



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิก
ของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร
และความรู้ด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

THE RELATIONSHIP OF REGISTERED NURSES' STAGE OF CLINICAL
COMPETENCE, KNOWLEDGE OF GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME,
AND NURSING CARE FOR PATIENTS WITH
GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME

บุษกร แก้วเขียว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2559

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ
ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาล
ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร
THE RELATIONSHIP OF REGISTERED NURSES' STAGE OF CLINICAL COMPETENCE,
KNOWLEDGE OF GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME, AND NURSING CARE
FOR PATIENTS WITH GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME

บุษกร แก้วเขียว

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
เมื่อวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2559

ศิริรัตน์ ลีลาจรัส

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริรัตน์ ลีลาจรัส
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์
กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
กรรมการ

อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย
กรรมการ

รองศาสตราจารย์อิสยา จันทร์วิทยานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

กนกพร นทีธนสมบัติ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)

รองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

**ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ
ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาล
ในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร**

บุษกร แก้วเขียว 544056

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กนกพร นทีธนสมบัติ, พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

นภาพร แก้วนิมิตชัย, ค.ด. (การอุดมศึกษา)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ระดับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทางคลินิกในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 74 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร แบบประเมินความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพมีระดับความสามารถอยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 36 คน ร้อยละ 48.6 ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี รองลงมา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เริ่มต้น จำนวน 18 คน ร้อยละ 24.3 ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1-2 ปี พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ชำนาญ จำนวน 8 คน ร้อยละ 10.8 ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 8-10 ปี พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติ จำนวน 7 คน ร้อยละ 9.5 ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 5-7 ปี พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เรียนรู้ จำนวน 5 คน ร้อยละ 6.8 ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 3-4 ปี ซึ่งพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกมีความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร คะแนนความรู้เฉลี่ย 12.43, S.D.=1.86 พิจารณาว่าเป็นผู้มีความรู้ระดับปานกลางมากที่สุด คือ ช่วงคะแนน 11-15 คะแนน จำนวน 62 คน ร้อยละ 63.8 รองลงมา ช่วงคะแนน 6-10 คะแนน จำนวน 11 คน ร้อยละ 14.9 มีความรู้ระดับน้อย และช่วงคะแนน 16-20 คะแนน จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.4 มีความรู้ระดับมาก โดยที่คะแนนต่ำสุด คือ 9 คะแนน ร้อยละ 7.7 และคะแนนสูงสุด คือ 16 คะแนน ร้อยละ 1.5 พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกมีความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร คะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 24.39 คะแนน S.D. = 1.81 พิจารณาว่ามีความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ระดับมาก อยู่ในช่วงคะแนน 22-28 คะแนน จำนวน 70 คน ร้อยละ 94.6 รองลงมา คือ ช่วงคะแนน 15-21 คะแนน จำนวน 4 คน ร้อยละ 5.4 มีความรู้ระดับปานกลาง โดยคะแนนต่ำสุด คือ 17 คะแนน ร้อยละ 1.4 และคะแนนสูงสุด คือ 28 คะแนน ร้อยละ 1.4 เมื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ระดับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ระดับความสามารถของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกไม่มีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ซึ่งสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ไปพัฒนาพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ให้ดียิ่งขึ้น และนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร พยาบาลวิชาชีพ ระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิก ความรู้
การพยาบาล

**THE RELATIONSHIP OF REGISTERED NURSES' STAGE OF CLINICAL COMPETENCE,
KNOWLEDGE OF GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME, AND NURSING CARE
FOR PATIENTS WITH GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME**

BUDSAKORN KAEWKHIEO 544056

MASTER OF NURSING SCIENCE (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KANOKPORN NATEETANASOMBAT, Ph.D. (NURSING)

NAPAPORN KAWNIMITCHAI, Ed.D. (DOCTOR OF EDUCATION)

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the relationship between registered nurse' competencies, knowledge on Guillain-Barré Syndrome, and nursing knowledge on Guillain-Barré Syndrome in clinical practice in a tertiary hospital in Bangkok. The sample of this study consisted of 74 registered nurses who clinically performed at Medical Ward and Intensive Care Unit. The research instruments consisted of a demographic data, assessment form of Knowledge on Guillain-Barré Syndrome, and assessment form of Nursing Knowledge on Guillain-Barré Syndrome. Data were analyzed through descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, and Pearson correlation. The results of this research were as follows.

The sample mostly was registered nurses in the level of expert (n=36, 48.6%) with over 10 years of work experience. It was followed by those registered nurses in the level of novice (n=18, 24.3%) with 1-2 year(s) of work experience ; registered nurses in the level of proficient (n=8, 10.8%) with 8-10 years of work experience ; registered nurses in the level of competent (n=7, 9.5%) with 5-7 years of work experience ; and registered nurses in the level of advance beginner (n=5, 6.8%) with 3-4 years of work experience. The samples had mean score of knowledge on Guillain-Barré Syndrome at 12.43 (S.D. = 1.86). They mostly had moderate level of knowledge on Guillain-Barré Syndrome with score from 11-15 points (n=62, 63.8%). It was followed by those with low level of knowledge on Guillain-Barré Syndrome with 6-10 points (n=11, 14.9%) ; a registered nurse with high level of knowledge on Guillain-Barré Syndrome with 16-20 points (n=1, 1.4%). The lowest mean score was 9 points (7.7%) and highest mean score was 16 points (1.5%). The samples had had mean score of nursing knowledge on Guillain-Barré Syndrome at 24.39 (S.D.=1.81). They mostly had high level of nursing knowledge on Guillain-Barré Syndrome with score from 22-28 points (n=70, 94.6%). It was followed by those with moderate level of nursing knowledge on Guillain-Barré Syndrome with 15-21 points (n=4, 5.4%). The lowest mean score was 17 points (1.4%) and highest mean score was 28 points (1.4%). The results of relationship between variables showed that there was no statistically significant relationship between registered nurses' stage of clinical competence, knowledge of Guillain-Barré Syndrome, Nursing knowledge on Guillain-Barré Syndrome.

The results of this research could be used to improve knowledge of Guillain-Barré Syndrome to nurses who provide care for patients with Guillain-Barré Syndrome and enhance knowledge of nursing care for having the quality of care with Guillain-Barré Syndrome patients.

Keywords: Guillain-Barré Syndrome, Registered nurses, Stage of clinical competence, Knowledge, Nursing care

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากความกรุณาอย่างยิ่งของคณาจารย์ ผู้วิจัยขอกราบ
ของพระองค์คุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ และอาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย
อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไข
ข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ สีลาจรัส ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์
ดร.จรีวัฒน์ คมพาศน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์
ในการทำวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนา มาศเกษม อาจารย์ฉวีวรรณ ตั้งอมตะกุล
คุณสายสมร บริสุทธิ์ คุณประไพ บุญยเจริญเลิศ และคุณพัชราภร บุญรักษา ที่ได้กรุณาตรวจสอบ
ความตรงของเนื้อหา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา รวมถึงเจ้าหน้าที่ของ
คณะพยาบาลศาสตร์ และเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษาใน
สถาบันแห่งนี้จนประสบความสำเร็จในการศึกษา

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพที่ได้ให้ข้อมูลต่าง ๆ และเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้
รวมทั้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือและคำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการเก็บข้อมูล
และอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงาน

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และญาติพี่น้อง ขอขอบคุณเพื่อน ๆ
นักศึกษาปริญญาโททุกคนที่คอยเป็นกำลังใจให้ฟันฝ่าอุปสรรคทั้งปวง และให้การส่งเสริมสนับสนุน
ด้วยดีตลอดมาทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงมาได้ด้วยดี

