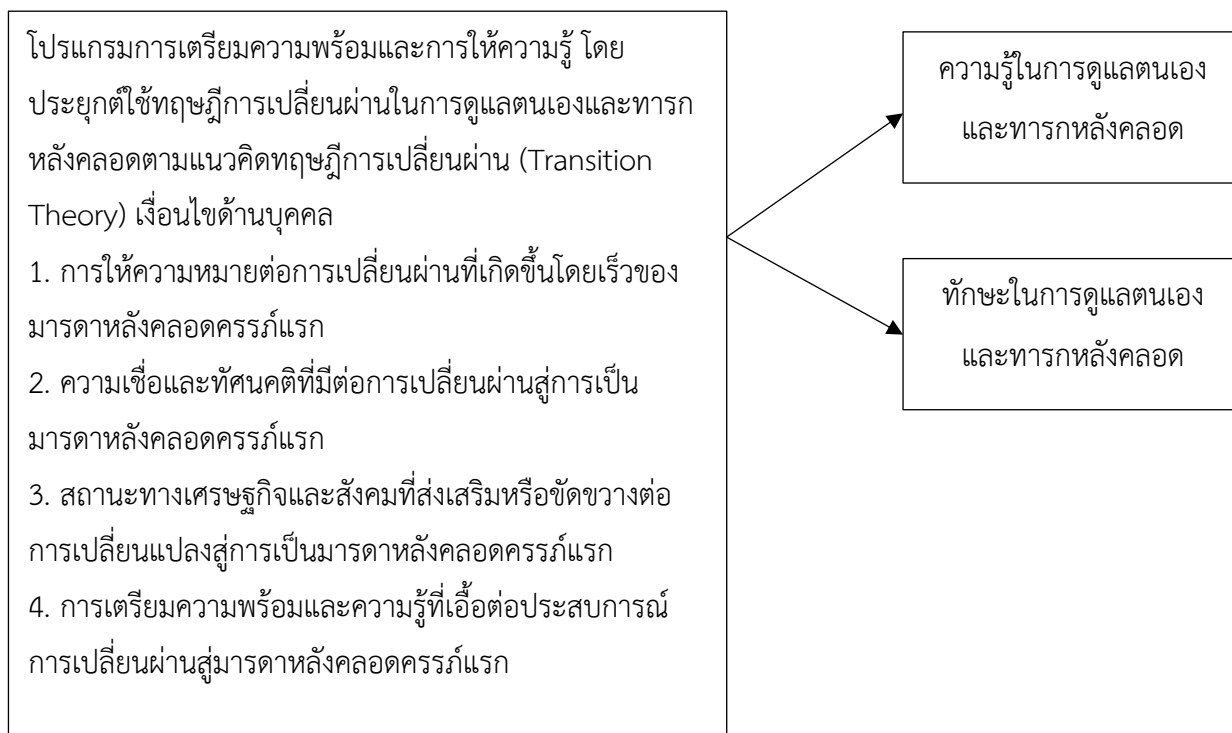
มารดาลงมือทำด้วยตนเองจนเกิดทักษะและมีความมั่นใจ นอกจากนี้ การเตรียมมารดาโดยให้โปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตนตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น¹ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก³ ซึ่งพบว่ามารดาครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดโดยรวมสูงกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม มารดาหลังคลอดมีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเพียง 2-3 วัน ทำให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรกยังไม่สามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้มารดามีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกยังไม่เพียงพอ

สำหรับโรงพยาบาลสมุทรปราการ จากรายงานประจำปีสถิติปี 2562-2564 พบว่า มีมารดาครรภ์แรกมาคลอด 2,281, 2,284 และ 2,092 คน คิดเป็นร้อยละ 39.70, 40.80 และ 39.65 ของจำนวนมารดาที่มาคลอดทั้งหมด ตามลำดับ และในระยะหลังคลอดมารดาใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 2-3 วัน ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ได้รับการความรู้ในการดูแลตนเอง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วัคซีนในทารกหลังคลอด และสาธิตการอุ้มทารกดูนมแม่ การบีบเก็บน้ำนม การอาบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือ การทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่ายตามมาตรฐาน มีการสอนใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรก เมื่อโทรศัพท์ติดตามสอบถามพบว่า ร้อยละ 80 ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและเลี้ยงดูทารกหลังคลอด ทั้งนี้จากข้อมูล ในปี 2562-2564 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่สะดือ ร้อยละ 0.26, 0.31, 0.47 ตาและร้อยละ 0.27, 0.33, 0.37 การ re-admit ทารกภายใน 28 วันจากภาวะตัวเหลืองจากการได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 0.41, 0.90, 0.79 มารดาแผลฝีเย็บแยกจากการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ร้อยละ 0.17, 0.32 และ 0.38 ตามลำดับ แสดงว่าการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่ผ่านมายังไม่เพียงพอ ที่ส่งผลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านต่อความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดมารดาครรภ์แรก โรงพยาบาลสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดการวิจัยผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory) ของเนลิส² ซึ่งให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งของชีวิต ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเป็นระบบเปิด คือ มีปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการเปลี่ยนผ่าน (process) และการตอบสนองของกระบวนการหรือผลลัพธ์ (output) แบบจำลองทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งประกอบด้วย 1. ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ 1) ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน 2) รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน 3) ลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน 2. เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ 1) เงื่อนไขด้านบุคคล 2) เงื่อนไขด้านชุมชน 3) เงื่อนไขด้านสังคม 3. รูปแบบของการตอบสนอง ประกอบด้วย 1) ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ 2) ตัวบ่งชี้เชิงผลลัพธ์ 4. การบำบัดทางการพยาบาล

งานวิจัยนี้ใช้เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคลเป็นปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคลต่อประสิทธิภาพในการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความหมาย (meanings) เป็นการประเมินตัดสินการเปลี่ยนผ่านว่ามีผลทางบวกหรือลบ หรือผลเป็นกลาง ๆ ต่อชีวิตของตน 2) ความเชื่อและทัศนคติทางสังคม (cultural beliefs

and attitudes) ความเชื่อทางวัฒนธรรมรวมถึงทัศนคติของแต่ละบุคคลซึ่งอาจสนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น 3) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status) ประกอบด้วยการศึกษา อาชีพและรายได้ ซึ่งมีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน อาจมีผลส่งเสริมหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้ 4) การเตรียมความพร้อมและความรู้ (preparation and knowledge) การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางหรือวิธีการที่จะสามารถช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนผ่านที่ดี ฉะนั้นมารดาตั้งครรภ์แรกเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ชนิดการเปลี่ยนผ่านตามพัฒนาการและตามสถานการณ์ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนของบุคคลตามวัยและการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดา ซึ่งอาจมีภาวะเครียด วิตกกังวล มีจุดวิกฤตหรือเหตุการณ์วิกฤต มีความสัมพันธ์กับการตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดจนเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้ มารดาครรภ์แรก ตั้งแต่ในช่วงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไปของระยะตั้งครรภ์ ต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด มีความสำคัญ ซึ่งจากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน การบำบัดทางการพยาบาลจะสามารถจัดการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น โดยการให้ความรู้ การให้การช่วยเหลือ การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้บทบาทเสริม จะช่วยส่งเสริมให้มารดาสามารถผ่านเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านส่วนของบุคคลได้ การเตรียมความพร้อมนั้นมารดาหลังคลอดครรภ์แรกต้องให้ความหมายบทบาทของการเป็นมารดา ได้รับการประเมินความเชื่อและทัศนคติทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความพร้อมด้านบุคคลในการดูแลตนเองและทารก รวมทั้งต้องได้รับความรู้และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็น กลวิธีที่สามารถจะจัดการกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้ดำเนินไปได้ด้วยดี แต่ในทางตรงข้าม การขาดการเตรียมความพร้อมและความรู้ สามารถเป็นอุปสรรคต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านได้เช่นกัน² ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านด้านของบุคคล โดยการส่งเสริมให้มารดามีการเตรียมความพร้อมและให้ความรู้ เพื่อให้มารดามีความรู้และมีความพร้อมในการจัดการตนเอง เมื่อกลับไปดูแลตนเองและทารกที่บ้าน รวมถึงมีทักษะที่ดีในการเลี้ยงดูทารกและดูแลตนเองได้ สามารถเขียนกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดมารดาครั้งแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (two group pretest-posttest design)

ขั้นตอนการวิจัย

1. ระยะตั้งครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไปของระยะตั้งครรภ์ และซึ่งแบ่งมารดาออกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลทั้งการให้ความหมาย ความเชื่อ ทัศนคติ ของทั้งสองกลุ่มโดยการทำการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในส่วนของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และความรู้ของการดูแลตัวเองและทารกหลังคลอด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในส่วนของทักษะในการดูแลตัวเองและทารกหลังคลอด ใช้เป็นแบบสังเกตพฤติกรรม โดยจัดสิ่งแวดล้อมในการทำกิจกรรมเสมือนจริงในระยะหลังคลอด ใช้ตุ๊กตาจำลองเสมือนเป็นทารก ให้มารดาทำกิจกรรมด้วยตนเองก่อน

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสอนเพิ่มเติมในเรื่องความรู้และทักษะในการดูแลตัวเองและทารกหลังคลอดให้กับกลุ่มทดลอง โดยใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

รวมถึงการทำให้ดูในส่วนที่มารดาทำไม่ได้ และให้มารดาทำใหม่จนกระทั่งเกิดความมั่นใจ พร้อมทั้งให้สื่อการสอนภาพนิ่งไปทบทวนที่บ้าน หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้เป็นรายบุคคล

2. ระยะหลังคลอดและเตรียมจำหน่าย มารดาหลังคลอดครรภ์แรก หลังคลอดปกติ 8 ชั่วโมง จะให้มารดาทำกิจกรรมจริงด้วยตนเองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอุ้มลูกกินนมแม่ การอาบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือเป็นแบบกลุ่มตามมาตรฐาน ก่อนกลับบ้านจะได้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ (DSPM) พร้อมคำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติ

ในกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอุ้มลูกกินนมแม่ การอาบน้ำ เช็ดตาเช็ดสะดือเป็นรายบุคคล พร้อมให้คำแนะนำสิ่งต่างๆ และสอนเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การหยิบจับผ้าอนามัย บอกเล่าวิธีการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การทำความสะอาดเต้านม การนวดกระตุ้นน้ำนม การนำทารกเข้าเต้าและอุ้มทารกดูนมมารดา การบีบเก็บน้ำนม การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการอาบน้ำสระผมทารก การอาบน้ำและสระผมทารก การใส่เสื้อผ้าและห่อตัวทารก การเปลี่ยนผ้าอ้อมทารก การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการเช็ดตาและเช็ดสะดือทารก การเช็ดตาทารก การเช็ดสะดือทารก การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายของทารก บอกเล่าคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ (DSPM) ผู้วิจัยจะใช้บทบาทเสริมในระยะเวลาของการปรับตัวของมารดาในการสังเกตให้การช่วยเหลือในส่วนที่มารดาทำไม่ได้ ให้กำลังใจยืนอยู่ใกล้ ๆ เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจและเกิดความอบอุ่นติดตามเยี่ยมหลังคลอดขณะอยู่โรงพยาบาลวันที่ 2 ของการคลอด เรื่องลักษณะสีของน้ำคาวปลาและแผลฝีเย็บ ปริมาณน้ำนม ลักษณะหัวนมลานนม การคัดตึงของเต้านม การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายของทารก และประเมินความพร้อมของมารดาทั้งด้านความรู้และทักษะ ในการดูแลตนเองและทารกก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน

โดยทั้งสองกลุ่มได้รับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 7 วัน และ 14 วันหลังคลอด

3. ระยะหลังการจำหน่าย ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอด 7 วัน และ 14 วัน ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น แผลฝีเย็บ น้ำคาวปลา ลักษณะการคัดตึงของเต้านม การดูนมมารดา ลักษณะตาและสะดือของทารก

ตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2565 จำนวน 22 คน โดยคำนวณตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูปของ App N4 Studies สูตร two independent means¹² แทนค่าสูตรโดยใช้งานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของนิชากร ชื่นอารมณ¹³ ในโปรแกรมคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 11 คน รวมทั้งหมด 22 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากมี 2 ใบ คือ เลขคู่ เป็นกลุ่มควบคุม และ เลขคี่ เป็นกลุ่มทดลอง ให้ตัวอย่างเป็นผู้จับฉลากเอง โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป หากอายุน้อยกว่า 18 ปีต้องได้รับการยินยอมจากผู้มีอำนาจกระทำการแทนโดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม 2) อายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดถึง 1 ปี 4) ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และไม่มี

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ 5) สามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ 6) อยู่ร่วมกับทารกโดยมารดาเป็นผู้ให้การเลี้ยงดูทารก

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีการคลอดผิดปกติ ได้แก่ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศหรือคีมดึง 2) มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ ตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอด มีภาวะชักขณะคลอดและหลังคลอด ทารกแรกคลอดป่วยและแยกกับมารดา ทารกมีความพิการ และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาครรภ์แรก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว บุคคลที่ดูแลทารกหลังคลอด

1.2 แบบวัดความรู้มารดาในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด จำนวน 10 ข้อเป็นแบบเลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ข้อคำถามเน้นความรู้ในการนำไปใช้ในการดูแลตนเองและทารก เนื้อหาประกอบด้วย การดูแลตนเองหลังคลอด เช่น การดูแลรักษาความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ การพักผ่อนให้เพียงพอ การมีเพศสัมพันธ์ การยกของ การนัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ เพื่อตรวจมดลูกและแผลฝีเย็บ และวางแผนคุมกำเนิด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และการดูแลทารกหลังคลอด เช่น อาการผิดปกติของทารกที่ควรมาพบแพทย์ การเช็ดตาเช็ดสะดือ การรับวัคซีนแรกคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน โดย 0-4 คะแนน หมายถึงมารดามีความรู้น้อย 5-7 คะแนน หมายถึงมารดามีความรู้ปานกลาง 8-10 คะแนน หมายถึงมารดามีความรู้มาก มีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านสูติรีเวชกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม อาจารย์พยาบาลด้านสูติรีเวชกรรม เท่ากับ 0.80 และได้นำมาใช้กับมารดาครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ด้วยสูตร KR 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.78

1.3 แบบประเมินทักษะมารดาในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด ประกอบด้วย การหยิบจับผ้าอ้อมนม บอกลำดับวิธีการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การทำความสะอาดเต้านม การนวดกระตุ้นน้ำนม การนำลูกเข้าเต้าและอุ้มลูกดูนมแม่ การบีบเก็บน้ำนม การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการอาบน้ำสระผมลูก การใส่เสื้อผ้าและห่อตัวลูก การเปลี่ยนผ้าอ้อม การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการเช็ดตาและเช็ดสะดือลูก การเช็ดตาลูก การเช็ดสะดือลูก การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายของลูก บอกลำดับการใช้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ (DSPM) หลังจากนั้นวัดทักษะมารดาโดยใช้แบบประเมินทักษะที่มีจำนวน 15 ข้อ มีการให้ 1 คะแนนเมื่อมารดาปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้ 0 คะแนน เมื่อมารดาปฏิบัติไม่ถูกต้อง มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน โดย 0-5 คะแนน หมายถึง มีทักษะในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดน้อย, 6-10 คะแนน หมายถึง มารดามีทักษะในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดปานกลาง และ 11-15 คะแนน หมายถึง มารดามีทักษะในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดมาก ซึ่งแบบประเมินทักษะมารดานี้มีความตรงเชิงเนื้อหา โดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ เท่ากับ 0.90 และได้นำแบบประเมินทักษะมารดาในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด ทดลองใช้กับมารดาครรภ์แรกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้สังเกต ได้ค่า Inter-rater reliability เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory) เจื่อนไขด้านบุคคล ประเด็นการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการให้ความหมาย ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

2.2 สื่อการสอนภาพนิ่ง จัดสิ่งแวดล้อมในการทำกิจกรรมเสมือนจริงในระยหลังคลอด ใช้ตุ๊กตาจำลองเสมือนเป็นทารกในระยตั้งครรภ์ ในระยหลังคลอดให้มารดาปฏิบัติจริงกับทารก

2.3 คู่มือการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด ซึ่งเนื้อหาสอดคล้องกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดมารดาครรภ์แรก ซึ่งมีการตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม หัวหน้าสูติกรรม อาจารย์ผู้สอนด้านสูติรีเวชกรรม มีค่า CVI เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมุทรปราการ รหัส Nq 00765 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ก่อนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการทำวิจัย และขอความร่วมมือจากตัวอย่างมารดาตั้งครรภ์แรกในการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและแจ้งตัวอย่างว่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อและรายงานการวิจัย จะเสนอผลโดยรวมและกลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และกลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยเก็บข้อมูลจากมารดาครรภ์แรกอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป สุ่มโดยการจับฉลาก เป็นกลุ่มควบคุม 11 คน กลุ่มทดลอง 11 คน ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ระยะตั้งครรภ์	1. สร้างสัมพันธภาพเก็บข้อมูลส่วนบุคคล 2. ประเมินความรู้และประเมินทักษะในการดูแลตนเองและทารกรายบุคคล (pre-test) 3. มารดาได้รับการตรวจสุขภาพการตั้งครรภ์ 4. ได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยการเยี่ยมชมห้องคลอด และได้รับการสอนรายกลุ่มรวมกันทั้งมารดาตั้งครรภ์แรกและครรภ์อื่น ๆ ในด้านการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด แต่ไม่ได้ลงมือปฏิบัติจริง	1. สร้างสัมพันธภาพ จัดทำสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการให้ความหมาย ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรก เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ 2. ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกรายบุคคล (pre-test) 3. มารดาได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด ผ่านสื่อการสอนภาพนิ่ง พร้อมกับการสาธิตให้ดูการหีบจับผ้าอนามัย การทำความสะอาดเต้านม การนวดกระตุ้นน้ำนม การนำลูกเข้าเต้าและอุ้มลูกดูนมแม่ การบีบเก็บน้ำนม การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการอาบน้ำสระผมลูก การอาบน้ำและสระผมลูก การใส่เสื้อผ้าและห่อตัวลูก การเปลี่ยนผ้าอ้อม การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการเช็ดตาและเช็ดสะดือลูก การเช็ดตาลูก การเช็ดสะดือลูก การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายของลูก 4. ให้มารดาลงมือทำกิจกรรมเสมือนจริงโดยใช้ตุ๊กตาและจัดสิ่งแวดล้อมในห้องที่มีอุปกรณ์ทุกอย่างพร้อมในการดูแลตนเองและทารก จนกระทั่งมารดาเกิดความมั่นใจ และให้คู่มือในการดูแลตนเองและทารกไปทบทวนต่อที่บ้าน
ระยะหลังคลอดและเตรียมการจำหน่าย	1. มารดาหลังคลอดจะได้รับความรู้ในการดูแลตนเองและทารกเป็นรายกลุ่มรวมกันทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง 2. มารดาจะได้รับการสอนอาบน้ำเช็ดตาเช็ดสะดือ ในช่วงเข้าเวรตีกรวมกันเป็นกลุ่ม 3. ได้รับการสอนและประเมินการอุ้มลูกดูนมแม่โดยพยาบาลคลินิกนมแม่ในเวรเช้า 4. ได้รับการสอนก่อนกลับบ้านโดยพยาบาลเจ้าของโซนเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล การใช้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ การนัดตรวจหลังคลอด	1. มารดาหลังคลอดปกติครรภ์แรก 8-24 ชั่วโมงหลังคลอด ได้รับการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และความพร้อมในการดูแลตนเองและทารก 2. หลังการประเมินทบทวนความรู้และทักษะของมารดาในส่วนตัว หลังจากนั้นให้มารดาลงมือทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยใช้บทบาทเสริมในการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ยืนอยู่ใกล้ ๆ ให้ความมั่นใจแก่มารดา จนกระทั่งมารดาเกิดความมั่นใจ 3. วันที่ 2 ก่อนการจำหน่าย ให้มารดาทบทวนความรู้และปฏิบัติตามกิจกรรมในการดูแลตนเองและทารกให้ดูอีกครั้ง หากมารดายังไม่มั่นใจ ให้อ่านและสอนเพิ่มเติม 4. แจ้งมารดาเรื่องการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอดวันที่ 7 และ 14 ของการคลอด

ตารางที่ 1 (ต่อ) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	5. ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกรายบุคคล (post-test)	5. ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกรายบุคคล (post-test)
ระยะหลังการจำหน่าย	ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอด 7 วัน และ 14 วัน สอบถามเรื่อง แผลฝีเย็บ น้ำคาวปลา ลักษณะการคัดตัวของเต้านม การดูนมมารดา ลักษณะตาและสะดือของทารก	ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอด 7 วัน และ 14 วัน สอบถามเรื่องแผลฝีเย็บ น้ำคาวปลา ลักษณะการคัดตัวของเต้านม การดูนมมารดา ลักษณะตาและสะดือของทารก

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลการวิจัย ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และบุคคลที่ดูแลทารกหลังคลอด ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และทักษะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent sample t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 22 ปี (SD = 5.33) กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 21.27 ปี (SD = 6.87) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 54.50 ในกลุ่มควบคุม และ ร้อยละ 63.60 ในกลุ่มทดลอง รองลงมาคือ ประถมศึกษา และปวส./อนุปริญญา ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 18.20) ทั้งสองกลุ่ม อาชีพของผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว และเป็นนักเรียน/นักศึกษาจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 27.30) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและอื่นๆ (ร้อยละ 36.40) เมื่อพิจารณารายได้ของครอบครัว กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 14,227.27 บาทต่อเดือน (SD = 8,536.29) กลุ่มทดลองรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 11,181.82 บาทต่อเดือน (SD = 4,643.67) ความสัมพันธ์ในครอบครัวทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันกับพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 54.50 ของกลุ่มควบคุม และ ร้อยละ 81.80 ในกลุ่มทดลอง

คะแนนความรู้ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกทั้งก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P=0.05$ ส่วนคะแนนทักษะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P=0.05$ แต่คะแนนทักษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P<0.001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
คะแนนความรู้						
ก่อนการทดลอง	6.73	1.19	6.09	1.22	1.237	.230
หลังการทดลอง	7.73	1.19	8.45	1.04	1.528	.142
คะแนนทักษะ						
ก่อนการทดลอง	1.82	0.75	1.55	1.04	.707	.488
หลังการทดลอง	7.82	3.55	13.64	1.03	5.229	.000

