

HUA HIN MEDICAL JOURNAL

หัวหินเวชสาร

นิพนธ์ต้นฉบับ

- Association between clinical characteristics and second trimester cervical length in singleton pregnancies at Somdejprasangkharach 17 Hospital
ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกและความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17
Chirameth Promchirachote

- Effect of Emotional Intelligence Enhancement Program on Learning Happiness of First-year Nursing Students

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ต่อความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล
ชั้นปีที่ 1

Saowalak Sripho, Soontaree Khachat, Suphattra Chanchuwan, Pawida Phothong

บทความพินพิวิชาการ

- Role of Nurses in Continuing Care for Stroke Patients at Home
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
Pudsadee Korjedee, Pannipa Nualanan, Penpun Chongchirawongsa, Supa Thanawangsri, Amorn Kanlayapuek

- Basic Knowledges of Disease and Role of Pharmacists in Pharmaceutical Care for Patient with Systemic Lupus Erythematosus (SLE)
ความรู้พื้นฐานและบทบาทของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคลูปัส
(เอสแอลอี)

Karunrat Tewthanom, Surassawadee Suntharasaj





หัวหินเวชสาร: วารสารวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการด้านสหสาขาวิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการส่งเสริม สนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษา ทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้พัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ สาขาต่างๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการศึกษา ค้นคว้า และเป็นแหล่งวิทยาการความรู้ด้านสาธารณสุข ให้ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

นพ.จิตตรัตน์	เดชวุฒิพร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน
นพ.สุทธิรักษ์	บัวแก้ว	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นพ.ณัฐ	รัตนโกสัย	รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
พญ.อภิรดี	โชติกิตติพงศ์	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสุวัชรีย์	เดชาธรรอมร	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
อาจารย์นิตยา	จันทร์เรือง มหาผล	บรรณาธิการวารสาร สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นางมยุรี	จงศิริ	กองบรรณาธิการวารสาร สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นพ.สุนัย	จันทร์ฉาย	บรรณาธิการวารสารแพทย์เขต 5 โรงพยาบาลนครปฐม

บรรณาธิการ

นพ.ธนพล	ทรงธรรมวัฒน์	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ.นวลนาง	กายสอน	โรงพยาบาลหัวหิน
ภญ.สุธารส	ปริญญานุโล	โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายจิรพัฒน์	อ่อนเกตุพล	โรงพยาบาลหัวหิน
-------------	------------	-----------------

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เชษฐ	รัชดาพรธนาธิกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.วรรณรา	ชื่นวัฒนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
รศ.ดร.ธีรศักดิ์	โรจนราธา	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ดร.ผกาพรรณ	จันทร์เพิ่ม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ดร.มาศโมหี	จิตวิริยธรรม	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พัชรินทร์	สมบูรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
พญ.หัสญา	ตันติพงศ์	โรงพยาบาลชลบุรี
นพ.ปิยณัฐ	จังกณานันท์	โรงพยาบาลราชบุรี
ผศ.กรัณรัตน์	ทิวทนอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ดร.ศุภามณ	จันทร์สกุล	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
อาจารย์อ้อมขวัญ	ทิมนกุล	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
นายศุภชัย	ศรภักยานิช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
พญ.พรชนัน	ดุริยะประพันธ์	โรงพยาบาลหัวหิน
นกก.วันเพ็ญ	เหลื่อนนฤทัย	โรงพยาบาลหัวหิน
พว.จาริณี	ศรีประเสริฐ	โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้จัดการ

นางสาวเพียงพิศ	เฟื่องฟู	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาวทิพากร	แสงศรี	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาววันวิสา	ชูศิริ	โรงพยาบาลหัวหิน

เจ้าของ โรงพยาบาลหัวหิน**สำนักงาน** 30/2 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110
โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908 โทรสาร 032-547350**กำหนดออก** ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม – เมษายน) (พฤษภาคม – สิงหาคม) (กันยายน – ธันวาคม)

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

1. ญ.ดร.อติศรา แสงวิรุณ สุจริต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ.ดร.ทพญ.นัจชลี ศรีมณีกาญจน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.นพ.วรุตม์ พงศาพิชญ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
4. พญ.วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
5. ดร.อรรณณ ขวัญศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ดร.พุทธิราภรณ์ หังสนัส	มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผศ.ดร.พิจิตรา เล็กดำรงกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
8. รศ.ดร.ธีรศักดิ์ โรจนราชา	มหาวิทยาลัยศิลปากร
9. ผศ.พรพลัย บุญเมือง	มหาวิทยาลัยศิลปากร
10. ผศ.กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
11. ผศ.ดร.วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์	มหาวิทยาลัยศิลปากร
12. ดร.ปาริชาติ ทาโน	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
13. ดร.ศุภามณ จันทร์สกุล	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
14. ผศ.เกษมณี มูลปานันท์	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
15. ผศ.ศลิษา โกดีย์	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
16. นพ.ภูมิ ชมพูศรี	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
17. ภก.อ้อมขวัญ ทิมินกุล	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
18. ทพญ.พิชานัน ศรีสมหมาย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
19. ดร.สุเมธ ฐวาคาราตระกูล	มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด
20. ผศ.ดร.สอาด บรรเจิดฤทธิ์	มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด
21. พ.ต.ท.หญิง ดร.พรรณทิพา เวชรังสี	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
22. อาจารย์พรกรณ์ย์ สมขาว	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
23. ดร.ปราณี คำแก้ว	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
24. ผศ.อังคณา จงเจริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จ.นครปฐม
25. ผศ.ณอมพงษ์ เสถียรลัคนา	มหาวิทยาลัยสยาม
26. ภกญ.วิภาวี รอดจันทร์	มหาวิทยาลัยสยาม
27. พญ.เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์	สถาบันโรคทรวงอก
28. พญ.กัลยา ปัญจพรผล	สถาบันโรคทรวงอก
29. พญ.ศรัชชา เทียนสันติสุข	สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์
30. นพ.ชัยวัฒน์ อาชวกุลเทพ	ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
31. นพ.จิรัชย์ พิสุทธิเบญญา	ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
32. พ.ต.ท.หญิงปาริชาติ สุขสวัสดิพร	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
33. อาจารย์สมจิตต์ สิ้นธชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
34. อาจารย์กันยารัตน์ อุบลวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

- | | |
|------------------------------------|--|
| 35. ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 36. ดร.จินตนา ทองเพชร | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 37. ดร.ปริญญารณณ์ ธนะบุญปวง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี |
| 38. ดร.หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท |
| 39. ดร.บุญเสริม เนยสูงเนิน | วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข
กาญจนาภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก |
| 40. ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ | ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี |
| 41. รศ.พญ.ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ | โรงพยาบาลศิริราช |
| 42. พญ.พัชรินทร์ เกียรติกิ่งวาฬไกล | โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร |
| 43. พญ.ประไพ ต้นประเสริฐ | โรงพยาบาลราชบุรี |
| 44. นพ.ปิยณัฐ จังคณานันท์ | โรงพยาบาลราชบุรี |
| 45. นพ.ศิโรตม์ น้อยวัน | โรงพยาบาลราชบุรี |
| 46. พญ.สุธาสินี สมานคติวัฒน์ | โรงพยาบาลราชบุรี |
| 47. พญ.เสาวณีย์ เกิดดอนแฝก | โรงพยาบาลบ้านแพ้ว |
| 48. พญ.ศศิวิมล ไตรญาณ | โรงพยาบาลบ้านแพ้ว |
| 49. พญ.เสาวณีย์ เบญจมานุกูล | โรงพยาบาลบ้านแพ้ว |
| 50. ทพ.สิเรศ รพีพัฒนา | โรงพยาบาลบ้านแพ้ว |
| 51. นพ.นฤวัต เกสรสุคนธ์ | โรงพยาบาลสมุทรสาคร |
| 52. นพ.ไววิทย์ สงวนวงศ์วาน | โรงพยาบาลเมดพาร์ค |
| 53. พญ.เพลินพิศ ลิขสิทธิ์พันธ์ | โรงพยาบาลกรุงเทพหัวหิน |
| 54. พญ.เปรมฤดี อริยานนท์ | โรงพยาบาลนครปฐม |
| 55. พญ.หัสญา ตันติพงศ์ | โรงพยาบาลชลบุรี |
| 56. นางสาวสุลณี เหมวงษ์ | โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ |
| 57. นพ.ปิยณัฐ จังคณานันท์ | โรงพยาบาลราชบุรี |
| 58. ภก.ดร.ชูเกียรติ เพียรชนะ | โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 59. นายนิวัช ศรีวิไลวัชร | โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |
| 60. ดร.พัชรินทร์ คำนวล | โรงพยาบาลพะเยา |
| 61. นพ.ธนพล ทรงธรรมวัฒน์ | โรงพยาบาลหัวหิน |
| 62. พญ.จิรัชญา กลีบสุวรรณ | โรงพยาบาลหัวหิน |
| 63. นายแพทย์สุชา आयวัฒน์ | โรงพยาบาลหัวหิน |
| 64. พญ.ปิยะนุช ปฐมาจรรพงค์ | โรงพยาบาลหัวหิน |
| 65. พญ.กชกานต์ รุ่งเรืองศักดิ์ | โรงพยาบาลหัวหิน |
| 66. พญ.กุลวดี แหวนดวงเด่น | โรงพยาบาลหัวหิน |
| 67. พญ.โชษิตา จุงวงศ์ | โรงพยาบาลหัวหิน |

บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)
อย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ หัวหินเวชสาร

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารวิชาการ หัวหินเวชสาร เป็นวรรณกรรม
ของผู้เขียนโดยเฉพาะ โรงพยาบาลหัวหิน และกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกบทความเพื่อการศึกษาแต่ให้อ้างอิง
แหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นทางวิชาการลงตีพิมพ์ใน
วารสารวิชาการ หัวหินเวชสาร กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการ โรงพยาบาลหัวหิน 30/2
ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

เว็บไซต์ หัวหินเวชสาร <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk>

เบอร์โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908

บทนำ

วารสารหัวหินเวชสาร เป็นวารสารวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เดิมชื่อ วารสารหัวหินสุขใจ ไกลกังวล เผยแพร่ฉบับแรกในปี 2559 ก่อนจะเปลี่ยนชื่อเป็น **วารสารหัวหินเวชสาร** ในปี 2564 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนางานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงบุคลากรด้านการศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นสื่อกลางในการส่งเสริม สนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษาได้พัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสาขาต่างๆ ให้ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป

วารสารหัวหินเวชสาร ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565) ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับและบทความพื้นฟูวิชาการ ที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและเฝ้าระวังความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วย SLE และการพัฒนาการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

บรรณาธิการและกองบรรณาธิการฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขต่อไป

31 สิงหาคม 2565

บรรณาธิการ

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

หน้า

- Association between clinical characteristics and second trimester cervical length in singleton pregnancies at Somdejprasangkharach 17 Hospital
ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกและความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 Chirameth Promchirachote 1-13
- Effect of Emotional Intelligence Enhancement Program on Learning Happiness of First-year Nursing Students
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ต่อความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1
Saowalak Sripho, Soontaree Khachat, Suphattra Chanchuwan, Pawida Phothong 14-23

บทความพื้นฟูวิชาการ

- Role of Nurses in Continuing Care for Stroke Patients at Home
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
Pudsadee Korjedee, Pannipa Nualanan, Penpun Chongchirawongsa, Supa Thanawangsri, Amorn Kanlayapuek 24-42
- Basic Knowledges of Disease and Role of Pharmacists in Pharmaceutical Care for Patient with Systemic Lupus Erythematosus (SLE)
ความรู้พื้นฐานและบทบาทของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคลูปัส (เอสแอลอี)
Karunrat Tewthanom, Surassawadee Suntharasaj 43-57

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกและความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17

จิรเมธ พรหมจิรโชติ

นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

Received: Feb 9, 2022

Revised: Jul 11, 2022

Accepted: Aug 8, 2022

บทคัดย่อ

ที่มา: สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะปากมดลูกสั้นมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การวัดความยาวปากมดลูกช่วยคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงดังกล่าว แต่การวัดความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในสตรีทุกรายยังทำได้ลำบาก

วัตถุประสงค์: เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกและประวัติการตั้งครรภ์กับความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ เพื่อเป็นเครื่องมือในการคัดกรองภาวะปากมดลูกสั้น

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 โดยวัดความยาวปากมดลูกในช่วงอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ตัวแปรลักษณะทางคลินิก และความยาวปากมดลูกถูกเก็บรวบรวมตั้งแต่ เมษายน 2564 - มกราคม 2565 ใช้สถิติการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multivariate linear regression analysis) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

ผลการศึกษา: สตรีตั้งครรภ์เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 300 ราย ความยาวปากมดลูกเฉลี่ย 40.77 มม. จากการวิเคราะห์ด้วย Univariate analysis พบว่าส่วนสูง, ดัชนีมวลกาย และอายุครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความยาวปากมดลูก แต่อายุ, น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ และประวัติการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์กับความยาวปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.033, 0.035, 0.045 ตามลำดับ) แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์ต่ด้วย Multivariate analysis พบว่าตัวแปรทั้งสามไม่มีความสัมพันธ์กับความยาวปากมดลูก (p -value = 0.221, 0.094, 0.218 ตามลำดับ)

สรุป: ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์กับ อายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, ดัชนีมวลกาย และประวัติการคลอดบุตร

คำสำคัญ: ความยาวปากมดลูก, ลักษณะของสตรีตั้งครรภ์, ประวัติการตั้งครรภ์

Association between clinical characteristics and second trimester cervical length
in singleton pregnancies at Somdejprasangkharach 17 Hospital

Chirameth Promchirachote, Doctor (Professional level),
Somdejprasangkharach 17 Hospital, Suphan Buri province, Thailand

Abstract

Background: Pregnant women with a short cervix are at risk for spontaneous preterm birth. Cervical length measurement is a screening tool to identify women at risk; however, second trimester cervical length measurement in every woman is burdensome.

Objective: To assess possible associations between clinical characteristics/obstetric history and cervical length in the hope of establishing a screening tool for short cervix.

Methods: A cross-sectional study on singleton pregnancies was conducted at Somdejprasangkharach 17 Hospital, in which cervical length was measured during 16-24 weeks of gestational age. Data on obstetric history, clinical characteristics and cervical length were collected from April 2021 to January 2022. Univariate and multivariate linear regression analysis were performed to assess the relationship.

Results: There were 300 eligible pregnant women. The mean cervical length was 40.77 mm. Using univariate analysis, no association was found between cervical length and maternal height, BMI and weight, but cervical length was significantly associated with age, current bodyweight and obstetric history (p-value = 0.033, 0.035, 0.045, respectively). However, the results from multivariate linear regression analysis demonstrated that age, current bodyweight and obstetric history had no significant association with cervical length (p-value = 0.221, 0.094, 0.218, respectively).

Conclusion: Age, weight, height, BMI and obstetric history were not significantly associated with second trimester cervical length.

Keywords: cervical length, maternal characteristics, obstetric history

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm delivery) คือการคลอดระหว่างอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์¹ เป็นปัญหาที่สำคัญในสตรีตั้งครรภ์ ปัจจุบันพบว่าการคลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 7-12 ของการตั้งครรภ์ทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตปริกำเนิดของทารก² รวมทั้งยังสัมพันธ์กับการเกิดสมองพิการ (Cerebral palsy), โรคปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด (Bronchopulmonary dysplasia), โรคจอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of prematurity) และภาวะทุพพลภาพอื่นๆ^{2,3} มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการศึกษาหลายปัจจัย แต่พบว่าประมาณร้อยละ 80 ของการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุ^{3,4}

มีความพยายามที่จะศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายโอกาสเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด เช่น การวัดความยาวปากมดลูก (Cervical length) และการตรวจหาตัวชี้วัดทางกายภาพ (Biomarker) เช่น สารฟิลาไฟโบรเนกติน (Fetal fibronectin) จากสารคัดหลั่งบริเวณปากมดลูก^{3,5} มีการศึกษาพบว่า การวัดความยาวปากมดลูกเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดสำหรับการทำนายการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยพบว่าภาวะปากมดลูกสั้น (<25 มม) สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดที่มากขึ้น^{6,7} ปัจจุบันจึงมีคำแนะนำและแนวทางปฏิบัติของหลายสมาคมที่ให้วัดความยาวปากมดลูกแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกราย เป็นกิจวัตร (Universal screening)^{8,9,10} ส่วนแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำให้วัดความยาวปากมดลูกในรายที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ส่วนรายที่ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ยังไม่มีคำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับการทำ Universal screening¹¹

อย่างไรก็ตามยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ว่าการวัดความยาวปากมดลูกแก่สตรีตั้งครรภ์ทุกรายนั้นมีความจำเป็นหรือไม่ การศึกษาที่สนับสนุนให้วัดความยาวปากมดลูกแก่สตรีตั้งครรภ์ทุกรายเช่นการศึกษาของ Fonseca และคณะ และ Hassan และคณะ พบว่าการใช้ยาโปรเจสเตอโรน (Progesterone) เน้นบทางช่องคลอดในรายที่ปากมดลูกสั้นช่วยลดความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด^{12,13} และมีการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลแสดงให้เห็นว่าการวัดความยาวปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายมีความคุ้มค่าในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด^{14,15} ส่วนการศึกษาที่คัดค้าน เช่น การศึกษาของ Facco และคณะ และ Orzechowski และคณะให้ความเห็นว่า ในเวชปฏิบัติพบอัตราสตรีตั้งครรภ์ที่มีปากมดลูกสั้นค่อนข้างต่ำ การวัดความยาวปากมดลูกแก่สตรีตั้งครรภ์ทุกรายจึงมีประโยชน์เฉพาะกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น^{16,17} การศึกษาของ Master และคณะพบว่าในทางปฏิบัติการวัดความยาวปากมดลูกเพิ่มระยะเวลาในการตรวจครรภ์เฉลี่ยถึง 10 นาทีต่อราย¹⁸ และในสถานพยาบาลบางแห่งมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรบุคคลและมีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ในความดูแลมาก ทำให้การวัดความยาวปากมดลูกเป็นกิจวัตรแก่สตรีตั้งครรภ์ทุกรายทำได้ลำบาก¹⁹ จึงมีการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความยาวปากมดลูก ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Van และคณะ และการศึกษาของ Miller และคณะ พบว่าน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายของสตรีตั้งครรภ์ที่มากขึ้นสัมพันธ์กับปากมดลูกที่สั้นลง^{20,21} ในทางกลับกันการศึกษาของ Patalatnik และคณะ Hendler และคณะ และ Liabsuetrakul และคณะ พบว่าน้ำหนักตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มากขึ้นสัมพันธ์กับความยาวปากมดลูกที่ยาวขึ้น^{22,23,24} การศึกษาของ Woraboot และคณะ และการศึกษาของ Van และคณะ พบว่าเชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับความยาวปากมดลูกเช่นกัน^{19,20} และการศึกษาของ Cho และคณะพบว่าความยาว

ปากมดลูกที่สั้นมีความสัมพันธ์กับประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อนโดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดมาก่อนมีแนวโน้มที่จะพบความยาวปากมดลูกสั้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยคลอดก่อนกำหนด²⁵ จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความยาวปากมดลูกอาจมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์และประวัติของการตั้งครรภ์ ดังนั้น การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกและความยาวปากมดลูกจึงมีความสำคัญในการนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ทางคลินิก เช่น การให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ การคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงปากมดลูกสั้นและการวางยุทธศาสตร์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกและความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึง มกราคม พ.ศ. 2565 โดยมีอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ที่ได้รับการยืนยันอายุครรภ์จากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่เคยตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop electrosurgical excisional procedure, LEEP) มาก่อน สตรีตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของปากมดลูกและสตรีตั้งครรภ์ทารกพิการ