บุษกร แก้วเขียว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	5
1.5 คำนิยามศัพท์	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain Barre Syndrome)	7
2.2 การพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร	19
2.3 แนวคิดของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ	24
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล	31
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	34
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
3.3 การทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	38
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	40
3.6 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย	40
3.7 จริยธรรมในการวิจัย	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลทั่วไป	42
4.2 ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก	43
4.3 ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก	43
4.4 ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก	44
4.5 ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร	45
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	46
5.2 อภิปรายผล	47
5.3 ข้อเสนอแนะ	50
บรรณานุกรม	51
ภาคผนวก	60
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	61
ภาคผนวก ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	63
ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา	65
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	66
ภาคผนวก จ ตารางการศึกษาความรู้ของพยาบาลในแต่ละระดับ	72
ประวัติผู้เขียน	74

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ข้อมูลทั่วไป (n=74)	42
2 ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)	43
3 ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)	43
4 ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)	44
5 ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (n=74)	45
6 ระดับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)	72
7 ระดับความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)	72
8 ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรแบ่งตามระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)	72
9 ระดับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรแบ่งตามระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)	73
10 ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรแบ่งตามระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)	73
11 ระดับความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรแบ่งตามระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)	73

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	35
2	ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล	40



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร เป็นความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากสถิติที่รายงานในต่างประเทศ พบว่า มีผู้เป็นโรคนี้ 1 ถึง 2.73 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โดยอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุพบสูงสุดในคนอายุระหว่าง 30-50 ปี (Alsheklee and Others. 2004) ในแคนาดาโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร พบอุบัติการณ์มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น 2 – 3 คน ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และช่วงอายุที่พบบ่อยอยู่ช่วง 50-8 ปี (Shelley et al. 2011) ในยุโรปพบ 1.2-1.9 คน ต่อ 100,000 คนต่อปี มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในเพศชาย และพบมากในอายุระหว่าง 15-35 ปี และ 50-75 ปี (Raphael JC et al. 2012) และจากระบบสถิติชีพของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า อุตบัติการณ์การเกิดโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร มีประมาณ 3 คน ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ซึ่งผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปี พบ 1.5 คน ต่อประชากร 100,000 คน และอายุ 70 – 79 ปี พบ 8.6 คน ต่อประชากร 100,000 คน และเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร เฉลี่ยประมาณ 628 คนต่อปี และผู้ที่เกิดโรคแล้วยังคงความพิการอยู่อย่างน้อย 796 คน ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปี โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรยังคงเป็นภาวะสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีมากกว่าอายุ 40 ปี (Rebecca Prevots and Sutter. 2016) ในประเทศไทยการเกิดโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร เพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานทางสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2557 มีผู้ป่วย จำนวน 251 ราย 305 ราย 286 ราย 362 ราย 404 ราย 411 ราย 485 ราย และ 582 ราย (สถาบันประสาทวิทยา. 2557)

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผลกระทบทางด้านร่างกาย กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร จะมีอาการแขนขาอ่อนแรงมากที่สุด รองลงมา คือ มีความผิดปกติของรีเฟล็กซ์ การรับรู้ความรู้สึกของร่างกายผิดปกติและภาวะหายใจล้มเหลว (Winer. 2001) และพบว่า ร้อยละ 30 จะมีภาวะการหายใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อช่วยการหายใจอ่อนแรงร่วมด้วย (สมศักดิ์ เทียมเก่า. 2553) ด้านการเคลื่อนไหวจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อทั้งสองข้างสมดุลกันมีอาการเหน็บชา (Tingling) เจ็บและปวดโดยเฉพาะปลายแขนและขา สูญเสียความรู้สึกต่อสัมผัสและสูญเสียการตอบสนอง มีอาการอัมพาตของหน้า (สิริรัตน์ ลีลาจรัส. 2556) นอกจากนี้ โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรจะมีความรู้สึกไร้คุณค่า ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง เนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง จากที่เคยมีบทบาทในครอบครัวก็จะไม่สามารถปฏิบัติได้ตามปกติ (ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. 2543) ผลกระทบด้านจิตใจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดการซึมเศร้า วิตกกังวล สิ้นหวัง อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นช่วงที่ต้องรักษาตัวให้หอผู้ป่วยหนักและอาการยังคงอยู่

(kristin brousseau et al. 2008) และจากการศึกษาของ (Tarek sharshar et al. 2012) พบว่าผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรมีความวิตกกังวลเฉลี่ย 5.2 จากช่วงคะแนน 0 – 10 และผู้ป่วยร้อยละ 21 อยู่ในภาวะวิตกกังวล และร้อยละ 27 ของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ซึ่งความกลัวจากการอ่อนแรงของแขน ขา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคที่จะดำเนินต่อไป ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น

สำหรับผลกระทบต่อทางด้านสังคม ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถแสดงบทบาทและหน้าที่ทางสังคมได้ดั้งเดิม (Teel, Duncan and Lai. 1992) ทำให้ต้องอาศัยบุคคลใกล้ชิดและสมาชิกในครอบครัวในการดูแล อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรต้องกลับไปใช้ชีวิตในสังคมก็ยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามเดิม ร่างกายและกล้ามเนื้อยังคงต้องการฟื้นฟูทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องการผู้ที่ดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย (Weiss H. 2005) นอกจากนี้ ผลกระทบยังเกิดขึ้นในการทำงาน กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ต้องปรับสภาพการทำงาน งานบางอย่างต้องใช้เวลานานกว่าปกติถึงจะสำเร็จ ทำให้ต้องพึ่งพาและขอความช่วยเหลือจากคู่สมรส ญาติ หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (พัชริน คุณคำชู. 2554) ความเป็นตนเองในการทำงานสูญเสียไป ต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวซึ่งระหว่างนี้ก็จะมีปัญหาทางด้านกายภาพและจิตสังคม จะถูกมองว่าผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรที่มีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่เป็นอุปสรรคเมื่อต้องกลับไปทำงาน (Royal E, Reynolds FA and Houlden H. 2009) ซึ่งการหลงเหลือความพิการอยู่ทำให้เกิดความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ไม่กล้าที่จะเผชิญสู่โลกภายนอก (Muhammad Naveed Babur. 2014)

การรักษาผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรโดยทั่วไปมี 2 ลักษณะ (เกียรติคุณ ไกรพิบูลย์ และ พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2557) คือ การรักษาโดยฉีด Immunoglobulin เข้าทางหลอดเลือดเป็นการรักษาที่สะดวกและง่ายกว่าและมีความเสี่ยงน้อย ปลอดภัยและอาการข้างเคียงไม่รุนแรง (Elovaara I et al. 2010) และการรักษาโดยเปลี่ยนถ่ายน้ำเหลืองเป็นขบวนการซึ่งแยกส่วนของน้ำเลือดที่มี Antibody ออกจากน้ำเลือดของผู้ป่วยแล้วทดแทนด้วย Albumin หรือ Fresh frozen plasma (Raphael JC et al. 2008) ซึ่งการเปลี่ยนถ่ายน้ำเหลืองนี้ช่วยกำจัดสารภูมิคุ้มกันตัวก่อโรคนี้ได้และผลการรักษานี้ทำให้ช่วยลดช่วงเวลาผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ผลการรักษา คือ ฟื้นตัวได้เร็ว มีประโยชน์ในโรคของระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Buzzioli. 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า มีการใช้ยา Pulse methyl prednisolone เพราะมีความสะดวกและสามารถตอบสนองต่อการรักษาได้ผล แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปถึงประสิทธิภาพในการรักษา (Endo K et al. 2013) จะเห็นได้ว่าการรักษามีทางเลือกให้กับผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแบบใดนั้นต้องขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และการวินิจฉัยของแพทย์เพื่อให้การรักษา ซึ่งพยาบาลก็เป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการช่วยเหลือแพทย์ทำการรักษาโรคเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ตั้งแต่การประเมินสภาพ ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ในภาวะวิกฤติจนถึงระยะพักฟื้น ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เพื่อนำ การประเมินที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพแบบองค์รวม (ทัศนา บุญทอง. 2543) สำหรับโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรจะมีอาการแขน ขา อ่อนแรง มีความผิดปกติของรีเฟล็กซ์ (Winer. 2001) และพบว่า ร้อยละ 30 จะมีภาวะการณ้หายใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อช่วยหายใจ อ่อนแรงร่วมด้วย (สมศักดิ์ เทียมเก่า. 2553) จึงทำให้พยาบาลต้องใช้บทบาทในการพยาบาล อาทิเช่น การประเมินระบบทางเดินหายใจ กล่าวคือ เมื่อเกิดปัญหากล้ามเนื้อในการหายใจอ่อนแรงพยาบาล สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการช่วยหายใจซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของการใช้ เครื่องช่วยหายใจและการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้ยังมีการประเมินระบบกล้ามเนื้อในผู้ป่วย ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อทุกส่วนอ่อนแรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องให้ การดูแลช่วยเหลือ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น (จงจิต เสน่หา. 2553) จากการศึกษาของ Kim S and Shin G (2016) พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกที่มี ทักษะในการวินิจฉัยการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล สามารถดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฉุกเฉิน ให้ผ่านพ้นช่วงวิกฤติได้ดี อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่มีคุณภาพสูงก็มีความสำคัญที่สุดในการดูแล ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Pithadia AB and Kakadia N. 2010)

อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันหลายประการ อาทิเช่น ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ตลอดจนทักษะในการแก้ปัญหา พยาบาลควรมีหลักในการพยาบาล เพราะหลักการพยาบาลเป็นสิ่งที่กำหนดความเป็นวิชาชีพเนื่องจากการมีองค์ความรู้ที่ชัดเจน แตกต่างจากวิชาชีพอื่นและมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการรักษา (พันทิพย์ จอมศรี และคณะ. 2553) เบนเนอร์ (Benner. 1984) จำแนก พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกตามความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ทางการปฏิบัติงานทางคลินิก ออกเป็น 5 ระดับ กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เริ่มต้น (Novice) มีประสบการณ์ 1 - 2 ปี พยาบาล วิชาชีพระดับผู้เรียนรู้ มีประสบการณ์ 3 - 4 ปี (Advance beginner) พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติ (Competent) มีประสบการณ์ 5 - 7 ปี พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ชำนาญ (Proficient) มีประสบการณ์ 8 - 10 ปี และพยาบาลวิชาชีพระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ซึ่งความรู้ ความสามารถของพยาบาลที่ต่างกันนำมาซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลที่ต่างกัน กล่าวคือ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญจะมองสถานการณ์โดยภาพรวมใช้สถานการณ์ในอดีตเป็นกระบวนทัศน์ ในการแก้ปัญหา โดยไม่ต้องเสียเวลาพิจารณาทางเลือกที่ไม่เกี่ยวข้อง ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อมีสถานการณ์ใหม่พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญนั้นจะใช้ความสามารถที่มีอยู่แก้ไขปัญหาโดยการคิดวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ตลอดจนตัดสินใจและให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Dreyfus, H. 1979 ; Dreyfus, S. 1981)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาที่ระบุถึงความรู้เกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ซึ่งปัจจุบันจากสถิติที่กล่าวไว้ข้างต้นพบผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งวิธีการรักษาที่มีความทันสมัยและซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ต้องมีพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่จะสามารถตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุภารัตน์ ไวยชีตา. 2549) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ของโรคกลุ่มอาการ กิลแลง-บาร์เรและความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพเพื่อสามารถนำไปพัฒนาการพยาบาลสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกแต่ละระดับที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1.2 คำถามการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกอยู่ในระดับใดบ้าง
2. พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรอยู่ในระดับใดบ้าง
3. พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรอยู่ในระดับใดบ้าง
4. ระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ระดับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และระดับความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อศึกษาความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร
3. เพื่อศึกษาความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิก ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรและความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 74 คน โดยใช้แนวคิดของ Benner (1984) ในการแบ่งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

1.5 คำนิยามศัพท์

1. **พยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559

2. **ระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ของพยาบาลที่มีความแตกต่างกันตามระดับความรู้ความสามารถและประสบการณ์ทางการปฏิบัติงานทางคลินิก ตามแนวคิดของ Benner ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เริ่มต้น (Novice) มีประสบการณ์ 1-2 ปี พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เรียนรู้ มีประสบการณ์ 3 – 4 ปี (Advance beginner) พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติ (Competent) มีประสบการณ์ 5 – 7 ปี พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ชำนาญ (Proficient) มีประสบการณ์ 8 – 10 ปี และพยาบาลวิชาชีพระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี

3. **ความรู้โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ซึ่งประกอบด้วย พยาธิสภาพ สาเหตุ ชนิด อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยและการรักษาโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

4. **ความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ของพยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ซึ่งประกอบด้วย การดูแลของระบบหายใจ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบขับถ่าย การให้ยา การทำ Plasmapheresis การดูแลด้านจิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรนี้ต้องอาศัยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรและความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพไปพัฒนาพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรให้ดียิ่งขึ้น
2. เพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรและความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 2.1 โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain Barre Syndrome)
- 2.2 การพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร
- 2.3 แนวคิดของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล
- 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain Barre Syndrome)

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain Barre Syndrome) อาจเรียกชื่อหลากหลาย ได้แก่ Acute inflammatory polyneuropathy, Post infectious polyneuritis, Acute idiopathic polyneuritis และ Landry-Guillain Barre Syndrome เป็นโรคแพ้ภูมิตัวเอง (Autoimmune disorder) อย่างหนึ่งที่เกิดกับระบบประสาทส่วนปลาย ส่วนใหญ่ถูกกระตุ้นโดยการอักเสบติดเชื้อเฉียบพลัน (จงจิต เสนหา. 2553) โดยรายละเอียดของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ได้แก่ ความหมายของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain Barre Syndrome) อุบัติการณ์การเกิดโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร สาเหตุของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร อาการและอาการแสดงของโรคกลุ่มอาการ กิลแลง-บาร์เร ชนิดของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร พยาธิสรีรภาพของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร การวินิจฉัยโรค และการรักษา สามารถอธิบายรายละเอียดได้ ดังนี้

2.1.1 ความหมายของกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain Barre Syndrome : GBS) เป็นกลุ่มอาการอย่างหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นกับระบบประสาทส่วนปลายอย่างเฉียบพลัน จากภาวะแพ้ภูมิตัวเอง (Autoimmune disorder) ส่วนใหญ่ถูกกระตุ้นจากการอักเสบติดเชื้อ โดยมีอัมพาตของเซลล์ประสาทการเคลื่อนไหว (Motor neuron) ทำให้มีอาการอ่อนแรงแบบปวกเปียก (Flaccidity) (สิริรัตน์ ลีลาจรัส. 2556)

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการอักเสบของระบบประสาทส่วนปลายอย่างเฉียบพลัน (Acute polyradiculoneuropathy) ที่เกิดขึ้นหลังจากการติดเชื้อในร่างกาย มีการทำลายปลอกหุ้มประสาท (Myelin Sheath) ทำให้ไม่มีการสื่อสารสัญญาณประสาท (Neurotransmitter) ส่งไปที่ประสาทส่วนปลาย เกิดการจำกัดความสามารถของผู้ป่วยโดยมี