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนความรู้ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P=0.05$ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานความรู้ในการนำไปใช้เพื่อการปฏิบัติตัว การดูแลทารกในครรภ์และการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดไม่แตกต่างกัน ซึ่งตามปกติเมื่อมารดามารับการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ พยาบาลจะให้ความรู้ที่สามารถนำไปใช้เรื่องการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ การเตรียมตัวมาคลอด นอกจากนี้ยังอธิบายความรู้ต่างๆ ที่มีอยู่ในสมุดฝากครรภ์ให้แก่มารดาครรภ์แรก ช่วยให้มารดาครรภ์แรก ได้อ่านทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองและทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงในระยะหลังคลอด ประกอบกับในปัจจุบันมารดาครรภ์แรกสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้ง่าย และจะได้รับการทวน สอบถามข้อมูลการดูแลตนเองที่จำเป็นจากพยาบาลอยู่เสมอ จึงเป็นเหตุให้คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ส่วนทักษะในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดพบว่า คะแนนทักษะกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P<0.001$ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการให้ข้อมูล จากพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางสูติกรรม โดยมารดาจะได้ฝึกทักษะการดูแลตนเองหลังคลอด เช่น การเลือกและสวมใส่ผ้าอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลเต้านม การเตรียมเต้านมสำหรับทารก เป็นต้น ส่วนทารกแรกเกิด มารดาจะได้รับการส่งเสริมทักษะการอาบน้ำ การเช็ดตา การเช็ดสะดือ การห่อตัวทารก การดูแลรักษาความสะอาดร่างกายทารกหลังการขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อมทารก การอุ้มทารกดูนมมารดา เป็นต้น โดยมีการแสดงบทบาทสมมติ ส่งเสริมความมั่นใจและให้กำลังใจ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านพร้อมกับมีพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงคอยชี้แนะ¹⁴ ซึ่งช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้มารดาครรภ์แรกเกิดทักษะที่ถูกต้อง มีความพร้อมในการที่จะปฏิบัติตน เพื่อดูแลตนเองและทารกหลังคลอด ทำให้สามารถเปลี่ยนผ่านบทบาทไปสู่การเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีทักษะในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shrestha¹⁵ พบว่าหลังทดลองกลุ่มที่

ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาวัยแรกเริ่มในประเทศเนปาล มีความรู้และความ
มั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลแผนกฝากครรภ์และหลังคลอด ควรนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้ไป
ประยุกต์ในการเตรียมมารดาครรภ์แรกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป จนกระทั่งหลังคลอดและ
การเตรียมจำหน่ายกลับบ้านให้มารดาครรภ์แรก เพื่อให้มารดาครรภ์แรกมีความพร้อมทั้งความรู้และทักษะใน
การดูแลตนเองและทารกหลังคลอด

1. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

- งานวิจัยครั้งต่อไปควรส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
- การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มการใช้เทคโนโลยีร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการให้
ความรู้ เพื่อให้ได้บทวนได้ง่ายและเกิดความเข้าใจมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้

- กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีจำนวนน้อย ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และการมี
ส่วนร่วมของครอบครัวให้มากขึ้น
- ส่งเสริมมารดาทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกจากคู่มือผ่าน QR code

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มการพยาบาลที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและส่งเสริมให้มี
โครงการอบรมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ขอขอบคุณมารดาตั้งครรภ์แรกที่มา
รับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ขอขอบคุณหัวหน้าหอสูติกรรมหลังคลอด หัวหน้าหอ
ผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม ที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณ ดร.ทีปทัศน์ ชินตา
ปัญญากุล วิทยากรผู้สอนและที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ปฤษฎนพร ศิริจรรยา, รจนา อัครพันธ์. ผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตนใน
หญิงหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี; 2560.35-48.
2. Meleis AI. Transition theory: Middle-range and situation specific theories in nursing
research and practice. New York: Springer publishing company; 2010.

3. วรัญญา ชลธารกัมปนาท, จันทิมา ขนบดี, ปราณี ป้องเรือ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก. วารสารวิชาการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระปกเกล้า; 2561.29(1): 29-41.
4. กมลวรรณ ลีนะธรรม, ธนิตา จุลย์วนิชพงษ์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ ความเครียดของมารดาหลังคลอด. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการเทคโนโลยีอีสเทิร์น; 2557.11(1):1-11.
5. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. Journal of Midwifery and Women's Health; 2013.58(6):613-621.
6. กนกพร นทีธสมบัตติ. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: กรณีศึกษาสตรีตั้งครรภ์ปกติ. วารสาร มฉก.วิชาการ; 2555. 16(31):103-116.
7. ฮานีพะฮะ เจ๊ะอาลี.ความกังวลของมารดาที่มีต่อทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2557.
8. สุปรียา สมบูรณ์, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยากลำบากในการปรับตัวของมารดาในช่วงเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.27(4):32-41.
9. Korukcu O, Kukul K. The effect of the mindfulness-based transition to motherhood program in pregnant women with preterm premature rupture of membranes. Health Care Women [Internet] ;2017 [cited 2020 May 15]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28406353/>
10. ปรียกมล ไกรกิจราษฎร์. ปัจจัยทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอด. พยาบาลสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.47(1):13-24.
11. พัชรา ประเสริฐวิทย์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด ในหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 2 โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี; 2561.26(3):185-198.
12. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: Sample size and power calculations for iOS. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program - The Thailand Research Fund & Prince of Songkhla University; 2014.
13. นิชากร ชื่นอารมณ, ศิรินาฏ โตยัง. ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดต่อความรู้และการปฏิบัติในการเตรียมตัวคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกไตรมาสที่ 3 ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชลบุรี. THU Journal online; 2562.4(3):11-25.

14. บุญมี ภูด่านจัว. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน:การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลครอบครัว. วารสารสภาการพยาบาล; 2556.28(4):107-120.
15. Shrestha S, Adachi K, Petrini MA, Shrestha S, Khagi BR. Development and evaluation of a newborn care education programme in primiparous mothers in Nepal. Midwifery [internet]; 2016 [cited 2022 Feb 12]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.006>

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการ
ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ**

จงจิตร รัยมธุรพงษ์, พิมลพรรณ ห้องทองแดง, นริศรา สลวยสุวรรณ, วรการต์ คงอัม

**The effects of professional nurses' competency promotion program on
knowledge and practice of caring for patients with gynecological cancer
receiving chemotherapy in Samutprakan hospital**

Jongjit Raimaturapong¹, Pimonpun Hongthongdaeng², Narisara Saruaysuwan²,

Worakan kongeim²

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

²พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ และศึกษาผลของการใช้โปรแกรม ตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 11 คน การศึกษาแบ่งเป็น 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราเป็นกรอบแนวคิด ตอนที่ 2 ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1)โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2)แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3)แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด และ 4)แบบบันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon signed-ranks test

ผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1)การส่งเสริมการเรียนรู้ 2)การสังเกตตัวเองหรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น 3)การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง และ 4)การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด มีความตรงเชิงเนื้อหาการหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา CVI เท่ากับ 1 และพบว่าผลของการใช้โปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และมีค่าคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.003$)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ, ความรู้, การปฏิบัติการดูแล, ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช, เคมีบำบัด

Abstract

This research develops a program to promote the competence of professional nurses in knowledge and practice of caring for patients with gynecological cancer receiving chemotherapy in Samutprakan hospital and studies the effects of using the program. The samples were professional nurses who practice in the obstetrics and gynecology ward, Samutprakan hospital. Eleven representatives were included by purposive sampling. This study was divided into two parts: Part 1: Develop a program to promote the competence of professional nurses using Bandura's self-efficacy theory as a conceptual framework. Part 2: Study the effects of using the program. The intervention and data collection tools are 1) Program for promoting the competence of professional nurses in the knowledge and practice of caring for patients with gynecological cancer receiving chemotherapy, 2) General information record form, 3) The questionnaire which evaluates the knowledge of caring for patients with gynecological cancer receiving chemotherapy, and 4) The nursing record form of taking care for patients with gynecological cancer receiving chemotherapy. Descriptive statistics and Wilcoxon signed-rank test were used for data analysis.

The result reveals that the program, which consists of 4 activities including promoting learning, observing model or people's experiences, successful actions by oneself and encouraging competency by giving advice or persuasion, promotes the competence of professional nurses and was proved by the CVI content validity index is equal to 1. The mean score of knowledge of professional nurses after joining the program was significantly higher than before joining the program ($P < 0.001$) and there was a statistically significant increase in the patient care practice score after joining the program ($P = 0.003$).

Keywords: professional nurses, competency promotion program, knowledge, practice of caring, patients with gynecological cancer, chemotherapy

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2563 พบว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ¹ ในประเทศไทยโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดเกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งมดลูก และมะเร็งรังไข่ ตามลำดับ² การรักษา มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีด้วยยาเคมีบำบัดมีบทบาทสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค ส่วนผู้ป่วยระยะท้ายๆ ที่โรคลุกลามยาเคมีบำบัดช่วยลดความทุกข์ทรมาน ยืดอายุของผู้ป่วย ยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรค ในการรักษามะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีด้วยยาเคมีบำบัดเพื่อใช้ในการทำลายเซลล์มะเร็งมักก่อให้เกิดอาการข้างเคียงขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัดและปัจจัยส่วนบุคคล³ ซึ่งยาเคมีบำบัดในกลุ่ม Paclitaxel และ Carboplatin เป็นยาเคมีบำบัดที่ใช้เป็นลำดับแรกในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช (first-line adjuvant chemotherapy)⁴ การบริหารยาชนิดนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกินได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการให้ยา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้องจะช่วยลดผลกระทบข้างเคียงได้⁵

สำหรับหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ⁶ เริ่มมีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชด้วยยาเคมีบำบัด ในปี 2563 การพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในระยะเริ่มต้นเป็นการเรียนรู้และฝึกทักษะการให้ยาเคมีบำบัด โดยให้พยาบาลวิชาชีพฝึกปฏิบัติการให้ยาเคมีบำบัดจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและส่งพยาบาลอบรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดปีละ 2 คน สถิติผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ปี 2563-2565 จำนวน 47 ราย 45 ราย และ 178 ราย ตามลำดับ ซึ่งในแต่ละรายจำเป็นต้องได้รับเคมีบำบัดหลายครั้ง อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบคือเกิดภาวะ hypersensitivity ระดับ 1 จำนวน 14 ราย ระดับ 2 จำนวน 1 ราย ระดับ 3 จำนวน 1 ราย เกิดภาวะ extravasation ระดับ 1 จำนวน 4 ราย และจากการนิเทศการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยก่อน ขณะ และ หลังให้ยาเคมีบำบัดพบไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการบริหารยาเคมีบำบัดในขั้นตอนการทำกาลักน้ำ เมื่อเกิดอุบัติการณ์ extravasation พบการจัดการไม่ถูกต้องในขั้นตอนไม่ดูดยาเคมีบำบัดออกก่อนถอดเข็ม พบข้อต่อสายน้ำเกลือขณะให้ยาเคมีบำบัดหลุด อีกทั้งการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละระยะยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้อง สภาการพยาบาลกำหนดคุณสมบัติพยาบาลที่สามารถให้ยาเคมีบำบัด⁷ ต้องมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งครบ 2 ปี และผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งได้รับการส่งเสริมให้มีสมรรถนะในการให้ยาเคมีบำบัด จากการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการให้ยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐ⁸ พบว่าพยาบาลต้องมีสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด ด้านการจัดการความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนระหว่างและหลังได้รับยาเคมีบำบัด ด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคและผลกระทบ ด้านการสื่อสารการสอนและการให้ข้อมูล ด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ และด้านการพัฒนาความรู้และการวิจัย

ดังนั้นการส่งเสริมให้พยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และได้รับการฝึกปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีการ

ประเมินความสามารถของพยาบาลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง^{7,8,9,10} ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

คำถามวิจัย

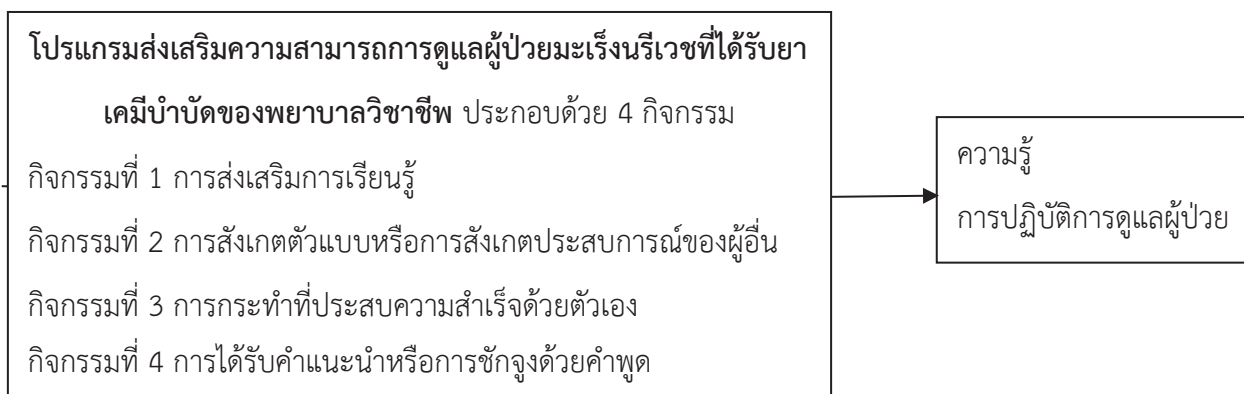
1. โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ควรมีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้ความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของแบนดูรา¹¹ เป็นแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย รายละเอียดดังนี้ 1) ส่งเสริมการเรียนรู้ โดยกระตุ้นสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมและจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2) การสังเกตตัวแบบ (model) หรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) ซึ่งการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลายๆ ครั้งจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง และ 4) การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) จากบุคคลที่น่าเชื่อถือในการวิจัยนี้หมายถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงออกโดยคำพูดว่ามีความเชื่อมั่นในความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจ มีกำลังใจ และมีความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จมากขึ้น ดังแสดงต่อไปนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาผลของการใช้โปรแกรม

ตัวอย่างวิจัย

ตัวอย่างวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ เสนอข้อคิดตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

เกณฑ์คัดตัวอย่างออกจากการวิจัย คือ

พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในช่วงย้ายหน่วยงาน/ลาคลอด/ลาอบรม/ลาป่วย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) มีขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของแบนดูราเป็นแนวคิดในการพัฒนา ในช่วงพัฒนามีขั้นตอนดำเนินการดังนี้ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาและประเมินความต้องการโดยสัมภาษณ์แพทย์เฉพาะทางมะเร็งผู้ให้การรักษาและพยาบาลวิชาชีพถึงความต้องการแนวทางการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติ กระบวนการพยาบาล แนวทางการดูแล และแนวปฏิบัติที่ใช้ในหอผู้ป่วย 2) สืบค้นงานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 3) นำโปรแกรมฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือแพทย์เฉพาะทางมะเร็งผู้ให้การรักษา 1 คน และพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2 คน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงก่อนดำเนินการวิจัยในตอนที่ 2

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม จำนวน 11 คน และศึกษาผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) การส่งเสริมการเรียนรู้ 2) การสังเกตตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง และ 4) การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.2 แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ (checklist) ถ้าตอบคำถามถูกต้อง = 1 คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน แบบวัดความรู้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC: Item Objective Congruence Index) เท่ากับ 0.96

2.3 แบบบันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม^{9,12,13,14} ใช้ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ แบบเลือกตอบ ปฏิบัติ-ไม่ปฏิบัติ หากตัวอย่างปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน โดยแบ่งการประเมินการปฏิบัติเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 27 ข้อ ดังนี้ ระยะเตรียมก่อนให้ยาเคมีบำบัด (10 ข้อ) ระยะให้ยาเคมีบำบัด (14 ข้อ) ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด (3 ข้อ) และแบบบันทึกการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 15 ข้อ ดังนี้ แนวปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity) (9 ข้อ) แนวปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำ (extravasation) (6 ข้อ) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่า CVI เท่ากับ 1 และมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายโครงการวิจัยอย่างละเอียดและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ฝึกและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลสมุทรปราการเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2565 ตามเลขที่หนังสือรับรอง Nq02565 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิตัวอย่างวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และตัวอย่างวิจัยมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการประเมินผลงาน ข้อมูลของตัวอย่างวิจัยจะเก็บเป็นความลับ

และนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อใช้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น เมื่อตัวอย่างวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยแล้วจึงให้เซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อป้องกันและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และ 2) ผ่านการประเมินทักษะการบริหารยาเคมีบำบัดจากพยาบาลที่เชี่ยวชาญการให้ยาเคมีบำบัด จากนั้นผู้วิจัยอธิบายและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ฝึกและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

1.2 เตรียมตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงโครงการวิจัยอย่างละเอียดและการเข้าร่วมโปรแกรม 4 กิจกรรม

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ประเมินความรู้ โดยให้ตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด (pre-test)

2.2 จัดให้ตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการสนทนากลุ่ม (group discussion) ใช้เวลา 1 วัน ดังนี้

- ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ กระตุ้น และชี้ชวนให้วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
- แนะนำผู้ช่วยวิจัย และอธิบายความเป็นมาเค้าโครงการวิจัยอย่างละเอียด
- ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย ระยะเวลาเตรียมก่อนให้ยาเคมีบำบัด ระยะให้ยาเคมีบำบัด ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด การพยาบาลภาวะภูมิไวเกิน และการพยาบาลยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำ
- ผู้วิจัยชี้แจงแนวปฏิบัติในแต่ละข้อ เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและความถูกต้องของลำดับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมที่ 2 การสังเกตตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น ใช้เวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอนและสาธิตขั้นตอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่สร้างขึ้นเป็นต้นแบบ (model) โดยใช้สถานการณ์จำลอง พร้อมมอบแนวปฏิบัติเพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดให้ตัวอย่างนำไปทบทวนเป็นรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง โดย

3.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ใช้เวลา 1 วัน ให้ตัวอย่างปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ

ยาเคมีบำบัดทุกขั้นตอน ปฏิบัติการทำกาลักน้ำ การ FIX ข้อต่อสายที่ให้ยาเคมีบำบัด การบริหารจัดการยาเคมีออกนอกหลอดเลือด (extravasation) และการใช้อุปกรณ์ spill kit

3.2 มอบหมายผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้กับตัวอย่าง ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติต้นแบบ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นิเทศกำกับขณะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแบบบันทึกการปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ใช้เวลา 1 เดือน

สัปดาห์สุดท้ายของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จัดกิจกรรมที่ 4 การได้รับคำแนะนำหรือการซักถามด้วยคำพูด โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยสรุปผลการปฏิบัติและเสนอแนะ ชื่นชม ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำการปฏิบัติในส่วนที่ขาด

2.3 หลังเข้าโปรแกรม 1 เดือน

2.3.1 ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรีเวซที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยให้ตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรีเวซที่ได้รับยาเคมีบำบัด (post-test)

2.3.2 ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โดยตัวอย่างปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตการปฏิบัติตามแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความรู้คะแนนการปฏิบัติโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและหลังเข้าร่วมโปรแกรมหนึ่งเดือน โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีช่วงอายุ 23-40 ปี ร้อยละ 90.90 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในระดับ Level 4 (6-10 ปี) ร้อยละ 36.36 และ Level 5 (11 ปี) ร้อยละ 36.36 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดระดับ Level 2 (อายุงาน 2-3 ปี) ร้อยละ 90.90 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=11)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	11	100
อายุ(ปี)		
23-40 ปี	10	90.90
41-60 ปี	1	9.10
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	11	100
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
Level 1 (0-1 ปี)	1	9.10
Level 2 (2-3 ปี)	2	18.18
Level 3 (4-5 ปี)	-	-
Level 4 (6-10 ปี)	4	36.36
Level 5 (11 ปี)	4	36.36
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด		
Level 1 (0-1 ปี)	1	9.10
Level 2 (2-3 ปี)	10	90.90

2. โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า โปรแกรมมีความตรงเชิงเนื้อหาการหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา เท่ากับ 1 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการเรียนรู้ เป็นการกระตุ้นสภาวะทางสรีระและอารมณ์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้ชวนให้วิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาแบบการสนทนากลุ่ม (group discussion) และให้ความรู้ตามแผนการสอนที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กิจกรรมที่ 2 การสังเกตตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสังเกตวิธีการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ (model) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสาธิตขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้สถานการณ์จำลอง พร้อมมอบแนวปฏิบัติต้นแบบ ให้ตัวอย่างนำไปทบทวนเป็นรายบุคคล

กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่ามีสมรรถนะสามารถปฏิบัติการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) และมอบหมายผู้ป่วยให้กับตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นิเทศกำกับขณะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแบบประเมินการปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจ มีกำลังใจ และมีความพยายามที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จมากขึ้น โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยสรุปผลการปฏิบัติและเสนอแนะ ชื่นชมให้กำลังใจ และให้คำแนะนำการปฏิบัติในส่วนที่ขาด

3. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.90 ($SD = 0.30$) และคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.45 ($SD = 1.12$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม				หลังเข้าร่วมโปรแกรม				p-value
	mean	SD	median	IQR	mean	SD	median	IQR	
ความรู้	7.45	1.12	7	5-9	9.90	0.30	10	9-10	<.001

พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที เท่ากับ 22.91 ($SD = 2.59$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมผ่านไป 1 เดือน เท่ากับ 26.36 ($SD = 2.11$) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมผ่านไป 1 เดือนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.003$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและหลังเข้าร่วมโปรแกรมผ่านไป 1 เดือน (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม				หลังเข้าร่วมโปรแกรม				p-value
	mean	SD	median	IQR	mean	SD	median	IQR	
การปฏิบัติ	22.91	2.59	23	16-26	26.36	2.11	27	20-27	.003

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยนำกิจกรรมที่ผสมผสานการส่งเสริมความรู้ร่วมกับการสังเกต และทดลองทำด้วยตนเองพร้อมทั้งให้กำลังใจนั้น พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีความตรงเชิงเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิค่าดัชนีความตรงเนื้อหา CVI เท่ากับ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของปรีศิณี และศิริลักษณ์¹⁵ ซึ่งพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ตามตัวแบบที่มีหลากหลายวิธีช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจดจำและเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตามตัว

แบบได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี¹⁶ ที่พบว่า การให้คำแนะนำผ่านสื่อวีดิทัศน์และหุ่นสาธิตแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจกโดยการชมการสาธิตและการลงมือฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ได้ดีกว่าการรับฟังการอธิบายเพียงทางเดียว