ความยาวปากมดลูกจะถูกวัดด้วยวิธีวัดผ่านทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasound) ในช่วงอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ โดยการวัดจะให้สตรีตั้งครรภ์ปัสสาวะออกให้หมดและขึ้นนอนบน

เตียงตรวจในท่าขบนิ้ว (Lithotomy position) จากนั้นผู้วิจัยจะทำการวัดความยาวปากมดลูกโดยสอดหัวตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (7.5 MHz, GE Logiq V5, GE Medical, Austria) ผ่านช่องคลอดและหาภาพปากมดลูกในมุมมองหน้าหลัง (Sagittal view) โดยจะมีผู้วัดเพียงคนเดียวเพื่อหลีกเลี่ยงความแตกต่างระหว่างผู้วัด (Interobserver variation) ความยาวปากมดลูกจะถูกวัดจากปากมดลูกด้านใน (Internal os) ไปยังปากมดลูกด้านนอก (External os) โดยระยะไม่ให้ดันหัวตรวจมากเกินไป ความยาวปากมดลูกจะถูกวัดทั้งสิ้นสามครั้งและจะบันทึกข้อมูลค่าที่สั้นที่สุด³ โดยจะมีการเก็บข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์, ข้อมูลตัวแปรลักษณะทางกายภาพของสตรีตั้งครรภ์ และความยาวปากมดลูกในแบบเก็บข้อมูล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Multiple linear regression

ดังนี้
$$n = \frac{\lambda(1-R_{Y.B}^2)}{R_{Y.B}^2}$$
 โดยที่ค่า $R_{Y.B}^2$ คำนวณ

จากค่า f^2 และกำหนดค่า f^2 เท่ากับ 0.15 ตามการคำนวณของ Cohen²⁶ และค่า λ ใช้โปรแกรม G*Power (G*Power 3.1 manual March 1, 2017) ในการคำนวณ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวนตัวอย่างที่จะต้องใช้มีจำนวนไม่น้อยกว่า 139 คน เพื่อเป็นการป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 25 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จึงไม่น้อยกว่า 173 คน ในกระบวนการเก็บตัวอย่างของการศึกษานี้มีอาสาสมัครเข้าร่วมในการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 300 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience Sampling) โครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขโครงการ 016/2564

ตัวแปรลักษณะทางคลินิกที่ทำการศึกษากำหนดขึ้นโดยอ้างอิงตัวแปรจากการศึกษาของ Van และคณะ²⁰ ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์และรายงานผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ค่าความยาวปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยรายงานด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกและความยาวปากมดลูกใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple regression analysis) และการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY, USA: IBM Corp.) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 26.19 ± 6.35 ปี น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 58.38 ± 13.58 กก. และน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์เฉลี่ย 60.19 ± 13.34 กก. ส่วนสูงเฉลี่ย 158.94 ± 6.00 ซม. และมีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 23.06 ± 4.95 กก./ม.² ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Gravidarum) เป็นครั้งที่ 1 ร้อยละ 37.3 และครั้งที่ 2 ร้อยละ 39.3 และจำนวนครั้งของการคลอดบุตร (Parity) เป็นครั้งที่ 1 ร้อยละ 43.7 กลุ่มตัวอย่างเคยมีประวัติการแท้งบุตรร้อยละ 16 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยคลอดบุตร (Nulliparity) ร้อยละ 41.7 เคยคลอดบุตรแต่ไม่มีประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (No history of previous spontaneous preterm birth, no SPTB) ร้อยละ 55.3 และเคยคลอดบุตรแต่มีประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Present history of previous spontaneous preterm birth, present SPTB) ร้อยละ 3.0 (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติ (n = 300)

Characteristics	mean $\pm$ SD
Age (years)	26.19 $\pm$ 6.35
Weight at pre-pregnancy (kg)	58.38 $\pm$ 13.58
Weight (kg)	60.19 $\pm$ 13.34
Height (cm)	158.94 $\pm$ 6.00
BMI at pre-pregnancy (kg/m ²)	23.06 $\pm$ 4.95
Cervical length (mm)	40.77 $\pm$ 6.61
GA at CL measurement (weeks + days), median	16w + 3d
GA at 1st ANC (weeks + days), median	10w + 0d

ความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความยาวปากมดลูกเฉลี่ย 40.77 ± 6.61 มม. การเปรียบเทียบความยาวปากมดลูกจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ต่ำกว่าเกณฑ์ (Underweight), ปกติ (Normal weight), น้ำหนักเกิน (Overweight), อ้วน (Obese) และอ้วนอันตราย (extremely obese) มีความยาวปากมดลูกไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.115) กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการตั้งครรภ์จำนวน 1 ครั้ง, 2 ครั้ง, 3 ครั้ง, 4 ครั้ง และ 5 ครั้ง มีความยาวปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

(p-value = 0.632) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีการคลอดบุตร และกลุ่มตัวอย่างที่มีการคลอดบุตร 1 ครั้ง และ 2-4 ครั้ง มีความยาวปากมดลูกไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.134) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยแท้งบุตร และกลุ่มตัวอย่างที่เคยแท้งบุตรจำนวน 1 ครั้ง และ 2 ครั้ง มีความยาวปากมดลูกไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.853) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีและมีประวัติการแท้งบุตรมีความยาวปากมดลูกไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.720) และกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการตั้งครรภ์ในกลุ่ม Nulliparity, กลุ่ม No SPTB และกลุ่ม Present SPTB มีความยาวปากมดลูกไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.132) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความยาวปากมดลูกจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์

Characteristics	N (%)	Cervical length (mm)				p-value
		Mean	SD	Min.	Max.	
Total	300	40.77	6.61	24.9	59.0	-
BMI						
Underweight	41	39.29	6.23	26.3	53.0	0.115
Normal weight	135	41.12	6.74	24.9	59.0	
Overweight	52	40.19	5.98	30.3	56.5	
Obese	42	40.10	6.90	26.2	54.8	
Extremely obese	30	43.23	6.72	27.0	55.1	
Gravidarum						
1	112 (37.3)	40.00	6.38	26.3	57.9	0.632
2	118 (39.3)	41.26	6.77	24.9	56.3	
3	50 (16.7)	41.36	7.01	26.2	59.0	
4	12 (4.0)	40.57	5.44	33.0	51.8	
5	8 (2.7)	41.10	6.69	31.9	52.0	
Parity						
0	125 (41.7)	39.87	6.46	26.3	57.9	0.134
1	131 (43.7)	41.46	6.70	24.9	59.0	
2-4	44 (16.7)	41.31	6.57	30.1	56.5	
Number of Abortion						
0	252 (84.0)	40.83	6.54	24.9	57.9	0.853
1	41 (13.7)	40.29	7.19	26.2	59.0	
2	7 (2.3)	41.47	6.29	31.9	51.8	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความยาวปากมดลูกจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ (ต่อ)

Characteristics	N (%)	Cervical length (mm)				p-value
		Mean	SD	Min.	Max.	
Abortion						
No	252 (84.0)	40.83	6.54	24.9	57.9	0.720
Yes	48 (16.0)	40.46	7.02	26.2	59.0	
Pregnancy history						
Nulliparous	125 (41.7)	39.87	6.46	26.3	57.9	0.132
No SPTB	166 (55.3)	41.44	6.75	24.9	59.0	
Present SPTB	9 (3.0)	40.97	4.71	34.8	48.2	

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางคลินิกและความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติ โดยใช้การวิเคราะห์แบบ Univariate analysis ด้วย Simple regression analysis โดยปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ อายุ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด ประวัติการแท้งบุตร และประวัติการคลอดบุตร ผลการศึกษาพบว่า อายุ น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ และประวัติการคลอดบุตร มีความสัมพันธ์กับความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยที่อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี ส่งผลให้ความยาวปากมดลูกเพิ่มขึ้น 0.128 มม. ($B = 0.128$, $p\text{-value} = 0.033$) น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้น 1 กก. ส่งผลให้ความยาวปากมดลูกเพิ่มขึ้น 0.060 มม. ($B = 0.060$, $p\text{-value} = 0.035$) และสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประวัติการคลอดบุตรมาก่อนจะมีความยาวปากมดลูกน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติการคลอดบุตรมาก่อน 1.547 มม. ($B = -1.547$, $p\text{-value} = 0.045$) (ตารางที่ 3)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางคลินิกและความยาวปากมดลูกใน

ไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติ โดยใช้การวิเคราะห์แบบ Multivariate analysis ด้วย Multiple linear regression analysis โดยพิจารณานำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ และประวัติการคลอดบุตร เข้ามาวิเคราะห์ในการวิเคราะห์แบบ Multivariate analysis ผลการทดสอบความเหมาะสมภาพรวมของโมเดลด้วยสถิติ F-test ตัวแบบ (Model) มีค่า $F_{0.05}(3, 296) = 3.063$ ($p\text{-value} = 0.028$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) เท่ากับ 0.03 หมายความว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรในโมเดล ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ และประวัติการคลอดบุตร สามารถอธิบายความผันแปรของความยาวปากมดลูกได้ร้อยละ 3 อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าอายุ น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ และประวัติการคลอดบุตร ไม่พบความสัมพันธ์กับความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี ส่งผลให้ความยาวปากมดลูกเพิ่มขึ้น 0.079 มม. ($B = 0.079$, $p\text{-value} = 0.221$) น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้น 1 กก. ส่งผลให้ความยาวปากมดลูกเพิ่มขึ้น 0.049 มม.

($B = 0.049$, $p\text{-value} = 0.094$) และสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประวัติการคลอดบุตรมาก่อนจะมีความยาวปากมดลูกน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติ

การคลอดบุตรมาก่อน 1.018 มม. ($B = -1.018$, $p\text{-value} = 0.218$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางคลินิกและความยาวปากมดลูก

Factors	B	95% CI		SE(B)	β	p-value
Univariate analysis						
Age	0.128	0.010	0.245	0.060	0.123	0.033*
Weight at pre-pregnancy (kg)	0.044	-0.011	0.100	0.028	0.091	0.116
Weight	0.060	0.004	0.116	0.028	0.122	0.035*
Height	0.061	-0.064	0.187	0.064	0.056	0.336
BMI	0.118	-0.034	0.269	0.077	0.088	0.127
GA at CL measurement	-0.047	-0.360	0.265	0.159	-0.017	0.765
GA at 1st ANC	-0.063	-0.250	0.123	0.095	-0.039	0.506
Gravidarum	0.421	-0.354	1.195	0.394	0.062	0.286
Parity	0.776	-0.189	1.740	0.490	0.091	0.115
Abortion	-0.374	-2.424	1.676	1.042	-0.021	0.720
Nulliparous	-1.547	-3.061	-0.032	0.770	-0.116	0.045*
Multivariate analysis						
Age	0.079	-0.048	0.207	0.065	0.076	0.221
Weight	0.049	-0.008	0.105	0.029	0.098	0.094
Nulliparous	-1.018	-2.640	0.604	0.824	-0.076	0.218

Abbreviations: B: Regression coefficient, SE(B): Standard error of B, β : Standardized regression coefficient, CI, confident interval.

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 40.77 ± 6.61 มม. สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ศึกษาในประเทศไทยที่พบค่าเฉลี่ยความยาวปากมดลูกไม่ได้แตกต่างกันมาก โดยอยู่ระหว่าง 38.7-42.4 มม. เป็นต้น^{4,27,28} ซึ่งความแตกต่าง 1-2 มม. อาจไม่มีนัยสำคัญทางคลินิกเนื่องจากสามารถเกิดความคลาดเคลื่อนได้เล็กน้อยขณะทำการวัด และเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยความยาวปากมดลูกที่ศึกษาในประชากรชาวเอเชียชาติอื่น เช่น การศึกษาของ Cho และคณะที่ทำการศึกษาในประชากรเกาหลีใต้ พบว่าค่าเฉลี่ย

ความยาวปากมดลูกอยู่ที่ 37.7 มม.²⁵ แต่พบว่าการศึกษาดังกล่าวได้รวมเอาข้อมูลความยาวปากมดลูกของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการตัดปากมดลูกมาแล้ว อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การศึกษาของ Cho และคณะ พบความยาวปากมดลูกสั้นกว่า

การศึกษานี้พบความยาวปากมดลูกสั้นจำนวน 1 รายจากจำนวนประชากรที่ศึกษาทั้งสิ้น 300 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.33 สอดคล้องกับการศึกษาของ Maerdan และคณะที่ศึกษาพบว่าอัตราความยาวปากมดลูกสั้นในประชากรชาวเอเชียต่ำกว่าร้อยละ 1²⁹ ตามคำแนะนำของ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ที่ให้วัดความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่ 2

ของการตั้งครรภ์ และให้ยาฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหากพบความยาวปากมดลูกสั้นกว่า 25 มม.⁹ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า อาจจะสั้นไปสำหรับประชากรในประเทศไทย เนื่องจากพบว่าความยาวปากมดลูกที่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 2.5 เท่ากับ 30.15 มม.

การศึกษานี้พบว่าความยาวปากมดลูกเฉลี่ย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยคลอดบุตร, เคยคลอดบุตร 1 ครั้ง และเคยคลอดบุตร 2-4 ครั้ง ความยาวปากมดลูกไม่แตกต่างกัน และแนวโน้มนี้ พบว่าความยาวปากมดลูกในกลุ่มที่เคยคลอดบุตรมาก่อนมีค่าเฉลี่ยที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยคลอดบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่เคยมีมาในประชากรไทย⁴ ข้อมูลนี้สนับสนุนว่ากระบวนการซ่อมแซม (Remodeling) ตามธรรมชาติที่เกิดบริเวณปากมดลูกภายหลังการคลอดมีประสิทธิภาพและสามารถฟื้นฟูโครงสร้างของปากมดลูกให้กลับสู่สภาพก่อนการตั้งครรภ์ได้ อธิบายได้จากการศึกษาของ Sundtoft และคณะที่พบว่าระดับความเข้มข้นของคอลลาเจนบริเวณปากมดลูก (Cervical collagen concentration) จะลดลงขณะตั้งครรภ์และค่อยๆ เพิ่มขึ้นภายหลังการคลอดอย่างมีนัยสำคัญจนถึง 9 เดือนหลังคลอด และยังพบว่า การเพิ่มของ Cervical collagen concentration ภายหลังการคลอดไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เคยคลอด 1 ครั้งและกลุ่มที่เคยคลอดมากกว่า 1 ครั้ง³⁰

การศึกษานี้พบว่าส่วนสูงไม่มีความสัมพันธ์กับความยาวปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Van และคณะ และ Souka และคณะที่พบว่า ส่วนสูงไม่สัมพันธ์กับความยาวปากมดลูก^{20,31} แต่ก็ให้ผลขัดแย้งกับการศึกษาของ Albayrak และคณะที่พบความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงและความยาวปากมดลูก³² การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของน้ำหนักสตรีตั้งครรภ์กับความยาวปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ Cho และคณะ²⁵ แตกต่าง

จากการศึกษาของ Van และคณะที่พบว่าน้ำหนักสตรีตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความยาวปากมดลูก²⁰ และเมื่อนำน้ำหนักและส่วนสูงมาคำนวณหาดัชนีมวลกายพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความยาวปากมดลูก แตกต่างจากการศึกษาของ Van และคณะ และ Palatnik และคณะที่พบความสัมพันธ์ของความยาวปากมดลูกสั้นกับดัชนีมวลกายที่น้อย^{20,22}

การศึกษานี้พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความยาวปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ Miller และคณะ และ Cho และคณะที่ไม่พบความแตกต่างของอายุ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีปากมดลูกสั้นและกลุ่มที่ความยาวปากมดลูกปกติ^{21,25}

เมื่อพิจารณาจากประวัติการคลอด ซึ่งงานวิจัยนี้ได้แบ่งกลุ่มเป็น กลุ่ม Nulliparity, กลุ่ม No SPTB และ Present SPTB พบว่าความยาวปากมดลูกไม่แตกต่างกัน (p-value=0.132) และเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการคลอดและความยาวปากมดลูก แม้ว่าจะพบว่ามีนัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับประวัติ Nulliparity ในการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์แบบ Multivariate analysis แล้ว พบว่าความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาประวัติการคลอดพบว่ากลุ่ม Present SPTB มีจำนวนทั้งสิ้น 9 รายในจำนวนประชากร 300 ราย ซึ่งมีความชุกใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Cho และคณะ ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด 85 ราย จากประชากร 3,296 ราย โดยทั้ง 9 รายนั้นไม่พบว่ามีภาวะปากมดลูกสั้นเลย แตกต่างจากงานวิจัยของ Cho SH และคณะที่พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะปากมดลูกสั้น 8 รายจากสตรีที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด 85 ราย²⁵ ซึ่งอธิบายได้จากจำนวนประชากรในกลุ่ม Present SPTB ที่ศึกษามีขนาดน้อยกว่ามาก

ข้อได้เปรียบของงานวิจัยนี้คือเป็นงานวิจัยแรกๆ ในประเทศไทยที่มีแนวคิดในการหาเครื่องมือเพื่อช่วยในการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีปากมดลูกสั้น

ซึ่งข้อมูลจากงานวิจัยนี้น่าจะมีประโยชน์ในการศึกษาในอนาคต และผู้วัดความยาวปากมดลูกมีเพียงคนเดียว ทำให้ลดโอกาสการเกิด ความต่างระหว่างผู้วัด (Interobserver variation) ได้ แต่ก็มีข้อจำกัดบางประการ กล่าวคือเป็นการวิจัยในสถาบันเดียว ระยะเวลาสั้น ซึ่งอาจทำให้ขาดความหลากหลาย และไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของประชากรทั้งประเทศได้ ประกอบกับขนาดประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อย จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่แท้จริงของตัวแปรที่ศึกษา กับความยาวปากมดลูก

สรุป

ค่าเฉลี่ยความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวปกติที่มากฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 คือ 40.77 มม. พบอัตราความยาวปากมดลูกสั้น (<25 มม.) เพียงร้อยละ 0.33 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความยาวปากมดลูกในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์กับอายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, ดัชนีมวลกาย และประวัติการคลอดบุตร หากเพิ่มจำนวนสถาบันที่ศึกษาเพื่อให้ได้จำนวนประชากรที่มากขึ้น ความหลากหลายของประชากรมากขึ้น และระยะเวลาที่ศึกษานานขึ้น อาจพบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ, น้ำหนัก, และประวัติการคลอดบุตรกับความยาวปากมดลูกที่ชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstetrics and gynecology. 2016;128(4):155-164.
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. The lancet. 2012;379(9832):2162-72.
3. Oskovi Kaplan ZA, Ozgu-Erdinc AS. Prediction of preterm birth: maternal characteristics, ultrasound markers, and biomarkers: an updated overview. Journal of pregnancy. 2018;2018.
4. Wanitpongpan P. Cervical length at mid-trimester in Thai women with normal singleton pregnancies. Siriraj Medical Journal. 2015;67(1).
5. Son M, Miller ES, editors. Predicting preterm birth: cervical length and fetal fibronectin. Seminars in perinatology; 2017: Elsevier.
6. Glover AV, Manuck TA, editors. Screening for spontaneous preterm birth and resultant therapies to reduce neonatal morbidity and mortality: A review. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine; 2018: Elsevier.
7. Crane J, Hutchens D. Use of transvaginal ultrasonography to predict preterm birth in women with a history of preterm birth. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2008;32(5):640-5.
8. Medicine FWGOBPI-M-F, Gynecology IFo, Obstetrics. Best practice in maternal-fetal medicine. Int J Gynaecol Obstet. 2015;128(1):80-2.