ลักษณะเฉพาะ คือ ไม่มีรีเฟล็กซ์ (Areflexia) และมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวอย่างเฉียบพลัน (Acute progressive motor weakness) ของแขนหรือขาอย่างน้อยข้างใดข้างหนึ่ง (จงจิต เสนุหา. 2553)

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรเป็นโรคที่มีการอักเสบของปลอกหุ้มของเส้นประสาทอย่างเฉียบพลัน โดยสาเหตุเกิดจากมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ผิดปกติทำให้ภูมิคุ้มกันทำลายปลอกหุ้มเส้นประสาท ดังนั้นอวัยวะที่เส้นประสาทเหล่านั้นเสี่ยงจะสูญเสียหน้าที่การทำงานไปอาการอาจรุนแรงโดยอาการมักจะเป็นอัมพาตจากน้อยไปมาก เช่น มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการชา อาการเดินเซ โดยเริ่มเป็นอัมพาตที่ขาก่อนแล้วกระจายไปแขนและใบหน้าจนเป็นอัมพาตทั้งตัว และอาจตายได้หากมีภาวะแทรกซ้อนทางปอดรุนแรงและมีปัญหาของระบบประสาทอัตโนมัติ การวินิจฉัยเนื่องจากว่าอาการมีได้หลากหลาย (Bianca van den Berg et al. 2014)

จากการทบทวนความหมายของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรทำให้สรุปได้ว่าโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร เป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งส่งผลให้เกิดการอักเสบของระบบประสาทส่วนปลายรวมไปถึงกล้ามเนื้อระบบทางเดินหายใจ อาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันจะเกิดหลังจากได้รับการติดเชื้อในร่างกายโดยมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวเป็นได้ทั้งแขนและขา

2.1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

อุบัติการณ์การเกิดโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรในต่างประเทศ พบว่า มีผู้เป็นโรคนี้ 1 ถึง 2.73 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โดยอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่พบสูงสุดในคนอายุระหว่าง 30-50 ปี (Walling and Dickson. 2013) กรณีอายุต่ำกว่า 30 ปี พบประมาณ 1 รายต่อประชากร 100,000 คน และในอายุสูงกว่า 75 ปี พบได้ประมาณ 4 รายต่อประชากร 100,000 คน เฉพาะในชนผิวดำ พบว่า ช่วงอายุระหว่าง 16-25 ปี และช่วงอายุ 45-60 ปี พบได้ทั้งในเพศชายและหญิง ในช่วงอายุใดอายุหนึ่ง แต่เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย ประชากรทุก 100,000 คน จะมีผู้ป่วยเป็นโรคนี้ประมาณ 2 คน เป็นกลุ่มที่เป็นมากที่สุด (Alsheklee et al. 2004) ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์โรคนี้อยู่ระหว่าง 1.65 และ 1.79 ต่อ 100,000 คน อัตราการตาย ร้อยละ 2.58 (Rebecca Prevots and Sutter. 2016)

สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีรายงานไม่มากนัก (พาวุฒิ เมฆวิชัย. 2554) ได้ศึกษาไว้ว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2546 - 2551 พบผู้ป่วย จำนวน 68 ราย เป็นเพศชาย 45 ราย เพศหญิง 23 ราย อายุเฉลี่ย 44 ปี อาการหรืออาการแสดงที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการแขน ขา อ่อนแรง ร้อยละ 98.5 รองลงมา คือ มีความผิดปกติของรีเฟล็กซ์ ร้อยละ 85.3 การรับรู้ความรู้สึกของร่างกายผิดปกติ ร้อยละ 27.9 ภาวะหายใจล้มเหลว ร้อยละ 26.5 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจก่อนเกิดอาการได้ ร้อยละ 26.5 และพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้นี้จะมีข้อมูลทางคลินิกที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา

แต่สิ่งที่บ่งบอกว่าเป็นกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรได้เหมือนกัน คือ ผลการตรวจน้ำไขสันหลัง โดยพบโปรตีน Albumino-cytological dissociation สูงได้ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยในทุกการศึกษา

2.1.3 สาเหตุของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากสารบางอย่างที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสรวมตัวกับ Gangliosides ไปกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่ตนเองทำให้เกิดการทำลายของปลอกหุ้มประสาท (Myelin sheath) โดยตัวที่เป็นสาเหตุให้เกิดการกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายและกลไกการเกิดโรคจริง ๆ ยังไม่มีใครทราบแน่ชัด แต่พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 มีการติดเชื้อมาก่อน จึงทำให้เชื่อว่าการเกิด Guillain Barre Syndrome มีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อและโดยประมาณร้อยละ 70 จะเกิดอาการภายใน 2 – 3 สัปดาห์ หลังเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น หรือทางเดินอาหารอาการป่วยคล้ายการติดเชื้อไวรัส เชื่อที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิด Guillain Barre Syndrome ได้แก่ Cytomegalovirus, Epstein-Barr virus campylobacter Jejuni (C. Jejuni) เกือบร้อยละ 40 ที่ผลเลือดบวกสำหรับเชื้อนี้ (จงจิต เสน่หา. 2553)

แวน ดอร์น และคณะ (Van Doorn, P et al. 2008) เชื่อว่าปัจจัยชักนำที่สำคัญที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาแพ้ภูมิคุ้มกันของร่างกาย มีดังต่อไปนี้

1) การติดเชื้อ

1.1) การติดเชื้อไวรัส เช่น Herpes virus group, Cytomegalovirus (CMV) Ebstein – Barr Virus (EBV), Hepatitis Viru, Human Immunotropic Virus (HIV)

1.2) การติดเชื้อแบคทีเรียที่กล่าวถึงกันมาก ได้แก่ Campylobacter jejuni ซึ่งเป็นสาเหตุของ Enteritis มักมีความสัมพันธ์กับโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรที่มีอาการรุนแรง

1.3) การติดเชื้ออื่น เช่น Mycoplasma, Spirochete

2) การได้รับวัคซีนโดยทั่วไป พบว่า โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรเกิดหลังการให้ Vaccine น้อยมาก มีรายงานครั้งแรกหลังการให้ Swine flu vaccine ในระยะหลัง ๆ มีรายงานหลังการให้วัคซีนชนิดอื่น เช่น BCG, Tetanus toxoid, MMR (Measle Mumps Rubella) และ Polio vaccine เป็นต้น

3) การผ่าตัดและการวางยาสลบพบโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรตามหลังการผ่าตัด โดยพบได้ทั้งการผ่าตัดช่องท้อง ทรวงอก กะโหลกศีรษะ แขน ขา และพบได้ทั้งการทำ Spinal และ General anesthesia โดยยังไม่ทราบความสัมพันธ์ระหว่างกันแน่ชัดและพบว่า โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรหลังการผ่าตัดอาจมีอาการรุนแรง

4) โรคนอกระบบประสาทบางประเภทสามารถพบร่วมกับ โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรได้น้อย เช่น Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Parancoplastic syndrome โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Hodgkin's disease, renal transplantation, thyroid และ Addison's disease เป็นต้น

2.1.4 อาการและอาการแสดงของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรจะเริ่มมีอาการประมาณ 2-3 วัน ถึงสัปดาห์ หรือภายใน 2 สัปดาห์ หลังการติดเชื้อของทางเดินหายใจหรือทางเดินอาหาร ซึ่งจะมีอาการทั้งด้านการรับความรู้สึก การเคลื่อนไหว และประสาทอัตโนมัติ ซึ่งแบ่งตามกลุ่มอาการดังนี้