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็ง ยาเคมีบำบัด และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ทั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy theory) ของแบนดูรา¹¹ ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของบุคคลเป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ด้วยความเชื่อมั่นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง การได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบจะช่วยให้มีความคงอยู่ของการปฏิบัติของพยาบาลและเกิดการพัฒนาทางความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของจันจิราและวรารัตน์¹⁰ ที่พบว่า โปรแกรมการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลให้พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เช่นกัน

จากผลการวิจัยนี้ยังพบว่า การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดของพยาบาลวิชาชีพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผ่านไป 1 เดือน สูงกว่าหลังได้รับโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.003$) ซึ่งในประเด็นนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันจิราและวรารัตน์¹⁷ ที่พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือนน้อยกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ทั้งนี้งานวิจัยดังกล่าวมีแนวทางการจัดโปรแกรมส่งเสริมความสามารถที่แตกต่างกับงานวิจัยนี้ ซึ่งในงานวิจัยนี้มีการจัดโปรแกรมให้พยาบาลวิชาชีพดูบุคคลต้นแบบ (model) สาธิตการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พร้อมมอบแนวปฏิบัติให้พยาบาลนำไปทบทวนเป็นรายบุคคล ซึ่งการสังเกตตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ที่สังเกตเรื่องนั้นด้วย¹¹ อีกทั้งงานวิจัยนี้ยังเพิ่มการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกขั้นตอน และมอบหมายผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้กับพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ปฏิบัติการดูแลจริงตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 1 เดือน การฝึกทักษะจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพพบว่าตนเองมีสมรรถนะและสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น¹¹ นอกจากนี้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมมีการพูดคุยซักถามให้กำลังใจชื่นชมและนิเทศกำกับขณะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการได้รับคำแนะนำหรือซักถามด้วยคำพูดจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและมีการสรุปผลการปฏิบัติในส่วนที่ขาดทำให้พยาบาลวิชาชีพมั่นใจและมีความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จมากขึ้น¹¹ ซึ่งในประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของโสพิศ สุมานิต¹⁸ ที่พบว่า การแสดงความชื่นชม

เมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลนำศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่มาใช้ และให้กำลังใจเมื่อประสบปัญหาและอุปสรรคหรือเกิดความไม่มั่นใจในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลงานวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ จัดทำเป็นมาตรฐานการพยาบาลสำหรับหอผู้ป่วยที่มีขอบเขตการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด และมีการติดตามประเมินการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มตัวอย่างวิจัยให้มากขึ้น มีการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้จริง และติดตามผลของโปรแกรมเป็นระยะเพื่อให้เกิดความคงอยู่ของความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. สถิติผู้ป่วยมะเร็ง:วันมะเร็งโลก (World Cancer Day) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://thestandard.co/who-unveil-cancer-rate-2020/>
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. นิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ปี 2561-2565: สถานการณ์และแนวโน้มด้านโรคมะเร็ง. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. 2564. หน้า 37-38.
3. เฟลินพิศ ธรรมนิภา, นันทนา ธนาโนวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ใน: นันทนา ธนาโนวรรณ, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพฯ: วี.พริ้นท์; 2553. หน้า 309-327.
4. อีระ ทองแสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, อีระพร วุฒยวนิช, ประภาพร สู่ประเสริฐ, สายพิณ พงษ์ธา, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรน บুকส์ เซนเตอร์; 2551.
5. อัญชลี อ้วนแก้ว, สุจิตรา มลิตา, ภาวนา ดาววงศ์ศรี. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin ต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) และจำนวนวันนอน หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2559;24(1):38-48.
6. กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ. สถิติผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ. สมุทรปราการ; 2565.7.
7. สภาการพยาบาล. หลักสูตรการพยาบาลระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลักสูตรพื้นฐาน 10 วัน. สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย: กรุงเทพฯ; 2551. (เอกสารอัดสำเนา)

8. นุจรี สันติสำราญวิไล, สุชาดา รัชชกุล. การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการให้ยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสังกัดรัฐ. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2553;16(1):96-108.
9. อุบล จ้วงพานิช. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2554.
10. จันจิรา กิจแก้ว, วรรัตน์ ศรีสุข. ผลของการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลด้านดูแลให้รับยาเคมีบำบัด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2563;2(2):27-40.
11. Bandura A. Social Learning Theory. New Jersey: Englewood Cliffs; 1997.
12. สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย. ความปลอดภัยการให้ยาเคมีบำบัด: ข้อเสนอแนะและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: บริษัทชิคมา กราฟฟิกส์ จำกัด; 2564.
13. ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์. แนวปฏิบัติการพยาบาล (CPG: Clinical Nursing Practice Guideline) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.uboncancer.go.th/attach/news_1607308374_
14. เพลินพิศ ธรรมนิภา. คู่มือการพยาบาลการบริหารยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่. งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
15. ปรีศนิ พันธ์กุลสิกร, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35(4):1-15.
16. ยุวดี ขาดีไทย, นภาพร วาณิชกุล, สุชาดา ภัทรมงคลฤทธ. ผลของการให้คำแนะนำผ่านสื่อวีดิทัศน์และหุ่นสาธิตต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก ของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2559;36(2):159-170.
17. จันจิรา กิจแก้ว, วรรัตน์ ศรีสุข. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2563;2(2):27-40.
18. โสพิศ สุมานิต, เรณู พุกบุญมี, เสริมศรี สันตติ, ศรีสมร ภูมณสกุล. ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2554;17(1):63-74.

การติดเชื้อและผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ณัฐทิรา ชุ่มชูจันทร์

Infections and Health outcome after COVID 19 Infected of Samutprakan Hospital's Personnel

Natthira Chumchoochan¹

¹โรงพยาบาลสมุทรปราการ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

¹Samutprakan Hospital, Division of Nursing of Infection Control and Prevention

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุก ลักษณะการติดเชื้อและผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

รูปแบบการศึกษา: ศึกษาแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 และรักษาหายแล้วมากกว่า 3 เดือน นับจากวันตรวจพบเชื้อด้วยวิธี RT-PCR

ผลการศึกษา: ความชุกการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากร เท่ากับร้อยละ 24.22 (423/1747) ส่วนใหญ่อายุ < 30 ปี (ร้อยละ 71.12) อายุเฉลี่ย 28.73 ± 10.29 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.55) ผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจร้อยละ 59.27 อาการทางผิวหนังและเส้นผมร้อยละ 38.30 และกลุ่มอาการทางสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 27.96

สรุปผลและข้อเสนอแนะ: ความชุกการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากร เท่ากับ ร้อยละ 24.22 ภายหลังการติดเชื้อพบกลุ่มอาการผิดปกติหลายระบบ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ผิวหนังและเส้นผม และระบบสุขภาพจิต จึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการระบบต่างๆภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรเพื่อนำไปสู่การวางแผนดูแลบุคลากรอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความชุกการติดเชื้อ, ผลลัพธ์ทางสุขภาพ, การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, โควิด 19, ลองโควิด

Abstract

Purposes: To study the prevalence, characteristics and health-related outcomes after the coronavirus 2019 infection among health personnel in Samutprakan hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study of health personnel in Samutprakan hospital infected with COVID-19 was performed, from May 14, 2021 to March 31, 2022. All of the participants have fully recovered for over 3 months from the date of infection confirmed by the RT-PCR method.

Results: The prevalence rate of infection was 24.22% (423/1747). Most of the infected personnel were under 30 years old (71.12%), mean age of 28.73 ± 10.29 years, predominantly females (80.55%). Health-related outcomes after COVID-19 infection were the respiratory tract system (59.27%), skin and hair system (38.30%), and mental health problems, such as insomnia (27.96%).

Conclusion: The prevalence of infection in health personnel was 24.22%. The respiratory tract symptoms, skin lesions, hair loss, and mental health problems were found as common post-covid symptoms. Therefore, it is crucial to find out the factors related to the occurrence of these syndromes in order to properly develop a further health care plan.

Keywords: infection prevalence, health outcomes, coronavirus infection 2019, COVID-19, long COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด19 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) มีการรายงานพบผู้ป่วยรายแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 จากนั้นการแพร่ระบาดของโรคเริ่มขยายเป็นวงกว้าง องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดครั้งนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศและเป็นโรคระบาดวงกว้างไปทั่วโลก (Coronavirus pandemic)¹ สถานการณ์การระบาดในประเทศไทย ณ ปัจจุบันเป็นการระบาดระลอกใหญ่และแพร่กระจายทั้งประเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 13 เมษายน พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยยืนยันสะสมกว่า 3,948,869 คน เสียชีวิตสะสม 26,395 คน พบว่ามีอาการปอดอักเสบ 1,971 คน และเป็นผู้ป่วยหนักที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 834 คน²

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดต่อผ่านทางละอองขนาดเล็กที่มีเชื้อไวรัสปะปนอยู่ จากการสัมผัสโดยตรงหรือการสูดดมละอองฝอยเข้าไป นอกจากนี้เชื้อไวรัสยังสามารถติดต่อผ่านทาง fecal-oral transmission ได้ ระยะฟักตัวของโรคอยู่ในช่วง 2-14 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงอาการป่วยประมาณ 5 วันหลังจากได้รับเชื้อ³ อาการของโรคคล้ายไข้หวัด ได้แก่ ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ซึ่งแยกจากไข้หวัดทั่วไปได้ยาก ผู้ที่ติดเชื้อแล้วส่วนใหญ่จะมีการเล็กน้อย บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ปอดอักเสบ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก จำเป็นต้องเข้าไอซียูและใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนน้อยที่จะมีอาการรุนแรงจนถึงเสียชีวิต⁴ ทั้งนี้ความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระบบภูมิคุ้มกันของแต่ละคน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปและมีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคอ้วน เมื่อติดเชื้อโควิด 19 จะทำให้เพิ่มระยะเวลาการนอนรักษาตัวในไอซียูและมีอัตราตายสูงขึ้น⁵ ปัจจุบันยังไม่มียารักษาโดยเฉพาะจึงใช้วิธีรักษาตามอาการ ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะรักษาเพื่อพยุงระบบการทำงานของร่างกาย แม้ว่าผู้ป่วยโควิด 19 ส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรงและสามารถหายเองได้ แต่จากการสำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด 19 มีรายงานวิจัยหลายฉบับระบุว่าร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อจะมีการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ขาดสมาธิ ผอมร่าง และหอบเหนื่อย⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของกรมการแพทย์ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด 19 ลดลงจากก่อนป่วย โดยยังมีการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก หายใจหอบเหนื่อย ไอ นอนไม่หลับ ผอมร่าง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ วิดกกังวล/เครียด ความจำสั้น และเจ็บหน้าอก⁷

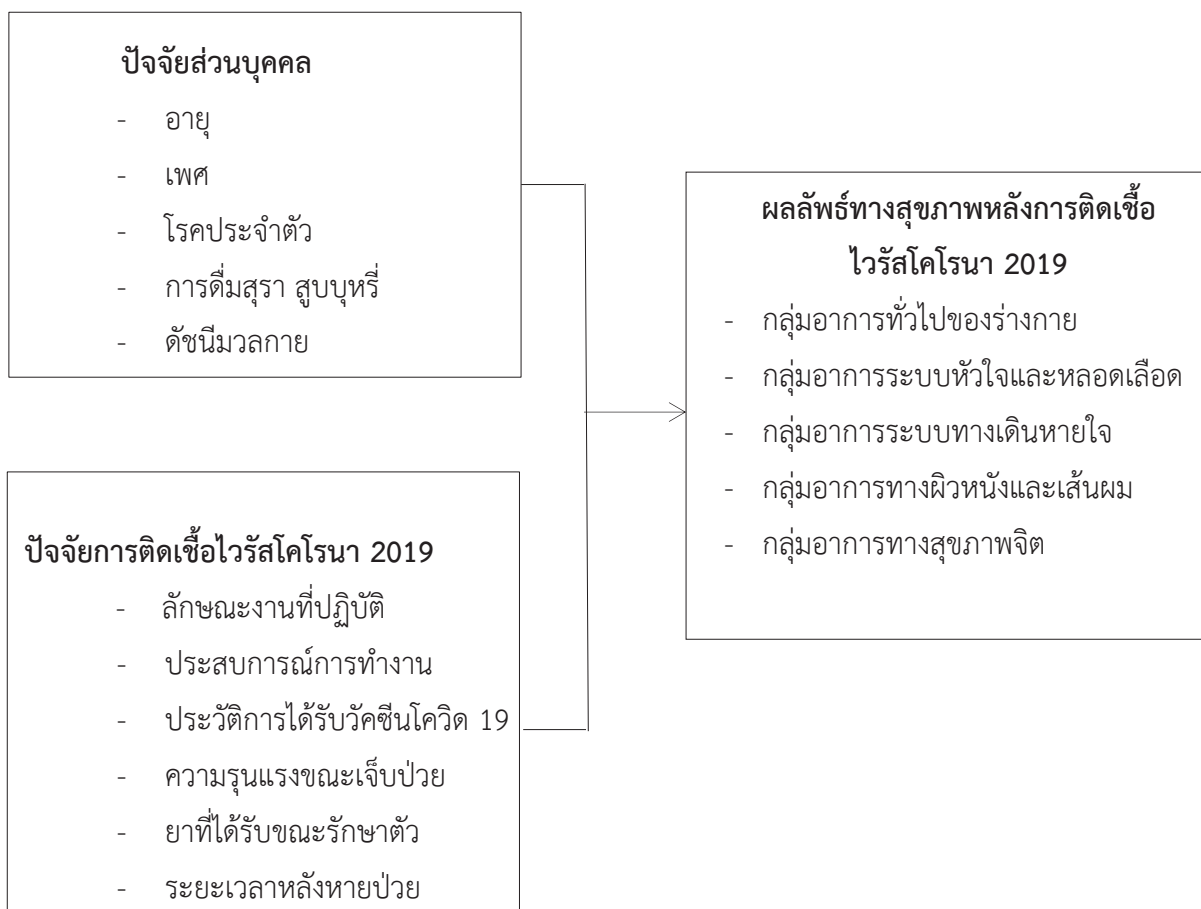
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นับว่าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว เรียกชื่อภาวะที่เกิดจากผลกระทบระยะยาวของการติดเชื้อโควิด 19 ว่า ลอนโควิด (Long COVID-19 หรือ post COVID syndrome) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุและพยาธิสภาพของการเกิดภาวะลอนโควิดที่ชัดเจน มีเพียงสมมติฐานที่คาดว่าอาจเกี่ยวข้องกับ fragments of viral genome or viral antigens ซึ่งไม่ส่งผลต่อการติดเชื้อแต่สามารถส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดการอักเสบในระบบต่างๆของร่างกาย อาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละคน โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหาย สามารถเกิดได้กับทุกระบบของร่างกาย ตั้งแต่ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันและสุขภาพจิต โดยมักพบอาการหลังได้รับเชื้อ 4 ถึง 12 สัปดาห์ อาการที่พบ

สามารถดีขึ้นหรือแยลงเมื่อเวลาผ่านไปได้ หรือมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้⁷ สำหรับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะลองโควิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีข้อสังเกตว่าปัจจัยที่พบได้ในหลายๆการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุ เพศหญิง มากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีภาวะอ้วน ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน ผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ และผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความรุนแรงของโรคมามากในระยะแรก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิด⁸⁻¹³

โรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 600 เตียง มีบุคลากรทั้งหมด 1,747 คน พบรายงานบุคลากรติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรก เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ.2564 และนับจนถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2565 มีบุคลากรในโรงพยาบาลติดเชื้อแล้วจำนวน 423 คน¹⁴ กระจายอยู่ทั่วไปเกือบทุกแผนกในโรงพยาบาล ผลการสอบสวนการติดเชื้อพบว่าเกิดจากการสัมผัสผู้ป่วยโควิด 19 โดยตรง จากการสัมผัสใกล้ชิดเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลในครอบครัวที่เป็นโควิด 19 หรือบางรายก็ไม่ทราบสาเหตุ ทั้งนี้เมื่อบุคลากรเกิดการเจ็บป่วยต้องหยุดปฏิบัติงานเพื่อรักษาและกักตัวเป็นระยะเวลา 14 ,10 และ 7 วัน ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่กรมการแพทย์ประกาศ ณ ช่วงเวลานั้นๆ ส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลควบคุมการติดเชื้อมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความชุก ลักษณะการติดเชื้อและผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพบุคลากร ตลอดจนปรับปรุงพัฒนางานและเป็นแนวทางปฏิบัติในการรับมือกับการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำต่อไปในอนาคต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และดัชนีมวลกาย⁸⁻¹³ ปัจจัยการติดเชื้อ ได้แก่ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ประวัติการทำงาน ประวัติการได้รับวัคซีน ความรุนแรงขณะเจ็บป่วย ยาที่ได้รับขณะรักษาตัว และระยะเวลาหลังหายป่วย¹¹⁻¹³ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมภายหลังการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังนี้



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

วิธีดำเนินการวิจัย ศึกษาแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 1,747 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่รายแรกที่ได้รับรายงานเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 และได้รับการรักษาหายแล้วมากกว่า 3 เดือนนับจากวันตรวจพบเชื้อด้วยวิธี RT-PCR กรณีกลุ่มตัวอย่างมีการติดเชื้อมากกว่า 1 ครั้งให้นับจากการติดเชื้อครั้งสุดท้ายและจะต้องรักษาหายแล้วมากกว่า 3 เดือน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้รับการตรวจหาเชื้อด้วยวิธี RT-PCR

เกณฑ์การคัดออก คือ บุคลากรที่ลาออก ลาคลอดบุตร ลาศึกษาต่อ หรือไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ หรือเสียชีวิตระหว่างช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง จำนวน 1 ฉบับ มี 2 ตอน ได้แก่

- ตอนที่ 1 ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน โรคประจำตัวและยาที่รับประทานประจำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การสัมผัสผู้ป่วยโควิด 19 ประวัติการได้รับวัคซีน อาการและอาการแสดงเมื่อติดเชื้อ ยาที่ได้รับขณะรักษาตัวและระยะเวลาที่รักษาตัว

- **ตอนที่ 2** แบบประเมินคัดกรองอาการผู้สงสัยว่ามีภาวะลองโควิด ซึ่งเป็นแบบประเมินตามคำแนะนำของกรมการแพทย์ เรื่องแนวทางปฏิบัติ “การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 หลังรักษาหาย (post COVID syndrome) หรือภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข” ซึ่งประกอบด้วย

แบบประเมิน mMRC (modified Medical Research Council) dyspnea scale เป็นเครื่องมือมาตรฐานตามแนวทางปฏิบัติสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹⁵ ที่กรมการแพทย์แนะนำให้ใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแบบประเมินนี้มาใช้และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.83 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.79¹⁶

แบบประเมินความรุนแรงของการนอนไม่หลับ (insomnia severity index, ISI) พัฒนาขึ้นโดยโมรินเมื่อปีค.ศ. 1993 แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธิญา แก้วแพง ในปี 2547 เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่กรมสุขภาพจิตแนะนำและมีการนำมาใช้หลายการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้ พบค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.86–1 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82–0.97¹⁷⁻²¹

แบบประเมินตนเอง GAD-7 พัฒนาขึ้นโดย สปิตเซอร์ และคณะ เมื่อปี ค.ศ.2006 เพื่อใช้ในการประเมินภาวะวิตกกังวลทั่วไป มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 89 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 87

และค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.92²² เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่กรมสุขภาพจิตแนะนำและมีการนำมาใช้ในการศึกษาของ เกสร มัยจินและคณะ ในปีพ.ศ.2565 พบค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.96²³

แบบประเมินคัดกรองอาการโรคซึมเศร้า 2Q และ 9Q เป็นแบบคัดกรองมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต โดยแบบคัดกรองซึมเศร้า 2Q พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ ปี พ.ศ. 2549 มีค่าความไวร้อยละ 97.3 ค่าความจำเพาะร้อยละ 45.6 สำหรับแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะในปีพ.ศ. 2561 มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12²⁴⁻²⁵ ทั้งนี้ โชติกา หาญมนตรี และคณะ (2564) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้และคำนวณหาค่าความเที่ยง ได้เท่ากับ 0.89²⁶

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือแบบสอบถามฉบับนี้ส่วนตอนที่ 2 เป็นแบบประเมินมาตรฐานตามคำแนะนำของกรมการแพทย์ เป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย การศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้ตรวจสอบหาค่าความตรงตามเนื้อหาของแต่ละแบบประเมิน แต่ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจนได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ 0.96 จากนั้นนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้จริงกับผู้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ หมายเลขรับรอง Nq01965

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามโดยเรียงลำดับตามวันที่พบการติดเชื้อ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งขอเข้าถึงเวชระเบียนประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟัง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณความชุกการติดเชื้อ
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของการติดเชื้อ ด้วยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ความชุกของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการ เท่ากับร้อยละ 24.22 (423/1747) อัตราการตอบแบบสอบถามร้อยละ 77.78 (329/423) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 329 คน ส่วนใหญ่อายุ < 30 ปี (ร้อยละ 71.12) อายุเฉลี่ย 28.73 ± 10.29 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และสูงสุด 60 ปี เพศ

หญิง ติดเชื้อมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 80.55) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.74 มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 23 กก./ม²) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 41.95 ให้ประวัติว่าปัจจุบันยังดื่มสุรา ร้อยละ 29.48 สูบบุหรี่ ร้อยละ 9.73 สำหรับโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 13.68 รองลงมาคือ ภูมิแพ้ร้อยละ 12.77 และเบาหวานร้อยละ 5.78 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของบุคลากรที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=329)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
<30	234	71.12
≥ 30	95	28.88
Mean $\pm$ SD	28.73 $\pm$ 10.29 ปี	
Min – Max	20–60 ปี	
เพศ ; หญิง	265	80.55
BMI		
ผอม (< 18.5)	17	5.17
ปกติ (18.5-22.9)	99	30.09
น้ำหนักเกิน (≥ 23)	213	64.74
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	20	6.08
มัธยมต้น/เทียบเท่า	58	17.63
มัธยมปลาย	113	34.35
ปริญญาตรีขึ้นไป	138	41.95
ดื่มสุรา	97	29.48
สูบบุหรี่	32	9.73
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	45	13.68
ภูมิแพ้	42	12.77
เบาหวาน	19	5.78
หอบหืด	6	1.82
โรคหลอดเลือดสมอง	2	0.61
ภูมิคุ้มกันต่ำ	1	0.30

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีประสบการณ์การทำงานโดยเฉลี่ย 11.85 ± 9.51 ปี น้อยที่สุด คือ 3 เดือน และสูงสุด 39 ปี ลักษณะงานที่ปฏิบัติมีเข้าเวรร้อยละ 58.66 ต้องปฏิบัติงานนอกเวลาราชการร้อยละ 84.80 ทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยตรงร้อยละ 34.35 บุคลากรผ่านการอบรม IC ร้อยละ 59.88 และผ่านการอบรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพียงร้อยละ 46.81 บุคลากรส่วนใหญ่

ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4 ครั้ง (ร้อยละ 68.69) กลุ่มตัวอย่างคิดว่าความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ คือ สัมผัสจากเพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อ (ร้อยละ 61.40) สัมผัสจากบุคคลในครอบครัวที่ติดเชื้อ (ร้อยละ 30.09) และสัมผัสกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ (ร้อยละ 18.54) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.12 มีการพักผ่อนช่วง 7 วันก่อนการติดเชื้ออย่างเพียงพอ ระยะเวลาติดเชื้อจนถึงวันตอบแบบสอบถาม 4.52 ± 2.21 เดือนต่ำสุด 3.04 เดือน สูงสุด 12.8 เดือน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะการทำงาน การอบรม การได้รับวัคซีน ความเสี่ยง การพักผ่อน และระยะเวลาติดเชื้อจนถึงวันตอบแบบสอบถาม ของบุคลากรที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=329)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะงานมีเข้าเวร	193	58.66
ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ	279	84.80
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการ (ปี)		
Mean $\pm$ SD.	11.85 $\pm$ 9.51 ปี	
Min – Max	3 เดือน–39 ปี	
ทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยตรง	113	34.35
ผ่านการอบรม IC	197	59.88
ผ่านการอบรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	154	46.81
การได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
1 ครั้ง	3	0.91
2 ครั้ง	17	5.17
3 ครั้ง	83	25.23
4 ครั้ง	226	68.69
ความเสี่ยงที่คาดว่าจะเป็สาเหตุของการติดเชื้อ		
ปฏิบัติงานที่สัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อ	61	18.54
สัมผัสจากบุคคลในครอบครัวที่ติดเชื้อ	99	30.09
สัมผัสจากเพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อ	202	61.40
สัมผัสเพื่อนที่พักร่วมห้องนอนเดียวกัน	11	3.34
ไม่ทราบสาเหตุมาจากที่ใด	83	25.23
การพักผ่อนช่วง 7 วันก่อนการติดเชื้ออย่างเพียงพอ	132	40.12
ระยะเวลาติดเชื้อจนถึงวันตอบแบบสอบถาม (เดือน)		
Mean $\pm$ SD	4.52 $\pm$ 2.21 เดือน	
Min – Max	3.04–12.80 เดือน	

เมื่อเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มอาการติดเชื้อทั่วไปที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ ไอ (ร้อยละ 69.00) มีน้ำมูก (ร้อยละ 56.23) มีไข้ (ร้อยละ 55.93) กลุ่มอาการที่พบไม่บ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ เจ็บคอ (ร้อยละ 58.66) ปวดเมื่อยเนื้อตัว (ร้อยละ 47.72) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 40.73) สำหรับกลุ่มอาการรุนแรงที่พบ

ได้แก่ หายใจลำบาก (ร้อยละ 12.46) เจ็บหน้าอก (ร้อยละ 3.95) สูญเสียความสามารถในการพูดหรือเคลื่อนไหวหรือมีนงง (ร้อยละ 2.43) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยา Favipiravir (ร้อยละ 46.20) ได้รับการรักษาตามอาการร้อยละ 29.48 ได้รับยาฟ้าทะลายโจรร้อยละ 17.63 สถานที่รักษาตัวส่วนใหญ่เป็น home isolation (ร้อยละ 58.36) รองลงมาคือ hospitel (ร้อยละ 32.83) และ cohort ward (ร้อยละ 8.81) ระยะเวลาในการรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ย 9.35 ± 2.82 วัน ต่ำสุด 4 วัน และสูงสุด 7 วัน พบบุคลากรที่ติดเชื้อมีภาวะปอดอักเสบร้อยละ 6.38 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อาการแสดงขณะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากร ยา สถานที่ ระยะเวลาการรักษา และภาวะปอดอักเสบของบุคลากรที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=329)

อาการติดเชื้อ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอาการทั่วไป		
ไข้	184	55.93
ไอ	227	69.00
น้ำมูก	185	56.23
อ่อนเพลีย	180	54.71
ไม่ได้กลิ่น	73	22.19
ไม่รับรส	69	20.97
มีเสมหะ	125	37.99
กลุ่มอาการที่พบไม่บ่อย		
เจ็บคอ	193	58.66
ปวดศีรษะ	134	40.73
ปวดเมื่อยเนื้อตัว	157	47.72
ท้องเสีย	46	13.98
ผื่นบนผิวหนัง	17	5.17
นิ้วมือนิ้วเท้าเปลี่ยนสี	5	1.52
ตาแดงหรือระคายเคืองตา	25	7.6
กลุ่มอาการรุนแรง		
หายใจลำบาก	41	12.46
สูญเสียความสามารถในการพูดหรือเคลื่อนไหวหรือมีนงง	8	2.43
เจ็บหน้าอก	13	3.95
ยาที่ได้รับ		
Favipiravir	152	46.20
ฟ้าทะลายโจร	58	17.63
ยารักษาตามอาการ	97	29.48

ตารางที่ 3 (ต่อ) อาการแสดงขณะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากร ยา สถานที่ ระยะเวลาการรักษา และภาวะปอดอักเสบของบุคลากรที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=329)

อาการติดเชื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ยาอื่น ๆ	2	0.61
ไม่ได้รับยา	20	6.08
สถานที่รักษาตัว		
cohort ward	29	8.81
hospital	108	32.83
home isolation	192	58.36
ระยะเวลาการรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (วัน)		
Mean ± SD	9.35±2.82 วัน	
Min – Max	4–7 วัน	
ภาวะปอดอักเสบ		
ไม่มี	190	57.75
มี	21	6.38
ไม่ทราบ	118	35.87

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคลากรภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=329)

กลุ่มอาการ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอาการทั่วไปของร่างกายผิดปกติ (mMRC ≥ 2 จากคะแนนเต็ม 4)	14	4.26
กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด	30	9.12
กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ	195	59.27
กลุ่มอาการทางผิวหนังและเส้นผม	126	38.30
กลุ่มอาการทางระบบประสาท		
ปวดศีรษะ	63	19.15
อาการอ่อนแรง	4	1.22
อาการมีนึ้ศีรษะ	43	13.07
กล้ามเนื้อลีบ	0	0
ภาวะหลงลืม	89	27.05
กลุ่มอาการทางสุขภาพจิต		
ภาวะวิตกกังวล (GAD-7 ≥9 จากคะแนนเต็ม 21)	17	5.17
ภาวะนอนไม่หลับ (ISI > 8 จากคะแนนเต็ม 28)	92	27.96
ภาวะซึมเศร้า 9 ข้อ (9Q ≥7 จากคะแนนเต็ม 28)	47	14.29
ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q ≥1 จากคะแนนเต็ม 52)	11	3.34

ผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคลากรภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ภาวะเหนื่อยง่าย มีเสมหะและไอเรื้อรัง ร้อยละ 59.27 รองลงมาคือ กลุ่มอาการทางผิวหนังและเส้นผม คือ ภาวะผมร่วง ร้อยละ 38.30 กลุ่มอาการทางสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะนอนไม่หลับ ร้อยละ 27.96 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.29 และภาวะวิตกกังวลร้อยละ 5.17 สำหรับกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่พบได้มากที่สุด คือ ภาวะหลงลืมร้อยละ 27.05 ปวดศีรษะร้อยละ 19.15 และมีศีรษะร้อยละ 13.07 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ลักษณะของการติดเชื้อ ผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ตั้งแต่รายแรกที่พบรายงานเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2565 สามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความชุกของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากร เท่ากับร้อยละ 24.22 บุคลากรที่ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุน้อยกว่า 30 ปี ให้ประวัติสัมผัสร้อยละ 29.48 สูบบุหรี่ร้อยละ 9.73 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีภาวะน้ำหนักเกิน ($BMI \geq 23$ กก./ม²) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ และโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12 ปี ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมด้าน IC และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะงานที่ปฏิบัติส่วนใหญ่ต้องเข้าเวร และมากกว่าร้อยละ 80 ต้องปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เพื่อตอบสนองต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้บุคลากรที่ติดเชื้อกว่าร้อยละ 60 พักผ่อนไม่เพียงพอ หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยตรงและส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4 ครั้ง อาการที่พบมากที่สุด คือ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก มีไข้และอ่อนเพลีย ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาดำเนิน home isolation เฉลี่ยนาน 10 วัน และครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับยา Favipiravir ตั้งแต่ 1 - 2 วันแรกที่เริ่มป่วย พบภาวะปอดอักเสบร้อยละ 6.38 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.40 คิดว่าสาเหตุของการติดเชื้อมาจากการสัมผัสกับเพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ของประเทศอินเดีย โดยพบว่าบุคลากรที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ร้อยละ 27.4 ไม่ได้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีผู้ป่วย โควิด 19 แต่ติดเชื้อจากการสัมผัสเพื่อนร่วมงานที่เป็นโควิด 19 ที่ยังไม่แสดงอาการ โดยผ่านทางการใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือ พื้นที่ปฏิบัติงาน การดื่มเครื่องดื่ม และมีกิจกรรมการพยาบาลร่วมกัน²⁷ ทั้งนี้การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การล้างทำความสะอาดมือ และการเช็ดทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ ของใช้ที่มีการใช้งานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นมาตรการสำคัญที่ไม่ควรละเลย

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างซึ่งหายจากการติดเชื้อนานเฉลี่ย 4.5 เดือน กลุ่มอาการที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ เหนื่อยง่าย มีเสมหะ ไอเรื้อรัง กลุ่มอาการทางผิวหนังและเส้นผม คือ ภาวะผมร่วง และกลุ่มอาการทางสุขภาพจิต คือ ภาวะนอนไม่หลับ และกลุ่มอาการทางระบบประสาท คือ ภาวะหลงลืม ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับ fragments of viral genome or viral antigens ซึ่งไม่ส่งผลต่อการติดเชื้อแต่สามารถส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิด

การอักเสบในระบบต่างๆของร่างกาย ร่างกายจึงมีการปรับและสร้างสมดุลของภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บเสียหายต่อเนื่องเยื่อของอวัยวะในร่างกายโดยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายตนเอง^{7, 28}

การศึกษาครั้งนี้ไม่พบบุคลากรที่มีผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาการรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานภายหลังพ้นระยะการรักษาและกักตัว แต่พบว่าผลคะแนนที่ได้จากการทำแบบประเมินกลุ่มอาการทางสุขภาพจิต ได้แก่ แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (GAD-7) แบบประเมินความรุนแรงของการนอนไม่หลับ (ISI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q,9Q) มีคะแนนสูงในระดับที่ต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับคำปรึกษาทางจิตเวช จำนวน 7 ราย ผลการส่งต่อพบว่า แพทย์ให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะวิตกกังวล 3 ราย และมีภาวะนอนไม่หลับ 2 ราย จำเป็นต้องได้รับการรักษาและนัดตรวจซ้ำอย่างต่อเนื่อง ส่วนอีก 2 รายปฏิเสธการส่งต่อ ด้วยข้อจำกัดของการศึกษาแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ก่อนหลังของการเกิดปัญหาทางสุขภาพได้ แต่ด้วยสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีรายงานการศึกษาหลายฉบับที่แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์การระบาดครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจต่อบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า เครียด นอนไม่หลับ หวาดกลัว ย้ำคิดย้ำทำและร่างกายทรุดโทรมในช่วงการระบาดจากการมีภาระงานเพิ่มขึ้นทำให้การพักผ่อนน้อยลง²⁹⁻³²

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาภาวะผลกระทบระยะยาวภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วงการระบาดระลอกแรกในสหราชอาณาจักร ตั้งแต่ 24 มีนาคม ถึง 2 กันยายน พ.ศ.2563 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,182 คน ที่เข้าร่วมติดตามอาการด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชัน รายงานอาการที่พบภายหลังการติดเชื้อมากที่สุด คือ อาการเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ หายใจลำบาก¹¹ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกรุงมอสโก ประเทศรัสเซีย ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ จำนวน 2,649 คน ซึ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วนานเฉลี่ย 217.5 วัน อาการที่พบมากที่สุด คือ เหนื่อยล้า หายใจไม่อิ่ม และหลงลืม¹² Ali Akbar Asadi-Pooya และคณะได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโควิด 19 จำนวน 4,681 คน ในช่วงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ ถึง 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 โดยการโทรศัพท์ติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วอย่างน้อย 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.3 มีภาวะเหนื่อยล้า ความทนต่อการออกกำลังกายลดลง ปวดกล้ามเนื้อและหายใจลำบาก¹³ ทั้งนี้การศึกษาในประเทศสเปนยังพบภาวะผมรั้ง ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับที่แย่ลงเมื่อเทียบกับก่อนเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)⁸ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาตัวในเครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี ในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2564 เก็บข้อมูลภาวะหลังการติดเชื้อโควิด 19 โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ อาการที่พบบ่อยคือ ผมรั้ง (32.53%) ภาวะเมื่อยล้าภายหลังทำกิจกรรม หายใจลำบาก อาการเหนื่อยง่ายและนอนไม่หลับ³³ การศึกษาของโรงพยาบาลสิชล จ.นครศรีธรรมราช พบว่าผู้ป่วยโควิด 19 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 3 เดือน จำนวน 392 ราย มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไอมีเสมหะ/ไอแห้งๆ³⁴

การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย แต่สำหรับในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ พบการศึกษาจำนวนไม่มากและแต่ละการศึกษาก็มีวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินงาน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบในรายงานเหล่านั้นคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ ดังเช่นการศึกษาในบุคลากรทางสุขภาพประเทศเยอรมนี ซึ่งติดเชื้อก่อนวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 2,053 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (82%) อายุเฉลี่ย 51 ปี กว่าร้อยละ 50 มีอาการนานกว่า 9 เดือน (สูงสุด 15 เดือน) อาการที่พบบ่อย คือ เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย มีปัญหาเรื่องสมาธิและความจำ หายใจลำบาก/หายใจไม่อิ่ม นอนไม่หลับ ผื่นวง วิตกกังวลและซึมเศร้า³⁵ และยังพบการศึกษาของ Gaber T.A.Z.K. และคณะ ซึ่งศึกษาในบุคลากรประเทศอังกฤษ จำนวน 3,759 คน ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกัน คือ พบภาวะเหนื่อยล้า (39%) หายใจลำบาก/หายใจไม่อิ่ม (40%) นอนไม่หลับ (49%) และอารมณ์แปรปรวน (44%)³⁶ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพภายหลังการติดเชื้อได้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ โดยมีอาการที่หลงเหลืออยู่คล้ายคลึงกัน

สรุป ผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบกลุ่มอาการผิดปกติหลายระบบ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบผิวหนังและเส้นผม และกลุ่มอาการทางสุขภาพจิต กลุ่มอาการดังกล่าวยังคงหลงเหลืออยู่แม้หายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มานาน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามประเมินอาการภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวมให้แก่บุคลากร และให้การช่วยเหลือทันทีเพื่อลดความรุนแรงและการกลายเป็นภาวะเรื้อรัง ทั้งนี้ควรกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพบุคลากรกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ การให้หยุดงานเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน และควรสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคติดต่อแก่บุคลากรทุกระดับอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1.1 ภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรมีการติดตามประเมินอาการทางคลินิกและทางสุขภาพจิตแบบองค์รวม เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนและลดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ แก้อาการและปัญหาของผู้ป่วยรวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและความผิดปกติทางสุขภาพจิต หากพบบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิตควรได้รับการคัดกรอง ติดตามดูแลและเข้าช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

1.2 สนับสนุนและให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ มีการทบทวนฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.3 กำหนดนโยบายการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อให้ครอบคลุมถึงระยะเวลาการหยุดพักงานเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงานอื่น

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการระบบต่างๆภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรเพื่อนำไปสู่การวางแผนดูแลบุคลากรอย่างเหมาะสมต่อไป

2.2 การศึกษานี้ใช้รูปแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ข้อจำกัดของการศึกษา คือ ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ก่อนหลังของการเกิดปัญหาทางสุขภาพได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความกรุณาช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รศ.ดร.วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร พญ.อรพรรณ อีระตระกูลชัย, ดร.ศรีสุดา อัสวาลังกุล, ดร.ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล และคุณทองปาน เนื้องาม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ข้อคิด ตรวจสอบข้อบกพร่องและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณอำพันธ์ พรหมศรี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลโรงพยาบาลสมุทรปราการที่สนับสนุนให้เกิดการศึกษานี้ ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งและมีส่วนร่วมให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Domenico C, Maurizio V. WHO declares COVID-19 a pandemic. Acta Biomed. 2020;91(1):157-160.
2. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: สถานการณ์ทั่วโลก[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
3. สุรียยา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, สุนนมาลย์ อุทัยมกุล. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19). วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563;14(2):124-133.
4. จักรพันธุ์ ศิริบริรักษ์, สมจิต พฤกษ์รัตนานนท์. โรคโควิด 19. บุรพาเวชสาร. 2563;7(1):89-95.
5. Adekunle S, Chuku O, Aleksandra M, Risha P, Kokab Y, Priyank D, et al. Comorbidity and its impact on patients with COVID-19. SN Comprehensive Clinical Medicine. 2020; 2:1069-1076.
6. Sandra L.L, Talia W.O, Carol P, Rosaalinda S, Paulina A.R, Angelica C, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. PMC [Internet]. 2021 [cited 2022 April 13]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33532785/>
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (post COVID syndrome) หรือภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid19.dms.go.th/Content>
8. Cesar F, Jose D, Oscar J, Esperanza N, Victor G, Maria L, et al. Female sex is a risk factor associated with Long-Term post-COVID related-systems but not with COVID-19 symptoms: The Long-covid -EXP-CM multicenter study. Journal of Clinical Medicine

- [Internet]. 2020; 11(413) [cited 2022 April 13]. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-383/11/2/413>
9. Vimercati L, Maria L.D, Quarato M, Caputi A, Gesualdo L, Migliore G, et al. Association between Long COVID and Overweight/Obesity. MDPI [Internet]. 2021 [cited 2022 April 13]. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/18/4143/htm>.
 10. Anuradhaa S, Krishnarajah N, Sarah H, Puja M, Tim W, Krishna M.G, et al. Symptoms and risk factors for long COVID in non-hospitalized adults. Nature Medicine [Internet]. 2021 [cited 2022 April 13]. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41591-022-01909-w>.
 11. Carole H.S, Benjamin M, Thomas V, Mark S.G, Rose S.P, Ruth C.B, et al. Attributes and predictors of long COVID. MDPI [Internet]. 2021 [cited 2022 April 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7611399/>
 12. Vogelberg C, Becker S, Klimek L. Asthma may influence Long-Term consequences of COVID-19 in Hospital adult. Pesquisa bvsalud [Internet]. 2020 [cited 2022 April 13]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1570375>.
 13. Ali Akbar A-P, Ali A, Amir E, Mehrzad L, Mahtab R, Hamid N, et al. Risk factors associated with Long COVID syndrome: A retrospective study. Iran Journal Sci. 2021;46(6):428-436.
 14. โรงพยาบาลสมุทรปราการ. รายงานการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ปี พ.ศ.2564-2565. เอกสารอัดสำเนา.
 15. นันทา มาระเนตร์, อรรถ นานา, สุรีย์ สมประติกุล, สุนทรี ฉัตรศิริมงคล, วรณา เอียดประพาล. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัทยูเนี่ยนอุตสาหกรรม จำกัด; 2553.
 16. นุชรัตน์ จันทโร. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต] [ปริญญานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/12476>
 17. พัทธิญา แก้วแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ [ปริญญานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
 18. วรวรรณ สวนศรี. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท [ปริญญานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.