9. Practice Bulletin No. 234: Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth. *Obstetrics and gynecology*. 2021;138(2):65-90.
10. Committee SfM-FMP. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2012;206(5):376-86.
11. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์
แห่งประเทศไทย. ฉบับนิพนธ์และเรียบเรียง
ครั้งที่ 3. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟ
วี่ง; 2565. หน้า 227-251
12. Fonseca EB, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides KH. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *New England Journal of Medicine*. 2007;357(5):462-9.
13. Hassan S, Romero R, Vidyadhari D, Fusey S, Baxter J, Khandelwal M, et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2011;38(1):18-31.
14. Cahill AG, Odibo AO, Caughey AB, Stamilio DM, Hassan SS, Macones GA, et al. Universal cervical length screening and treatment with vaginal progesterone to prevent preterm birth: a decision and economic analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2010;202(6):548. e1-. e8.
15. Werner EF, Hamel MS, Orzechowski K, Berghella V, Thung SF. Cost-effectiveness of transvaginal ultrasound cervical length screening in singletons without a prior preterm birth: an update. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2015;213(4):554. e1-. e6.
16. Facco FL, Simhan HN. Short ultrasonographic cervical length in women with low-risk obstetric history. *Obstetrics & Gynecology*. 2013;122(4):858-62.
17. Orzechowski KM, Boelig R, Nicholas SS, Baxter J, Berghella V. Is universal cervical length screening indicated in women with prior term birth? *American journal of obstetrics and gynecology*. 2015;212(2):234. e1-. e5.
18. Masters HR, Warshak C, Sinclair S, Rountree S, DeFranco E. Time required to complete transvaginal cervical length in women receiving universal cervical length screening for preterm birth prevention. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020:1-5.
19. Woraboot W, Wanitpongpan P, Phaophan A. Correlation between lower uterine wall thickness measured by transabdominal ultrasonography and cervical length

- measured by transvaginal ultrasonography in Thai pregnant women. *J Chin Med Assoc.* 2019 Jan;82(1):50-54.
20. Van der Ven A, Van Os M, Kleinrouweler C, De Groot C, Haak M, Mol B, et al. Is cervical length associated with maternal characteristics? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2015;188:12-6.
 21. Miller ES, Tita AT, Grobman WA. Second-trimester cervical length screening among asymptomatic women: an evaluation of risk-based strategies. *Obstetrics & Gynecology.* 2015;126(1):61-6.
 22. Palatnik A, Miller ES, Son M, Kominiarek MA. Association among maternal obesity, cervical length, and preterm birth. *American journal of perinatology.* 2017;34(05):471-9.
 23. Hendler I, Goldenberg RL, Mercer BM, Iams JD, Meis PJ, Moawad AH, et al. The Preterm Prediction Study: association between maternal body mass index and spontaneous and indicated preterm birth. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2005;192(3):882-6.
 24. Liabsuetrakul T, Suntharasaj T, Suwanrath C, Leetanaporn R, Rattanaprueksachart R, Tuntiseranee P. Serial translabial sonographic measurement of cervical dimensions between 24 and 34 weeks' gestation in pregnant Thai women. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.* 2002;20(2):168-73.
 25. Cho S-H, Park KH, Jung EY, Joo JK, Jang JA, Yoo H-N. Maternal characteristics, short mid-trimester cervical length, and preterm delivery. *Journal of Korean medical science.* 2017;32(3):488-94.
 26. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1988. p.412.
 27. Kovavisarach E, Sukontaman W. Nomogram of Cervical Length at Mid-trimester in Normal Thai Pregnant Women. *JOURNAL OF THE MEDICAL ASSOCIATION OF THAILAND.* 2018;101(2):31.
 28. Tongsong T, Kamprapanth P, Pitaksakorn J. Cervical length in normal pregnancy as measured by transvaginal sonography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 1997;58(3):313-5.
 29. Maerdan M, Shi C, Zhang X, Fan L. The prevalence of short cervix between 20 and 24 weeks of gestation and vaginal progesterone for prolonging of gestation. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2017;30(14):1646-9.

30. Sundtoft I, Sommer S, Uldbjerg N. Cervical collagen concentration within 15 months after delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2011;205(1):59.e1-59.e3.
31. Souka A, Papastefanou I, Michalitsi V, Papadopoulos G, Kassanos D. A predictive model of short cervix at 20–24 weeks using first-trimester cervical length measurement and maternal history. Prenatal diagnosis. 2011;31(2):202-6.
32. Albayrak M, Ozdemir I, Koc O, Coskun E. Can maternal height predict shorter cervical length in asymptomatic low-risk pregnant women? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2011;157(2):161-5.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ต่อความสุขในการเรียนรู้ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์,¹ สุนทรี ชะชาตย์,² สุกตราง จันทร์สุวรรณ,³ ปวีดา โพธิ์ทอง⁴

ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

Received: Nov 10, 2021

Revised: Dec 14, 2021 Accepted: Aug 29, 2022

บทคัดย่อ

ที่มา: ความฉลาดทางอารมณ์เป็นปัจจัยภายในที่ไม่ได้เกิดจากพันธุกรรม แต่เป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลควรได้รับการส่งเสริมเสริมความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการใช้ชีวิต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ต่อความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล จำนวน 50 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมจำนวน 8 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.84 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที แบบ independent

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุป: โปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์มีผลต่อความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ซึ่งสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางส่งเสริมให้นักศึกษามีความสุขในการเรียนรู้ต่อไป

คำสำคัญ: ความฉลาดทางอารมณ์, ความสุขในการเรียนรู้, นักศึกษาพยาบาล

Effect of Emotional Intelligence Enhancement Program on Learning Happiness of First-year Nursing Students

Saowalak Sripcho,¹ Soontaree Khachat,² Suphattra Chanchuwan,³ Pawida Phothong⁴

Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing Suphan Buri

Abstract

Background: Emotional intelligence is an internal factor that is not genetic. But it can be developed. Nursing students should be encouraged to develop emotional intelligence to support their learning and living.

Objective: To study the effect of an emotional intelligence enhancement program on learning happiness among first-year nursing students.

Methods: Quasi-experimental research. The sample group consisted of 50 nursing students randomly assigned to the experimental and the control group of 25 people each. The experimental group received the Emotional Intelligent enhancement program consisting of group activities twice a week, totaling eight times. The control group received regular care. Data were collected using the happiness in learning assessment form. Cronbach's alpha coefficient was 0.84. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Independent t-test.

Results: The results showed that The mean learning happiness scores of the experimental group who received the emotional intelligence enhancement program were higher than before the experiment and were better than the control group statistically significant ($p < .01$).

Conclusion: The emotional intelligence enhancement program affects the learning happiness of first-year nursing students, which nursing institutions can use as a guideline to encourage students to continue learning.

Keywords: emotional intelligence, learning happiness, nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมุ่งเน้นการผลิตพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้หากเกิดข้อผิดพลาดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้รับบริการ ซึ่งอาจทำให้นักศึกษารู้สึกวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงบทบาท การสร้างสัมพันธภาพ รู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า มีอาการปวดศีรษะ บางรายทำร้ายตนเองและรู้สึกไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ บางรายต้องพักการเรียนหรือลาออกจากสถานศึกษา¹ โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากการเป็นนักเรียนมัธยมปลายเข้าสู่การศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งมีรูปแบบการเรียนการสอนที่ต่างกันอย่างมาก ต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น มีการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดสูง ร้อยละ 64.0 มีความแข็งแกร่งในชีวิตร้อยละ 55.0² มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.9³ มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำที่สุด⁴ และมีความสุขในการเรียนรู้ค่อนข้างน้อยส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ไม่ดี เพื่อบรรเทาปัญหาในการเรียนทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ⁵ นอกจากนี้การที่ต้องปรับตัวเข้ากับเพื่อน อาจารย์ หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันหรือลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น และเป็นรากฐานที่ดีในชั้นปีที่สูงขึ้น

ความสุขในการเรียนรู้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่ดี รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมี ความภาคภูมิใจในตนเองและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น⁵ ความสุขในการเรียนรู้มีองค์ประกอบห้าด้าน ได้แก่ ด้านความสนใจใฝ่เรียนรู้ ด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ ด้านความพึงพอใจกับการเรียน ด้านความวิตกกังวล และด้านความพึงพอใจในตนเอง⁶ ดังนั้น การเสริมสร้างความสุขในการเรียนรู้

ของนักศึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษา ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิตซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้บุคคลพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้อย่างมีความสุข⁷ และความฉลาดทางอารมณ์จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี⁸

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence) จัดเป็นทรัพยากรภายในบุคคลที่สำคัญต่อการปรับตัวในการเผชิญปัญหา บุคคลที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะสามารถเผชิญปัญหาได้ดี ส่งผลต่อการเรียนที่ดี และสามารถพัฒนาตนเองไปตามเป้าหมายที่วางไว้ จึงมักประสบความสำเร็จในชีวิต⁹ องค์ประกอบสำคัญของความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง การควบคุมอารมณ์ตนเอง ทักษะทางสังคม การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และแรงจูงใจ¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีผลในเชิงบวกต่อกลไกการเผชิญปัญหา และการจัดการความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ นอกจากนี้ความฉลาดทางอารมณ์ด้านการควบคุมตนเอง และด้านความสุขสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการเรียนของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 54¹²

หากนักศึกษาพยาบาลมีความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้น จะเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น มีสัมพันธภาพที่ดี มีความสามารถจัดการความเครียด และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ดี ส่งผลให้มีความสุขในการเรียนรู้และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี¹³ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อสร้างความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

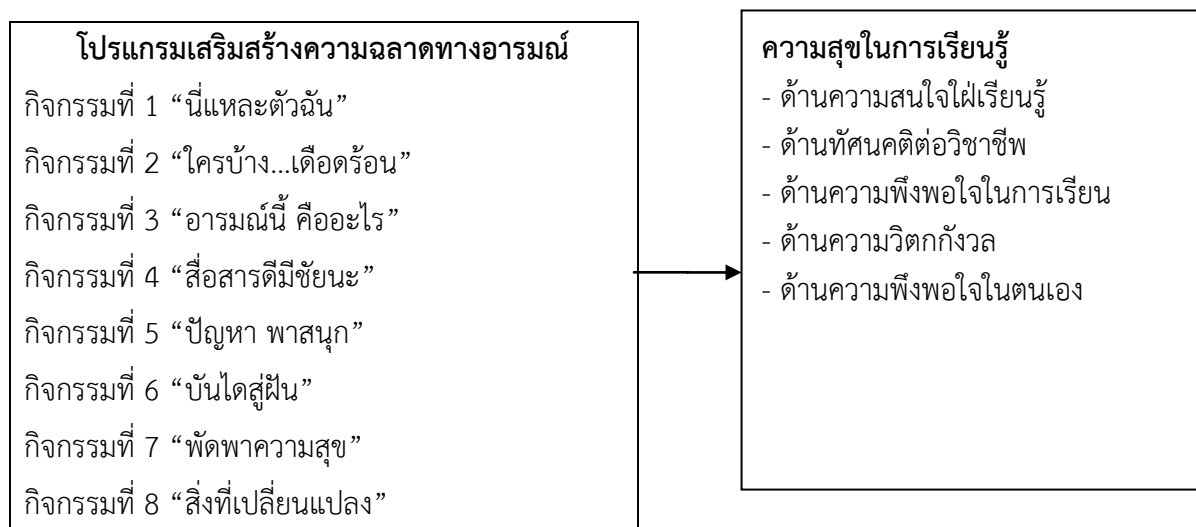
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 โดยประยุกต์ใช้แนวคิด

ความฉลาดทางอารมณ์ของ Goleman¹⁰ และวัดผลโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ด้วยแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ที่พัฒนาขึ้นโดยปัทมา ทองสม⁶ ซึ่งประเมินจากความสนใจใฝ่เรียนรู้ ทักษะคิดต่อวิชาชีพ ความพึงพอใจในการเรียน ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในตนเอง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เอกสารรับรองหมายเลข 028/2563 วันที่ 15 พฤษภาคม 2563

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2563 จำนวน 100 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Polit, D.F. and Hungler, B.P.¹⁴ โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่ระดับ .05 อำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน จากนั้นจัดทำระเบียบรหัสนักศึกษาพยาบาลที่คุณสมบัติตามเกณฑ์ และทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) โดยกำหนดเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง เลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของ Goleman¹⁰ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์จิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า Index of item objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.80 โดยแต่ละกิจกรรม IOC ไม่ต่ำกว่า 0.5 จากนั้นผู้วิจัยปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง และแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “นี่แหละตัวฉัน” ผู้วิจัยให้สมาชิกสร้างสัมพันธ์ภาพ และทบทวนความสุขในการเรียนรู้ของตนเอง โดยให้ทำแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ นำเสนอผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับการสร้างความสุข จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิด ซึ่งเป็นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในการตระหนักรู้ในตนเอง

กิจกรรมที่ 2 “ใครบ้าง...เดือดร้อน” เป็นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ผู้วิจัยให้สมาชิกทำกิจกรรม “ถูงการกระทำ” ภายในถูงบรรจุแผ่นป้ายข้อความการกระทำต่างๆ ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดี ให้นักศึกษาฝึกแยกแยะ และนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้วิจัยสรุปความแตกต่างของบุคคล จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิด และมอบหมายไปงานทบทวนพฤติกรรมตนเอง

กิจกรรมที่ 3 “อารมณ์นี้ คืออะไร” เป็นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านการควบคุม

ตนเอง ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนในงานฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์ดีและไม่ดี ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิด และมอบหมายไปงานทบทวนอารมณ์ตนเอง

กิจกรรมที่ 4 “สื่อสารดีมีชัยนะ” เป็นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในด้านทักษะทางสังคม ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนในงานฝึกทักษะการสื่อสารและรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องปัญหาของการสื่อสาร และแนวทางการรักษาสัมพันธภาพที่ดี จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิด และมอบหมายไปงานทบทวนการสื่อสารในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 5 “ปัญหา พาสงู” เป็นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในการตระหนักรู้ในตนเอง ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนในงานฝึกแก้ปัญหาหรือตัดสินใจแก้ปัญหา ตรวจสอบผล และวิเคราะห์สถานการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดและมอบหมายไปงานทบทวนวิเคราะห์ปัญหาในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 “บันไดสู่ฝัน” เป็นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านแรงจูงใจ ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนในงานทำกิจกรรม “สร้างเป้าหมาย” โดยตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางในการขับเคลื่อนตนเองไปสู่เป้าหมายในชีวิตผ่านใบงาน “ฝันให้ไกล ไปให้ถึง” จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิด

กิจกรรมที่ 7 “พัฒนาความสุข” เป็นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านการควบคุมตนเอง โดยทำกิจกรรม “สิ่งดีๆ ที่ฉันมีอยู่” ลงในพัด เพื่อสร้างความสุขได้ด้วยตนเอง เกิดการมองโลกในแง่ดี และสร้างทัศนคติที่ดีให้กับตนเอง จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิด

กิจกรรมที่ 8 “สิ่งที่เปลี่ยนแปลง” ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนใบงาน และกิจกรรมตั้งแต่ครั้งแรกถึงครั้งสุดท้าย สำนวณตนเองว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง โดยให้สมาชิกวาดภาพเพื่อสะท้อนเป็นภาพสายธารกับชีวิตที่เกิดการเปลี่ยนแปลง จากนั้นให้สมาชิกทุกคนสะท้อนคิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ภูมิลำเนาของนักศึกษา และผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่พัฒนาขึ้นโดยปัทมา ทองสม⁶ (เลขที่ขออนุญาตใช้เครื่องมือ สธ.1103.23/389.1 ลงวันที่ 11 มิถุนายน 2563) ซึ่งผ่านการ ตรวจสอบความเที่ยงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้นำไปศึกษาแก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.88⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 32 ข้อ โดยข้อคำถามที่ 1-27 เป็นข้อคำถามด้านบวก และข้อคำถามที่ 28-32 เป็นข้อคำถามด้านลบ แบบสอบถามจำแนกเป็นองค์ประกอบของความสุขในการเรียนรู้ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความสนใจใฝ่เรียนรู้ 8 ข้อ ด้านความพึงพอใจในการเรียน 5 ข้อ ด้านความพึงพอใจในตนเอง 6 ข้อ ด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ 8 ข้อ ด้านความวิตกกังวล ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี
2. คัดเลือก และเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ

จิตเวชที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างทำกิจกรรม

3. สัปดาห์ที่ 1 ผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อดำเนินการพหุกิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้เวลา 20-25 นาที

4. สัปดาห์ที่ 1-4 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 8 ครั้ง ในวันจันทร์และวันพุธ เวลา 17.00 - 18.30 น. ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการดูแลตามปกติจากอาจารย์ที่ปรึกษา

5. สัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในการเรียนรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติทดสอบค่าที แบบ Independent

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 18.5 ปี ทั้งสองกลุ่มมีเกรดเฉลี่ยสะสมไม่ต่างกัน (3.5, SD=0.3) ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี และมีสถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าอายุ เกรดเฉลี่ยสะสม ภูมิลำเนาและสถานภาพสมรสของบิดามารดา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (n=50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ					2.22	.33
18 ปี	15	60.00	15	60.00		
19 ปี	8	32.00	10	40.00		
20 ปี	2	8.00	0	0.00		
	$(\bar{X} = 18.48; SD = 0.13)$		$(\bar{X} = 18.40; SD = 0.10)$			
ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA)					.25	.13
2.00 – 3.00	11	44.00	16	64.00		
3.00 – 4.00	14	56.00	9	36.00		
	$(\bar{X} = 3.51; SD = 0.59)$		$(\bar{X} = 3.45; SD = 0.53)$		χ^2	
ภูมิสำเนา					1.10	.57
สุพรรณบุรี	21	84.00	19	76.00		
นครปฐม	3	12.00	3	12.00		
ลพบุรี	1	4.00	3	12.00		
สถานภาพครอบครัว					.15	.57
อยู่ด้วยกัน	20	80.00	19	76.00		
แยกกันอยู่	3	12.00	2	8.00		
หย่าร้าง	2	8.00	2	8.00		
เสียชีวิต	0	0.00	2	8.00		

2. ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล คะแนนความสุขในการเรียนรู้ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{48} = .53, p = .67$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษา กลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t_{24} = 2.86, p = .000$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{48} = 1.46, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษา ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าคะแนนความสุขในการเรียนรู้	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	df	t	P-value
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)			
กลุ่มควบคุม (n=25)	119.28 (8.29)	120.2 (4.3)	24	1.61	.873
กลุ่มทดลอง (n=25)	120.28 (4.46)	123.6 (10.6)	24	2.86	.000*
df	48	48			
t	.53	1.46			
P-value	.67	.000*			

อภิปรายผล (DISCUSSION)

จากผลการศึกษา นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนรู้ก่อนการทดลองไม่ต่างจากนักศึกษากลุ่มควบคุม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความสุขในการเรียนรู้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า เมื่อนักศึกษาพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์แบบกลุ่มครบทั้ง 8 ครั้ง จะมีความสุขในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น จากการสังเกตพฤติกรรมและการสะท้อนคิดในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ยังเห็นการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการของนักศึกษามากขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะปรากฏชัดเจนในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ครั้งที่ 3 เป็นต้นไป โดยพบว่านักศึกษาเริ่มมีสีหน้าที่สดใสขึ้น สามารถบอกจุดอ่อน จุดแข็งของตนเองได้ เข้าใจศักยภาพของตนเองมากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น แสดงออกถึงการยอมรับผู้อื่นและมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Erkayiran & Demirkiran¹⁵ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์มีสัมพันธภาพดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช¹⁶ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ การดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะค่อยเป็นค่อยไปตั้งแต่การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งแรกจนถึงสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่แปดการศึกษาครั้งนี้ได้ออกแบบกิจกรรมตามองค์ประกอบหลักของความฉลาดทางอารมณ์ โดยเรียงลำดับกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมตามแนวคิดของ Goleman¹⁰ ที่ระบุว่าการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ควรพัฒนาเป็นลำดับขั้น และเมื่อพัฒนาไปสู่ระยะ ความฉลาดทางอารมณ์นั้นจะคงอยู่และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการมอบหมายการบ้าน หรือการส่งเสริมให้นักศึกษานำสิ่งที่เรียนรู้ในกิจกรรมกลุ่มไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน ยังช่วยเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิสัยพร นุชสุธรรม¹⁷ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์มีความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันก็จะสามารถใช้สติ และ ศักยภาพของตนเองในการแก้ปัญหาหรือผ่านพ้น สถานการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีความสุขในการเรียนรู้

สรุปผลการศึกษา

โปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์มีผลต่อความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ซึ่งสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางส่งเสริมให้นักศึกษามีความสุขในการเรียนรู้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ความฉลาดทางอารมณ์เป็นปัจจัยภายในที่สามารถพัฒนาได้ ซึ่งหากนักศึกษาพยาบาลได้รับการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ จะส่งผลให้นักศึกษาทราบถึงศักยภาพของตนเอง ควบคุมอารมณ์ แสดงออกถึงการยอมรับผู้อื่น มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนมีความสุขในการเรียน ซึ่งมีผลต่อการประสบความสำเร็จในชีวิต วิทยาลัยพยาบาลควรสนับสนุนการนำรูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์กำหนดไว้ในหลักสูตร เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของนักศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พรธนา เรื่องกิจ, สนธยา มณีรัตน์, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร 2562;12(1): 1208 – 1224.
2. อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์, ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และเทพไทย โชติชัย. ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์ 2562; 6(4): 257-269.
3. นฤมล สมรรคเสวี, โสภิตา แสงอ่อน. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2558; 29(3): 11-27.
4. ณัฐิกา ราชบุตร, จุลจิรา จันทะมุงคุณ, ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย, ธรณินทร์ คุณแขวน. ผลของโปรแกรมออกกำลังกายเชิงประยุกต์ต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร 2562; 22(1): 76-85.
5. ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง และนฤมล จันทระเกษม. (2560). ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 5(1), 357 – 369.
6. ปัทมา ทองสม. การพัฒนาดัชนีชี้วัด ความสุขในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดกระทรวง สาธารณสุข. วารสารการพยาบาลการศึกษา 2554; 4(1): 88-110.
7. ธนพล บรรดาศักดิ์, ชนัดดา แนนเกษร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2560; 5(3): 195 – 208.
8. จินต์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, สายใจ พัวพันธ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2558; 23(3): 1-13.
9. ลัดดา แสนสีหา, เลอลักษณ์ แทนเกษม, ถิรนนท์ พัวพันธ์พงศ์. ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ที่มีผลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนิสิตพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(4): 186-194.
10. Goleman D. Emotional Intelligence: Issues in Paradigm Building. In C. Cherniss & D. Goleman (Eds.), The Emotionally Intelligent Workplace . San Francisco, CA: Jossey – Bass 2001; 13-26.