1) อาการด้านการเคลื่อนไหว (Motor) ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ปกติมาด้วยอาการอ่อนแรงหรือรู้สึกชา ๆ ที่ขาเป็นอาการเริ่มต้นจะมีอาการอ่อนแรงแบบอ่อนปวกเปียก (Flaccid motor paralysis) ของกล้ามเนื้อทั้งสองข้างสมดุกัน อาการอ่อนแรงในกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร จะเริ่มต้นที่ส่วนขาเดินลำบากและจะลุกลามขึ้นด้านบนไปที่แขนและลำตัวด้านบนรวมไปถึงกล้ามเนื้อทรวงอก แขนทั้งสองข้างเรียกการลามแบบนี้ว่า Ascending paralysis (จงจิต เสนหา. 2553) อาการอ่อนแรงที่เป็น Classic clinical features ซึ่งได้แก่ การมีอาการอ่อนแรงจากส่วนล่างของร่างกายขึ้นไปยังส่วนบนสุดของร่างกาย นั่นคือ จากขาไปสู่ลำตัว แขน และกล้ามเนื้อสมอง (สิริรัตน์ ลีลาจรัส. 2556) ในรายที่ไม่รุนแรงอาจเกิดอาการแค่ปลายเท้าตกเท่านั้น อาการอ่อนแรงจะเท่ากันทั้งสองข้าง เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นจะมีการลุกลามไปที่กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจทำให้หายใจลำบาก เกิดการหายใจล้มเหลวและเป็นอัมพาตทั้งตัว

2) อาการด้านการรับความรู้สึก (Sensation) โดยเริ่มมีอาการเหน็บชา (Tingling) เจ็บและปวดโดยเฉพาะปลายแขนและขา หลังจากนั้น 1-4 วัน จะมีอาการปวดกล้ามเนื้อและกดเจ็บ โดยเฉพาะบริเวณไหล่ สะโพก และโคนขา อาการปวดอาจเริ่มด้วยอาการคล้ายเป็นตะคริวที่ส่วนปลาย และอาจรุนแรงจนต้องให้ยาแก้ปวด ในเวลาต่อมามีอาการอ่อนแรง ชา สูญเสียความรู้สึกต่อสัมผัสเบา ๆ และสูญเสีย Reflex นอกจากนั้นอาการเหน็บชา (Paresthesia) ในรายที่เป็นมากอาจมี Flaccid paraplegia ผู้ป่วยอาจมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงและรีเฟล็กซ์หายไป พบอาการปวดได้น้อย (สิริรัตน์ ลีลาจรัส. 2556)

3) การเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกของผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร มีน้อย Cranial nerve VII มักได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคดังกล่าว (สิริรัตน์ ลีลาจรัส. 2556) อาการของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (Facial nerve) พบความผิดปกติบ่อยที่สุด มีอาการอัมพาตของหน้า ปิดตาและปิดปากไม่สนิท ถ้ามีความผิดปกติเส้นประสาทคู่ที่ 7 (Facial nerve) จะมีความผิดปกติของการแสดงสีหน้า ถ้ามีความผิดปกติเส้นประสาทคู่ที่ 9 (Glossopharyngeal nerve) และเส้นประสาทคู่ที่ 10 (Vagus nerve) ผู้ป่วยจะมีอาการกลืน การพูด และหายใจลำบาก (จงจิต เสนหา. 2553)

4) อาการลุกลามของประสาทอัตโนมัติส่วน Medulla oblongata ที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะที่สำคัญและเส้นประสาท Vagus เกิดความผิดปกติร่วมด้วยจะเกิดอาการผิดปกติในระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งถือเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตไม่คงที่ หัวใจเต้นช้าหรือเร็ว หน้าแดง เหงื่อออก ปัสสาวะคั่ง และท้องอืด

จาก Paralytic ileus โรคนี้อาจไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวหรือด้านความคิด ดังนั้นผู้ป่วยจะรู้ตัวดีและการรับรู้ดีตลอดเวลาที่เป็นโรค (จงจิต เสน่หา. 2553)

นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรผู้ป่วยอาจมีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ เส้นเลือดอักเสบจาก Guillain Barre Syndrome เลือดออกในทางเดินอาหาร ติดเชื้อในกระแสเลือด อ่อนเพลียและเกิดภาวะซึมเศร้า (สิริรัตน์ ลีลาจรัส. 2556)

วินเนอร์ (Winner. 2001) ได้อธิบายอาการของกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ดังนี้

1) อาการด้านประสาทรับความรู้สึกจะปรากฏหลังติดเชื้อ 1-8 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการชาเหน็บและเจ็บโดยเฉพาะปลายแขน ขา หลังจากนั้นมีอาการปวด กตเจ็บของกล้ามเนื้อพบบริเวณไหล่ สะโพก โคนขา

2) อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงมักเกิดหลังอาการชาแต่ในบางรายอาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงนำมาก่อนโดยที่ผู้ป่วยจะมีแขน ขาอ่อนแรง โดยเริ่มจาก เท้า ขา ขึ้นมายังแขน มือ กล้ามเนื้อใบหน้า บางรายอาจกลับกันโดยเริ่มอ่อนแรงที่ใบหน้าและลามลงมายังส่วนล่างของร่างกาย แขน และขา อาการอาจรุนแรงจนมีกลืนลำบากและหายใจไม่ได้ ทำให้หายใจล้มเหลวได้ ถ้าอาการลุกลามถึงกล้ามเนื้อช่วยหายใจและถ้ามีอาการลุกลามรวดเร็วและรุนแรง จะมีอัมพาตแบบปวกเปียก (Flaccidity) ทั้งส่วนปลายและส่วนโคนเท้า ๆ กัน ทั้ง 2 ข้าง

3) อาการลุกลามเส้นประสาทสมอง (Cranial nerve) ซึ่งพบได้บ่อย คือ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7, 9, 10 และ 3 ตามลำดับ

3.1) ความผิดปกติของเส้นประสาทสมอง ประสาทสมองคู่ที่ 7 (Facial nerve) อาการที่พบบ่อยคืออัมพาตของใบหน้า (Facial paralysis หรือ Facial palsy) แบ่งเป็น 2 ชนิด (Ye Y, Zhu D et al. 2010) ได้แก่

3.1.1) Supranuclear หรือ Upper motor neurone facial paralysis ลักษณะสำคัญ คือ มีอัมพาตของใบหน้าซีกตรงข้ามกับพยาธิสภาพและเกิดกับกล้ามเนื้อหน้าส่วนล่าง ผู้ป่วยสามารถยกคิ้ว หลับตา ขมวดคิ้วได้ แต่ไม่สามารถยืมฟัน ทำปากจู๋ หรือยิ้มได้ สาเหตุที่พบบ่อยคือ Cerebrovascular disease (Infarction หรือ Hemorrhage)

3.1.2) Intranuclear หรือ Lower motor neurone facial paralysis ผู้ป่วยมีอัมพาตของกล้ามเนื้อใบหน้าซีกเดียวกับพยาธิสภาพไม่สามารถหลับตา ยกคิ้ว ขมวดคิ้ว ยืมฟันหรือทำปากจู๋ได้อาจมีพยาธิสภาพหลายตำแหน่ง คือ

(1) Pontine lesion นอกจากอาการของเส้นประสาทคู่ที่ 7 แล้วอาจมีความผิดปกติของการอัมพาตของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 6 และ 5 ด้านเดียวกันร่วมด้วย

(2) Posterior fossa อาจมีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ร่วมด้วย ผู้ป่วยจะเกิดความผิดปกติของการได้ยิน สูญเสียการรับรสบริเวณหน้าของลิ้น โรคที่พบบ่อยคือ Cerebello pontine angle lesion เช่น Acoustic neuroma