19. วรณัน ธีรสุตาพรรณ, จินดารัตน์ ชัยอาจ, โรจน์ จินตนาวัฒน์. ผลของโปรแกรมการจัดการการนอนไม่หลับต่อความรุนแรงของการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(3): 5-19.
20. จุฑารัตน์ จิราพงษ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(1):134-149.
21. จรรยา นิยมหลวง, รสสุคนธ์ วาริตสกุล, ยุพิน อังสุโรจน์. ปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(3)148-160.
22. Spitzer R.L, Kroenke K, Williams J.B, Löwe B.A. Brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. [Internet]. 2022 [cited 2022 April 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/>
23. เกสร มัยจีน, กาญจน์ พันธุ์โพธิ์โรจน์, สุทธิศานต์ ชุ่มวิจารณ์. การพัฒนาแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตต่อการเกิดโรคติดเชื้อใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ (ฉบับภาษาไทย): กรณีศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด 19. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565;36(2):115-136.
24. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ. ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaidepression.com/2020/web/index.php?r=news%2Fview&id=215>
25. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(1):321-334.
26. โชติกา หาญมนตรี, นิชากร กันเนียม, อัจฉรา ทูมเที่ยง, อาภัสรา ผลเลิศ, นงคณภัส คำจันทร์, อรจิรา สุขบันเทิง และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของครอบครัวนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2564;3(3):1-16.
27. ภัทริา ตันติภาสวสิน, สิทธิชัย ตันติภาสวสิน. ภาวะโพสท์โควิด (ลองโควิด) Post-Covid condition (Long COVID). วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2565; 47(1): 67-61.
28. Priya C, Lilabi M.P, Thomas B, George B, Hafeez N, George A.M, et al. COVID-19 infection among health care workers in a tertiary care teaching hospital in Kerala-India. JFMPC [Internet]. 2022 [cited 2022 April 10]. Available from: https://journals.lww.com/jfmprc/Fulltext/2022/01000/COVID_19_infection_among_health_care_workers_in_a.39.aspx

29. Gonzalo S.P, Julio V.S, Ana C, Celso A, Carmen M, Francisco F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. PMC [Internet]. 2021 [cited 2022 April 13]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658823/>
30. Qinjian H, Dahai W, Min X, Yigou T, Yikai D, Ling Z, et al. Prevalence and risk factors of mental health problem among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. PMC [Internet]. 2021 [cited 2022 April 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8239157/>
31. Ravindranath S, Margiben T.B, Tumkur V.b, Nitha T, Amitha P, Souvik C, et al. Weathering the storm: psychological impact of COVID-19 pandemic on clinical and nonclinical healthcare workers in India. PMC [Internet]. 2021 [cited 2022 April 13]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33603296/>
32. พรนิภา หาญละคร, ชารินี เพชรรัตน์, นิภาพรรณ ฤทธิรอด, สุตถนอม กมลเลิศ, เตือนใจ พิทยาวัฒน์ชัย และอริบดี มีสิงห์. ความเครียด ความกังวล และผลกระทบของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(4): 488-494.
33. เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธัชชัย, ธนภมณ ลีศรี. ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):265-283.
34. มณฑิรา ชาญณรงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลืออยู่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-haijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/257651>
35. Claudia P, Madeleine D, Claudia W, Agnessa K, Albert N. Long-term effects of COVID-19 on workers in health and social service in Germany. PMC [Internet]. 2021 [cited 2022 April 13]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35742231/>
36. Gaber T.A.Z.K, Ashish A, Unsworth A. Persistent post-covid symptoms in healthcare workers. PMC [Internet]. 2021 [cited 2022 April 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8083525/>

การผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลัง และการผ่าตัดระบายช่องกระดูกสันหลัง ผ่านการส่องกล้อง: รายงานผู้ป่วย

ธนพรรษ ลือวิเศษไพบูลย์

Endoscopic spinal discectomy/decompression: A Case Series

Tanapat Luevisadpaibul, MD¹

¹โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

¹Bangplee Hospital, Samut Prakan province

บทคัดย่อ

หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทและภาวะกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท เป็นโรคที่มาด้วยอาการปวดหลังที่พบได้มากทางออร์โธปิดิกส์ ในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ การรักษาในขั้นต่อไปจะเป็นการผ่าตัดรักษา โดยการผ่าตัดแบบเปิดนั้นทำให้มีการบาดเจ็บต่อโครงสร้างทางด้านหลังของกระดูกสันหลังเป็นวงกว้าง จึงมีการคิดค้นวิธีการรักษาที่ลดการบาดเจ็บบริเวณนี้ การผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Endoscopic surgery) เป็นการรักษาที่ค่อนข้างใหม่ แต่สามารถลดการบาดเจ็บได้มาก โดยผลการรักษาด้วยวิธีนี้สามารถลดอาการเจ็บปวดและความทุพพลภาพลงได้มากหลังผ่าตัด Thai Oswestry Disability Index (Thai ODI) จากค่าเฉลี่ยที่ 40.4 ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ลดลงเหลือ 19.6 หลังผ่าตัดแบบส่องกล้อง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จจากการผ่าตัดได้อย่างดี

คำสำคัญ : ส่องกล้อง, หมอนรองกระดูกสันหลัง, กระดูกสันหลังทับเส้นประสาท

Abstract

Lumbar intervertebral disk herniation and lumbar spinal stenosis are common causes of radiating back pain. Surgical procedure is required in some cases, those who do not respond to conservative treatment. Standard open surgery involves causing more damage to posterior spinal structures. Endoscopic spine surgery has been introduced to minimize injuries and disabilities. This study reports case series that were treated by endoscopic surgery. The result demonstrates that patients' disabilities were significantly reduced, proven by Thai Oswestry Disability Index (Thai ODI) reduction from 40.4 to 19.6

Key words: Endoscopic spine, Lumbar intervertebral disk, lumbar spinal stenosis

บทนำ

อาการปวดหลังเป็นอาการที่พบบ่อยในแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ กล้ามเนื้ออักเสบ¹ แต่ในภาวะปวดหลังที่มีอาการร้าวลงขาาร่วมด้วย (radiating pain) อาจจะเป็นอาการของ ภาวะหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท (intervertebral disc herniation) ที่พบบ่อยได้กลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย หรือกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท (spinal stenosis) ที่พบบ่อยในประชากรสูงอายุ ทั้ง 2 ภาวะ อาจนำไปสู่การลดความสามารถในการทำงานหรือภาวะทุพพลภาพได้²

การรักษาของผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้เริ่มด้วยการรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) ก่อน โดยการนอนพัก และปรับพฤติกรรมการทำงาน แต่ในผู้ป่วยประมาณ 5% ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบอนุรักษ์ ในระยะเวลา 12 เดือน³ อาจต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

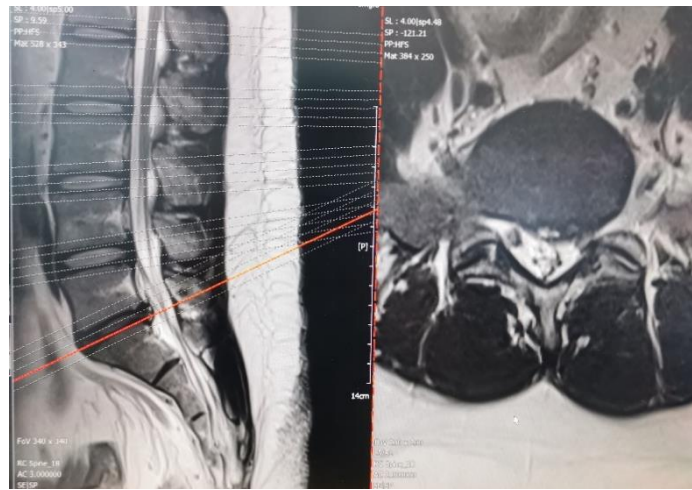
ในปัจจุบันการผ่าตัดรักษาที่เป็นมาตรฐานหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทและกระดูกสันหลังทับเส้นประสาทคือการผ่าตัดโดยใช้กล้องขยายช่วย (microdiscectomy or microdecompression) ซึ่งทำให้ลดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อหลังและโครงสร้างทางด้านหลังของกระดูกสันหลัง (posterior spinal structures) ทำให้ลดการทำให้เกิดความไม่มั่นคง (instability) ตามหลังการผ่าตัด และสามารถฟื้นตัวได้เร็วกว่าการผ่าตัดแบบเปิดแผล (open surgery) แต่การวิวัฒนาการของอุปกรณ์ในการผ่าตัดในปัจจุบัน ทำให้มีการใช้การส่องกล้อง (endoscopy) เข้ามาช่วยในการผ่าตัดต่างๆมากขึ้น รวมถึงการผ่าตัดกระดูกสันหลังด้วย โดยข้อดีที่เหนือกว่าการผ่าตัดแบบใช้กล้องขยายช่วยคือ การเห็นโครงสร้างเล็กที่ชัดเจนกว่าผ่านเลนส์ขยายของกล้อง (better visual) การบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและโครงสร้างด้านหลังที่น้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดและแบบใช้กล้องขยายช่วย เสียเลือดจากการผ่าตัดน้อยกว่า ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่าในศัลยแพทย์ที่ชำนาญ ฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้เร็วกว่า⁴

ในกรณีศึกษาี้ ได้ทำการรักษาผู้ป่วยหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทและกระดูกสันหลังทับเส้นประสาทจำนวน 5 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

รายงานผู้ป่วย

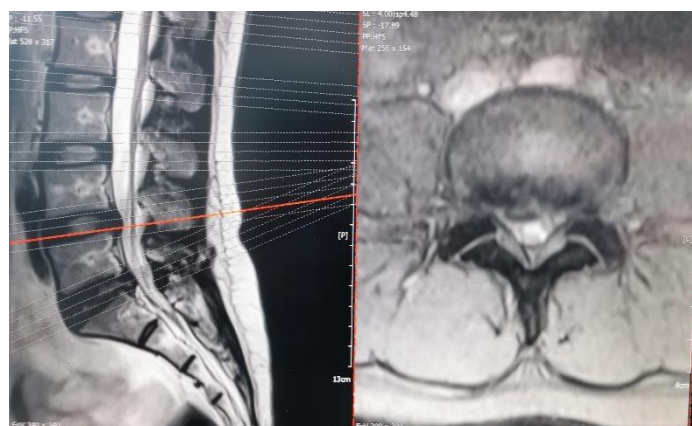
กรณีศึกษาที่ 1: ชายไทยอายุ 30 ปี ให้ประวัติ 10 ปีก่อนหน้าของหนัก มีอาการปวดหลังร้าวลงขาทั้ง 2 ข้าง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ยังมีอาการปวดหลังร้าวลงขาไม่มาก ทำงานได้ 1 ปี อาการปวดหลัง ร้าวลงขา 2 ข้างเป็นมากขึ้นข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา ตรวจร่างกาย พบ จุดกดเจ็บบริเวณกึ่งกลางหลังส่วนเอวข้อล่าง, ผู้ป่วยสามารถออกแรงต้านของขาทั้ง 2 ข้างได้เต็มที่ (motor power : grade V), ผลการตรวจ Straight leg raising test (SLRT) ได้ผลลบ ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) มาจากโรงพยาบาลอื่น พบมีหมอนรองกระดูกเคลื่อนที่กระดูกสันหลังส่วนเอวระดับที่ 5 ต่อกับกระดูกกระเบนเหน็บ (Disk herniation at L5/S1 disk left posterolateral area) (ภาพที่ 1) ได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์โดยให้ยา Gabapentin 300 mg 1 แคปซูล เช้าและเย็น และยา Tramadol 50 mg 1 แคปซูล เวลาปวดทุก 8 ชม. ได้ติดตามอาการ

เป็นเวลา 2 เดือน อาการยังไม่ดีขึ้น ได้รับการเปลี่ยนยาจาก Gabapentin เป็น Pregabalin 75 mg 1 แคปซูล
เช้าและเย็น แทนและติดตามอาการต่ออีก 1 เดือน อาการยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงตัดสินใจผ่าตัดรักษา



ภาพที่ 1 ภาพ MRI ของกรณีศึกษาที่ 1

กรณีศึกษาที่ 2: หญิงไทย อายุ 36 ปี อาชีพช่างไฟก่อสร้าง มาด้วยอาการปวดสะโพกขวา ร้าวลงขาขวา ชา
ตั้งแต่สะโพกลงถึงปลายเท้ามา 2 เดือน อาการเป็นมากขึ้นเวลาเดิน ตรวจร่างกายไม่พบจุดกดเจ็บที่หลังส่วน
เอว motor power : grade V การตรวจ SLRT ได้ผลเป็นบวกที่ 30 องศา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหมอนรอง
กระดูกทับเส้นประสาท ได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์ โดยการพักผ่อน และได้ยา Tramadol, Gabapentin 300
mg 1 แคปซูล วันละ 2 ครั้ง มาติดตามอาการหลังการรักษาที่ 2 สัปดาห์ อาการไม่ดีขึ้น จึงได้รับการส่งตรวจ
MRI พบมีหมอนรองกระดูกเคลื่อนที่กระดูกสันหลังส่วนเอวระดับที่ 4 ต่อ 5 และข้อที่ 5 ต่อกับกระดูกกระเบน
เหน็บ (ภาพที่ 2) จึงได้รับการผ่าตัดรักษาที่หมอนรองกระดูกส่วนเอวระดับที่ 4 ต่อ 5



ภาพที่ 2 ภาพ MRI ของกรณีศึกษาที่ 2

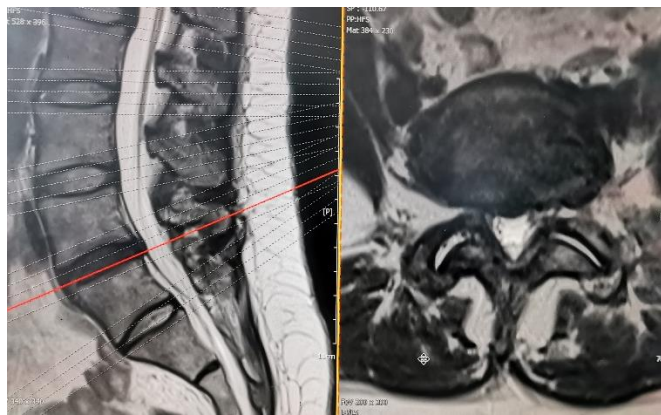
กรณีศึกษาที่ 3: หญิงไทย อายุ 48 ปี มารับการรักษาด้วยอาการปวดหลังร้าวลงเชิงกรานและก้นกบ และร้าวลงขาซ้ายตั้งแต่ 8 มีนาคม 2564 ตรวจร่างกายไม่พบจุดกดเจ็บที่หลังส่วนเอว motor power : grade V การตรวจ SLRT ได้ผลเป็นลบ ได้ทำการส่งตรวจ MRI เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2564 พบหมอนรองกระดูกโป่งที่หมอนรองกระดูกข้อที่ 5 ต่อกับกระดูกกระเบนเหน็บ (ภาพที่ 3) ได้รับการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ โดยได้ยา Tramadol, Vitamin B complex, Tolperisone, Gabapentin 300 mg 1 แคปซูล ก่อนนอน, Amitriptyline 25 mg 1 เม็ด ก่อนนอน และได้ทำกายภาพบำบัด 1 คอร์ส ด้วยการกระตุ้นไฟฟ้า (TENS), อัลตราซาวด์ (ultrasound therapy) และประคบความร้อน (hot pack) ในช่วงเวลา 1 ปี (ไม่ได้มาต่อเนื่อง เนื่องจากสถานการณ์โควิด) และได้ปรับยา Gabapentin 300 mg เพิ่มขึ้นเป็น 2 แคปซูล เช้าและเย็นแล้ว แต่อาการยังไม่ดีขึ้น จึงได้รับการรักษาโดยการฉีดสารสเตียรอยด์เข้าช่องโพรงไขสันหลัง ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565 หลังฉีดยา Triamcinolone 40 mg ผสมกับ Lidocaine อาการปวดของคนที่หายเป็นปกติ การฉีดยาฉีดเพียง 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลับมามีอาการเช่นเดิมอีกครั้ง จึงได้ปรึกษาเข้ารับการผ่าตัด



ภาพที่ 3 ภาพ MRI ของกรณีศึกษาที่ 3

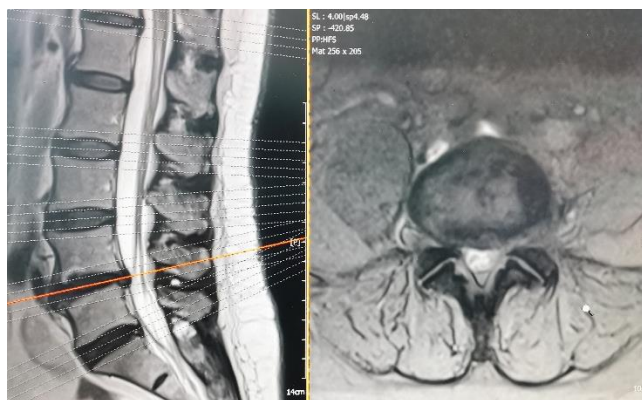
กรณีศึกษาที่ 4: หญิงไทย อายุ 43 ปี อาชีพขายของชำที่บ้าน มารับการรักษาด้วยอาการปวดสะโพกซ้าย ร้าวลงขาซ้ายเวลาเดิน ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2563 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น spinal stenosis และได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์โดยการส่งกายภาพบำบัดและได้รับยา Tramadol, Vitamin B complex, Tolperisone, Gabapentin 300 mg 1 แคปซูล ก่อนนอน ได้รับการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง อาการโดยทั่วไปดีขึ้น สลับกับทรงตัว จนถึงช่วง ตุลาคม 2563 ได้รับการเพิ่มระดับยา Gabapentin 300 mg เป็น 1 แคปซูล เช้าและเย็น จนกระทั่ง กันยายน 2564 ผู้ป่วยกลับมีอาการแย่ลง ตรวจร่างกายพบ SLRT เป็นบวก ข้างซ้าย จึงได้รับการส่งตรวจ MRI ผลมีหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวข้อที่ 4 ต่อกับข้อที่ 5 โป่งออก (ภาพที่ 4)

15 กันยายน 2564 ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าช่องโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวระดับที่ 4 ต่อกับ 5 ข้างซ้าย หลังฉีดยา อาการปวดสะโพกดีขึ้นมาก motor power: grade V, SLRT ได้ผลลบ ต่อมาอาการปวดลงขาซ้ายแย่ลง และขาทั้งสองข้างร่วมด้วยเวลาเดิน จึงได้รับการผ่าตัด



ภาพที่ 4 ภาพ MRI ของกรณีศึกษาที่ 4

กรณีศึกษาที่ 5: หญิงไทยคู่อายุ 61 ปี มารักษาด้วยอาการปวดหลัง ร้าวลงก้นทั้ง 2 ข้าง 1 ปี ไม่มีอาการชา ได้รับการตรวจ MRI จากโรงพยาบาลรามาริบัติจักษิณฤตินทร์ จึงได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์โดยการให้ NSAIDs และ Gabapentin 300 mg 1 แคปซูล ก่อนนอน และส่งกายภาพบำบัดเพื่อลดอาการปวด 1 เดือน อาการยังไม่ดีขึ้น ได้รับการเพิ่ม Gabapentin เป็น 1 แคปซูล เช้าและเย็น และกายภาพบำบัดต่อเนื่อง อาการยังไม่ดีขึ้น เป็นเวลา 6 เดือน ตรวจร่างกายไม่พบจุดกดเจ็บที่หลังส่วนเอว motor power : grade V การตรวจ SLRT ได้ผลเป็นลบ จึงได้รับการส่งตรวจ MRI อีกครั้ง (ภาพที่ 5) พบหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวข้อที่ 4 ต่อข้อที่ 5 โป่งออก และได้รับการผ่าตัดรักษา



ภาพที่ 5 ภาพ MRI ของกรณีศึกษาที่ 5

การผ่าตัด

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยนี้ จะได้รับการผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบผ่านท่อช่วยหายใจ และจัดทำในท่านอนคว่ำบนเตียงผ่าตัดที่มีหมอนขวางเตียงบริเวณอกและเชิงกราน และมีการหย่อนขาเพื่อให้อาการกระดูกสันหลังส่วนเอวโค้งมอด้านหลัง (kyphosis) (ภาพที่ 6)

อุปกรณ์ผ่าตัดผ่านกล้องและเลนส์เลือกใช้ของบริษัท Techcord (Techcord, Daejeon, Republic of Korea) (ภาพที่ 7) และชุดจอร์บภาพของ Olympus (ภาพที่ 8)

วิธีการผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางช่องระหว่างกระดูก laminar ของแต่ละระดับ (interlaminar percutaneous endoscopic lumbar decompression/discectomy)⁵



ภาพที่ 6 การจัดท่าผ่าตัดผู้ป่วยในห้องผ่าตัด



ภาพที่ 7 อุปกรณ์ผ่าตัดสันหลังผ่านกล้อง



ภาพที่ 8 ชุดจอร์ับภาพการผ่าตัดส่องกล้อง

การติดตามผลการรักษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายจะได้รับการให้คำปรึกษาและขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยก่อนจะได้รับการผ่าตัดทุกราย และได้รับการประเมินการโดยแบบสอบถามประเมินตนเอง Thai Oswestry Disability Index (Thai ODI)⁶ ซึ่งเป็นการประเมินอาการปวดหลังของผู้ป่วยใน 10 หัวข้อ ประกอบไปด้วยการประเมินความเจ็บปวดที่มี ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม และมีการนัดติดตามอาการอีกครั้งที่ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด รวมถึงประเมินโดยแบบสอบถามประเมินตนเองซ้ำอีกครั้ง

ผลการประเมินการรักษา

ค่าประเมิน Thai ODI ในการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 5 รายก่อนการผ่าตัดพบว่ามีค่าอยู่ที่ 40.4 หรือ มีความพิการรุนแรง (severe disability) แต่ภายหลังได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลัง และการผ่าตัดระบายช่อง กระดูกสันหลัง โดยผ่านการส่องกล้องแล้ว พบว่ามีการลดลงของ Thai ODI ลงมาเหลือเพียง 19.6 หรือมีความพิการเพียงเล็กน้อย (minimal disability)

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา จึงไม่มีกรณีเทียบที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิด ทั้งการลดการเจ็บปวด ลดจำนวนวันการนอนโรงพยาบาล ข้อจำกัดของเทคนิคการผ่าตัดส่องกล้องแบบ interlaminar คือไม่สามารถเข้าถึงหมอนรองกระดูกบริเวณช่องโพรงกระดูกได้ (foraminal disk herniation)

สรุปผลการศึกษา

การผ่าตัดการหมอนรองกระดูกสันหลัง และการผ่าตัดระบายช่องกระดูกสันหลังผ่านการส่องกล้องเป็นการรักษาแบบแผลเล็ก (minimal invasive surgery) ลดการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยในการศึกษาผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเพียง 1-2 วัน ก็สามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ ผลการรักษาเป็นที่พึงพอใจอย่างมากทุกราย สามารถลดอาการปวดและทุพพลภาพที่มีได้เป็นอย่างมากจาก Thai ODI 40.4 เหลือเพียง 19.6 ในเวลา 2 สัปดาห์ ในอนาคตการผ่าตัดการหมอนรองกระดูกสันหลังและการผ่าตัดระบายช่องกระดูกสันหลังผ่านการส่องกล้องน่าจะสามารถแทนที่การผ่าตัดแบบเปิดหรือการผ่าตัดแบบใช้กล้องขยายช่วยได้ (open or microscopic assist surgery)

เอกสารอ้างอิง

1. Cohen SP, Argoff CE, Carragee EJ. 2008. Management of low back pain. BMJ 2008;337:a2718
2. Gugliotta M, da Costa BR, Dabis E, et al. 2016. Surgical versus conservative treatment for lumbar disc herniation: a prospective cohort study. BMJ Open 2016;6:e012938.

3. Legrand E, Bouvard B, Audran M, Fournier D, Valat JP. 2007. Spine Section of the French Society for R. Sciatica from disk herniation: Medical treatment or surgery? Joint Bone Spine. 74(6):530-5.
4. Kim M, Lee S, Kim HS, Park S, Shim SY, Lim DJ. 2018. A Comparison of Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy and Open Lumbar Microdiscectomy for Lumbar Disc Herniation in the Korean: A Meta-Analysis. Biomed Res Int. 2018:907346
5. Ruetten S, Komp M, Godolias G. 2006. A New Full-Endoscopic Technique for the Interlaminar Operation of Lumbar Disc Herniations Using 6-mm Endoscopes: Prospective 2-Year Results of 331 Patients. Minim Invasive Neurosurg 2006; 49(2): 80-87.
6. Prasert Sakulsriprasert, Roongtiwa Vachalathiti, Mantana Vongsirinavarat, Juthamard Kantasorn. 2006. Cross-Cultural Adaptation of Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire to Thai and Its Reliability. J Med Assoc Thai. 89 (10): 1694-701.

**คุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้รับบริการในโรงพยาบาล
สมุทรปราการ**

ประวีณา อนุกุลพิพัฒน์, กัลยา บุญสนอง, กุลธิดา สัมมาวงศ์, ระวี แฉ่มชื่น, สุรรัตน์ ปิงสุทธีวงศ์

**The quality of outpatient services according to the perception of patients in
Samutprakan Hospital**

Praweena anukulpipat¹, Kalaya boonsanong¹, Kultida sammawong¹, Rawee Chaemchuen¹,

Sureerat pingsuthiwong²

¹งานผู้ป่วยนอก รพ.สมุทรปราการ, ²กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.สมุทรปราการ

¹Outpatient Department Samutprakan Hospital,

²Social Medicine Department Samutprakan Hospital

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้รับบริการโรงพยาบาลสมุทรปราการ เก็บรวบรวมข้อมูลจาก หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก 7 หน่วยบริการได้แก่ 1) อายุรกรรม 2) ศัลยกรรม 3) ศัลยกรรมกระดูก 4) นรีเวช 5) ผากระร 6) จักษุ 7) ตรวจโรคทั่วไป จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 428 คน เลือกโดยการแบ่งสัดส่วน (proportional to size) ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจำนวน 7 หน่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบสอบถามคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และ คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยทั้งหมด 7 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คุณภาพบริการตามการรับรู้ทั้ง 7 ด้านของผู้ใช้บริการ โดยใช้สถิติ t-tests, ANOVA และ จำแนกตามหน่วยบริการโดยใช้สถิติ ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้รับบริการโรงพยาบาลสมุทรปราการมีค่าเฉลี่ย 3.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69 และหน่วยบริการผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไปมีคะแนนค่าเฉลี่ยของคุณภาพบริการต่ำที่สุดเท่ากับ 3.69 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 2) เปรียบเทียบคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลสมุทรปราการจำแนกตามอายุและสิทธิการรักษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) เปรียบเทียบคุณภาพการบริการระหว่างหน่วยบริการผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไปมีความแตกต่างกับหน่วยบริการผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกนั้นคุณภาพการบริการระหว่างหน่วยบริการผู้ป่วยนอกอื่นๆไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: แผนกผู้ป่วยนอก, คุณภาพบริการ, การรับรู้

Abstract

This research aims to survey the quality of outpatient services according to the perception of patients who received the service in Samutprakan Hospital. The data was collected from seven outpatient service departments as follows: 1) Department of Medicine, 2) Department of Surgery, 3) Department of Orthopedics, 4) Department of Gynecology, 5) Department of Obstetrics, 6) Department of Ophthalmology, and 7) Department of General Outpatients. 428 patients who received the service in seven outpatient departments were selected as the sample group by proportional to size. The quality service questionnaires were used to evaluate patients' perceptions, consisting of general information and the seven quality services. Descriptive statistics, t-tests, and ANOVA were used for data analysis.

The results indicate that 1) The quality of outpatient services according to the perception of patients has an average value of 3.91 (S.D. = 0.69) and the Department of General Outpatients has the lowest average value of 3.69 (S.D. 0.82). 2) There was no statistical difference in the quality of the outpatient services according to age and medical benefits scheme. 3) Comparison of the service quality between the Department of General Outpatients and the Department of Gynecology were statistically significant differences in value. However, there was no statistical difference in the service quality of other departments.

Keywords: outpatient department, quality of service, perceived

บทนำ

แผนกผู้ป่วยนอก เป็นแผนกที่ทำหน้าที่เริ่มตั้งแต่การสอบถามซักประวัติ ตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของโรค ให้การรักษาและติดตามอาการของโรคต่างๆ ที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา คุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกจึงมีความสำคัญในการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีในการบริการ พบว่าคุณภาพของบริการตามความรับรู้ (Perceived Service Quality) ของผู้รับบริการก็คือ การประเมินหรือการลงความเห็นเกี่ยวกับความดีเลิศของการให้บริการโดยรวมเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบของผู้รับบริการระหว่างความคาดหวังของพวกเขาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ และการบริการที่พวกเขาได้รับจริง¹

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรปราการย้อนหลัง 3 ปี² พบว่ามีจำนวน 3,000 - 3,200 คน/วัน อัตราความพึงพอใจปี 2560, 2561, 2562 คิดเป็นร้อยละ 90.15, 91.0, 95.21 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าระดับความพึงพอใจมีแนวโน้มสูงขึ้นแต่ก็ยังพบว่ามีข้อร้องเรียนในการให้บริการเกิดขึ้นในปี 2560 - 2562 อยู่ระหว่าง 17.07- 38.03 ต่อแสนครั้งบริการ (visit) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการยังมีปัญหาอยู่ จากการประเมินคุณภาพบริการของผู้ป่วยนอกที่ผ่านมาเป็นการประเมินโดยภาพรวม

และไม่ครอบคลุมตามมิติคุณภาพบริการ ทำให้ขาดข้อมูลทางสารสนเทศในการประเมินคุณภาพบริการ จึงไม่สามารถอธิบายเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพบริการได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพของการบริการผู้ป่วยนอกต่อการรับรู้ของผู้รับบริการโรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อจะได้ทราบข้อมูลพื้นฐานตามความต้องการของผู้รับบริการให้ครอบคลุมตามมิติคุณภาพ โดยจำแนกตามรายหน่วยบริการ และนำผลการศึกษามาพัฒนางานบริการผู้ป่วยนอกให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการให้มากขึ้นต่อไป

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรปราการกำหนดมิติที่ใช้วัดคุณภาพบริการ (dimension of service quality) ไว้ 5 มิติ คือ มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibility) มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (reliability) มิติที่ 3 การตอบสนองต่อลูกค้า (responsiveness) มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (assurance) มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจลูกค้า (empathy)¹

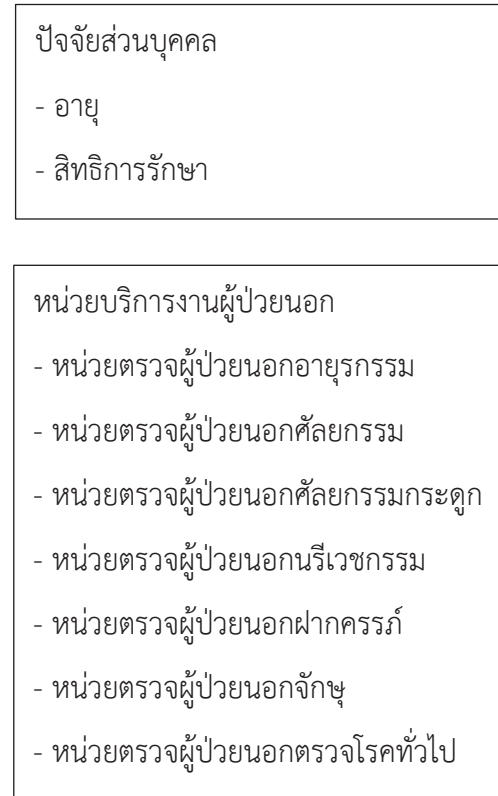
ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาประยุกต์ใช้แบบประเมิน SERVQUAL สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Parasuraman^{3,4} มีทั้งหมด 7 ด้าน จำนวน 24 ข้อ⁵

อายุ มีผลต่อการรับรู้เนื่องจากบุคคลที่มีอายุต่างกันย่อมหมายถึงระยะเวลาที่ผ่านประสบการณ์ต่างๆ ของชีวิตแตกต่างกันรวมทั้งมีความแตกต่างกันทั้งในด้านสรีระและจิตสังคม กล่าวคือเมื่อวัยเปลี่ยนไปจะทำให้ระบบการทำงานของร่างกายความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำงานเปลี่ยนแปลงไปด้วย เมื่อมนุษย์เติบโตจากเด็กสู่ผู้ใหญ่จนสู่วัยชรา ย่อมมีการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น ความคิด ความรู้สึกจึงแตกต่างกันไปในแต่ละวัยโดยที่ผู้ที่มีอายุมากขึ้น จะมีระดับวุฒิภาวะสูงขึ้นตามวัยความคิดอ่านและมองปัญหาจะชัดเจนถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจที่แตกต่างกัน จากการศึกษา⁶ พบว่าระดับความพึงพอใจต่อการดูแลของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามอายุไขของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความรู้สึกทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก

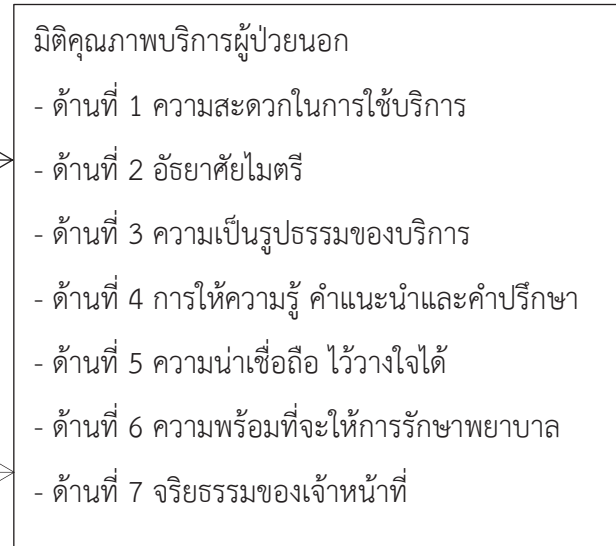
สิทธิการรักษา จากการศึกษา⁷ พบว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาสวัสดิการข้าราชการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความพึงพอใจในการรับบริการมากกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาแบบจ่ายเงินสด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้รับบริการโรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำแนกตาม อายุ และสิทธิการรักษา
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกจำแนกตามหน่วยบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2563 – 19 มิถุนายน 2563 เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ประกอบด้วยหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก 7 หน่วยบริการได้แก่ 1) อายุรกรรม 2) ศัลยกรรม 3) ศัลยกรรมกระดูก 4) นรีเวช 5) ฝากครรภ์ 6) จักษุ 7) ตรวจโรคทั่วไป ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบผสม (multiple stage) โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างและใช้สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ในการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างรายหน่วยบริการ กำหนดขนาด

ตัวอย่างโดยใช้จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในปัจุบันประมาณ 2562 โดยเฉลี่ยจำนวน 36,268 คนต่อเดือน ใช้วิธีการคำนวณจากสูตร Cochran ($n = Nn \frac{2\sigma^2}{2Ne + n2\sigma^2}$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ยอมรับค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 10\%$ ได้ตัวอย่างการวิจัยจำนวน 427 คน เลือกตัวอย่างการวิจัยโดยการแบ่งสัดส่วน (proportional to size) ผู้ป่วยที่มารับบริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจำนวน 7 หน่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบสอบถามคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และ คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาประยุกต์ใช้แบบประเมิน SERVQUAL สร้างขึ้นจากแนวคิด^{3,4} ทั้งหมด 7 ด้าน จำนวน 24 ข้อ⁵

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปนำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ทั้ง 7 ด้านของผู้ใช้บริการจำแนกตามเพศ อายุและสิทธิการรักษาโดยใช้สถิติ t-tests, ANOVA และวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามการรับรู้ทั้ง 7 ด้าน ของผู้ใช้บริการจำแนกตามหน่วยบริการโดยใช้สถิติ ANOVA

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 68.22 มีอายุเฉลี่ย 41.26 ปี มีสถานภาพสัดส่วนใกล้เคียงกันระหว่างสถานภาพโสดและสมรสคิดเป็นร้อยละ 45.56 และ 42.52 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.24 รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 23.13, 17.52 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.07 รองลงมามีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 21.73, 17.76 ตามลำดับ มีรายได้ในช่วง 10,001 - 20,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.14 รองลงมามีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท และ 20,000 บาทขึ้นไป เป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 25.47 และ 22.66 ตามลำดับ สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 59.81 รองลงมาสิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัด คิดเป็นร้อยละ 14.72 การเดินทางมาด้วยรถส่วนตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.03 รองลงมาเดินทางด้วยรถแท็กซี่/รถสามล้อเครื่อง และรถมอเตอร์ไซด์ คิดเป็นร้อยละ 16.59 และ 17.29 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	136	31.78
หญิง	292	68.22
รวม	428	100.00
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	47	10.98
21-30 ปี	99	23.13
31-40 ปี	88	20.56
41-50 ปี	54	12.62
51-60 ปี	77	17.99
61-70 ปี	42	9.81
มากกว่า 70 ปี	21	4.91
รวม	428	100.00
Min-Max = 18-92 ปี M = 41.26 ปี SD = 17.02 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	195	45.56
สมรส	182	42.52
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	51	11.92
รวม	428	100.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	25	5.84
ประถมศึกษา	59	13.79
มัธยมศึกษาตอนต้น	75	17.52
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	99	23.13
ปวส./อนุปริญญา	32	7.48
ปริญญาตรี	127	29.67
ปริญญาโท	9	2.10
ปริญญาเอก	2	0.47
รวม	428	100.00

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน	103	24.07
เกษตรกร (ทำนา/ทำสวน/ทำไร่)	4	0.93
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	93	21.73
รับจ้างในภาคเอกชน	52	12.15
รับราชการ/พนักงานราชการ	65	15.19
รัฐวิสาหกิจ	11	2.57
ข้าราชการบำนาญ	5	1.17
นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา	43	10.05
อื่นๆ	52	12.15
รวม	428	100.00
รายได้		
ไม่มีรายได้	93	21.73
น้อยกว่า 10,000 บาท	109	25.47
10,001 - 20,000 บาท	129	30.14
20,001 - 30,000 บาท	58	13.55
30,001 - 40,000 บาท	17	3.97
40,000 บาทขึ้นไป	22	5.14
รวม	428	100.00
แผนกที่มารับบริการ		
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม	160	37.38
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม	46	10.75
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก	59	13.79
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม	23	5.37
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกฝากครรภ์	43	10.05
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ	47	10.98
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโสต ศอ นาสิก	4	0.93
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไป	46	10.75
รวม	428	100.00

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการเบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัด	63	14.72
รัฐวิสาหกิจ/ธนาคารแห่งประเทศไทย	21	4.91
บัตรทอง 30 บาท	256	59.81
เงินสด	30	7.01
ประกันสังคม	54	12.62
อื่นๆ	4	0.93
รวม	428	100.00
การเดินทางมา รพ		
รถยนต์ส่วนตัว	197	46.03
รถประจำทาง	69	16.12
รถไฟฟ้า BTS	6	1.40
รถแท็กซี่/รถสามล้อเครื่อง	71	16.59
รถมอเตอร์ไซด์	74	17.29
เดินเท้า	11	2.57
รวม	428	100.00
ความสะดวกในการเดินทาง		
สะดวก	402	93.93
ไม่สะดวก	26	6.07
รวม	428	100.00

คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการพบว่าด้านที่ 1 ความสะดวกของผู้ใช้บริการ มีคะแนนอยู่ในระดับมากทุกข้อ ค่าเฉลี่ย 4.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.91 ด้านที่ 2 ด้านอัยาศัยไมตรี มีคะแนนอยู่ในระดับมากทุกข้อ ค่าเฉลี่ย 4.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.89 ด้านที่ 3 ความเป็นรูปธรรมของการบริการ มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 3.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.13 ด้านที่ 4 การให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา มีคะแนนอยู่ในระดับมากทุกข้อ ค่าเฉลี่ย 3.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.89 ด้านที่ 5 ความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ มีคะแนนอยู่ในระดับมากทุกข้อ ค่าเฉลี่ย 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81 ด้านที่ 6 ความพร้อมที่จะให้การรักษาพยาบาล มีคะแนนอยู่ในระดับมากทุกข้อ ค่าเฉลี่ย 4.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85 และด้านที่ 7 จริยธรรมเจ้าหน้าที่ มีคะแนนอยู่ในระดับมากทุกข้อ ค่าเฉลี่ย 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

รายการ	M	SD	แปลผล
ด้านที่ 1 ความสะดวกในการใช้บริการ	4.01	0.91	มาก
1 มีขั้นตอนการให้บริการสะดวก รวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก	3.87	0.97	มาก
2 การให้บริการเป็นไปตามคิว	4.17	0.85	มาก
3 มีจุดประชาสัมพันธ์ ช่วยตอบคำถามสำหรับผู้ป่วย	4.05	0.91	มาก
4 มีการส่งต่อผู้ป่วย ไปตรวจแผนกต่างๆ ได้รวดเร็ว	3.96	0.91	มาก
ด้านที่ 2 อธิบายชี้แนะ	4.08	0.89	มาก
5 เจ้าหน้าที่มีการทักทาย พูดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส สุภาพเรียบร้อย	4.04	0.91	มาก
6 เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ	4.13	0.86	มาก
ด้านที่ 3 ความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.48	1.13	ปานกลาง
7 อาคารสถานที่ สะอาด ไม่แออัด คับแคบ มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวก	3.88	0.94	มาก
8 มีที่จอดรถเพียงพอ	3.22	1.27	ปานกลาง
9 มีเครื่องหมาย ป้าย ลูกศร แนะนำจุดต่างๆ ที่ชัดเจน	3.88	0.91	มาก
10 มีห้องน้ำสะอาด และเพียงพอ	3.56	1.09	มาก
11 มีที่นั่งรอรับบริการอย่างเพียงพอ	3.45	1.15	ปานกลาง
12 มีโทรทัศน์ วีดีโอ ให้ท่านดูขณะรอรับบริการ	3.12	1.25	ปานกลาง
13 มีบริการน้ำดื่มให้ท่านขณะรอรับบริการ	3.26	1.28	ปานกลาง
ด้านที่ 4 การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา	3.99	0.89	มาก
14 ได้รับความรู้ คำแนะนำ วิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคและยา	4.10	0.82	มาก
15 ได้รับคำอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ฟังชัดเจน	4.10	0.84	มาก
16 มีนิทรรศการ ป้ายนิเทศ วีดีโอ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ	3.77	1.02	มาก
ด้านที่ 5 ความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้	4.19	0.81	มาก
17 ได้รับการตรวจรักษาจากบุคลากรด้านการแพทย์ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการรักษาพยาบาล สามารถวินิจฉัย และรักษาโรคได้ถูกต้อง	4.22	0.83	มาก
18 มีความมั่นใจได้ว่ารักษาแล้วโรคจะทุเลาจนหาย	4.21	0.80	มาก
19 ได้รับความปลอดภัยจากโรคแทรกซ้อน	4.15	0.82	มาก
ด้านที่ 6 ความพร้อมที่จะให้การรักษาพยาบาล	4.11	0.85	มาก
20 จำนวนบุคลากรผู้ให้บริการพยาบาลมีเพียงพอ และพร้อมที่จะให้บริการท่าน	3.93	0.95	มาก
21 มีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยเพียงพอ และพร้อมใช้งานตลอดเวลา	4.20	0.80	มาก
22 ห้องตรวจมิดชิดหรือมีม่านกั้นปิดร่างกายผู้ป่วยให้มิดชิดขณะตรวจร่างกาย	4.19	0.81	มาก
ด้านที่ 7 จริยธรรมของเจ้าหน้าที่	4.14	0.87	มาก
23 ได้รับการที่เสมอภาคเท่าเทียมกันตามลำดับคิว	4.18	0.84	มาก
24 ได้รับการช่วยเหลือทันทีเมื่อท่านร้องขอบริการ	4.10	0.91	มาก

เปรียบเทียบคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลสมุทรปราการจำแนกตามอายุ และสิทธิการรักษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำแนกตาม อายุ สถิติการรักษา (n=428)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	M	SD	F-test	P-value
อายุ					
≤ 20 ปีขึ้นไป	47	3.83	0.68	.777	.588
21 -30	99	3.98	0.68		
31 – 40	88	3.90	0.85		
41 - 50	54	3.80	0.59		
51 -60	77	3.87	0.60		
61- 70	42	4.01	0.58		
70 ปีขึ้นไป	21	4.01	0.76		
รวม	428	3.91	0.69		
สิทธิ					
ข้าราชการเบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัด	63	3.84	0.61	.905	.478
รัฐวิสาหกิจ/ธนาคารแห่งประเทศไทย	21	4.17			
บัตรทอง 30 บาท	256	3.90	0.72		
เงินสด	30	3.96	0.76		
ประกันสังคม	54	3.87	0.67		
อื่นๆ	4	4.15	0.81		
รวม	428	3.91	0.69		

เปรียบเทียบคุณภาพการบริการตามหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโดยการจับคู่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกพบว่าคู่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไปและหน่วยบริการผู้ป่วยนอกกรณีเวชกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไม่นั้นไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำแนกตามหน่วยบริการ (n=428)

หน่วยบริการ	n	mean	SD	F-test	P-value
1) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม	160	3.94	0.65	.795	.011
2) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม	46	3.74	0.79	การเปรียบเทียบภายหลัง Games-Howell: คู่ 4 > 7	
3) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก	59	3.86	0.73		
4) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม	23	4.22	0.58		
5) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกฝากครรภ์	43	4.09	0.65		
6) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ	47	3.93	0.49		
7) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไป	50	3.69	0.82		
รวม	428	3.91	0.69		

อภิปรายผลการวิจัย

จากการสำรวจคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้รับบริการโรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นการเสนอผลการสำรวจตามหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเป็นรายด้านทั้ง 7 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีเกณฑ์ในระดับมากทุกด้าน ยกเว้นด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกและที่จอดรถ

เปรียบเทียบคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลสมุทรปราการจำแนกตามอายุ และสิทธิการรักษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้จากที่มีการจัดระบบคิวบริการเป็นช่วงเวลาและมีกำหนดการรับบริการที่ชัดเจน ทำให้ผู้รับบริการทุกกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาที่แตกต่างกันได้รับบริการโดยเสมอภาคเท่าเทียมกัน

เปรียบเทียบคุณภาพการบริการตามหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโดยการจับคู่หน่วยบริการผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่าคุณภาพการบริการตามหน่วยบริการส่วนใหญ่เป็นการบริการที่สนองตอบต่อความคาดหวังของผู้รับบริการที่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นหน่วยบริการผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรมและหน่วยบริการผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไปเนื่องจากทั้งสองหน่วยมีการบริการที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านปริมาณผู้มารับบริการ ซึ่งที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไปที่มีจำนวนมากและมีความหลากหลายของโรคที่มารับบริการมากกว่า หน่วยบริการผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรมที่มีจำนวนผู้รับบริการจำนวนน้อยกว่า และมีความเฉพาะเจาะจงด้วยโรคที่มารับบริการ ทำให้การรับรู้คุณภาพการบริการของผู้รับบริการทั้ง 2 แผนก มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์คุณภาพการบริการรายด้านในส่วนของความเป็นรูปธรรมของบริการด้านอาคารสถานที่ ที่จอดรถ ป้ายประชาสัมพันธ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ซึ่งเป็นส่วนที่เป็นข้อจำกัดในการแก้ไขควรนำข้อมูลผลการสำรวจงานวิจัยเสนอต่อผู้บริหารเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อไป
2. ควรมีการพัฒนาคุณภาพบริการหน่วยบริการตรวจโรคทั่วไปให้มากขึ้น เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล รพ.สมุทรปราการ ที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา งานวิจัยในหน่วยงาน ดร.ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล ที่กรุณาให้คำแนะนำชี้แนะข้อบกพร่องและปรับปรุงงานวิจัย ตลอดจนผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกทุกท่านที่เสียสละเวลาในการข้อมูลเพื่อการพัฒนาบริการผู้ป่วยนอก

เอกสารอ้างอิง

1. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retail. 1990;64(1):12-40.
2. ข้อมูลจากศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสมุทรปราการ, 2562.
3. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. J Mark. 1985;49:41-50.
4. Berry LL, Zeithaml VA, Parasuraman A. Five imperatives for improving service quality. Sloan Manag Rev. 1990;31(4):29-38.
5. ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลรามารามิบัติ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
6. ณัฐฐา เสวกวิหारी. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามารามิบัติ. [ปริญญา นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
7. วิภาวี ชาดิษฐ์. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อคุณภาพบริการแผนกจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. [ปริญญา นิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2559.