11. Thomas D, Natarajan J. Emotional Intelligence among Nursing students – An Integrated Review. *Journal of Nursing and Health Science* 2017 ; 6(1): 81-89.
12. Holston EC, Taylor JY. Emotional Intelligence in Nursing Students Describing Emotional Intelligence in the Last 2 Years of a BSN Program, *International Journal of Advances in Psychology* 2016; 5: 11-22.
13. ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และสิริพิมพ์ ชูปาน. ปัจจัยทำนายความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 2562; 12(1): 72 – 87.
14. Polit DF, Hungler BP. *Nursing Research: Principle and Methods* (4th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott; 1995.
15. Erkeyiran O, Demirkiran F. The Impact of Improving Emotional Intelligence Skills Training on Nursing Students' Interpersonal Relationship Styles: A Quasi- experimental Study, *International Journal of Caring Sciences* 2018; 11(3): 1901-1912.
16. ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช, ผุสดี สระทอง, สรลรัตน์ พลอินทร์, ดวงหทัย ยอดทอง. ผลของการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง ต่อความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ* 2562; 2(1): 73 – 86.
17. วิไลพร นุชสุธรรม, พิชราวรรณ แก้วกันทะ, ลาวัลย์ สมบูรณ์, ชมภู่ บุญไทย, สุกัญญา เมืองมาคำ. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล. *พยาบาลสาร* 2561; 45(1): 110-121.

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้านผุสดี ก่อเจดีย์,¹ พันนิภา นวลอนันต์,² เพ็ญพรรณ จงจิรวงศา²สุภา ธนวงศ์,² อมร กัลยพฤษ์²คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี¹กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสระบุรี²

Received: Apr 12, 2022

Revised: Aug 1, 2022

Accepted: Aug 27, 2022

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นสาเหตุของการเกิดความพิการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ควรเริ่มจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยรวบรวมข้อมูลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้หลัก D METHOD เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และประเมินผู้ดูแลและสภาพแวดล้อมที่บ้าน พยาบาลเยี่ยมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS และการสนับสนุนในด้านอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการช่วยสนับสนุนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง และการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง โรคหลอดเลือดสมอง บทบาทพยาบาล

Role of Nurses in Continuing Care for Stroke Patients at Home

Pudsadee Korjedee,¹ Pannipa Nualanan,² Penpun Chongchirawongsa,²
Supa Thanawangsi,² Amorn Kanlayapuek²

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Borommarajonani College of Nursing, Saraburi¹

Department of Community Nurses, Saraburi Hospital²

Abstract

Stroke is a neurological disease that impairs both physical and mental function. It is a chronic condition that affects patients, families, economy and societies. The role of nurses in continual care of stroke patients should start from discharge planning for patient from the beginning. Data was gathered in the stroke patient distribution plan, using the D METHOD principle to identify issues and patient requirements when returning home, as well as assessing caregivers and home environments, and nursing home visits to care for stroke patients at home using the INHOMESSS of family medicine guidelines, and supporting an appropriated equipment and environment for patient safety.

Nurses play an important role in promoting the continuous care of stroke patients at home and preventing the recurrent stroke by encouraging self-management to stroke patients and empowering caregivers and their families to provide continuing care for stroke patients.

Key words: Continuing care; Stroke; Nursing role

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก โดยรายงานจาก WHO พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 2 และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year; DALY) เป็นอันดับ 3 ของโลก¹ ในประเทศไทยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย² และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ อันดับ 2 ในเพศหญิงและอันดับ 3 ในเพศชาย³ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกตื่นตกใจอาจผลกระทบระยะยาวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งผลจากการเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างเฉียบพลันและต้องการความเร่งรีบได้รับการประเมินอาการและการตรวจรักษาโดยแพทย์อย่างรวดเร็ว⁴ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต้องการการดูแลในหน่วยอภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง⁵ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่ได้ผลลัพธ์ดี จะส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลลดลง⁶ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระยะการฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ยังต้องการความต่อเนื่องในฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน การจำหน่ายผู้ป่วยจากหน่วยบริบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องการการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านมีโอกาสเกิดปัญหาในการได้รับข้อมูลจาก ผู้ให้บริการสุขภาพ และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดการให้ข้อมูลและการสนับสนุนในการจัดการสุขภาพตนเองหลังจำหน่าย และขาดการประสานงาน

ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพในหน่วยการรักษาที่เกี่ยวข้อง⁷

โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นโรคที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมเนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการรุนแรงและเรื้อรังมีความซับซ้อน เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤติในช่วงแรกแล้ว ส่วนใหญ่จะพบว่ายังคงมีอาการอ่อนแรงอัมพาตครึ่งซีก การรับรู้ความรู้สึกลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงและเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ยังต้องการจัดการในการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ข้อไหล่เคลื่อน (Shoulder Subluxation) การสำลัก (Aspiration) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection) แผลกดทับ (Pressure Ulcer) เป็นต้น⁸ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านยังต้องการการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ โดยพบปัญหาการดูแลและการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน⁹

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการประเมินและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวางรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระยะ ได้แก่ การดูแลฟื้นฟูในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ระยะกึ่งเฉียบพลัน (Subacute phase) และระยะฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation phase) จะช่วยให้การรักษาฟื้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพที่บ้านที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม¹⁰ การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว โดยเริ่มจากการวางแผน

จำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การประเมินผู้ดูแลและสภาพแวดล้อมที่บ้าน กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย¹⁰ นอกจากนี้พยาบาลเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนการดูแลฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge planning) เป็นการเตรียมผู้ป่วย ผู้ดูแลและชุมชนให้พร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล¹⁰ เป็นกระบวนการการดูแลต่อเนื่องเพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและญาติในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีการกำหนดเป้าหมายทิศทางการปฏิบัติรวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพและการใช้แหล่งบริการสุขภาพให้เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล¹⁰ การวางแผนการจำหน่ายช่วยป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดซ้ำ และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง และลดอัตราการตายของโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ โดยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรือเริ่มตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง ในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังรับไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วย ทำหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้ป่วย ข้อจำกัดของผู้ป่วยและครอบครัว หาผู้ดูแลหลักให้ความรู้ ฝึกทักษะ ส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแจ้งให้ญาติ

ทราบเพื่อเตรียมผู้ดูแลและสถานที่ การให้สุขศึกษาในเรื่องการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การทำกายภาพบำบัด ควรทำตั้งแต่วินิจฉัยครั้งแรกที่เกิดอาการ การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำแผล การพลิกตะแคงตัว สังเกตอาการผิดปกติ รับมาพบแพทย์ การมาตรวจตามนัด แหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยให้หลัก D METHOD^{2, 10, 12}

แนวคิด D METHOD ได้ถูกนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลหลายแห่ง

D: Diagnosis ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ สัญญาณเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

M: Medicine ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ประกอบด้วย ชื่อยา การออกฤทธิ์ของยารักษา ประสิทธิภาพในการใช้ยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง การใช้ยาตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา

E: Environment ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้และสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของตนเอง การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชนให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางรายอาจต้องฝึกอาชีพใหม่

T: Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการของตนเองและรายงานอาการที่สำคัญให้แพทย์และพยาบาลทราบ มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล

H: Health ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและสามารถปรับการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

O: Out patient ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดการติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อสรุปผลการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานอื่นที่จะรับช่วงดูแลต่อ

D: Diet ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรคหลักเลี้ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้²

1. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังการจำหน่ายแรกเริ่มจะช่วยให้ทีมสหวิชาชีพคาดการณ์สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายได้ และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีประเด็นสำคัญที่ต้องประเมิน ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กิจกรรมประจำวัน โดยใช้ BI (Barthel Index) และ/หรือ mRS (Modified Rankin Scale) การรับประทานอาหารและยา การสื่อสาร ความรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษา และการดูแลตนเอง การรับรู้ การขับถ่าย การเคลื่อนไหว ภาวะแทรกซ้อน เพศสัมพันธ์ สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองประเมินแผล ภาวะแทรกซ้อน และอาการผิดปกติหลังผ่าตัด

2. ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล มีการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค ความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สัญญาณอันตราย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น สำหรับกรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองให้ประเมินการดูแลแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติหลังผ่าตัด มีการประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ประเมินสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ทักษะการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ ค่านิยม และปัญหาอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ภาระการดูแล เพศสัมพันธ์ เป็นต้น

3. วางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด นักจิตวิทยา ในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุมตาม model D METHOD

4. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล

4.1 ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง สัญญาณอันตราย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ฝึกทักษะในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน การรับประทานยา และอาการข้างเคียงของยา การฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น และให้คำปรึกษานับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง

4.2 ด้านครอบครัวและผู้ดูแล ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน สัญญาณอันตราย และการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ แหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที (หมายเลขโทรศัพท์ หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ทั่วประเทศ หรือหน่วยแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร 1646) ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การทำกายภาพบำบัด การป้องกันและการดูแลแผลกดทับ การดูแลให้อาหารทางสายยาง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น ให้ความรู้เรื่องอาหาร และการเตรียมอาหาร

ตามแผนการรักษา ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา การเก็บรักษาและอาการข้างเคียงของยา ให้ความรู้และประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ เครือข่ายชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในเรื่องต่างๆ และเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องตามกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย ให้คำปรึกษานับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย

4.3 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลปรับสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อม เตรียมวัสดุและอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

5. การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน ประสานการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ส่งต่อและประสานงานเครือข่ายเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

6. การประเมินผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีทั้งระยะสั้นและระยะยาว กระทำได้โดยการสังเกต การสอบถาม เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือไม่ การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและเปิดโอกาสให้ปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์ นอกจากนี้ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงสัปดาห์ที่ 1-4 ควรมีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อติดตามสภาพอาการผู้ป่วย

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เป็นการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญโดยการให้ผู้ป่วยตระหนักเห็นความสำคัญของฟื้นฟูสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

มีความรู้และทักษะในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ การจัดการตนเอง¹³ (Self-management) เป็นรูปแบบการดูแลตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิด แก้ไขปัญหาและทักษะการคิดวางแผนการจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความบกพร่องของร่างกาย-จิต-สังคม ความแปรปรวนของอารมณ์ภายใต้สถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมต่างๆ องค์ประกอบของการจัดการตนเองประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง (Realistic personal goal setting) การลงมือปฏิบัติ (Conduct action to control illness and monitoring progress) และการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย (Making adjustment to goal attainment) เครียและคณะ¹³ (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองต้องเกิดจากตัวผู้ป่วยที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น โดยเป็นกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย *การตั้งเป้าหมาย (Goal selection)* เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ มีการต่อรองและการตัดสินใจร่วมกันโดยรวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรค หรือความเจ็บป่วย, *การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection)* เป็นการรวบรวมอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง, *การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation)* ต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้, *การตัดสินใจ (Decision making)* ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานหลังจากรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง, *การลงมือปฏิบัติ (Action)* เป็นการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองใน

การควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย, และ*การสะท้อนตนเอง (Self-reaction)* เป็นการประเมินตนเองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งการจัดการตนเองของผู้ป่วยนำไปสู่ลดความรุนแรงของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตและความเชื่อมั่นในความสามารถหรือสมรรถนะของตนเอง

วิธีสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรเริ่มจากการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมและสามารถจัดการตนเองทั้งสุขภาพและการดูแลรักษาได้ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดการเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจะนำไปสู่การตั้งเป้าหมาย การควบคุมตนเอง ทักษะแก้ปัญหา การเฝ้าติดตามตนเอง และการสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง¹⁴ พยาบาลสามารถวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้วิธีการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิผล ดังนี้

1. การประเมินสภาพและวิเคราะห์ตนเอง เพื่อหาสาเหตุการเกิดโรคและแนวทางการจัดการสุขภาพตนเองโดยเริ่มจากปัญหาของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองด้านความรู้ และทักษะการฟื้นฟูสภาพ
2. การตั้งเป้าหมายในการจัดการสุขภาพของตนเอง อาจเริ่มจากเป้าหมายเล็กๆ ที่มีกิจกรรมชัดเจน เช่น การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การเดินออกกำลังกายเพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้ปกติ ลดโอกาสในการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ
3. การวางแผนปฏิบัติตัว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง และนำข้อมูลมาปรับใช้ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการดูแลตนเองและความมั่นใจ

4. การให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยจัดกิจกรรมการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือชมรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

5. ให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหา เช่น จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล คู่มือการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ ซึ่งการจัดทำคู่มือสำหรับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน การรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อน การทำกายภาพบำบัด การฝึกพูด การฝึกการกลืน การออกกำลังกาย การจัดทำตารางแผนการดูแลตนเองรายวัน และการให้กำลังใจตนเอง

6. การนัดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการติดตามทบทวนเป้าหมาย แผนการปฏิบัติ ผลลัพธ์การดูแลตนเองของผู้ป่วย และปัญหาในการจัดการกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย

นอกจากนี้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่องนั้นพยาบาลจำเป็นต้องค้นหาผู้ดูแลหลักในครอบครัวเพื่อช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดและความวิตกกังวลโดยไม่รู้ตัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีการเตรียมและเสริมศักยภาพผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การสร้างเสริมพลังอำนาจ¹⁵ เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลทุกคนมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆด้วยตนเอง โดยเป็นกระบวนการทางสังคมของการแสดง การยอมรับ ชื่นชม (recognizing) การส่งเสริม (promotion) การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถ

ในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Mobilize the necessary resources) ในการดำรงชีวิตเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ หรือชีวิตของตนเอง กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน¹⁵ (1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสภาพจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ดูแลเป็นผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน เป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน โดยเป็นบุคคลในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างตามข้อตกลง ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล ผู้ดูแลที่จ้างโดยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน ส่วนผู้ดูแลที่เป็นญาติ เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เป็นต้น จะไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 การดูแลเกิดจากความสัมพันธ์ส่วนตัว ความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ให้การดูแล โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล บทบาทของผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้สื่อสารความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วยแก่บุคคลอื่นให้ทราบ รวมทั้งเป็นธุระในเรื่องต่างๆ พาผู้ป่วยไปทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวได้ทุกอย่าง พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาตามแพทย์สั่งให้ถูกต้อง ครบถ้วน หากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้ ช่วยเหลือกิจกรรมเท่าที่จำเป็น กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยใช้ร่างกายข้างที่อ่อนแรง ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับประทานอาหารร่วมกันกับครอบครัว ไม่ควรแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับประทานอาหารต่างหาก จัดให้มีการเตรียมผู้ดูแล

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยควรค้นหาผู้ดูแลตัวจริงและมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันแรกที่นอนโรงพยาบาล ได้แก่ การเตรียมที่อยู่ที่พักอาศัย การเตรียมเครื่องช่วยในการดำเนินชีวิต เตรียมวางแผนการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน การเตรียมผู้ช่วยเหลือครอบครัว/ญาติผู้ป่วยเมื่อมีความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย/ไม่สามารถเป็นผู้ดูแลหลักได้ พยาบาลเป็นตัวกลางในการประสานโดยการจัดประชุมสมาชิกครอบครัวและหาจุดร่วม/ความลงตัวในการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁶ มีขั้นตอนดังนี้ คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล โดยจัดกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลควรแนะนำตนเอง บอกเป้าหมายของการมาพบกัน ใช้การสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทางที่เป็นกันเอง และการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการค้นหาความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและวางแผนกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป้าหมายเพื่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลและการยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. การประเมินศักยภาพของผู้ดูแลจัดกิจกรรมการประเมินผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสังเกต สัมภาษณ์ การใช้แบบประเมินความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้อง เช่น ทักษะการให้อาหารทางสายยาง ทักษะการทำแผล ทักษะการดูดเสมหะ ทักษะการพลิกตัว เป็นต้น รวมทั้งการช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล โดยการให้ความรู้และสอนทักษะที่เกี่ยวข้องในการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการอธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ แผนการรักษาของแพทย์ อธิบายการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำความสะอาดหลังขับถ่าย โดยใช้สื่อต่างๆ ภาพวิดีโอ รวมถึงการให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการทำซ้ำและเปิดโอกาสในการสอบถาม นอกจากนี้ควรจัดหาสื่อต่างๆ ที่จะนำกลับไปบ้าน เมื่อสงสัย หรืออยากดูเพิ่มเติมสามารถดูได้ตลอดเวลา ให้ช่องทางในการติดต่อกลับเมื่อมีข้อสงสัยหรือต้องการปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลเพิ่มเติมจะเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ดูแลได้มาก มีการสอบถามสภาพบ้านและการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยก็มีความสำคัญมาก เช่น การจัดเตรียมเตียง ที่นอน การจัดมุมหรือห้องให้ผู้ป่วย แสงสว่าง การป้องกันยุงแมลง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ ตกเตียง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่างๆ อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลควรพูดคุยประเมินสอบถามผู้ดูแล ให้คำแนะนำ ช่วยคิดหาข้อสรุปร่วมกันในสิ่งที่เป็นไปได้ จะทำให้ผู้ดูแลคลายความกังวลได้มากและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้ดี การพูดคุยอย่างเข้าใจและเสริมแรงอย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือตามความจำเป็น จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลและอุ่นใจว่ายังมีพยาบาลและทีมอยู่เคียงข้างเสมอ