(3) Gemiculate ganglion เช่น งูสวัด ของปมประสาทนี้เรียกว่า Ramsay hunt syndrome อาการที่สำคัญ คือ Vessicle ของ Herpes บริเวณหู รูหู

(4) Temporal bone เนื่องจากเส้นประสาทคู่ที่ 7 อยู่ใน Facial canal ของกระดูก Temporal ดังนั้นเมื่อกระดูกหักมีการอักเสบลุกลามจากหูน้ำหนวกการผ่าตัดจึงเกิดอัมพาตของใบหน้าได้

(5) โรคต่อม้ำลายหรือต่อม้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง นอกจากนี้อาจเกิดจากโรคของกล้ามเนื้อเอง เช่น Myasthenia gravis, Muscular dystrophy ซึ่งทำให้มีอัมพาตของกล้ามเนื้อหน้าทั้ง 2 ซีก (Bilateral facial paralysis) ถ้าผู้ป่วยมีอาการร่วมกับกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงหรืออัมพาตควรคำนึง Guillian Barre' Syndrome, Myasthenia gravis ไว้เสมอ

3.1.3 Bell's palsy (Idiopathic facial paralysis) เป็นกลุ่มที่พบบ่อยที่สุดของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 สาเหตุยังไม่แน่ชัดเชื่อว่าเกิดจากปลายประสาทอักเสบ บวม จึงเกิดอัมพาตใบหน้าแบบ Lower motor neurone paralysis อาการที่พบ คือ หลับตาไม่สนิท ลูกตากลอกขึ้นบน และเข้าในมากกว่าปกติ เรียกว่า Bell's phenomenon เวลาเคี้ยวอาหารจะมีอาหารค้างในกระพุ้งแก้มเมื่อดื่มน้ำ ๆ จะไหลจากมุมปากด้านนั้น นอกจากนั้นบางรายอาจมีอาการตาแห้ง น้ำตาออกน้อย การได้ยินผิดปกติ

3.2) เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 (Glossopharyngeal Nerve) ผู้ป่วยมีอาการคล้ายกับ Trigeminal neuralgia แต่ผู้ป่วยจะปวดช่องคอหรือต่อมทอลซิลร้าวไปหูอาจมี Trigger Zone เช่นเดียวกันในรายที่มีอัมพาตของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 ข้างเดียว อาจมีความผิดปกติได้น้อย เช่น กลืนลำบาก Gag reflex ข้างนั้นลดลง

3.3) เส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (Vagus nerve) ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก (Dysphagia) เสียงค่อย เปล่งเสียงไม่ดัง (Dysphonia) เสียงแหบ (Hoarseness of voice) เพดานและลิ้นไก่อัมพาตข้างเดียวกับพยาธิสภาพ ถ้าให้ผู้ป่วยร้องอาจจะสังเกตว่าไม่มีการเคลื่อนไหวของเพดานอ่อนและลิ้นไก่เฉไปด้านที่ปกติ ไม่มี Gag reflex ซึ่งตรวจโดยใช้ Laryngoscope พบสายเสียงอัมพาต

3.4) เส้นประสาทสมองที่ 3 (Oculomotor nerve) อาการที่พบบ่อย คือ หนังตาตก (Ptosis) รูม่านตากว้างและไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง มองเห็นภาพซ้อน (Diplopia)

4) อาการลุกลามของประสาทอัตโนมัติ

Sympathetic ถ้าทำงานมากจะทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก ถ้าทำงานน้อยจะทำให้ความดันโลหิตต่ำพบได้บ่อยขณะเปลี่ยนท่า

Parasympathetic ถ้าทำงานมากจะทำให้หัวใจเต้นช้า หน้าแดง ตัวอุ่น ถ้าทำงานน้อยจะทำให้หัวใจเต้นเร็ว หน้าแดง ตัวอุ่น

สำหรับผู้ป่วย GBS เมื่ออาการลุกลามระบบประสาทอัตโนมัติจะเป็นปัญหาคุณภาพชีวิตจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตไม่คงที่ เหงื่อออกมาก ปัสสาวะมาก โขทัยต่ำจาก Syndrome of inappropriate ADH ปัญหาการบีบตัวของลำไส้ลดลงทำให้การดูดซึมอาหารลดลง การควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดผิดปกติ เกิดท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก และกลุ่มอาการ Herner's Syndrome

Herner's Syndrome (HS) เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและเกิดจากรอยโรคกว้างมีอาการหลัก 3 อย่าง คือ

1. หนังตาตก (Ptosis) จากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเรียบทำให้หนังตาข้างเดียวกับรอยโรคหย่อนลง

2. ม่านตาหดเล็ก (Miosis) จากการขาดกระแสประสาทจากระบบ Sympathetic แต่ปฏิกิริยาต่อแสงยังดี เนื่องจาก Light reflex ไม่ถูกรบกวน

3. เหงื่อไม่ออก (Anhidrosis) ซึ่กเดียวกับรอยโรค อาการนี้จะช่วยบอกตำแหน่งของระบบ Sympathetic ที่เสียไป สังเกตโดยใช้แป้งหรือแป้งผสมไอโอดีนแล้วให้ผู้ป่วยตากแดดหรืออยู่ในที่อากาศร้อน ถ้ามีเหงื่อจะพบว่าแป้งเปียกหรือถ้าผสมไอโอดีนแป้งจะเปลี่ยนเป็นสีดำหรือม่วงเข้ม นอกจากอาการดังกล่าว อาจพบอาการอื่น ๆ ได้อีก เช่น

1. ขนาดตาเล็กลง (Apparent enophthalmos) ตาข้างที่มีรอยโรคจะยุบเข้ากว่าปกติ จากประสาท Sympathetic อ่อนแรง ทำให้ Palpebral fissure แคบลง

2. หน้าแดง (Flushing of face) จากการขยายตัวของหลอดเลือด พบได้ชัดบริเวณหู เยื่อหูตา

3. ความดันลูกตาลดลง (Ocular hypotony) จากการสร้าง Aqueous humor น้อยลง ซึ่งพบในระยะแรกเท่านั้น

4. ม่านตาสีขาว (Heterochromia iridis) จากการสร้างเม็ดสีน้อยพบในช่วงก่อนอายุ 2 – 3 ปี ซึ่งสามารถบอกระยะเวลาของการเป็นโรคได้

5. อื่น ๆ เช่น การสร้างน้ำตาลลดลง การปรับระยะโฟกัสของเลนส์เพิ่มขึ้น

สำหรับผู้ป่วย GBS ที่มีอาการลุกลามระบบประสาทส่วนกลางอาจพบได้บ้างมีอาการเดินเซ พูดตะกุกตะกัก แต่ที่สำคัญที่พบได้เสมอ คือ สูญเสียรีเฟล็กซ์

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งลักษณะทางคลินิกออกเป็นรูปแบบต่าง ๆ (Morgan C and Wakerley B. 2015) ดังนี้

1. Ascending GBS เป็นลักษณะทางคลินิกของ GBS ที่พบบ่อยที่สุดโดยอาการอ่อนแรงและชาเริ่มจากขาลุกลามขึ้นมาลำตัว แขนและประสาทสมอง ประสาทรับความรู้สึกผิดปกติ

เพียงเล็กน้อย ในขณะที่อาการอ่อนแรงเริ่มจากอ่อนแรงเพียงเล็กน้อยจนถึงอัมพาตของแขนขาและมักมีกล้ามเนื้อหน้าอ่อนแรง ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยชนิดนี้จะมีภาวะหายใจล้มเหลว