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคดื้อยาหลายขนานติดเชื้อโควิด-19 ในงานผู้ป่วยนอก :
กรณีศึกษา**

จริยา จันทรเรือง

**Nursing Care for Patient with Multiple Drugs Resistant Having COVID-19
Infection in Outpatient Department: A Case Study**

Jariya Junruang¹

¹กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางพลี

¹Outpatient Department Bangplee Hospital

บทคัดย่อ

โรคดื้อยาหลายขนานมีการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแพร่ระบาด และมี
รุนแรงขึ้นคือ สถานการณ์โควิด-19 ที่เริ่มระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 ทำให้ความเข้มข้นของการดูแล
ผู้ป่วยโรคดื้อยาลดน้อยลง และผู้ป่วยโรคดื้อยาก็มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เช่นกัน การศึกษานี้มี
วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล และ
ผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคดื้อยาหลายขนาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรค งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลบางพลี ซึ่งผู้ป่วยที่ศึกษาติดเชื้อโควิด-19 ร่วมด้วย ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือน
ธันวาคม 2565 โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แฟ้มระเบียนการรักษา การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การ
สังเกตแบบมีส่วนร่วม และทบทวนข้อมูลกับทีมสหวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความวิตกกังวล
จากการป่วยเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ เชื้อไวรัสมีความรุนแรงขึ้นเป็นโรคดื้อยาหลายขนาน กลัวรักษาไม่
หาย กลัวสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสดื้อยา และระหว่างการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ร่วมด้วย ให้การ
ดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ
เศรษฐกิจ พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้อาการทรุด
ลง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานสู่ครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง
สม่ำเสมอจนครบกำหนดการรักษาหายจากโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้บุคลากร
ทางการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคดื้อยาหลายขนานที่ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมี
ประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคดื้อยาหลายขนาน, เชื้อโควิด-19, การพยาบาลผู้ป่วย

Abstract

Multidrug-resistant tuberculosis significantly increases worldwide. The covid-19 pandemic in 2020-2022, is an important factor in increasing the severity of tuberculosis (TB) due to the weakening of the caring process and TB patients are more susceptible to infection. This study aims to identify the progress of the disease, nursing diagnosis, nursing care plan, and nursing outcomes in multidrug-resistant tuberculosis patients who received treatment at the tuberculosis clinic, outpatient department, Bangplee Hospital. The included patient was infected with COVID-19 in combination. The study period was from October to December 2022. The data was collected from the medical records, patient interviews, and participant observations. The collected data were reviewed by a multidisciplinary and expert team, which found that patient had anxiety problems with relapsing pulmonary tuberculosis. In the case of multidrug-resistant tuberculosis, patient fear of incurable disease and worry that family members will be infected with drug-resistant tuberculosis. The nursing care process was provided physically, mentally, emotionally, socially, and economically. Nurses play an essential role in reducing the severity of the disease, preventing the spread of multidrug-resistant infections to families and communities. Patients with continuous treatment were cured and gained quality of life. In this study, the nursing guideline for multidrug-resistant TB patients infected with Covid-19 is developed effectively.

Key words: multidrug-resistant tuberculosis, COVID-19, nursing care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (multidrug resistant tuberculosis/MDR-TB) เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย ครอบครัวยุค และสังคม สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวและชุมชน และอาจส่งผลให้เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงในภายหลัง¹ นับว่าเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายในการยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 คาดว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 103,000 ราย คิดเป็น 143 รายต่อแสนประชากร และมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรค ดื้อยา (rifampicin-resistant/ multidrug resistant tuberculosis (RR-TB/MDR-TB)) จำนวน 2,400 ราย คิดเป็น 3.4 รายต่อแสนประชากร โดยพบในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 1.7 และพบในผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษา มาก่อน ร้อยละ 9.8² ประชากรที่มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายที่อยู่ บ่อย ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ครบ หรือไม่ได้รับการรักษาจนหายขาด ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ ดังนั้นการ พยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในวัณโรค การเฝ้าระวังการ แพร่กระจายเชื้อ การดูแลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้คำปรึกษา ติดตามผลการตรวจเสมหะ การติดตาม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การเสริมสร้างพลังในการรักษาให้ครบซึ่งใช้ระยะเวลานาน การจัดการอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา การดูแลด้านโภชนาการ การประสานส่งต่อในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การสนับสนุนด้าน สังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงครอบครัวและชุมชน³

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือโรค โควิด-19 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยวัณโรคที่มีพยาธิสภาพในปอดจึงเป็นหนึ่งใน กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำ และเมื่อติดเชื้อร่วมกันอาจก่อให้เกิดรอยโรคในปอด และปอดถูกทำลายมากขึ้นจนถึงขั้นอันตรายต่อชีวิต⁴ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย มากยิ่งขึ้น

คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลบางพลี เป็นศูนย์ดูแลรักษาวัณโรคดื้อยาอีกแห่งของจังหวัดสมุทรปราการ (MDR Center) ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยวัณโรคเข้ารับการรักษ 1,830, 1,276 และ 1,034 ราย ตามลำดับ พบเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จำนวน 2, 2 และ 5 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ เคยติดเชื้อวัณโรคมาแล้ว คิดเป็นร้อยละ 75 และพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานและติดเชื้อ โควิด-19 จำนวน 2 ราย ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานติดเชื้อโควิด-19 ในงานผู้ป่วยนอกโดย ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน¹ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การ วางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย ศึกษา ค้นคว้าเอกสารวิชาการและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำเอกสารวิชาการเพื่อเป็น แนวทางสำหรับบุคลากรพยาบาลนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษา และเสนอแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในงานผู้ป่วยนอก

วิธีดำเนินการ

เลือกกรณีศึกษา โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานและติดเชื้อโควิด-19 รักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลบางพลี จำนวน 1 ราย แล้วแนะนำตัวกับผู้ป่วยและขออนุญาตนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค จากการซักประวัติ เวชระเบียน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี แผนการรักษาของแพทย์ รายการยาที่ได้รับ และปัญหาที่พบในแต่ละครั้ง แล้วรวบรวมปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล นำมาวางแผนให้การพยาบาล แนวทางการปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และติดตามเยี่ยมที่คลินิกวัณโรค 2 ครั้ง และคลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 2 ครั้ง รวม 5 ครั้ง ระหว่างวันที่ 11 ตุลาคม - 6 ธันวาคม 2565 รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น 57 วัน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี สถานภาพคู่ ศาสนาพุทธ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพค้าขาย ภูมิลำเนาจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 เดือนก่อน ให้ประวัติว่ารักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลเอกชน ได้ยารับประทานนาน 6 เดือน ไม่ได้นัดตรวจซ้ำและแจ้งว่ารักษาหายแล้ว มาตรวจที่โรงพยาบาลสมุทรปราการด้วยมีอาการปวดหลังข้างขวา ปวดกล้ามเนื้อ ไอเป็นลิ่มเลือด มีเสมหะมีไข้ตอนกลางคืนตรวจ AFB ผล Negative, CXR พบ infiltration at left upper lung (LUL) เข้ากับวัณโรค เริ่มเข้าสู่กระบวนการรักษา วัณโรคด้วยสูตรยา CAT 1

หลังรับประทานยาครบ 2 สัปดาห์ผู้ป่วยยังมีอาการไอเล็กน้อย มีเสมหะ ไม่มีอาการไข้ รับประทานอาหารได้ตามปกติ น้ำหนักเท่าเดิม รับประทานยาต่อเนื่องทุกวัน ตรวจ AFB ผล Negative ติดตามผล PCR MTB ผล Positive ส่งตรวจ Sputum Culture, Xpert MTB/RIF ไว้ และให้ยาสูตรเดิมรับประทานต่อ

หลังรับประทานยาครบ 2 เดือน ยังมีอาการไอ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายเวลาเดินหรือขยับตัว ผลตรวจ Xpert MTB/RIF ผลเป็น MTB detected และดื้อยา Rifampicin ผลตรวจเชื้อวัณโรคด้วย Line Probe Assay (LPA) ผลเป็น MTB Complex ผลการทดสอบความไวต่อยา Isoniazid และ Rifampicin เป็น Resistant แพทย์วินิจฉัยเป็น MDR-TB เปลี่ยนการรักษาเป็น All regimen oral MDR-TB⁵

5 วันหลังรับยา MDR-TB มาพบแพทย์ก่อนนัด ด้วยอาการ ไข้ ไอ ระคายคอ มีน้ำมูก ตรวจ ATK จากบ้านขึ้น 2 ซิต วินิจฉัยเป็นติดเชื้อโควิด-19 ร่วมด้วย แพทย์รักษาด้วยยา Favipiravir รับประทาน 5 วัน และติดตามอาการไม่มีภาวะปอดอักเสบ ไม่มีเหนื่อยหอบ ยังคงรักษา MDR-TB ต่อเนื่อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว

3 ปีก่อนตรวจพบเป็นวัณโรค รักษาและรับยาที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรปราการ รับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือนจนครบ แพทย์เลิกนัดติดตามอาการ ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 แล้ว 3 เข็ม

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: ครอบครัวผู้ป่วยประกอบไปด้วย ภรรยา และบุตร 2 คน รวมทั้งสิ้น 4 คน สัมพันธภาพในครอบครัวดี ไม่มีปัญหา แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคติดต่อจึงแยกห้องนอนกับภรรยาและบุตร ภรรยาเคยป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อาการไม่รุนแรง

แบบแผนการดำเนินชีวิต: ประกอบอาชีพค้าขาย ขายข้าวเหนียวห่อตลาดนัดตอนเย็น ตื่นนอนเช้าจะไปตลาดซื้อหมูและเครื่องปรุงสำหรับทำหมูทอด หมูหวาน ขายถึงประมาณ 19.30 น. กลับเข้าบ้านเก็บของรับประทานมื้อเย็น รับประทานยาประมาณ 21.30 น. เข้านอนประมาณ 22.00 น. นอนพักผ่อนประมาณวันละ 5-6 ชม.

การตรวจร่างกายตามระบบ

ชายไทย รูปร่างผอม อ้วนหุ้มร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นจังหวะสม่ำเสมอ 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/69 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนในเลือด 97%

น้ำหนัก: 47.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.55

ผิวหนัง: ผิวดำคล้ำ ชุ่มชื้น การคืนตัวของผิวหนังปกติ เล็บมือ เล็บเท้าซีด สะอาด

ระบบทางเดินหายใจ: อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที หายใจเหนื่อย ฟังเสียงหายใจเข้าออก rhonchi & decrease breath sound left lung

ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีอาการปวดท้อง ท้องไม่อืด รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

ระบบประสาท: พุดคุยรู้เรื่องดี ไม่มีอาการสับสน การรับรู้ต่อบุคคล เวลา สถานที่ปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: กล้ามเนื้อและข้อแข็งแรง ไม่มีอ่อนแรง motor power grade 5

ระบบขับถ่าย: ปัสสาวะสีเหลืองเข้มวันที่ 5-6 ครั้ง อุจจาระปกติ ไม่มีเลือดปน

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ก่อนรับยา MDR-TB

1. ผลการตรวจเสมหะ: Sputum AFB: Negative, Sputum Culture: Negative, Sputum PCR MTB: Positive, Xpert MTB/RIF: MTB detected, Rif resistance detected
2. การถ่ายภาพรังสีปอด (CXR) (11/10/65): Left upper lung infiltration (infiltration LUL)
3. ตรวจความไวของยาต่อเชื้อ LPA: Mycobacterium Tuberculosis Complex: MTB Complex (MTBC) ความไวต่อยา Isoniazid และ Rifampicin: Resistant
ความไวต่อยากลุ่ม Fluoroquinolones และ Aminoglycosides/Cyclic polypeptide: Susceptible

หลังรับยา MDR-TB

1. ผลการตรวจเสมหะ: Sputum AFB: Negative
2. CXR: ติดตามอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 7 วัน (18/10/65): infiltration LUL เท่าๆ เดิม
ติดตามอาการหลังรับยา MDR-TB ครบ 8 สัปดาห์ (6/12/65): Improve (infiltration ลดลง)
3. ตรวจหลังรับยา MDR-TB 2 สัปดาห์ (18/10/65)
CBC: พบมีภาวะติดเชื้อแบคทีเรีย Hematocrit 35.4 % (40-45%), Neutrophils 44.3% (50-70%), white blood cell $10.97 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4-10), Eosinophil 9.9% (1-5%)
LFT: ค่าการทำงานของตับ พบเอนไซม์บางตัวสูง SGOT (AST) 122 U/L (15-46 U/L)
TSH: (Thyroid Stimulating Hormone) ปกติ 1.6050 uIU/mL (0.4001-4.049)
ค่า K (potassium): 4.2 mmol/L (3.5-5.0)
อัตราการกรองของไต: ปกติ eGFR 99.31 eGFR Stage 1
EKG: การเต้นของหัวใจปกติ: Corrected QT interval (QTc interval): 394 msec (ผู้ชายค่าปกติ ≤ 450 msec)

การวินิจฉัยโรค : Multidrug resistance tuberculosis (MDR-TB)

สรุปการรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี วินิจฉัยเป็น Relapse Pulmonary Tuberculosis นัดฟังผล Sputum culture, Xpert MTB/RIF และรับยาตามนัด น้ำหนัก 47.5 กิโลกรัม ยังมีอาการไอ เสมหะสีดําๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายเวลาเดินหรือขยับตัว อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ผล AFB Negative ผลการตรวจ Xpert MTB/RIF เป็น MTB detected และต่อยา Rifampicin ผลตรวจ LPA มีผลเป็น MTB Complex ผลการทดสอบความไวต่อยา Isoniazid และ Rifampicin เป็น Resistant ได้วินิจฉัยเป็น MDR-TB ส่งปรับยารักษาเป็นสูตรสำหรับ MDR-TB คือ สูตรระยะสั้นแบบรับประทาน 9 เดือน⁶ โดยจ่ายยา Bedaquiline 100

มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ดพร้อมอาหารวันจันทร์ พุธ ศุกร์, Levofloxacin 500 มิลลิกรัม รับประทานก่อนอาหารเช้าครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง, Prothionamide 250 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้า เย็น, Clofazimine 50 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า, Pyrazinamide 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน, Isoniazid high-dose 100 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 6 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน, Ethambutol 400 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน และ Vitamin B-6 50 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด 1 ครั้งก่อนนอน นัดติดตามอาการหลังให้ยาสูตรใหม่ 2 สัปดาห์

ระหว่างเริ่มรักษา MDR-TB สัปดาห์แรก ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จากภรรยา มาพบแพทย์ที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจด้วยอาการไข้ ไอ ระคายคอ มีน้ำมูก ตรวจ ATK ด้วยตนเองจากบ้านขึ้น 2 ซีด ปริมาณออกซิเจนในเลือด 98% แพทย์วินิจฉัยเป็น COVID-19 infection ให้รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน⁷ ส่งจ่ายยา Favipiravir รับประทาน 5 วัน ยาแก้ไอมะขามป้อม จิบเวลาไอ และให้รับประทานยารักษาวัณโรคต่อเนื่อง ติดตามอาการ 3 วัน ไข้ลด ยังไอเล็กน้อย ปริมาณออกซิเจนในเลือด 99% CXR: ปอดมีรอยโรคเดิม ไม่มี infiltration เพิ่ม ไม่นัดติดตามอาการ COVID-19 อีก นัดมาพบแพทย์ที่คลินิกวัณโรคตามนัดเดิม

การรักษา MDR-TB หลังรับยาสูตรใหม่ครบ 2 สัปดาห์ แพทย์นัดตรวจติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา MDR-TB All Oral regimen รับประทานยาได้ตามเวลา ยังมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ตรวจ AFB: Negative, CBC: Hematocrit 35.4%, LFT: SGOT (AST) 122 U/L ตัวอื่นๆ ค่าปกติ ตรวจ EKG: QTc interval 394 msec พิจารณารักษาด้วยยาสูตรเดิมต่อ นัดติดตามอาการทุก 2 เดือน

การเยี่ยมผู้ป่วย

ระยะเตรียมการเยี่ยม เพื่อติดตามอาการ ติดตามการรับประทานยา ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อจัดทำแผนเยี่ยมและดูแลผู้ป่วย พร้อมให้สุศึกษา คำแนะนำ และประสานสหวิชาชีพร่วมกันออกแบบการดูแล

เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 11 ตุลาคม 2565 ผู้ป่วยเดินมาเอง เข้ารับการรักษา MDR-TB ครั้งแรกที่คลินิกวัณโรค รูปร่างผอม ผิวดำ รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มีอาการไอ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายเวลาเดินหรือทำกิจกรรมที่ออกแรง อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ปริมาณออกซิเจนในเลือด 97% จากการประเมินผู้ป่วย พบว่ามีปัญหาเรื่องป่วยวัณโรคปอดกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse) ผล Sputum Xpert MTB/RIF, Sputum culture for TB (ส่งตรวจเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565) ผล AFB: Negative, Sputum culture: Negative, ผล Xpert MTB detected RIF: resistant, ผล LPA MTBC / Isoniazid: detected Rifampicin: detected ฟังปอดได้เสียง rhonchi & decrease breath sound left lung, CXR พบ infiltration at LUL แพทย์วินิจฉัย MDR-TB เริ่มยา All regimen oral MDR-TB⁶ นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ได้แนะนำเรื่อง 1) การเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ และการไอโดยการจันทานอนศิริชะสูง 2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ครอบครัวและชุมชน 3) ลด

ความวิตกกังวลโดยพูดคุยให้ระบายความรู้สึก⁸ ให้ความรู้เรื่องวัณโรคดีอย่า วิธีรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 15 ตุลาคม 2565 ที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอระคายคอ มีน้ำมูก อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส ซีฟจรเต้นสม่ำเสมอ 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือด 98 % ตรวจ ATK ด้วยตนเองจากบ้าน ขึ้น 2 ซีด แพทย์วินิจฉัยเป็น COVID-19 infection และมี underlying MDR-TB แพทย์อนุญาตให้รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน⁹ ส่งจ่ายยา Favipiravir รับประทาน 5 วัน ยาแก้อะเสบ ปวด จิบเวลาไอ และให้รับประทานยารักษาวัณโรคต่อเนื่อง นัดติดตามอาการ 3 วัน ให้คำแนะนำเรื่อง 1) การแยกกักตัว 2) การสังเกตอาการผิดปกติหายใจเหนื่อยหอบที่รุนแรงขึ้น 3) สอนการทำความสะอาดมือ 4) มอบเครื่องวัดปริมาณออกซิเจนในเลือดให้ผู้ป่วย 1 เครื่อง และสอนวิธีใช้ วิธีอ่านผล

เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 18 ตุลาคม 2565 มาพบแพทย์คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจตามนัด ติดตามอาการ โควิด-19 สัญญาณชีพปกติ ปริมาณออกซิเจนในเลือด 99% ไช้ลด ไอห่างๆ อ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่หอบ รับประทานยาและอาหารได้ ผล CXR ปอดมีรอยโรคเดิม ไม่มี infiltration เพิ่ม ให้คำแนะนำเรื่อง 1) ยังต้องวัดค่าปริมาณออกซิเจนในเลือดทุกวันจนกว่าจะครบกำหนดวันกักตัว 2) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 25 ตุลาคม 2565 มาพบแพทย์ที่คลินิกวัณโรคตามนัด รับประทานยา All regimen oral MDR-TB ครบ 2 สัปดาห์ เติมน้ำหนักลง 1 กิโลกรัม เหลือ 46.0 กิโลกรัม BMI 17.97 สัญญาณชีพปกติ ปริมาณออกซิเจนในเลือด 98 % ไม่มีไข้ ไอห่างๆ เสมหะสีชมพูจางๆ เหนื่อยเวลาออกแรง อ่อนเพลียคลื่อนไส้ เบื่ออาหาร รับประทานยาได้ ตรวจ AFB: Negative CBC: Hematocrit 35.4% LFT: SGOT (AST) 122 U/L EKG: QTc interval 394 msec รักษาด้วยสูตรยา MDR-TB ระยะสั้น 9 เดือนต่อ แพทย์จ่ายยาวิตามินบี 6 เพิ่มเพื่อช่วยลดอาการคลื่อนไส้ นัดติดตามอาการ 6 สัปดาห์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ

เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 6 ธันวาคม 2565 มาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกวัณโรค เติมน้ำหนัก 47 กิโลกรัม BMI 18.36 สัญญาณชีพปกติ ปริมาณออกซิเจนในเลือด 96% ไม่มีไข้ เหนื่อยเวลาออกแรง เบื่ออาหารเล็กน้อย ยังรับประทานยาได้ AFB: Negative CXR: improve จากการพูดคุยกับผู้ป่วยพบว่ามีความเครียดกับการรับประทานยาจำนวนมาก และต่อเนื่องเป็นเวลานาน ประเมินระดับความเครียดด้วย Stress Test Questionnaire (ST-5) ได้ 9 คะแนน (ระดับความเครียดมาก) จึงได้พูดคุยให้กำลังใจ ชี้ให้เห็นข้อดีของการรักษาโรคให้หาย แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด ประเมิน ST-5 ได้ 5 คะแนน (ระดับความเครียดปานกลาง) ประสานชุมชนเครือข่ายเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายจากการดูแล

สรุปผลการเยี่ยม

ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมรวม 5 ครั้ง โดยผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยเป็น MDR-TB เริ่มยา All regimen oral MDR-TB ระยะสั้น 9 เดือน ระหว่างการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 รับประทาน Favipiravir รับประทาน 5 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังรับประทาน MDR-TB ครบ 8 สัปดาห์ ผล Sputum AFB: Negative ผล CXR: improve ปริมาณ

ออกซิเจนในเลือด 96% เพื่อบำรุงร่างกาย น้ำหนักเพิ่ม 1 กิโลกรัม BMI 18.36 มีความเครียดระดับปานกลาง จำหน่ายจากการดูแลให้มาตามนัดคลินิกวัณโรคต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด ร่วมกับติดเชื้อโควิด-19