4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร โดยจัดให้มีการประสานงานโรงพยาบาลชุมชนหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน

บทบาทพยาบาลในการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

การเยี่ยมบ้านของพยาบาลชุมชน จัดเป็นการให้บริการที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลเชื่อมโยงสู่ที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกจำหน่ายไปอยู่ที่บ้านจำนวน 1 ใน 5 ยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ปอดติดเชื้อ และแผลกดทับ¹⁷ ระยะเวลาและความถี่ในการเยี่ยมบ้านพิจารณาจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีการฟื้นฟูสุขภาพปกติ ซึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลเยี่ยมบ้านการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง มีดังนี้^{2,17}

1. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่บ้าน

1.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบคลุมด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและของครอบครัว ปัญหาในการดูแลที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ เพื่อประกอบการพิจารณาปรับการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การประเมินผู้ป่วยที่บ้านใช้แนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS ทั้งนี้การประเมินให้ครอบคลุมนั้นยังจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมืออื่นๆ ได้แก่ Barthel Index, Braden scale, แบบประเมินการกลืน

1.2 ประเมินภาวะด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อหาแนวทางในการป้องกันความเครียดในการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q

1.3 ประเมินการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของญาติและผู้ดูแลโดยการซักถามปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยและให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้

1.4 ประเมินความรู้ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ (Suction), สายให้ออกซิเจนทางจมูก (Oxygen cannula) เป็นต้น

2. การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่บ้าน

2.1 ให้ความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ การติดเชื้อที่ปอดมักเกิดจากการสำลักอาหาร น้ำลาย จึงต้องป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธี และให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ อาการชัก

2.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร การแพทย์ทางเลือกต่างๆ ที่ญาติมักแสวงหาด้วยความปรารถนาดีต่อผู้ป่วยแต่ อาจเกิดอันตรายหรือมีผลต่อการอาการและรักษาผู้ป่วยได้ ซึ่งพบได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง การสูญเสียค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น เช่น การชักชวนการรักษาตามคำบอกเล่าที่ไม่ได้มีผลทางวิชาการรองรับ

2.4 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมและปลอดภัย

2.5 ฝึกทักษะของญาติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เช่นการให้อาหารทางสายยาง การใช้อุปกรณ์พยุงเดิน (Walker) ล้อเข็น (Wheel chair) ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3. การให้การดูแล เช่น การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การเปลี่ยนสายให้อาหาร เป็นต้น

4. การประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน โดยให้ข้อมูลการรักษา การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล

5. การสนับสนุนในด้านอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

6. การให้คำปรึกษาโดยเปิดช่องทางในการเข้าถึงบริการในการโทรศัพท์ปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือตามความจำเป็น เช่น สายให้อาหารหลุด สายปัสสาวะหลุด หรือ มีอาการผิดปกติที่จะปรึกษาหาแนวทางแก้ไข แจ้งอาการที่เร่งด่วนต้องการการช่วยเหลือฉุกเฉินโทร 1669

แนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวที่บ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS²

I = Immobility เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้หรือต้องอาศัยผู้อื่นดูแลในการทำกิจวัตร ประจำวัน การใช้โทรศัพท์ การจัดยากินเอง

N = Nutrition เพื่อดูภาวะโภชนาการของผู้ป่วยในส่วนที่สัมพันธ์กับภาวะโรค การเตรียมปรุงอาหาร วิธีเก็บอาหาร นิสัยการกินและอาหารโปรด เช่น ผู้สูงอายุทานอะไร ชอบทานอย่างไร ประเมินเพื่อดูความเหมาะสมภาวะโภชนาการกับโรคที่เป็น รวมถึงวิธีการจัดเก็บอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว

H = Home Environment สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สภาพบ้าน แออัด ใกล้หรือไกลชุมชน เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ช่วยเหลือพึ่งพากันได้หรือไม่

O = Other People สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร บทบาทของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วย บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบตัดสินใจแทนผู้ป่วย

M = Medications การชักประวัติเรื่องยารวมถึงการใช้สมุนไพร ยาพื้นบ้านของผู้ป่วยมีความจำเป็นเพื่อประเมินเรื่องการใช้ยา การดูแลตนเอง และการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของ

ผู้ป่วยรักษาอยู่กับแพทย์หลายแห่งหรือไม่ ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา การกินยาตรงตามแผนการรักษาหรือไม่ ความสามารถในการจัดยาตนเอง

E = Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดความดันโลหิต การดูแลแผล เพื่อประเมินผู้ป่วยในขณะนั้นเพื่อนำมาปรับแผนการดูแล

S = Spiritual Health ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆ การค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ คุณค่าการใช้ชีวิต สิ่งที่ใช้ยึดเหนี่ยวทางใจ

S = Service ประเมินความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ ที่มีต่อระบบในการวางแผนดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ การดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างบ้านและโรงพยาบาล แผนการรักษาเป็นอย่างไร จะติดต่อใครได้อย่างไร สถานบริการใกล้เคียงบ้านพักมีอะไรที่โน่นบ้าง

S = Safety การประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตั้งแต่โครงสร้างของบ้าน บ้านมีความชื้น เพอร์นิเจอร์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก พื้นห้องน้ำว่ามีความปลอดภัยเพียงพอหรือไม่

ตัวอย่าง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563 ถึง 20 กุมภาพันธ์ 2563 วินิจฉัยโรค Hemorrhage Stroke จากผล CT Brain Non contrast พบเป็น Left Basal Ganglia Hemorrhage 24 cc. การวางแผนจำหน่ายระหว่างรักษาตัวที่โรงพยาบาลพยาบาลประสานให้ทำกายภาพ ทดสอบการกลืนไม่ผ่าน เตรียมผู้ดูแลในการให้อาหารทางสาย จนผู้ดูแลปฏิบัติได้ เมื่อกลับบ้าน มีสาย NG กลับไปก่อนกลับบ้านประเมิน ADL = 2/20, Motor power ซีกขวาเกรด 0 ซีกซ้ายเกรด 5 ผู้ดูแลคือบุตรสาวคนโต

พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 3 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยรู้ตัวดี E4V5M6 Motor Power แขนขวาเกรด 1 ขาขวาเกรด 4 ซีกซ้ายเกรด 5 ทั้งหมด Pupil 3 mm RTLBE BI=70/100 MSE=4 MRS=4 NIHSS =9 คะแนน V/S BP 118/68 mmHg T 36.5 c PR 68/min RR 20/min พบว่าผู้ป่วยดิ่ง NG ออกหลายครั้ง ญาติจึงให้รับประทานอาหารเอง โดยเริ่มจากอาหารเหลวก่อนไปจนถึงอาหารอ่อน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีอาการไอ บุตรสาวคนโตเป็นผู้ดูแลออกกำลังกายให้ผู้ป่วยที่บ้านและพาผู้ป่วยไปฝึกกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลชุมชน จนผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยใช้ Tripod cane แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

การประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS

I = Immobility ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอยู่เสมอไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ เช่น การอาบน้ำ การเดิน การแต่งตัว การปัสสาวะและอุจจาระ การจัดหาอาหาร จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันประเมิน BI=70/100 คะแนน

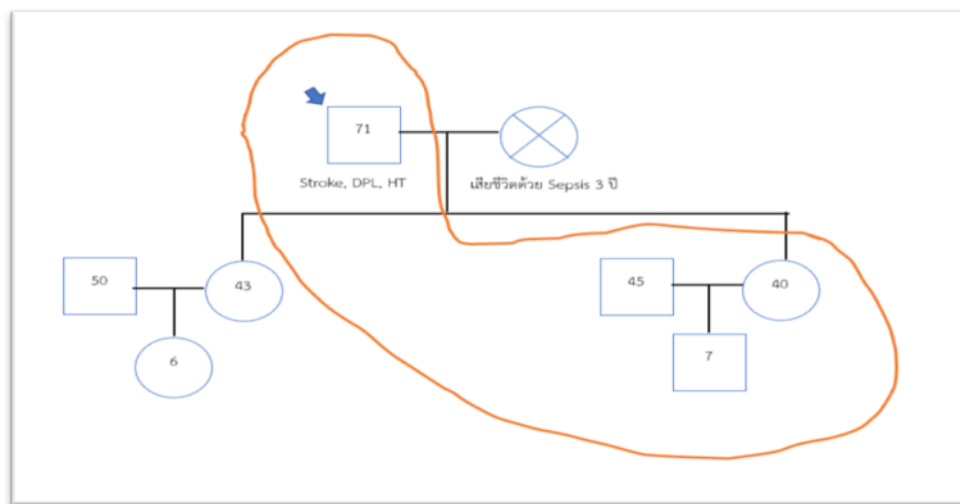
N = Nutrition การจัดหาอาหารในแต่ละมื้อเป็นหน้าที่ของผู้ดูแล ซึ่งก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจสุขภาพ ไม่คุมอาหาร แต่ปัจจุบันผู้ป่วยมีโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และหลอดเลือดสมอง จากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นผู้ดูแลมีความรู้ที่อาหารชนิดใดมีความเหมาะสมกับผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยดิ่งสาย NG ออกผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เองโดยไม่มีการสำลัก ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่ทำให้เกิด Stroke คือ มีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่มากกว่า 30 ปี เลิกมานาน 8 เดือน เพราะมีอาการเจ็บป่วย ภาวะโภชนาการ: BW 62 kg. High 170 cm. BMI 21.45 kg/m² อยู่ในเกณฑ์ปกติ

H = Home Environment สภาพบ้านเป็นบ้าน 1 ชั้น ผู้ป่วยนอนอยู่ชั้น 1 ของบ้าน ใกล้กับห้องน้ำ ไม่แออัด สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก ผู้ป่วยฝึกเดินอยู่ภายในบ้านโดยใช้ Tripod cane มีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือเสมอ ส่วนเพื่อนร่วมงานที่เกษียณแล้วคอยมาเยี่ยมเป็นพักๆ

O = Other People ผู้ป่วยแต่งงานมีบุตรสาว 2 คน ภรรยาเสียชีวิต 3 ปีจากการเจ็บป่วย

ในบ้านปัจจุบันอาศัยอยู่ 4 คน คือ ผู้ป่วย บุตรสาวคนเล็ก ลูกเขย และหลานชาย ส่วนบุตรสาวคนโตอาศัยอยู่บ้านคนละหลัง การดูแลมีบุตรสาวคนเล็กเป็นดูแลช่วงกลางวัน และบุตรสาวคนโตดูแลช่วงกลางคืน ผลิตเปลี่ยนกัน บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือกันดีสมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี

Family genogram



M = Medications ผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมีบุตรสาวเป็นผู้จัด ยาให้ ภาวะที่เก็บยาเหมาะสมดูแล จัดเก็บง่าย ยาที่ได้รับประทานได้แก่ Atorvastatin 40 mg 1 เม็ดก่อนนอน, Losartan

50 mg 1x2 หลังอาหารเช้าเย็น และ Amlodipine 10 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

E = Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน

General appearance	: A Thai man age 71 years old, good personal hygiene.
Vital signs	: BT 36.5 °C, PR 68 BPM regular, RR 20 BPM, BP118/68 mmHg
Body weight / High	: BW 62 kg. High 170 cm. BMI 21.45 kg/m ²
Nervous system	: CN VII found Rt. facial palsy, CN XII found tongue movement in shape, no deviation. Cerebellar function was Poor balance (Risk for fall). Motor power of Lt. Side was gr.5, and Rt. side arm gr.1 and leg gr.4. Decrease pinprick sensation at Rt.side. DTR had reflexes 2+ all. Babinski's sign negative.

S = Spiritual Health การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในระดับหนึ่งเพราะสถานภาพเดิมผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ นับจากที่เจ็บป่วยจนถึงตอนนี้ผ่านมา 8 เดือน ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง โดยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอยู่ด้วยเสมอ ขาดความมั่นใจจึงทำให้มีความท้อแท้ในการฟื้นฟูสภาพ การสร้างแรงจูงใจและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

S = Service การดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างบ้านและโรงพยาบาล สถานบริการใกล้เคียงที่เป็น

แหล่งบริการที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลสระบุรี

S = Safety สภาพบ้านเป็นบ้านปูนชั้นเดียว เพอร์นิเจอร์ภายในบ้านวางเหมาะสมมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและมีความปลอดภัยเพียงพอ พื้นบ้านและพื้นห้องน้ำปูด้วยกระเบื้อง มีความถี่ผู้ป่วยไม่มีประวัติล้มภายในบ้าน มีความต่างระดับระหว่างพื้นบ้านและพื้นห้องน้ำ ผู้ป่วยสามารถก้าวข้ามได้

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วินิจฉัยการพยาบาล	วัตถุประสงค์การพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1 ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง เนื่องจากพยาธิสภาพหลังจากหลอดเลือดสมองแตก ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยชี้ที่แขนขวากบอกว่า “ยกไม่ได้...จะลุกรอลูกสาว” O: motor power แขนขวา grade 1 ขาขวา grade 4 , แขนขาข้างซ้าย grade 5 : Barthel Index = 70/100 คะแนน, mRS = 3 คะแนน : ผล CT brain 12 กุมภาพันธ์ 2563: Left Basal ganglia hemorrhage	- ผู้ป่วยปลอดภัยจากความพรัองความสามารถในการดูแลตนเอง <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> - ประเมิน Barthel Index เพิ่มขึ้น, MMSE เพิ่มขึ้น - มีกิจกรรมเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายโดยไม่มีอุบัติเหตุ	1. แนะนำญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ผู้ป่วยยังพรัอง และให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองในส่วนที่สามารถทำได้ โดยมีญาติระมัดระวังความปลอดภัย รวมถึงสอนทักษะที่จำเป็นแก่ญาติในการดูแลด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น การลุกนั่ง และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ 2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่อ และกระตุ้นให้บริหารข้อละ 10 ครั้ง อย่างน้อยวันละ 2 รอบ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดข้อติดแข็ง ¹⁸ 3. สอนและแนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในออกกำลังกายแขน-ขา ครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในแขนขาข้างที่แข็งแรง ^{18,19}

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

วินิจฉัยการพยาบาล	วัตถุประสงค์การพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
		4. แนะนำผู้ป่วยและญาติถึงความปลอดภัยในการเดินด้วย Tripod cane ตามโปรแกรมที่นักกายภาพบำบัดให้ไว้ โดยที่ก่อนฝึกเดินผู้ป่วยต้องฝึกการทรงตัวในทำยืนให้มั่นคงก่อนให้บุตรสาวซึ่งเป็นผู้ดูแล (Care giver) กระตุ้นการยืนทรงตัว หลังจากยืนทรงตัวได้ดีจึงก้าวขาฝึกเดินโดยฝึกก้าวเดินช้าๆ ไม่ควรรีบร้อน หากก้าวเดินหากยังไม่สามารถทรงตัวในทำยืนได้ 5. แนะนำจัดสถานที่บริเวณให้ผู้ป่วยอยู่ ให้อยู่ในบริเวณที่สามารถดูแลอย่างใกล้ชิด จัดวางสิ่งของให้สะดวกต่อการใช้งาน แสงสว่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ 6. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน Bathel Index
2.ข้อไหล่ขวาเคลื่อน เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขวอ่อนแรง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยชี้แขนขวบอกว่า “ยก ..เจ็บ” O: motor power แขนขวา grade 1 : Shoulder subluxation : limited range of motion at the Rt. shoulder	-ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไหล่ขวาหลุด <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> - ประเมิน range of motion at the Rt. Shoulder มีองศาเท่าเดิม	1. สอนผู้ดูแลในการใช้หมอนจัดทำของแขนขวาตามแนวปกติของร่างกายที่ถูกต้อง และแนะนำการจับเคลื่อนไหล่แขนอย่างถูกวิธี ไม่ดึงแขนข้างขวา 2. ดูแลประคองแขนข้างขวาที่ถูกต้องทุกครั้งที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3. แนะนำการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงไหล่ (Bobath Sling) ทุกครั้งเมื่อลุกนั่ง¹⁹ 4. แนะนำผู้ป่วยไม่ควรออกกำลังกายยกหัวไหล่ข้างขวา

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

วินิจฉัยการพยาบาล	วัตถุประสงค์การพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. คับข้องใจในการสื่อสาร เนื่องจากพร่องความสามารถในการสื่อความหมาย <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอกว่า “นึกไม่ออก คำไม่ออก” O: พูดไม่ชัด พูดไม่คล่อง มีปัญหาในการนึกคำพูด ใช้เวลานานในการสื่อสารสิ่งต่างๆ แต่ยังสามารถสื่อความหมายในรูปลักษณ์ได้เป็นส่วนใหญ่ : ผู้ป่วยแสดงท่าทางหงุดหงิด เมื่อนึกคำพูดไม่ออก แล้วเสียงไม่พูดต่อ : คะแนนแบบคัดกรองบุคคลที่สูญเสียการสื่อสาร = 17 คะแนน (ปกติ ≥ 27 คะแนน)	- ผู้ป่วยสามารถมีวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมในการบอกความต้องการของตนเองเพื่อลดความคับข้องใจ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> - คะแนนแบบคัดกรองบุคคลที่สูญเสียการสื่อสาร เพิ่มขึ้น - ผู้ป่วยพูดได้คล่องมากขึ้น, ให้ความร่วมมือในการฝึกพูด	1. ประเมินความสามารถในการสื่อสาร ได้แก่ การฟังโดยทดสอบความเข้าใจคำสั่ง การพูดโดยให้พูดตามหรือพูดเอง 2. ขณะสื่อสารต้องอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน สบตาขณะพูดและพูดโดยตรงกับผู้ป่วย พูดช้าๆ ชัดๆ น้ำเสียงนุ่มนวล ใช้คำพูดหรือคำถามสั้นๆ เข้าใจง่าย ไม่เร่งรัดคำตอบ 3. ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความคับข้องใจต่อการสื่อสาร กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก และให้กำลังใจเมื่อการสื่อสารพัฒนามากขึ้น หากผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ควรเอามือแตะแขนเบาๆ แล้วเรียกชื่อผู้ป่วย 4. ในการฝึกพูดควรจะทำซ้ำๆ เริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายไปสู่กิจกรรมที่ยากขึ้นเป็นลำดับขั้นตอน และควรจะใช้วัตถุของจริงที่พบได้บ่อยในชีวิตประจำวันมาฝึก หรือรูปภาพ^{2,19}
4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยชี้ที่แขนบอกว่า “ไม่ต้องห rokok ... มันยกไม่ได้” ญาติบอกว่า “หลังป่วย พ่อไม่ชอบออกไปนอกบ้าน ไม่อยากเจอใคร” O: เมื่อกล่าวถึงเรื่องทำกิจกรรมนอกบ้าน ผู้ป่วยสีหน้าเฉยเมย	เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจ และเกิดคุณค่าในตนเอง <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> - มีเวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้อื่น ไม่แยกตัว - ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านด้วยท่าทีที่เป็นมิตร หากผู้ป่วยมีอาการด้านลบ อาจใช้เวลาส่วนใหญ่นั่งเงียบ สบตาและสัมผัสเบาๆ แม้ผู้ป่วยไม่พูด ถามคำถามง่ายๆ ใช้เทคนิคแปลความหมายเพื่อให้ทราบว่ายบายาลเห็นใจ เช่น “มันคงยากมากสำหรับคุณ...เมื่อ เทคนิค ดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และระบายความรู้สึกออกมา การเกิดความไว้วางใจเป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถเผชิญปัญหาได้ไม่รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ทำหน้าที่ได้ดีขึ้น²

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

วินิจฉัยการพยาบาล	วัตถุประสงค์การพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
		2. ส่งเสริมให้ใช้เทคนิคผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ 3. การจัดกิจกรรมฟื้นฟูแต่ละกิจกรรม เลือกกิจกรรมเริ่มต้นเป็นกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จได้ไม่ยาก ให้กำลังใจเมื่อทำกิจกรรมใดสำเร็จ 4. ชักชวนพูดคุยและรับฟังถึงส่วนดี หรือเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนชื่นชมในชีวิตของตนเอง 5. แนะนำญาติให้ระมัดระวังคำพูดหรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้ป่วย โดยต้องเน้นถึงความสำคัญและความหมายของผู้สูงอายุต่อครอบครัว เช่น การกล่าวทักทายก่อน การขอความคิดเห็นของผู้สูงอายุภายในบ้าน เป็นต้น

การพยาบาลสำหรับผู้ดูแล

วินิจฉัยการพยาบาล	วัตถุประสงค์การพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
มีภาวะความเครียดในการทำบทบาทผู้ดูแล เนื่องจากสภาวะการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: บุตรสาวผู้ป่วย “บ้านอยู่ไกลจากบ้านน้องสาว 3 กิโลเมตร แต่ขับรถมาดูแลช่วงเช้าทุกวัน” “อยากให้พ่อดีขึ้น เดินเข้าห้องน้ำเอง” O: บุตรสาวสีหน้าไม่ยิ้มแย้มขณะพูดคุยเรื่องการทำหน้าที่ในการดูแล	- เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> - สีหน้ายิ้มแย้มขึ้น	1. ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย, ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ทั้งช่วงกลางวัน และช่วงกลางคืน, และประเมินรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว 2. แนะนำผู้ดูแลในการจัดสรรให้เวลากับตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสนผ่อนคลาย 3. สอนทักษะในการดูแลผู้ป่วย

สรุป

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยการวางแผนจำหน่ายควรเริ่มตั้งแต่แรกเริ่ม มีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลัก D METHOD เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และประเมินความพร้อมของผู้ดูแลและสภาพแวดล้อมที่บ้านก่อนจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนใกล้บ้าน และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาลแล้วมีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยควรมีการโทรศัพท์สอบถามและเยี่ยมบ้านภายใน 4 สัปดาห์หลังจำหน่ายเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยโดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS ให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้าน ให้การสนับสนุนในด้านอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ พยาบาลควรดำเนินการส่งเสริมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการจัดการสุขภาพตนเอง และเสริมศักยภาพผู้ดูแลช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายและการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ที่บ้าน และชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บรรณานุกรม

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke 2022; 17(1):18-29.
2. สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2559.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติกระทรวงสาธารณสุข 2560. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf [18 กันยายน 2562].
4. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2014;383:245- 254.
5. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (Stroke Unit) care for stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;19:CD000197.
6. Lindblom S, Flink M, Sjostrand C, Laska A, Koch Lv, Ytterberg C. Perceived Quality of Care Transitions between Hospital and the Home in People with Stroke. Journal of American Medical Directors Association 2020;21(12):1885-1892.
7. Gallacher K, Morrison D, Jani B, Macdonal S, May CR, Montori VM, et al. Uncovering Treatment Burden as a Key Concept for Stroke Care: A Systemic Review of Qualitative Research. PLOS Medicine 2013;10(6):e1001473.

8. รุ่งนภา เตชะกิจโกศล และงามทรัพย์ ทองจันทร์.
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ
เฉียบพลัน: บทบาทพยาบาลฟื้นฟูใน:
วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล และศรีธยา โมสิตะมงคล.
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:
สมรรถนะของพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: ศูนย์โรคหลอดเลือด
สมอง; 2560. หน้า 219-234.
9. ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. สถานการณ์ ปัญหา
และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรค
หลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจาก
โรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาล
สภาวิชาชีพไทย 2561;11(2):26-39.
10. ทศนีย์ อินทรสมใจ, ปภัสนรา มุกดาประวัตติ,
วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล. การวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน:
วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล และศรีธยา โมสิตะมงคล.
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:
สมรรถนะของพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: ศูนย์โรคหลอดเลือด
สมอง; 2560. หน้า 252-266.
11. Suksatan W & Posai V. An Integrative
Review of Discharge Planning
Interventions with Thai Stroke
Patients. Systemic Reviews in
Pharmacy 2020;11(11):1692-1700.
12. กนกวรรณ ช้างโรจน์, ละเอียด แจ่มจันทร์ และ
จินตนา อาจสันเทียะ. ผลของการใช้
โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายตามแนวคิด
M-E-T-H-O-D ต่อความสามารถของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
2563;12(2):230-239.
13. Creer TL. Self-management of chronic
illness. In: Boekarts M, Pintrich P,
Seidner M, editors. Self-regulation:
theory, research, and applications.
Orlando, FL: Academic Press; 2000. p.
601-29.
14. วิไลเลิศ คำตัน. การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง: การประยุกต์ใช้หลักฐาน
เชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล
2562;34(1): 25-41.
15. Gibson CH. A study of Empowerment in
mothers of chronically ill children
(Doctoral dissertation). Boston:
School of Arts and Science,
Department of Nursing, Boston
College; 1995.
16. เพชรลดา จันทร์ศรี, วรวิสา สำราญเนตร และ
นิตยา กออิสรานุกภาพ. การเสริมสร้างพลัง
อำนาจของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารมหจุฬา
นาครชน 2564;8(11):112-125.
17. วรณวดี คชสวัสดิ์ และ กรรณิการ์ ดัณฑ์เกตุร.
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ภายหลังจำหน่าย: บทบาทพยาบาลเยี่ยม
บ้านใน: วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล และศรีธยา
โมสิตะมงคล. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง: สมรรถนะของพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่
1. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์โรคหลอดเลือด
สมอง; 2560. หน้า 267-282.
18. วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรค
หลอดเลือดสมอง. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: แด
เน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น; 2558.

19. สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์.แนว
ทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
20. ธิติมา ตั้งพิมลจิตต์. บทบาทพยาบาลชุมชนใน
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี

เลือดสมอง. ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท
ธนาเพรส จำกัด; 2559.
ความเครียดและวิตกกังวล. วชิรสารการ
พยาบาล 2564;23(1):75-83.

ความรู้พื้นฐานและบทบาทของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคลูปัส (เอสแอลอี)กรัณท์รัตน์ ทิวณอม¹, สุรัสวดี สุนทรสัง²

ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

Received: Dec 30, 2021

Revised: Aug 7, 2022

Accepted: Aug 28, 2022

บทคัดย่อ

โรคเอสแอลอีเป็นความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน ที่ไม่สามารถจดจำอวัยวะหรือเซลล์ของตัวเองได้ ทำให้เกิดการทำลายของเซลล์ปกติจากปฏิกิริยาของภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ เกิดการอักเสบและมีการทำงานที่ผิดปกติ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของโรค แต่พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น ความร้อน แสงแดด เชื้อไวรัส ความเครียด การสูบบุหรี่ มีส่วนทำให้เกิดโรคหรือกระตุ้นให้เกิดการกำเริบได้ การรักษาโดยทั่วไปจึงแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการรับประทานยา ซึ่งสมาคมความร่วมมือโรคข้อแห่งยุโรป แนะนำยาไฮดรอกซีคลอโรควิน, กลูโคคอร์ติคอยด์, ยากดภูมิคุ้มกัน และยาชีววัตถุ เป็นยาหลัก เภสัชกรจึงควรมีการทบทวน แนวทางการรักษาและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยแก้ปัญหาเรื่องการใช้ยา โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มพิเศษที่มีข้อจำกัดของการใช้ยา เช่น หญิงตั้งครรภ์ หรือผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึง มิติอื่นๆ ทั้งด้านจิตใจ สังคม รวมทั้งการวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อการรักษาโรคนี้ด้วย

คำสำคัญ: เอสแอลอี, ปัญหาการใช้ยา, แนวทางการรักษา, ความรู้พื้นฐาน, บทบาทเภสัชกร

Basic Knowledges of Disease and Role of Pharmacists in Pharmaceutical Care for Patient with Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

Karunrat Tewthanom¹, Surassawadee Suntharasaj²

Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University

Abstract

SLE is an immune disorder. The owner's organs or cells cannot be recognized. Causes the destruction of normal cells from immune reactions. As a result, the organs Inflammation occurs and there is an irregular functioning. The cause of the disease is currently unknown, but genetics and environmental conditions such as heat, sunlight, virus, stress, and cigarette smoking can contribute to the disease or provoke relapses. Therefore, treatment is generally recommended to modify behavior in combination with taking medications. the European Association for Joint Diseases. Hydroxychloroquine, glucocorticoids, immunosuppressants, and biopharmaceuticals are recommended as primary medications, so pharmacists should review treatment guidelines and play a role in patient care. To help with the problem of drug use, especially special groups of patients who have limitations on medication such as pregnant women or the elderly, take into account other dimensions, including psychological, social, as well as family planning, which are relevant factors and have an impact on the treatment of this disease.

Keywords: SLE, drug related problems, treatment guideline, basic knowledges, role of pharmacist

บทนำ

โรคแพ้ภูมิตนเอง สาเหตุ และระบาดวิทยา

โรคเอสแอลอี (Systemic Lupus Erythematosus, SLE) เป็นภาวะที่ร่างกายสร้างภูมิขึ้นต่อต้านเนื้อเยื่อหรืออวัยวะของตนเอง โดยจะตรวจพบแอนติบอดีต่อเนื้อเยื่อของตนเอง กระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบและมีการทำลายเนื้อเยื่อเกิดขึ้น โรคนี้มีอาการเกิดได้กับทุกระบบ ขึ้นอยู่กับว่าจะเกิดภูมิต้านทานต่อเนื้อเยื่อของอวัยวะระบบใด¹⁻⁴

สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง¹⁻² เช่น พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม เช่น ความร้อน แสงแดด เชื้อไวรัส ความเครียด การสูบบุหรี่

โรคเอสแอลอี พบเริ่มมีอาการได้ในอายุประมาณ 15-50 ปี สถิติการเกิดโรคมีความแตกต่างกันขึ้นกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรค 1-10/100,000 ประชากร/ปี และความชุกมากกว่า 20 – มากกว่า 200/100,000 ประชากร/ปี และเพศหญิงมีอัตราการเป็นโรคมกกว่าเพศชาย 9 เท่า ความชุกที่แตกต่างกันอาจมีปัจจัยจากเชื้อชาติ ซึ่งเกี่ยวกับพันธุกรรม สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม สังคม และอื่นๆ โดยพบว่าความชุกจะเพิ่มเป็น 2 เท่า ถึง 4 เท่า ในคนผิวสี ซึ่งมักจะเป็นเชื้อชาติแอฟริกัน อเมริกัน โรคนี้พบมากในแถบเอเชีย, อาหรับ, ซิลี, สเปน และแคนาดา มากกว่าในคนผิวขาวหรือยุโรป การศึกษาส่วนใหญ่ ประชากรมีหลายชาติปะปนกัน ซึ่งยากในการวิเคราะห์ข้อมูล

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าชาวผิวสีมักมีอาการเร็วและรุนแรงกว่า รวมทั้งมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า การดำเนินโรคจะรุนแรงในเพศชาย เด็ก และผู้ที่มีการแสดงออกของโรคในช่วงอายุมาก (มากกว่า 50 ปี)¹⁻²

ปัจจุบันอัตราการรอดชีวิตจากโรคเอสแอลอีสูงขึ้น เนื่องจากการวินิจฉัยได้รวดเร็วและการรักษาที่ดีขึ้น โดยอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีและ 10 ปี หลังจากได้รับการวินิจฉัยเป็นร้อยละ 95 และ 92 ตามลำดับ แต่จะลดลงเหลือร้อยละ 82 ในผู้ป่วยไตอักเสบจากลูปัส (Lupus nephritis) อัตราการรอดชีวิตอาจจะต่ำกว่านี้ในเพศชาย อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่มีจำนวนตัวอย่างเพศชายน้อยทำให้ยากในการประเมิน¹⁻²

การวินิจฉัยและแนวทางการรักษา

การวินิจฉัยโรคเอสแอลอี จะพิจารณาจากอาการ อาการแสดงร่วมกับการตรวจร่างกายและค่าการตรวจจากห้องปฏิบัติการโดยที่ไม่ได้เกิดจากเหตุอื่นดังนี้¹⁻²,

อาการและอาการแสดง¹⁻⁴

เมื่อยาล้ำ, ซึมเศร้า, แพ้แสง (Photosensitivity), ปวดข้อ, ปวดศีรษะ, น้ำหนักลด, คลื่นไส้, ปวดท้อง นอกจากนี้ยังอาจมีอาการอื่นๆ เช่น อาการผื่นผิวหนัง ขาบวม ซึ่งเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นต้องมีการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน ซึ่งจะพบความผิดปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อาการแสดงของ เอสแอลอี¹⁻²

อาการแสดง	รายละเอียด
1. อาการทางผิวหนังที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน	- ผื่น Bullous lupus - ผื่นแพ้รุนแรง (Toxic epidermal necrolysis, TEN) - ผื่นผิวหนังนูนแบบ (Maculopapular lupus rash) - ผื่นแพ้แสง (Photosensitive lupus rash) โดยไม่มีการอักเสบผิวหนังหรือกล้ามเนื้อ หรือ - ผื่นผิวหนังกึ่งเฉียบพลัน (Subacute cutaneous lupus erythematosus, SCLE) ผื่นจะคล้ายโรคสะเก็ดเงิน ลักษณะเป็นวงหายเองโดยไม่มีแผลเป็น
2. อาการทางผิวหนังที่เกิดขึ้นเรื้อรัง	- ผื่นแบบ Discoid อาจพบเฉพาะที่เหนือคอ หรือพบทั่วไปทั้งเหนือคอและต่ำกว่าคอ - ผื่นที่มีการหนาตัว Hypertrophic (verrucous) lupus - ผื่นชนิด Lupus panniculitis (profundus) - ผื่นที่เนื้อเยื่ออ่อน (Mucosal lupus) - ผื่น Lupus erythematosus tumidus - ผื่น Chilblain's lupus - ผื่น Discoid lupus/lichen planus overlap
3. แผลในปาก โดยไม่มีสาเหตุ	- บริเวณเพดาน กระพุ้งแก้ม ลิ้นหรือ แผลในจมูก
4. ผมร่วงโดยไม่ทราบสาเหตุ	- ผมบาง เส้นผมเปราะ และร่วงง่าย
5. อาการทางข้อ	- เกี่ยวข้องกับข้อมากกว่า 2 ข้อ โดยจะมีอาการข้อบวม หรือ ข้อตึง อย่างน้อย 30 นาที ตอนเช้า
6. อาการทางปอด	- เยื่อหุ้มปอดอักเสบมานานกว่า 1 วัน - หรือ มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด - หรือ มีเสียงเสียดสีของเยื่อหุ้มหัวใจ - หรือ พบเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
7. อาการทางไต โดยไม่มีสาเหตุอื่นๆ	- สัดส่วนโปรตีนในปัสสาวะต่อครีเอตินิน (หรือ ปริมาณโปรตีนใน 24 ชม) พบโปรตีน 500 mg ต่อ 24 ชม. หรือ พบเศษชิ้นส่วนของเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ

ตารางที่ 1 อาการแสดงของ เอสแอลอี¹⁻² (ต่อ)

อาการแสดง	รายละเอียด
8. อาการทางระบบประสาท	- ชัก - อาการจิตเภท - โรคทางเส้นประสาท โดยไม่มีสาเหตุอื่น เช่น ไม่มีหลอดเลือดอักเสบ - เยื่อหุ้มปอดอักเสบ - เส้นประสาทส่วนกลางหรือส่วนปลายเสื่อมโดยไม่มีสาเหตุอื่น เช่น หลอดเลือดอักเสบ ติดเชื้อ หรือเบาหวาน - ภาวะสับสนที่เกิดขึ้นฉับพลัน โดยไม่มีสาเหตุอื่น เช่น จากสารพิษ จากภาวะไต หรือยา
9. ภาวะโลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงแตก	มีค่า Hb/Hct ต่ำกว่าปกติ
10. เม็ดเลือดขาวต่ำ	เม็ดเลือดขาว $<4,000/\text{mm}^3$ โดยไม่มีสาเหตุอื่น

การวินิจฉัย⁵⁻⁸

เนื่องจากโรคนี้มีผลกระทบต่อร่างกายได้หลายระบบจึงจำเป็นต้องตรวจความผิดปกติของระบบต่างๆ รวมถึงการตรวจค่าเคมีในเลือด ตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis), การตรวจน้ำไขสันหลัง (Lumbar puncture), การตรวจชิ้นเนื้อไต (Renal biopsy) และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน โดยมักจะตรวจ Anti-nuclear antibodies (ANA), Antiphospholipid antibodies, Complement, Inflammatory markers, C-reactive protein, Erythrocyte sedimentation rate

แนวทางการประเมินเพื่อวินิจฉัยตามเกณฑ์ของสมาคมโรคข้อของอเมริกาและสมาคมความร่วมมือโรคข้อแห่งยุโรป (The European League Against Rheumatism, EULAR) ปี ค.ศ. 2019 จะเน้นที่การตรวจ ANA titer หากค่า ANA titer มากกว่าหรือเท่ากับ 1:80 จะถือว่าให้ผลบวกและประเมินโดยเกณฑ์ตามรูปที่ 1 เพิ่มเติม โดยหากมีลักษณะตามเกณฑ์ย่อยเพียง 1 ข้อก็จะนับคะแนน

การวินิจฉัยว่าเป็น เอสแอลอี จะต้องมีคะแนน ≥ 10 คะแนน โดยจะต้องมีอาการทางคลินิกอย่างน้อย 1 อาการ โดยข้อที่อยู่ในระบบเดียวกันจะใช้คะแนนที่มากที่สุด

อาการทางคลินิก	คะแนน	การตรวจระบบภูมิคุ้มกัน	คะแนน
อาการทั่วไป ไข้	2	<i>Antiphospholipid antibodies</i> Anti-cardiolipin antibodies หรือ Anti-β2GP1 antibodies หรือ Lupus anticoagulant	2
ระบบโลหิต เม็ดเลือดขาวต่ำ	3	<i>Complement proteins</i> C3 หรือ C4 ต่ำ	3
เกล็ดเลือดต่ำ	4	C3 และ C4 ต่ำ	4
เม็ดเลือดแดงแตกจากภูมิตนเอง	4		
ระบบประสาท หลงผิด	2	<i>SLE-specific antibodies</i> Anti-dsDNA antibodies* หรือ	6
จิตเภท	3	Anti-Smith antibody	
ชัก	5		
ระบบผิวหนัง ผื่นร่วง	2		
แผลในปาก	2		
มีผื่นระยะกึ่งเรื้อรังหรือผื่น Discoid	4		
มีผื่นลุปัสแบบเฉียบพลัน	6		
เยื่อหุ้มหัวใจและปอด มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มหัวใจ	5		
เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบเฉียบพลัน	6		
กล้ามเนื้อและกระดูก เกี่ยวกับข้อ	6		
ไต โปรตีนในปัสสาวะ <0.5g/24 h	4		
การตรวจชิ้นเนื้อไตเป็นไตอักเสบจากลุปัส			
class II หรือ class V	8		
การตรวจชิ้นเนื้อไตเป็นไตอักเสบจากลุปัส			
class III หรือ class IV	10		
คะแนนรวม			