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ประวัติ Old TB ไอ มีเสมหะสีดํา เหนื่อยง่ายเวลาเดินหรือขยับตัว อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที
2. ผลตรวจเสมหะ เป็น MDR-TB
3. CXR เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565 และ 11 ตุลาคม 2565 มี Left upper lung infiltration
4. มีไข้ ไอ ระคายคอ มีน้ำมูก ตรวจ ATK ขึ้น 2 ซีด (15 ตุลาคม 2565) พบติดเชื้อโควิด-19

วัตถุประสงค์:

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
2. เพื่อป้องกันการเกิด COVID-19 Pneumonia ในผู้ป่วยที่กำลังรักษา MDR-TB

เกณฑ์การประเมินผล:

1. ค่าปริมาณออกซิเจนในเลือด $\geq 95\%$
2. สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย: 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร: 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต: Systolic 90-120 มิลลิเมตรปรอท Diastolic 60-80 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินสภาพทั่วไปว่ามีภาวะพร่องออกซิเจนหรือไม่ เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปาก มือ เท้าเขียวคล้ำ พร้อมประเมินและบันทึกสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ติดตามค่าปริมาณออกซิเจนในเลือด $\geq 95\%$
2. สอนผู้ป่วยให้หายใจที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการหายใจเข้าออกลึกๆช้าๆ และปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมให้ถุงลมในปอดขยายตัวเต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น
3. สอนผู้ป่วยให้อาบน้ำอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในปอด
4. แนะนำนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้ปอดขยายได้เต็มที่
5. กิจกรรมการพยาบาลในระยะติดเชื้อโควิด-19
 - 5.1 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามหลัก DMHT (Distancing, Mask wearing, Handwashing, Testing) มอบ surgical mask และแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือให้ผู้ป่วย ใช้ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
 - 5.2 มอบเครื่องวัดออกซิเจนในเลือดแบบหนีบปลายนิ้วให้ผู้ป่วย 1 เครื่อง พร้อมทั้งแนะนำวิธีใช้เครื่องวิธีอ่านผล ถ้าค่าน้อยกว่า 95% ให้มาโรงพยาบาล

5.3 แนะนำการรับประทานยาต้านไวรัส Favipiravir ตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

5.4 ออกใบนัดติดตามอาการ 3 วัน ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีปอด กำชับหากมีอาการผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ก่อนนัด หรือหากเกิดอาการเหนื่อยหอบรุนแรง ไม่สามารถเดินทางมาเองได้ ให้โทร 1669

การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน สามารถปฏิบัติย้อนกลับหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ ปริมาณออกซิเจนในเลือด 99% สัญญาณชีพปกติ

ติดตามอาการหลังติดเชื้อโควิดครบ 7 วัน สัญญาณชีพปกติ ปริมาณออกซิเจนในเลือด 99% อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/68 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต่อเยื่อ เนื่องจากเป็นการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง

ข้อมูลสนับสนุน:

ผลตรวจเสมหะ พบการติดเชื้อวัณโรคต่อเยื่อหลายขนาน จากเดิมเคยรักษาวัณโรคปอดเมื่อ 3 ปีก่อน และได้รับยาสูตร CAT 1 ในการรักษา 6 เดือน

วัตถุประสงค์:

เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต่อเยื่อผ่านระบบทางเดินหายใจ และการสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง
เกณฑ์การประเมินผล:

3. ผู้ป่วยและญาติสามารถทวนสอบการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต่อเยื่อที่พยาบาลแนะนำ
4. บุคคลใกล้ชิดและครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงวัณโรค ผลเป็นปกติ

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ดูแลให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยให้ถูกต้อง
2. ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในจุดบริการแยกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ที่บริเวณจุดคัดกรองประวัติผู้ป่วยนอก
3. จัดบริการ one stop service เพื่อลดการเคลื่อนที่ของผู้ป่วย
4. เสริมความรู้ในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่คนใกล้ชิดให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ โดยให้ผู้ป่วยแยกห้องนอน แยกรับประทานอาหาร ให้การทำความสะอาดมือบ่อยๆ และแนะนำการใช้แอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดมือในกรณีที่จำเป็นต้องออกนอกบ้าน
5. แนะนำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเข้ารับการตรวจคัดกรองวัณโรค โดยการ CXR เบื้องต้นเพื่อหาความผิดปกติของปอดหรือความเสี่ยงที่จะติดเชื้อวัณโรค

การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติสามารถทวนสอบและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคติดเชื้อที่พยาบาลแนะนำ จะนำสมาชิกในครอบครัวมาตรวจตามแพทย์นัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องอาการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ผู้ป่วยถามบ่อยครั้งว่าวัณโรคติดเชื้อเป็นอย่างไร จะรักษาได้หรือไม่ สอบถามว่าต้องทำอะไรบ้าง
2. แหวตาวิตกกังวล บอกว่าสงสารภรรยาที่บ่ลูกกลัวติดวัณโรคติดเชื้อ

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจกับโรคที่เป็น สามารถยอมรับการดูแลตนเอง รักษาตัวเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หายจากโรค

เกณฑ์การประเมินผล:

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สิ้นหน้แหวตาสดีขึ้น
2. ผู้ป่วยเข้าใจความเป็นไปของโรค และวิธีการรักษาว่าวัณโรคติดเชื้อสามารถหายได้หากรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่งทุกวัน พร้อมให้ความร่วมมืออย่างเต็ม

กิจกรรมการพยาบาล:

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ซักถามปัญหาเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย และตอบคำถามอย่างนุ่มนวลเป็นกันเอง ให้กำลังใจในการดูแลตัวเอง ตั้งใจรักษาโรคให้หาย
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงที่มาของการเกิดวัณโรคติดเชื้อ พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษาของแพทย์ ยาที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาของการรับประทานยา และผลลัพธ์เมื่อทานยาครบทั้งหมดตามแพทย์สั่ง
3. แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านออกเป็นโซนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งทางอากาศ และการสัมผัส และจัดห้องแยกสำหรับผู้ป่วยให้มีอากาศถ่ายเท แนะนำวิธีการทำลายเชื้อ การทำความสะอาด เพื่อลดจำนวนเชื้อในสิ่งแวดล้อม

การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยตั้งใจฟังและสอบถามเพิ่มเติมเป็นระยะๆ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สิ้นหน้ แหวตาสดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการรักษา MDR-TB ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากอาจมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาวัณโรคติดเชื้อชนิดใหม่

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยได้รับการรักษา MDR-TB ระยะเข้มข้น แพทย์ start all oral regimen for drug resistance tuberculosis ประกอบด้วยยารักษาวัณโรคคือยา 7 ชนิด ได้แก่ Bedaquiline (Bdq), levofloxacin (Lfx), prothionamide (Pto), clofazimine (Cfz), ethambutol (E), pyrazinamide (Z), H (high-dose) ซึ่งอาจทำให้มีอาการข้างเคียงจากการรักษา

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาวัณโรคคือยาหลายขนานอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่าเสมอ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบอาการข้างเคียงของยาที่รับประทาน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการของตนเองและดูแลตนเองได้

เกณฑ์การพยาบาล:

1. ผู้ป่วยรับประทานยารักษาอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และประเมินระดับอาการของตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ทักทาย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย สอบถามอาการทุกครั้งที่เข้าไปให้การพยาบาล
2. อธิบายยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานเป็นกลุ่มเวลาที่รับประทานก่อนอาหาร พร้อมอาหาร หลังอาหาร หรือก่อนนอน อธิบายอาการข้างเคียงของยาแต่ละชนิดเพื่อให้สังเกตอาการผิดปกติ หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงให้มาพบแพทย์ทันที

ยารักษาวัณโรคคือยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน

- 2.1 Bedaquiline 100 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด พร้อมอาหารทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ อาการข้างเคียงที่พบได้ คือ ใจสั่น หมดสติ
- 2.2 Levofloxacin 500 มิลลิกรัม รับประทานก่อนอาหารเช้าครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง อาการข้างเคียงที่อาจพบได้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง
- 2.3 Prothionamide 250 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น อาการข้างเคียงที่อาจพบได้ คือ ท้องเสีย ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียนปวดท้อง อาการข้างเคียงที่พบได้น้อย คือตามัว ปลายประสาทอักเสบ ระบบประสาทส่วนปลายผิดปกติ ซึมเศร้า
- 2.4 Clofazimine 50 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้าและก่อนนอน อาการที่พบได้ คือ สีผิวคล้ำขึ้น ถ้าอาการข้างเคียงที่พบได้น้อย คือ อาการใจสั่น หมดสติ
- 2.5 Pyrazinamide 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน อาการข้างเคียงที่พบได้แบบไม่รุนแรง คือ ปวดตามข้อ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ้าแบบรุนแรง คือ ตับอักเสบ ตัวเหลือง ตาเหลือง

2.6 Ethambutol 400 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 2 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน อาการที่อาจพบได้แบบไม่รุนแรง คือ มีไข้ คลื่นไส้ ถ้าแบบรุนแรง คือ การมองเห็นผิดปกติ จอประสาทตาอักเสบ

2.7 Isoniazid (high-dose) 100 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 6 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน อาการที่อาจพบได้แบบไม่รุนแรง คือ ชาปลายมือปลายเท้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ส่วนแบบรุนแรง คือ ตับอักเสบ ตัวเหลือง ตาเหลือง

3. ติดตามประเมินผลการทำงานของหัวใจ เนื่องจากยา Bedaquiline มีผลต่อการทำงานของหัวใจ ต้องติดตามผลการตรวจ EKG ค่า QT corrected (QTc) ไม่ให้เกิน 450 msec

4. ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อช่วยให้มีความตั้งใจในการรับประทานยา ตั้งใจดูแลรักษาตนเองให้แข็งแรง และหายขาดจากโรค เพื่อกลับไปดูแลครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยตลอดมา

การประเมินการพยาบาล: ผู้ป่วยตั้งใจฟัง สอบถามวิธีรับประทานยา และอาการข้างเคียงจนเข้าใจ บอกว่าจะรับประทานยาให้ครบและตรงเวลาทุกวัน สามารถบอกอาการข้างเคียงและอาการแพ้ยารักษาวัณโรคได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค และการรักษาโรคโควิด-19

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ผู้ป่วยสอบถามว่าเป็นวัณโรคปอดอยู่ แล้วเป็นโรคโควิดด้วยจะรักษาได้หรือไม่
2. สีหน้า แหวดวิตกกังวลขณะพูดคุย เพราะติดตามข่าวทราบว่าผู้เสียชีวิตจากโควิดส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยและเข้าใจในแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล:

1. ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค และแนวทางการรักษา
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าที่สดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล:

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นที่ปรึกษาและคลายความกังวลของผู้ป่วย
2. ให้แผ่นพับสุขภาพโรคโควิด-19 อธิบายการดำเนินของโรค กลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง ยาที่ใช้รักษา ผลข้างเคียงจากยา และการลดระดับโรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย

การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยสีหน้า แหวดคลายความกังวล สอบถามการปฏิบัติตัว การติดต่อกรณีฉุกเฉิน และแจ้งว่าอยากอยู่ดูแลตัวเองที่บ้าน เพราะเป็นห่วงภรรยาที่กำลังป่วยโควิด-19 เช่นกัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีอาการคลื่นไส้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

ข้อมูลสนับสนุน:

1. น้ำหนักลดลง วันที่ 25 ตุลาคม 2565 น้ำหนักลดเหลือ 46.0 กิโลกรัม BMI 17.97
2. รู้สึกอ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย
3. ผลตรวจ LFT SGOT (AST) = 122 U/L สูง (ค่าปกติ 15-46 U/L)

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

1. เพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหาร
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ จะได้ทานยาชนิดหลังอาหารได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมิน:

1. ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น หรือน้ำหนักคงเดิม
2. สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ ไม่อ่อนเพลีย

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ติดตามผลการตรวจเลือด LFT พบค่า SGOT (AST) = 122 U/L สูงกว่าค่าปกติตามมาตรฐาน ค่า K ปกติ = 4.2 mmol/l และรายงานแพทย์ทราบ
2. ประเมินและสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการปวดท้อง ตาเหลือง ตัวเหลือง หรืออาการตัวอัมพาตหรือไม่
3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เข้าใจสาเหตุของการเกิดอาการว่าเป็นผลข้างเคียงจากการรับประทานยารักษาไวรัสโรคร่วมกับยา Favipiravir ในช่วงที่รักษาโควิด-19 จึงทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ ไม่อยากรับประทานอาหาร
4. ประเมินภาวะโภชนาการ แนะนำการรับประทานอาหารของผู้ป่วย เริ่มจากการให้รับประทานปริมาณน้อย แต่ให้ทานบ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารรสชาติจัดและมีกลิ่นแรง เพิ่มการรับประทานไข่มื้ออาหาร และให้รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ทุกวัน จากนั้นจึงเริ่มปริมาณและมีอาหารเมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ตามเดิม
5. แนะนำเรื่องการรับประทานวิตามินบี 6 วันละ 2 เม็ดก่อนนอน เพื่อช่วยกระตุ้นความอยาก รับประทานอาหารและช่วยระบบดูดซึมอาหาร
6. ให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ เพื่อที่จะได้รับประทานยาหลัง อาหารได้อย่างครบถ้วนต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อลดอาการอ่อนเพลีย

การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น ไม่มีคลื่นไส้ วันที่ 6 ธันวาคม 2565 น้ำหนัก 47 กิโลกรัม BMI 18.36 เพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะเครียด เสี่ยงต่อการขาดยา เนื่องจากการรับประทานยา

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ผลจากการทำแบบประเมินความเครียด ST-5 ได้ 9 คะแนน อยู่ในระดับเครียดมาก
2. ผู้ป่วยบอกรู้สึกเบื่อและท้อแท้กับการรับประทานยาที่มีจำนวนมาก ต่อเนื่อง 9 เดือน

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

1. เพื่อลดภาวะความเครียดของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลรักษาตัวเอง รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการขาดยาและการรักษาล้มเหลว

เกณฑ์การประเมิน:

1. ภาวะเครียดลดลงจนคะแนน ST-5 อยู่ในระดับเครียดน้อย (0-4) หรือเครียดปานกลาง (5-7)⁹
2. ผู้ป่วยไม่รู้สึกเบื่อ ท้อแท้ หรือความรู้สึกจำใจที่ต้องรับประทานยาทุกวัน

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ฝึกการหายใจเข้าลึกๆ หายใจออกยาวๆ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อสร้างความผ่อนคลาย ช่วยคลายเครียด
2. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย รับฟังปัญหาของผู้ป่วย อธิบายถึงผลลัพธ์ในด้านดีของการรักษา เมื่อรับประทานยาครบตามกำหนด และผลลัพธ์ของการรับประทานยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่งอาจนำไปสู่การเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงได้ จะทำให้การรักษายากกว่า
3. แนะนำวิธีการคลายเครียดทางเลือก เช่น การใช้หลักศาสนาเพื่อคลายกังวล การทำอาหาร อ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง หรือการปลูกต้นไม้ และ ประสานครอบครัว ผู้ใกล้ชิด ให้พุดคุยกับผู้ป่วย บ่อยๆ ไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวว่าต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ประสานทีมผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาให้คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

การประเมินผลการพยาบาล: ผลการประเมินความเครียด ST-5 ของผู้ป่วยมีคะแนนลดลงเหลือ 5 คะแนน สิ้นน้ำแวตาสดชื่นขึ้น ไม่รู้สึกเบื่อเมื่อถึงเวลารับประทานยาในทุกวัน

สรุปผลการรักษาและการติดตามผล

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี น้ำหนัก 47.5 กิโลกรัม เดินมาเอง ประวัติ Relapse-TB รักษาด้วยสูตรยา CAT 1 วันนี้มาตามนัด ฟังผล Sputum culture, Xpert MTB/RIF และรับยา มีอาการไอมีเสมหะสีดำนๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายเวลาเดินหรือขยับตัว ผลการตรวจ AFB: Negative, ผล Xpert MTB/RIF เป็น MTB detected และดื้อยา Rifampicin, ผลตรวจ LPA เป็น MTB Complex ผลการทดสอบความไวต่อยา Isoniazid และ Rifampicin เป็น Resistant แพทย์วินิจฉัยเป็น MDR-TB สั่งปรับยารักษาเป็นสูตรสำหรับ MDR-TB ระยะสั้นแบบกิน 9 เดือน

ระหว่างเริ่มรักษา MDR-TB สัปดาห์แรก ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จากภรรยา มาพบแพทย์ที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจด้วยอาการไข้ ไอ ระคายคอ มีน้ำมูก ตรวจ ATK จากบ้านขึ้น 2 ชด แพทย์วินิจฉัยเป็น COVID-19 infection รักษาด้วยยา Favipiravir รับประทาน 5 วัน ติดตามอาการ 3 วัน ไข้ลด ไอห่างๆ ปริมาณออกซิเจนในเลือด 99% CXR: ปอดมีรอยโรคเดิม ไม่มี infiltration เพิ่มขึ้น ไม่มีอาการ COVID-19 Pneumonia

รับประทานยา MDR-TB ครบ 2 สัปดาห์ น้ำหนักลดเหลือ 46.0 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 17.97 โอหังๆ เสมหะสีชมพูจางๆ เหนื่อยเวลาออกแรง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร รับประทานยาได้ ผลตรวจ AFB: Negative ตรวจ work up MDR-TB side effect ผลตรวจ; CBC: Hematocrit 35.4% LFT : SGOT (AST) 122 U/L ตัวอื่นๆ ค่าปกติ ผลตรวจ EKG ปกติ รักษาด้วยสูตรยา MDR-TB ระยะสั้น 9 เดือนต่อ เมื่อรับประทานยา MDR-TB ครบ 2 เดือน น้ำหนัก 47.5 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 18 มีอาการโอหังๆ เสมหะสีขาออกเหลือง ยังเหนื่อยเวลาออกแรง รับประทานอาหารและยาได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ตรวจ AFB: Negative CXR: improve จึงจำหน่ายจากการดูแลให้มาตรวจตามนัดต่อไป

อภิปรายผล

ผู้ป่วย MDR-TB ที่ศึกษา มีประวัติการรักษาวัณโรคปอดแบบระยะสั้น 6 เดือนเมื่อ 3 ปีก่อน แล้วกลับมาเป็นซ้ำ เชื้อมีความรุนแรงมากขึ้น กลายเป็นวัณโรคปอดดื้อยาหลายขนาน และระหว่างเริ่มรักษามีอาการติดเชื้อโควิด-19 ร่วมด้วย จึงนับเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการดูแล ต้องให้การรักษารอบคลุมทั้งด้านอาการเจ็บป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ การปฏิบัติตนเพื่อรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน¹⁰ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด ร่วมกับติดเชื้อโควิด-19 2) มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคดื้อยา เนื่องจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง 3) ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องอาการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา 4) เสี่ยงต่อการรักษา MDR-TB ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากอาจมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาวัณโรคดื้อยาชนิดใหม่ 5) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคและการรักษาโรคโควิด-19 6) มีอาการคลื่นไส้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร 7) ผู้ป่วยมีภาวะเครียด เสี่ยงต่อการขาดยา เนื่องจากการรับประทานยา

โดยกรณีศึกษาได้รับการพยาบาลตามช่วงระยะเวลาของโรค ผลการรักษาผู้ป่วยอาการดีขึ้น ตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด-19 แต่ยังคงรักษา MDR-TB ในคลินิกวัณโรคไปอย่างต่อเนื่อง และติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ เพราะยา MDR-TB อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงและกลายเป็น extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB)¹⁰ ได้ การเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว วิตกกังวล เกิดปัญหาเศรษฐกิจ มีอุปสรรคในการดำรงชีวิต ดังนั้นพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมแบบ holistic care¹ และ เศรษฐฐานะของผู้ป่วย¹⁰ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนดการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนหายจากโรค และอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วย MDR-TB ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม 1) ด้านร่างกาย การรักษา MDR-TB ผู้ป่วยต้องได้รับยาต่อเนื่อง ได้รับการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการ

รับประทานยา MDR-TB มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมถูกต้องเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ และได้รับสารอาหารเพียงพอที่ช่วยสร้างเสริมและซ่อมแซมสุขภาพ ได้รับยาครบตามสูตร ป้องกันการเกิด XDR-TB 2) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุน การเสริมพลังให้ยอมรับและตั้งใจดูแลตนเอง ไม่รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง 3) ด้านสังคม ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อ MDR-TB สู่มิตร ไม่เกิด stigma ไม่สูญเสียภาพลักษณ์จากการเจ็บป่วย⁸ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อ MDR-TB สู่มิตร ชุมชนร่วมมือในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วย¹⁰ การที่ผู้ป่วยได้รับการติดตาม การดูแลต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีกำลังใจที่ดีที่จะดูแลรักษาตัวเองให้หาย ใส่ใจทั้งการปฏิบัติตัวที่ดีทั้งการรับประทานยา รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรักษาความสะอาด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ครอบครัวและชุมชน พยาบาลต้องช่วยเสริมพลังใจในการรักษาให้ต่อเนื่องจนครบแผนการรักษา เพื่อให้หายจากโรค สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีระบบการควบคุม กำกับ ติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้มแข็ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา การติดตามอาการ ผลการรักษาต่อเนื่องและเหมาะสม
2. ควรมีการสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานอื่น เช่น เทศบาล อปท. พัฒนาสังคม ร่วมกันออกแบบการร่วมกันดูแลผู้ป่วย จัดการสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วย MDR-TB อยู่อาศัย ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน สิ่งแวดล้อม และดูแลด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพที่ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ MDR-TB

เอกสารอ้างอิง

1. วรณมา ปิยะเสวตกุล. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก: กรณีศึกษา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2564;3(2): 269-19.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva (CH): WHO; 2021
3. กรมควบคุมโรค. กองวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
4. กรมควบคุมโรค. กองวัณโรค. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
5. World Health Organization. Consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis treatment. Geneva (CH): WHO; 2019.
6. กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค. แนวทางการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรระยะสั้น 9 เดือน. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
7. สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อโคโรนา 2019. CPG COVID-19 สำหรับแพทย์และ

- บุคลากรสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต].2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650324144250PM_CPG2022.pdf.
8. อำพวรรณ ยวนใจ. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา: กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย. 2562;12(2)62-76.
9. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด (ST-5). [อินเทอร์เน็ต].2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://env.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=191892&id=37464&reload>.
10. กรมควบคุมโรค. สำนักโรค. แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์; 2558.