รูปที่ 1 เกณฑ์ประเมินโรค เอสแอลอี⁸ (Anti- β 2GP1 = anti- β 2-glycoprotein1; anti-dsDNA = anti-double-stranded DNA.)⁸ * HEp-2 cells= Human Epithelial-2 cells

สำหรับการประเมินความรุนแรงของโรค จะใช้มาตรวัดที่เรียกว่า SLENA-SLEDAI (SLE disease activity index)² ประเมินจากอวัยวะและอาการที่เกิดขึ้น โดยจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 105 หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่าความรุนแรงของโรคมก โดยทั่วไปจะถือว่าหากคะแนนมากกว่า 6 คือโรคกำลังกำเริบ

แนวทางการรักษา^{1,9}

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา

ผู้ป่วย เอสแอลอี ควรได้รับการแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต เช่น การป้องกันตนเองจากแสงแดด การเลิกสูบบุหรี่ หรือ เลี่ยงควันทันbulb การออกกำลังกายและคุมน้ำหนัก

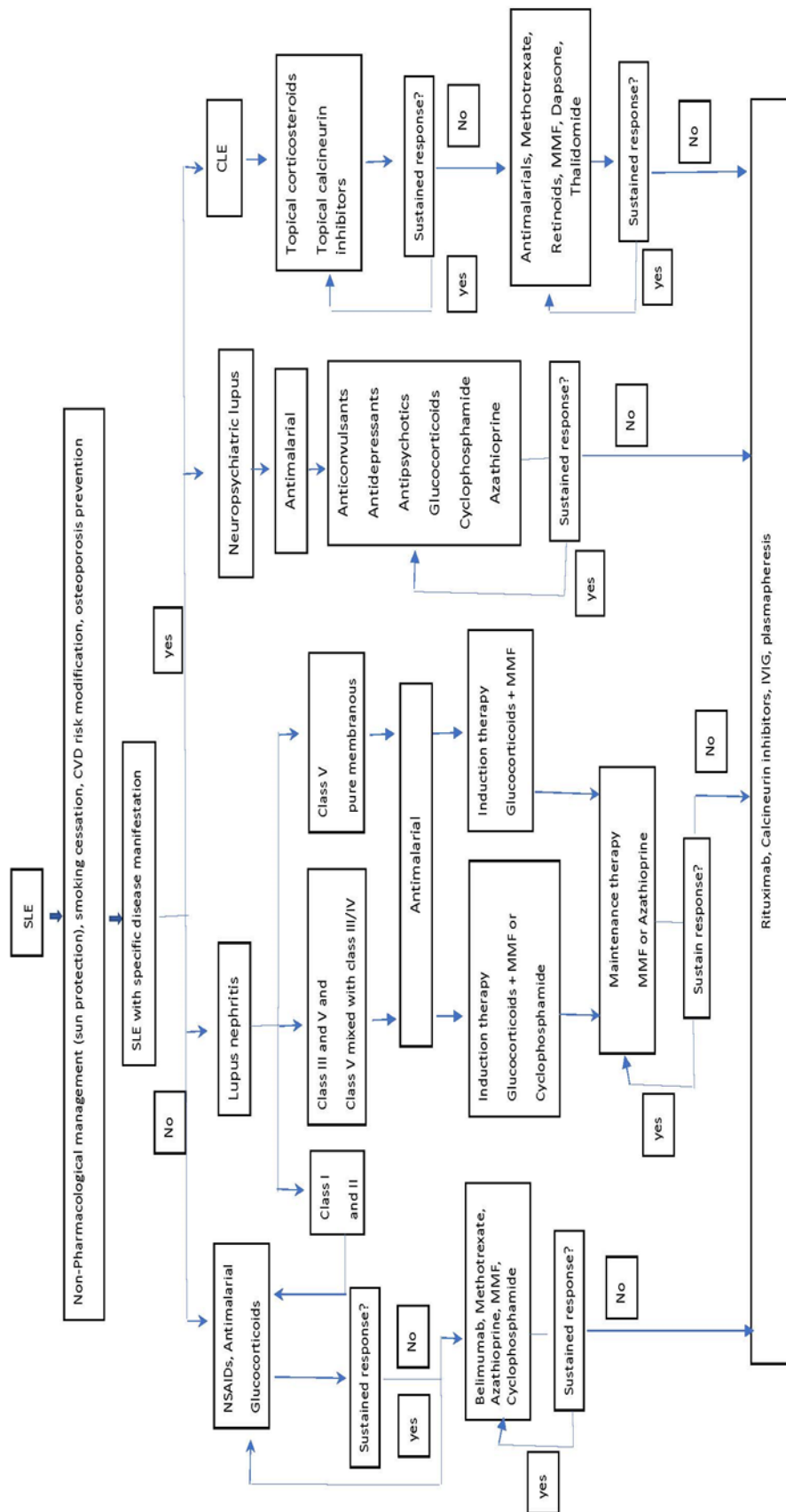
2. การรักษาด้วยยา

ผู้มีอาการรุนแรงเล็กน้อยอาจจะสามารถบรรเทาด้วย Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) ข้อมูลจากการศึกษาและข้อแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญพบว่า การให้ยาต้านมาลาเรียมีประโยชน์ในผู้ป่วยเอสแอลอี เนื่องจากสามารถลดการอักเสบจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน จึงแนะนำให้เริ่มในผู้ป่วยทุกราย⁸ นอกจากนี้ยากลุ่มคอติโคสเตียรอยด์ก็มีบทบาทการใช้ในโรคเอสแอลอี หากการรักษาที่กล่าวมาข้างต้นไม่ได้ผลหรือมีอวัยวะที่สำคัญได้รับผลกระทบ ควรพิจารณาเพิ่มยากดภูมิคุ้มกันหรือยาปรับภูมิคุ้มกัน ความจำเป็นของการให้ยากดภูมิคุ้มกันควรประเมินโดยพิจารณาช่วงเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินและรักษาโรคที่เป็นร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และภาวะซึมเศร้า รวมทั้งภาวะตั้งครรภ์ การเลือกใช้ยาต่างๆ ที่กล่าวมาจะมีความเฉพาะต่ออวัยวะที่ได้รับผลกระทบและความรุนแรงของโรค เช่น กรณีของไตอักเสบจาก lupus ซึ่งแบ่งเป็น 5 Class ตามผลการตรวจชิ้นเนื้อของไตซึ่ง Class ที่ 1 จะรุนแรงน้อยที่สุดไปจนถึง Class ที่ 5 รุนแรงมากที่สุด แนะนำให้ใช้ยากดภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นในอาการที่รุนแรงขึ้น หรือ

กรณีที่มีอาการทางระบบประสาท ก็ควรพิจารณาเพิ่มยาทางจิตเวชหรือยาต้านอาการชักร่วมกับยากดภูมิคุ้มกัน หากมีอาการทางผิวหนังสามารถใช้ยา คอติโคสเตียรอยด์ แดปโซน ทาลิโดไมด์ หรือยากดภูมิในรูปแบบทาได้ โดยการให้ยาทุกครั้งควรประเมินผลการรักษา ถ้าควบคุมอาการได้ ก็สามารถให้ใช้ยาเดิมต่อไปได้ แต่หากพบว่ายาที่ได้รับไม่สามารถคุมอาการของโรคได้หรือมีความรุนแรงของโรคมมากขึ้น ต้องพิจารณาปรับยา ซึ่งยาทางเลือกสุดท้ายกรณีที่ใช้ยาต่างๆ ไม่ได้ผลคือยา ริทูซิแมบ ยากดภูมิคุ้มกันยั้งแคลซินูลิน หรือ การเปลี่ยนถ่ายพลาสมา ซึ่งได้สรุปแนวทางการรักษาด้วยยาดังรูปที่ 2

สรุปกลุ่มยาที่แนะนำให้ใช้ในการรักษา เอสแอลอีของสมาคมความร่วมมือโรคข้อแห่งยุโรป (The European League Against Rheumatism)⁸

ยากลุ่มหลักๆ ที่ใช้รักษา เอสแอลอี คือ ไฮดรอกซีคลอโรควิน, กลูโคคอดีคอยด์ ยากดภูมิคุ้มกัน (ไซโคลฟอสฟาไมด์, อะซาไทโอพรีน, ไมโคฟีลโนเลท เมโทเทรกเซท) ยาชีววัตถุ (เบลิมูแมบ, ริทูซิแมบ) ซึ่งขนาดการใช้ ข้อแนะนำ รวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์แสดงในตารางที่ 2 และ 3



รูปที่ 2 แนวทางการรักษา เอสแอลอี2: CLE = Cutaneous lupus erythematosus, CVD = Cardiovascular diseases, I/G= Intravenous Immunoglobulin, MMF= Mycophenolate mofetil, SLE= Systemic Lupus Erythematos

ตารางที่ 2 ยาและขนาดที่ใช้ใน เอส เอลอี²

ยา	ขนาดเริ่มต้น	ขนาด ระดับประคอง	ประชากรกลุ่มพิเศษ	ข้อคิดเห็น
NSAIDs/salicylates	ขึ้นกับผลิตภัณฑ์	ขึ้นกับผลิตภัณฑ์	ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่มีข้อห้าม เช่น โรคไต ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ	
กลูโคติคอยด์				ขนาดขึ้นกับอวัยวะที่ได้รับผลกระทบรวมทั้งความรุนแรง อาจให้ขนาดเริ่มต้น 4-6 สัปดาห์ จากนั้นค่อยๆ ลดลง สำหรับรายที่อาการรุนแรงและเริ่มต้นโดยยาฉีด สามารถลดขนาดโดยเปลี่ยนเป็นยารับประทานได้
เพรดนิโซโลน	0.1-1.5 mg/kg/d PO	น้อยกว่า 10 mg/day PO		
เมทิลเพรดนิโซโลน	100-1000 mg IV daily x 3 days			
ไฮดรอกซีคลอโรควิน*	400 mg PO daily or twice daily	200-400 mg PO daily	อาจจำเป็นต้องปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่ตับและไตทำงานผิดปกติ	ไม่ควรใช้ขนาดมากกว่า 6.5 mg/kg/day เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดพิษต่อตา
เบลิมูลูแมบ	10 mg/kg IV every 2 weeks x 3	10 mg/kg IV every 4 weeks	ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดในผู้ป่วยไตบกพร่องหาก CrCl ≥ 15 mL/min (≥ 0.25 mL/s) pregnancy category C	การให้ IV infusion มากกว่า 1 h; ควรมี premedication เพื่อป้องกันปฏิกิริยาจากการให้ยาและการแพ้ยา การเกิดการแพ้ยามักจะเกิดขึ้นหลังจากให้ยาไปแล้วมากกว่า 4 h ซึ่งมักพบในการให้ยาใน 2 ครั้งแรก
ไซโคลฟอสฟาไมด์	500 -1000 mg/m ² BSA IV every month x 6 or 500 mg IV every 2 weeks x 6		การปรับขนาดอาจจำเป็นในผู้ที่ไตทำงานบกพร่อง	ระมัดระวังการใช้ในหญิงและชายวัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งในเรื่องการเกิดทารกวิรูป
ไมโคฟีลโนเลท	2-3 g/day PO	0.5-3 g/day PO	ในคนเอเชียอาจต้องการขนาดที่ต่ำกว่า	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์

*แนะนำให้เริ่มในผู้ป่วย เอสเอลอีทุกราย

BSA = Body surface area, CrCl = Creatinine Clearance, IV = Intravenous, NSAIDs = Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, PO= Orally

ตารางที่ 2 ยาและขนาดที่ใช้ใน เอส เอลอี² (ต่อ)

ยา	ขนาดเริ่มต้น	ขนาดปรับระดับประคอง	ประชากร กลุ่มพิเศษ	ข้อคิดเห็น
อะซาไทโอพรีน	2 mg/kg/day PO	1.5-2 mg/kg/day PO		ควรลดขนาดในผู้ที่มีเอนไซม์ thiopurine methyltransferase (TPMT) บกพร่อง
เมโทเทรกเซท		15-25 mg PO or SC weekly		ให้ Folic acid เพื่อลดพิษ จากยา
ริทูซิแมบ	375 mg/m ² BSA IV weekly x 4 or 500-1000 mg IV on day 1 and 15			ใช้เป็นยาทางเลือก กรณี ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการ รักษาด้วยยาอื่นๆ ซึ่งอาจจะ มีประสิทธิภาพในผู้ป่วย ชาวแอฟริกัน อเมริกัน

ตารางที่ 3 ยาที่ใช้ใน เอส เอล อี และอาการไม่พึงประสงค์²

ยา	อาการไม่พึงประสงค์	สิ่งที่ต้องติดตาม	ข้อคิดเห็น
NSAIDs/salicylates	เลือดออกในทางเดิน อาหาร, พิษต่อตับ ไต ความดันโลหิตสูง ระบบ หัวใจ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ แบบไม่ติดเชื้อ	CBC ^a , platelet ^a , creatinine ^a , urinalysis, AST/ALT ^b , Blood pressure ^a	การให้ ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์จะ ได้รับผลกระทบน้อยในเรื่องการ เกิดความดันโลหิตสูงจากยานี้
กลูโคคอร์ติคอยด์, systemic	กระดูกพรุน, ต้อกระจก, ต้อหิน, น้ำตาลสูง/ เบาหวาน, ความดันโลหิต สูง, ไขมันผิดปกติ, ผิวบาง, น้ำหนักเพิ่ม, มีการกระจาย ของไขมัน	Blood pressure ^a , serum glucoset ^a , lipid panel ^a , Bone densitometry, Ophthalmic examination	ผู้ป่วยควรได้รับการป้องกันโรค กระดูกพรุน ยาขนาดสูงอาจจะ เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการทาง จิต เซลกระดูกตาย และการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง
กลูโคคอร์ติคอยด์, topical	ผิวเหี่ยว, หลอดเลือดฝอย ขยายตัว	Skin appearance	เสี่ยงการใช้เป็นเวลานาน โดยเฉพาะกลุ่ม high-potency steroids

ควรติดตามตั้งแต่อ่อนรักษา และ * a=52 สัปดาห์, b= 4 สัปดาห์, c= สัปดาห์, d= ทุก 1-2 สัปดาห์หลังปรับ
ขนาด e= 26 สัปดาห์ f= ทุก 2 สัปดาห์หลังจากปรับขนาด, g = 2-4 สัปดาห์ ในช่วง 3 เดือนหลังจากปรับขนาด,
h= 8 สัปดาห์ 8-16 สัปดาห์

ตารางที่ 3 ยาและอาการไม่พึงประสงค์ (ต่อ)

ยา	อาการไม่พึงประสงค์	สิ่งที่ต้องติดตาม	ข้อคิดเห็น
ไฮดรอกซีคลอโรควิน	พิษต่อตา	Funduscopy and visual field examination, consider electroretinogram, spectral domain optical coherence tomography, or fundus autofluorescence (frequency depends on level of risk), CBC, AST/ALT, albumin, chemistry panel, creatinine	ความเสี่ยงจะเพิ่มเมื่อ ขนาด > 6.5 mg/kg/day ideal bodyweight, การใช้มานานมากกว่า 5 ปี , หรือ อายุมากกว่า 30 ปี
เบลิอูแมบ	อาการแพ้พิษให้ยา, คลื่นไส้, ท้องเสีย, ไข้, จมูก และกล่องเสียงอักเสบ, หลอดลมอักเสบ, นอนไม่หลับ, ปวดแขน ขา, ซึมเศร้า, ปวดไมเกรน	Monitor for serious infections, hypersensitivity/infusion reactions, worsening depression, mood changes or suicidal thought	ไม่ควรได้รับวัคซีนเชื้อเป็น 30 วันก่อนได้เบลิอูแมบ ไม่แนะนำให้ได้รับร่วมกับยาชีววัตถุอื่น หรือ ไฮโดรฟอสฟาไมด์ ชนิดฉีด; พิจารณาให้ premedication ร่วมกับยาพาราเซตามอลและ ไดเฟนไฮดรามีน
ไฮโดรฟอสฟาไมด์	กดไขกระดูก, ติดเชื้อฉวยโอกาส, ภาวะปัสสาวะอักเสบแบบมีเลือดออก, มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ, เป็นหมัน	CBC ^b , platelet ^b , creatinine, AST/ALT urinalysis ^b , urine cytology ^a PAP smear ^a	ยาชนิดรับประทานจะเพิ่มความเสี่ยงภาวะปัสสาวะอักเสบ ลดความเสี่ยงโดยการให้ดื่มน้ำ และใช้ เมสนา
ไมโคฟีโนเลท	กดไขกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย	CBC ^c , platelets ^c , creatinine, chemistry panel, AST/ALT, Chest X ray	ใช้รูปแบบ enteric -coated จะลดอาการไม่พึงประสงค์ของระบบทางเดินอาหาร
ไฮดรอกซีคลอโรควิน	พิษต่อตา	Funduscopy and visual field examination, consider electroretinogram, spectral domain optical coherence tomography, or fundus autofluorescence (frequency depends on level of risk), CBC, AST/ALT, albumin, chemistry panel, creatinine	ความเสี่ยงจะเพิ่มเมื่อ ขนาด > 6.5 mg/kg/day ideal bodyweight, การใช้มานานมากกว่า 5 ปี , หรือ อายุมากกว่า 30 ปี

ควรติดตามตั้งแต่อ่อนรักษา และ * a=52 สัปดาห์, b= 4 สัปดาห์, c= สัปดาห์, d= ทุก 1-2 สัปดาห์หลังปรับขนาด e= 26 สัปดาห์ f= ทุก 2 สัปดาห์หลังจากปรับขนาด, g = 2-4 สัปดาห์ ในช่วง 3 เดือนหลังจากปรับขนาด, h= 8 สัปดาห์ 8-16 สัปดาห์

ตารางที่ 3 ยาและอาการไม่พึงประสงค์ (ต่อ)

ยา	อาการไม่พึงประสงค์	สิ่งที่ต้องติดตาม	ข้อคิดเห็น
เบลิอูแมบ	อาการแพ้พิษให้ยา, คลื่นไส้, ท้องเสีย, ไข้, จมูก และกล่องเสียงอักเสบ, หลอดลมอักเสบ, นอนไม่หลับ, ปวดแขน ขา, ซึมเศร้า, ปวดไมเกรน	Monitor for serious infections, hypersensitivity/infusion reactions, worsening depression, mood changes or suicidal thought	ไม่ควรได้รับวัคซีนเชื้อเป็น 30 วันก่อนได้เบลิอูแมบ ไม่แนะนำให้ได้รับร่วมกับยาชีววัตถุอื่น หรือ ไซโคลฟอสฟาไมด์ ชนิดฉีด; พิจารณาให้premedication ร่วมกับยาพาราเซตามอลและ ไดเฟนไฮดรามีน
อะซาไทโอพรีน	กดไขกระดูก, พิษต่อดับ	CBC ^{cd} , platelet ^{cd} , creatinine ^e , AST/ALT ^{cf} chemistry panel, albumin, TPMT assay, PAP test	ตรวจการทำงานของเอนไซม์ TPMTก่อนให้ยา
เมโทเทรกเซท	พิษต่อดับ, ระบบเลือด, ปอด, เยื่อช่องปาก อักเสบ	CBC ^{cs} , platelet ^{cs} , creatinine ^{cs} , AST/ALT ^{cs} , albumin ^{cs} , bilirubin, chemistry panel ^h , alkaline phosphatase ^c , Chest x ray	ตรวจไวรัสตับอักเสบบีและซี ก่อนให้ยา
ริทูซิแมบ	ปฏิกิริยาในตอนที่ให้ยา ติดเชื้อ เม็ดเลือดขาวต่ำ อาการทางทางผิวหนัง ไข้ อ่อนเพลีย ความผิดปกติของสมอง	CBC, platelet, creatinine vital signs, human antichimeric antibody (HACA) titer	พิจารณาให้ยาพาราเซตามอล ไดเฟนไฮดรามีน สเตียรอยด์ เพื่อลดปฏิกิริยาจากการให้ยา

ควรติดตามตั้งแต่มีก่อนรักษา และ * a=52 สัปดาห์, b= 4 สัปดาห์, c= สัปดาห์, d= ทุก 1-2 สัปดาห์หลังปรับขนาด e= 26 สัปดาห์ f= ทุก 2 สัปดาห์หลังจากปรับขนาด, g = 2-4 สัปดาห์ ในช่วง 3 เดือนหลังจากปรับขนาด, h= 8 สัปดาห์ 8-16 สัปดาห์

ปัญหาของผู้ป่วยเอสแอลอีและบทบาทของเภสัชกรในการบริหาร

ในโรค เอสแอลอี พอดีจะจำแนกปัญหาของผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเด็นหลักดังนี้

1. ปัญหาของความไม่เข้าใจในโรคที่เป็นอยู่

โรคเอสแอลอีมีความซับซ้อน สาเหตุการเกิดโรคไม่ชัดเจน (Multi-factors) ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบข้อมูลของโรคที่เป็น หรือ มีความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับโรคนี้ เช่น คิดว่าโรคนี้เป็นแล้วต้องเสียชีวิตเสมอ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงโรคกำเริบ หรือเรื่องอาหารที่ควรรับประทานหรือควร

หลีกเลี่ยง¹³⁻¹⁴ เภสัชกรควรมีบทบาทในการให้สร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือที่ดีในการใช้ยา

2. ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

ผู้ป่วยโรคเอสแอลอี พบปัญหาจากการใช้ยาได้จาก ผลไม่พึงประสงค์ต่อระบบต่างๆ เช่น ระบบเลือด ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือเพิ่มโอกาสการเกิดมะเร็งจากการที่ไปกดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้อาจเกิด ผลไม่พึงประสงค์หรืออันตรกิริยาจากยาอื่นที่ใช้ร่วมกัน ข้อห้ามข้อควรระวังในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ เช่นภาวะตั้งครรภ์ รวมถึงการที่ต้องใช้ยาหลายเม็ดหรือหลายชนิดอาจมีผลต่อความร่วมมือในการบริหารยา

ดังนั้นเภสัชกรควรให้ข้อมูลที่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งเรื่องอาหารและสมุนไพรที่มีผลกระทบหรือมีอันตรกริยากับยาหรือโรค และการคุมกำเนิด จะมีส่วนช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา และผลการรักษา¹⁶

3. ปัญหาทางสุขภาพจิต

ผู้ป่วย เอสแอลอี ส่วนใหญ่จะมีความกังวล รู้สึกซึมเศร้า มีหลายคนมีความคิดฆ่าตัวตายเพราะไม่อยากอยู่เป็นภาระของญาติ หรือการที่เพื่อนร่วมงานไม่เข้าใจ มองว่าไม่ทำงาน ขาดงานบ่อย จะยิ่งทำให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยแย่ลง นอกจากนี้หากระบบประกันสุขภาพไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยอาจรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแล¹⁷⁻¹⁸ หากเภสัชกรซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดสามารถรับฟังและเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งมีการต่อไปยังแผนกจิตเวช จะช่วยให้ภาวะจิตใจรวมทั้งคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น¹⁹

4. ปัญหาทางด้านการวางแผนครอบครัวและคำปรึกษาทางด้านการวางแผนคุมกำเนิด (Contraceptive counseling)

ผู้ป่วย เอสแอลอี อาจต้องการมีบุตร แต่การตั้งครรภ์ในผู้ป่วย เอสแอลอี ต้องได้รับการดูแลและติดตามเป็นพิเศษและต้องได้รับข้อมูลของการวางแผนครอบครัวที่ดี เพื่อป้องกันอันตรายต่อมารดาและทารก เช่น ภาวะโรคกำเริบระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ ทารกเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือคลอดก่อนกำหนด หรือมีโอกาเป็นเอสแอลอี²⁰

การเลือกการคุมกำเนิดที่เหมาะสมในผู้ป่วยเอสแอลอีจึงเป็นสิ่งสำคัญหากผู้ป่วยไม่ประสงค์จะมีบุตร แนะนำให้ใช้การคุมกำเนิดแบบถาวร แต่หากประสงค์ที่จะมีบุตรในภายหลัง การใช้ห่วงอนามัย การใช้ยาคุมกำเนิดโปรเจสตินรูปแบบฉีด หรือแบบฝัง เป็นแนวทางเลือกที่แนะนำ²⁰ หากมีการตั้งครรภ์ควรมีการวางแผนในการติดตามการเจริญเติบโตของทารกเพื่อป้องกันโอกาสการเกิดความผิดปกติในอนาคต²¹

สรุป

โรคเอสแอลอีหรือโรคแพ้ภูมิตนเองจัดเป็นโรคเรื้อรัง เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันทำให้ร่างกายสร้างภูมิตำลายเนื้อเยื่อตนเอง การวินิจฉัยได้จากอาการและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาหลักที่ใช้ในการรักษาตามข้อแนะนำคือ ไฮดรอกซีคลอโรควิน, กลูโคคอร์ติคอยด์, ยากดภูมิคุ้มกัน, และยาชีววัตถุเภสัชกร ควรมีบทบาทดูแลแก้ไขปัญหาเรื่องการใช้ยา รวมทั้งการวางแผนครอบครัว ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ร่วมกับการดูแลในมิติอื่นๆ เช่น ด้านจิตใจและสังคมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Jerika T. Lam, Ann M. Lynch, and Marry A. Gutierrez. 2018 "Systemic Lupus Erythematosus." In Applied Therapeutic and Clinical use of drugs, by Michael G Carvalho Caroline S Zeind. NY: Wolter Kulwer.
2. Beth H. Resmon-Targof. 2018. "Systemic Lupus Erythematosus." In Pharmacotherapy: a pathophysiological approach, by Robert L Tolbert, Gary C Yee, Gary R Matzke, Barbara G Wells, L Michael Posey Joseph T Dipiro, 2512. NY: McGraw-Hill.
3. Petri M. Treatment of Systemic Lupus Erythematosus: An Update. Am Fam Physician. 1998 Jun 1;57 (11):2753-27
4. Rao N, Kumar A, Kumari M. Systemic Lupus Erythematosus. Journal of Scientific Innovation. 2013;2(1):3-5.
5. Petri M, Orbai AM, Alacorn GS, et al. Deviation and Validation of the Systemic lupus international

- Collaborating Clinic classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2012; 64:2677-2686
6. Tan EM, Cohen AS, Fries F et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982; 25:1271-1277
 7. Hochibierg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997; 40:1725.
 8. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & Rheumatology*. 2019;71(9):1400-1412.
 9. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, Aringer M, Bajema I, Boletis JN, Ricard Cervera, et. al 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 2019; 78:736–745.
 10. Vukelic M, Li Y, Kyttaris V. Novel Treatments in Lupus. *Frontiers in Immunology*. 2018;9.
 11. Mosca M, Vollenhoven RV, New drugs in systemic lupus erythematosus: when to start and when to stop. *Clin Exp Rheumatol* 2013; 31 (Suppl. 78): S82-S85.
 12. Touma Z, Gladman D D. Current and future therapies for SLE: obstacles and recommendations for the development of novel treatments. *Lupus Science & Medicine* 2017;4:e000239. doi:10.1136/lupus-2017-000239
 13. Gergianaki I Bertsias G. Systemic Lupus Erythematosus in Primary Care: An Update and Practical Messages for the General Practitioner. *Frontiers in Medicine*. 2018;161:1-12
 14. Konttinen Y, Santavirta N, Honkanen V, Sandelin S, Schauman L, Gronblad M. Systemic lupus erythematosus patient guide: influence on knowledge of the disease. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1991;50(12):900-902.
 15. Xia Xie Hui Yang Anliu Nie Hong Chen Jiping Li, Predictors of medication nonadherence in patients with systemic lupus erythematosus in Sichuan: a cross-sectional study *Patient Preference and Adherence* 2018:12
 16. Ganachari M, Almas S. Evaluation of clinical pharmacist mediated education and counselling of systemic lupus erythematosus patients in tertiary care hospital. *Indian Journal of Rheumatology*. 2012;7(1):7-12.

17. Nadja Maria Jorge Asano, Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano ,Breno Jorge Asano Otávio, Gomes Lins. Psychiatric comorbidities in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review of the last 10 years. Rev Brasreumatol. 2013; 53(5):431-437.
18. Figueiredo-Braga M,, Cornaby C,, Cortez A, Bernardes M,, Terroso G,, Figueiredo M, et. al. Depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: The crosstalk between immunological, clinical, and psychosocial factors. Medicine 2018;97::1-11.
19. Conceição C, Meinão I, Bombana J, Sato E. Psychoanalytic psychotherapy improves quality of life, depression, anxiety and coping in patients with systemic lupus erythematosus: a controlled randomized clinical trial. Advances in Rheumatology. 2019;59(1).
20. Barr A, Badell M, Vettese T. Contraception Counseling in Patients With SLE and Other Chronic Medical Conditions Requiring Potentially Teratogenic Medications. JAMA Internal Medicine. 2019;179(4):562.
21. Lewkonja R. The Clinical Genetics of Lupus. Lupus. 1992;1(2):55-62.

คำแนะนำในการเขียนบทความลงวารสาร “หัวหินเวชสาร”

หัวหินเวชสาร เป็นวารสารของโรงพยาบาลหัวหิน ซึ่งมีกำหนดการตีพิมพ์วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม และ กันยายน-ธันวาคม เพื่อเผยแพร่ความรู้ผลงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ รวมถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรทั่วไป ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลหัวหิน และเป็นการส่งเสริมให้มีเวที ในการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการที่จะเป็นประโยชน์ต่อการแพทย์และสาธารณสุข

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case Report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมถึงการบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical course) ที่ไม่ตรงรูปแบบ ที่พบไม่บ่อย บทความผู้ป่วย ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์ หรือข้อสังเกต สรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความฟื้นฟูวิชาการ/บททบทวนวรรณกรรม (Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสังเคราะห์พบใหม่หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellaneous) เป็นบทความอื่นๆ รายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์ หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในวงการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การศึกษาต่อเนื่อง จริยธรรมทางการแพทย์ บทสัมภาษณ์ หรือเรื่องเล่าจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ความยาวของเรื่องไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

การพิจารณาบทความ

1. บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นมาก่อน และต้องไม่อยู่ในช่วงเวลาของการรอพิจารณาจากวารสารอื่น
2. บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วเท่านั้น
3. บทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และส่งผลการพิจารณาค้นผู้เขียนเพื่อเพิ่มเติม แก้ไข หรือพิมพ์ต้นฉบับใหม่แล้วแต่กรณี

ค่าธรรมเนียมในการลงพิมพ์วารสาร

การลงตีพิมพ์บทความในวารสาร มีค่าธรรมเนียมการขอลงตีพิมพ์บทความ แบบปกติ อัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท โดยกรณีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาไม่รับรองให้ตีพิมพ์ ไม่สามารถขอค่าธรรมเนียมคืนได้ ชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี กองทุนเพื่อสนับสนุนงานวิจัย เลขบัญชี 722-0-61772-0 โดยโรงพยาบาลจะออกใบเสร็จในนาม เงินบริจาคเพื่อพัฒนางานวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์คอลัมเดียว โปรแกรม Microsoft Words 2010 ขึ้นไป
2. พิมพ์ต้นฉบับภาษาไทยและอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 point single space
3. ต้นฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 โดยรวมตารางและภาพทั้งหมดแล้ว โดยเว้นระยะห่างจากขอบ 2 นิ้ว
4. จัดรูปแบบของบทความตามที่ทางวารสารกำหนด

การส่งบทความ

1. ไฟล์ต้นฉบับ เนื้อหาเป็นไฟล์ Word
2. ไฟล์เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC)
3. ไฟล์ประวัติของผู้นิพนธ์

ส่งมาทางเว็บไซต์ หัวหินเวชสาร <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk>

ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน 30/2 ต.หัวหิน อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ 77110 โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908 journalhjh64@gmail.com

รูปแบบการเรียงเนื้อหาบทความต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (title) ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง (title) ควรตั้งชื่อเรื่องให้กะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ (authors) เขียนชื่อ นามสกุล คุณวุฒิ และหน่วยงานของผู้นิพนธ์ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. บทคัดย่อ (Abstract)

เนื้อหาต้องมีความสมบูรณ์ ได้ใจความ ใช้การเขียนบทคัดย่อแบบ structured abstract สำหรับภาษาไทยเขียนเป็นลำดับหัวข้อ ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป/วิจารณ์ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง และสำหรับภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย Background, Objectives, Materials/Methods, Results, Conclusions

3. คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words)

สำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject Index) 3-5 คำ ระบุคำทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ที่ท้ายบทความของแต่ละภาษา

4. เนื้อเรื่อง ควรเรียงลำดับเนื้อเรื่องดังนี้

4.1 บทนำ (Introduction) อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยค้นคว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.2 วัตถุประสงค์ (Objective) ของการวิจัยที่เฉพาะเจาะจง

4.3 วิธีการศึกษา (Methods) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ ระบุสถาบันที่รับรองจริยธรรมการวิจัย

4.4 ผลการศึกษา (Results) อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

4.5 วิจารณ์ (Discussion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

4.6 สรุป (Conclusion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัย ให้ตรงประเด็น และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

5. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

แสดงเฉพาะการช่วยเหลือที่สำคัญโดยตรง เช่น ทุนวิจัย ผู้สนับสนุนข้อมูลวิชาการ

6. เอกสารอ้างอิง (References)

ให้ใส่หมายเลข 1,2,3... ไว้ท้ายประโยคโดยพิมพ์ด้วยวงเล็บโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ เอกสารที่อ้างอิงเป็นอันดับแรกให้จัดเป็นหมายเลข 1 และเรียงลำดับก่อนหลังต่อไป และไม่ควรใช้เอกสารอ้างอิงที่เก่าเกินไป การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม Vancouver guideline ซึ่งกำหนดโดย International Committee of Medical Journal Editors

เอกสารอ้างอิง (References)

ให้ใส่หมายเลข 1,2,3... ไว้ท้ายประโยคโดยพิมพ์ด้วยวงเล็บโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ เอกสารที่อ้างอิงเป็นอันดับแรกให้จัดเป็นหมายเลข 1 และเรียงลำดับก่อนหลังต่อไป และไม่ควรใช้เอกสารอ้างอิงที่เก่าเกินไป การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม Vancouver guideline ซึ่งกำหนดโดย International Committee of Medical Journal Editors โดยมีหลัก ดังนี้

1. ชื่อผู้เขียน (Author)

- ผู้เขียน 1 คน กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้ระบุเฉพาะชื่อ-นามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) กรณีผู้เขียนเป็นชาวต่างชาติ หรือคนไทยที่เขียนเอกสารภาษาอังกฤษ ให้ให้ใช้นามสกุล เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยอักษรย่อ ชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลาง(ถ้ามี) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนขึ้นไป กรณีนี้จะใส่ชื่อผู้เขียนได้ไม่เกิน 6 คน ระหว่างชื่อผู้เขียนแต่ละคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยผู้เขียนถัดไป จนถึงคนที่ 6 หลังชื่อผู้เขียนคนที่ 6 ให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยคำว่า และคนอื่นๆ สำหรับเอกสารภาษาไทย หรือ et al สำหรับเอกสาร ภาษาอังกฤษ ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ผู้เขียนเป็นนิติบุคคล หน่วยงาน องค์กร บริษัท สถาบัน หรือมหาวิทยาลัย ให้ใส่ชื่อ หน่วยงานใหญ่ ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยหน่วยงานรองและเครื่องหมาย มหัพภาค (.)

2. ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อหนังสือ ชื่อบทหนึ่งในหนังสือ ชื่อบทความวารสาร

ให้พิมพ์ด้วยตัวตรงปกติ ทั้งชื่อเรื่องภาษาไทยและชื่อเรื่องภาษาอังกฤษสำหรับชื่อ เรื่องภาษาอังกฤษให้ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรก (ทั้งชื่อเรื่องหลักและชื่อเรื่องรอง) แต่ให้ คั่นชื่อเรื่องหลักด้วยเครื่องหมายทวิภาค (;) และเว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อเรื่องรอง ต่อด้วยเครื่องหมาย มหัพภาค (.)

3. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ของหนังสือ

ใช้ระบุเฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป โดยให้ระบุคำว่า พิมพ์ครั้งที่..... สำหรับเอกสาร ฉบับภาษาไทย หรือth ed. ต่อจากชื่อเรื่อง

4. สถานที่พิมพ์ (Place) และสำนักพิมพ์ (Publisher) ของหนังสือ

- สถานที่พิมพ์ ใส่ชื่อจังหวัดหรือชื่อเมือง ตามด้วยเครื่องหมายทวิภาค (;) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อสำนักพิมพ์ต่อด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) และเว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีพิมพ์และเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ให้ตัดคำประกอบอื่นๆ ในชื่อสำนักพิมพ์ออก เช่น Publisher, Co., Inc., Limited, ห้างหุ้นส่วนจำกัด, บริษัท.....จำกัด

- กรณีใช้ชื่อหน่วยงาน หรือ สถาบัน เป็นสำนักพิมพ์หรือ ผู้จัดพิมพ์ให้ใช้ชื่อหน่วยงานรอง เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อหน่วยงานใหญ่ ตามลำดับ

5. ปีพิมพ์ (Year)

ใช้ปีที่พิมพ์ ในรูปแบบ พ.ศ. (สำหรับเอกสารภาษาไทย) หรือ ค.ศ. (สำหรับเอกสารภาษาอังกฤษ) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

6. เลขหน้า (Page) ของบทความวารสาร บทหนึ่งในหนังสือ หรือเอกสาร ประกอบการประชุม

ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย ของหน้าที่มีการนำข้อมูลมาใช้อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขเต็ม สำหรับหน้าแรกและตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารประเภทต่างๆ

1. บทความวารสาร (Journal article) มี 2 รูปแบบ

1.1 กรณีที่วารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1.2 กรณีวารสารที่มีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน มีการขึ้นหน้าใหม่ทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

ให้ใส่ ฉบับที่ไว้ ในเครื่องหมายวงเล็บ (..) ตามหลังปีที่

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

2 บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่:
เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก: <http://>

3. บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-Journal)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่:
เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก: <http://>

4. บทความวารสารที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปี;ปีที่:เลขหน้า(ที่มีกำกับ). doi: _____. หมายเลข
ประจำเอกสารในฐานข้อมูล PubMed(PubMed PMID): _____.

5. หนังสือ (Book)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. เล่ม. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

6 บทหนึ่งในหนังสือ (Chapter in Book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทนั้นๆ

ชื่อผู้เขียนในบท. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่
พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

7. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ[อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ
วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://>

8. บทหนึ่งในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Chapter in e-book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทนั้นๆ

ชื่อผู้เขียนในบท. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ[อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่
พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://>

9. แผ่นพับ (Brochure)

ชื่อผู้จัดทำ. ชื่อเรื่อง [แผ่นพับ]. เมืองที่พิมพ์: ผู้จัดพิมพ์ หรือหน่วยงาน; ปีพิมพ์.

10. วิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อวิทยานิพนธ์ [วิทยานิพนธ์]. เมืองที่พิมพ์: ชื่อมหาวิทยาลัย; ปีพิมพ์.

11. เอกสารที่นำเสนอในการประชุมวิชาการ/การอบรม/สัมมนาวิชาการ (Conference Paper)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ ประชุม;
สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

12. เอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

ชื่อผู้จัดทำ หรือชื่อหน่วยงาน. ชื่อเรื่อง [อินเทอร์เน็ต]. เมือง: ชื่อหน่วยงาน; ปีที่เผยแพร่ [เข้าถึง
เมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก<http://>