2. Descending GBS อาการอ่อนแรงเริ่มจากกล้ามเนื้อหน้าหรือกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืนลูกกลมมาแขน ขา มีการลูกกลมกล้ามเนื้อหายใจรวดเร็ว มักพบกล้ามเนื้อตาอ่อนแรง อาการชาเริ่มที่มือมากกว่าเท้า

3. Miller fisher variant กล้ามเนื้อตาอ่อนแรง ไม่มีรีเฟล็กซ์ เดินเซ โดยไม่เสียประสาทรับความรู้สึกปัญหาอาจรวมไปถึงรูม่านตาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง สำหรับการลูกกลมกล้ามเนื้อหายใจพบน้อยอาจจะพบ GBS ชนิดนี้ร่วมกับ Descending GBS

4. Pure motor GBS จะพบเฉพาะกล้ามเนื้ออ่อนแรงคล้าย Ascending GBS ที่ไม่รุนแรงประสาทรับความรู้สึกปกติ

5. Inflammatory cranial neuropathies ชนิดนี้มีอาการลูกกลมเฉพาะประสาทสมองคู่เดียวหรือมากกว่า ที่พบบ่อย คือ ประสาทสมองคู่ที่ 3 ทำให้มองเห็นภาพซ้อน อาจขาหน้าและลิ้น

6. Relapsing and chronic progressive GBS ประมาณร้อยละ 8 ของผู้ป่วย GBS จะมีอาการกลับเป็นอีกหรือโรคก้าวหน้าซาลักษณะอาการจะไม่เหมือน GBS ชนิดเฉียบพลัน

2.1.5 ชนิดของกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะจะมีความแตกต่างกันตามระดับการทำลายของประสาทส่วนปลาย (จงจิต เสน่หา. 2553) ดังนี้

1) Ascending Guillain Barre Syndrome เป็นแบบที่พบบ่อยที่สุดโดยจะมีอาการอ่อนแรง และชาเริ่มที่ ขา และจะมีอาการลูกกลมขึ้นด้านบน ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดการหายใจไม่พอและแบบนี้พบมีความผิดปกติของการรับความรู้สึกร่วมด้วย

2) Pure Motor Guillain Barre Syndrome เป็นแบบที่มีอาการคล้ายคลึงกับแบบที่ 1 แต่แบบนี้จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับความรู้สึกถือเป็นแบบที่มีความรุนแรงน้อย

3) Descending Guillain Barre Syndrome เป็นแบบที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมโดยประสาทสมองและจะค่อย ๆ ลูกกลมต่ำลงมา ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางระบบหายใจที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและพบความผิดปกติเกี่ยวกับการรับความรู้สึกร่วมด้วย

4) Miller-Fisher Syndrome พบได้น้อย เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการแปรปรวนจะเริ่มต้นมีอาการที่สูญเสีย Reflex และมีอาการเดินเซ (Ataxia) ที่รุนแรง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่มีการอักเสบของปลอกหุ้มของเส้นประสาท Acute Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy (AIDP) โดยสาเหตุเกิดจากมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ผิดปกติ ทำให้ภูมิคุ้มกันทำลายปลอกหุ้มเส้นประสาท ดังนั้นอวัยวะที่เส้นประสาทเหล่านั้นเลี้ยงจะสูญเสียหน้าที่การทำงานไป (Winner JB. 2008) จำแนกประเภทได้ดังนี้

- **Acute Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy (AIDP)** เป็นรูปแบบที่พบบ่อยที่สุดของ GBS

- **Miller Fisher Syndrome (MFS)** มักจะมีผลต่อกล้ามเนื้อตา โดยมีอาการกล้ามเนื้อตาอ่อนแรงเดินเซ

- **Acute Motor Axonal Neuropathy** โรคชนิดนี้อาจจะเกิดตามฤดูกาลและฟื้นตัวได้รวดเร็ว

- **Acute Motor Sensory Axonal Neuropathy (AMSAN)** ฟื้นตัวช้าและมักจะไม่มีสมบรูณ์

- **Acute Neuropathy Panautonomic** มีอัตราการตายสูง

- **Bickerstaff's Brainstem Encephalitis (BBE)** ความผิดปกติส่วนใหญ่อยู่ใน brainstem โดยเฉพาะในไขสันหลัง

2.1.6 พยาธิสรีรภาพของกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร มีพยาธิสรีรภาพจากการที่มีการติดเชื้อ ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเองไปทำลายปลอกหุ้มประสาทของ Axon รอบ ๆ รากประสาท รากปมประสาท และไขสันหลัง การที่มีการคั่งของ Lymphocyte และ Macrophage เชื่อว่าเกิดจาก Myelin stripping มี Myelin ลดลง ความเสื่อมนี้เกิดบริเวณระหว่าง Node of ravier ซึ่งทำให้เกิดความพร่องขัดขวางหรือยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทจาก Node หนึ่งไปอีก Node หนึ่ง ในขณะที่มีกระบวนการทำลายของ Myelin sheath จะมีขบวนการสร้างซ่อมแซม (Remyelination) ในเวลาเดียวกัน โดยจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ในรายที่อาการรุนแรงจะมีการทำลายถึงตัวประสาท Axon ทำให้การกลับคือสู่ภาวะปกติเป็นไปได้ช้าและยากยิ่งขึ้น ส่วนใหญ่จะเริ่มต้นเกิดอาการอ่อนแรง ชาที่ขาและเป็นมากขึ้นลุกลามขึ้นมาด้านบน ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีปัญหาการหายใจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากแบบเฉียบพลันมาเป็นแบบเรื้อรังหรือมีการกลับเป็นซ้ำ (จงจิต เสนหา. 2553)

การดำเนินของโรค

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรจะมีอาการเกิดขึ้นหลังจากมีการติดเชื้อ การเจ็บป่วยหรือการได้รับวัคซีนกระตุ้นภูมิคุ้มกัน แต่พบบ่อยที่สุด คือ เกิดหลังการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบนหรือในทางเดินอาหารประมาณ 1-4 สัปดาห์ ส่วนใหญ่จะพบประมาณวันที่ 10-14 หลังการติดเชื้อ โดยอาการเริ่มแรกเริ่มจะเกิดความผิดปกติที่ประสาทสมองและประสาทไขสันหลัง อาการจะเป็นได้ตั้งแต่เป็นวัน เป็นสัปดาห์ โดยจะเริ่มมีอาการอ่อนแรงขาอ่อนซึ่งเป็นกล้ามเนื้อส่วนปลาย และอาการอ่อนแรงจะเป็นแบบก้าวหน้า คือ จะมีอาการอ่อนแรงลุกลามและรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ อย่างรวดเร็วจากกล้ามเนื้อส่วนปลายแขน ขา จะเหยียดสูงขึ้นจนถึงต้นแขน ต้นขา ที่กล้ามเนื้อที่หน้า Deep tendon reflex ไม่มีหรือลดลง การรับความรู้สึกลดลงทั่วร่างกาย มีกล้ามเนื้อตาอ่อนแรงและมีอาการ

เดินเซ (Ataxia) ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการอัมพาตทั้งตัว จะมีการหายใจล้มเหลว และระบบประสาทอัตโนมัติเสียหายที่ด้วย การหายใจล้มเหลวเกิดจากมีการทำลายปลอกหุ้มประสาท DemyelinationX ของประสาท Phrenic และ Intercostal เป็นผลให้ไม่สามารถหายใจเข้าออกได้ ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงมากที่สุดในสัปดาห์ที่ 3 ระบบประสาทอัตโนมัติเสียหายที่จากมี Demyelination ของประสาท Sympathetic และ Vagus นำไปสู่การเกิด Cardiac arrhythmias, Tachycardia, Postural hypotension และ Hypertension อาการอ่อนแรงจะลุกลามรุนแรงขึ้นมี อาการชา เป็นเหน็บ อ่อนแรง เป็นอัมพาต อันตรายที่สุด คือ การมีอัมพาตของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการหายใจ (Thoracic muscle) ทำให้จำเป็นต้องมีการตรวจสอบเกี่ยวกับการหายใจความลึกและอัตราของการหายใจ และตรวจหาระดับของก๊าซในเลือดโดยการเจาะ Blood gas (จงจิต เสน่ห์หา. 2553)

การดำเนินของโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (Walling AD and Dickson G. 2013) คือ

ระยะแรก ประมาณ 1-3 สัปดาห์ นับตั้งแต่หลังจากเริ่มมีอาการจนถึงเมื่อไม่มีอาการเสื่อมเพิ่มขึ้นอีก การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อจะเสื่อมมากขึ้นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เกิดการหายใจล้มเหลว และหัวใจเต้นผิดปกติ ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องอยู่ใน ICU เพื่อได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

ระยะที่ 2 อาการจะเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า ระยะคงที่ (Plateau) ซึ่งอาการของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงน้อยมากหรือไม่เปลี่ยนแปลงเลยซึ่งจะเป็นอยู่ประมาณ 2-4 สัปดาห์

ระยะที่ 3 เป็นระยะหลังจากระยะที่ 2 เรียกว่า ระยะฟื้นตัว (Recover) ระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วใช้เวลาตั้งแต่ 6 เดือน จนถึงกว่า 1 ปี โดยเฉลี่ยถ้าผู้ป่วยไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาตั้งแต่ฟื้นตัวจนสามารถเดินได้ใช้เวลาประมาณ 85 วัน แต่ถ้าใช้เครื่องช่วยหายใจจะทำให้เวลาฟื้นตัวนานขึ้นเป็น 2 เท่า คือ ประมาณ 169 วัน ระยะนี้ร่างกายจะมีการซ่อมแซมสร้างปลอกหุ้มประสาทใหม่จนร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติยกเว้นในรายที่มีความผิดปกติอย่างถาวร ส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 85 ผู้ป่วยจะหายเป็นปกติภายใน 6 - 12 เดือน ช่วงระยะฟื้นตัวนานที่สุด 18 เดือน นับตั้งแต่เริ่มมีอาการ

2.1.7 การวินิจฉัยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร สามารถใช้วิธีการวินิจฉัยโรคได้ 4 ประการ ได้แก่

1) การซักประวัติ ประวัติที่สำคัญ คือ มีประวัติการติดเชื้อในทางเดินหายใจหรือทางเดินปัสสาวะในช่วง 1-4 สัปดาห์ ก่อนเกิดอาการ (จงจิต เสน่ห์หา. 2553) หรือมีประวัติการติดเชื้อไวรัส (สิริรัตน์ ลีลาจรัส. 2556)

2) การตรวจร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยมาด้วยปัญหา Symmetric weakness รีเฟล็กซ์ ลดลงและพบ Motor weakness จากส่วนล่างของร่างกายขึ้นไปยังส่วนบน (สิริรัตน์ ลีลาจรัส. 2556)

3) การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยการตรวจน้ำไขสันหลังเพื่อตรวจแยกโรค จะพบโปรตีน Albumino-cytological dissociation สูง (จงจิต เสน่หา. 2553) โดยไม่มีการเพิ่มของ เซลล์อื่นและอาจพบว่าเม็ดเลือดขาวในเลือดสูง (สิริรัตน์ สีสัจรัส. 2556)

4) การตรวจ Electromyography (EMG) พบว่า ความเร็วในการนำกระแสประสาท ลดลง (จงจิต เสน่หา. 2553)

2.1.8 การรักษา

กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรเป็นโรคที่ไม่มีการรักษาเฉพาะ ส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบ ประคับประคองเพื่อลดความรุนแรงของโรคและเร่งการฟื้นตัว ตามแนวทางการรักษาดูแลของ American Association of Neurology มี 2 วิธี ที่ให้ผลดีต่อผู้ป่วยได้แก่

1) การรักษาด้วยการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (Plasma Exchange หรือ Plasmapheresis) เป็นขบวนการซึ่งแยกส่วนของน้ำเลือดหรือ Plasma ที่มี Antibody ออกจากน้ำเลือดของผู้ป่วยแล้ว ทดแทนด้วย Albumin หรือ Fresh frozen plasma เป็นวิธีรักษาที่มีการพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพและ เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าได้ผล (Raphael JC et al. 2008) การทำ Plasmapheresis ช่วยลดระดับ Pheripheral nerve myelin antibody level และช่วยลดช่วงเวลาของผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ รวมทั้งระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ (จงจิต เสน่หา. 2553) โดยทั่วไปมักพยายามทำเร็วที่สุด คือ ภายใน 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่เชื่อว่ายังมี Antibody ไหลเวียนอยู่ในกระแสโลหิตในระดับสูง การทำ Plasmapheresis มักทำในขนาด 200 – 250 มล./กก. ทุก 2 วัน และใช้เวลาประมาณ 8 – 14 วัน เหตุผลที่ใช้การทำ Plasmapheresis รูปแบบนี้ก็เพราะมีความเหมาะสมกับอัตราและระดับของ Antiperipheral nerve myelin IgM antibody ที่พบใน serum ของผู้ป่วย GBS โดยระดับของ IgM antibody (สิริรัตน์ สีสัจรัส. 2556) ผลการรักษา คือ ฟื้นตัวได้เร็ว ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วย หายใจสั้นลงและเดินได้เองเร็วขึ้น ข้อเสียของการทำ Plasmapheresis คือ ราคาแพง เสี่ยงต่อการเกิด ปนเปื้อนเชื้อโรค (Contamination) และผู้ป่วยไม่สุขสบายในขณะที่ทำ (Khaled Saad, Ismail L. Mohamad and Mohamed A. Abd El-Hamed. 2016)

ข้อพึงระวังภายหลังการทำ (Buzzigoli SB, Genovesi M and Lambelet P. 2010) คือ

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotention) และควรได้รับการประเมินสารน้ำและเกลือแร่ต่าง ๆ รวมทั้งปัจจัยการแข็งตัวของเลือดด้วย

2. ภายหลังการทำ Plasmapheresis ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจจะ เลวลงได้ชั่วคราว อธิบายจากการที่ยังมีการผลิต Demyelination antibody ในระดับน้อย ๆ อยู่ อย่างต่อเนื่อง หลังหยุด Plasmapheresis แล้ว ซึ่งในกรณีเช่นนี้การทำ Plasmapheresis ซ้ำอีก Course ซึ่งอาจได้ผลดี

การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อทำ Plasmapheresis มีความสำคัญเช่นกันเนื่องจากวิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้เวลามากและยังไม่ทราบว่าจะมีประโยชน์ชัดเจนใน GBS ที่มีอาการน้อยหรือไม่ เช่น ในรายที่ยังเดินอยู่ได้ไม่มีกล้ามเนื้อที่ควบคุมการหายใจอ่อนแรงและเนื่องจาก Plasmapheresis นั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการไหลเวียนของโลหิตได้พอสมควร จึงควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการไหลเวียนโลหิต เช่น Myocardial infarction ที่เป็นใหม่ ๆ Unstable angina ภาวะติดเชื้อที่ยังมีอาการรุนแรงรวมทั้งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติที่มีอาการแสดงทางหัวใจและหลอดเลือด (Dysautonomia) ใน GBS เองด้วย สำหรับหญิงมีครรภ์นั้นมีความปลอดภัยพอควรแต่ก็ควรหลีกเลี่ยงและใช้ในกรณีที่เป็นเท่านั้น

จากการศึกษาของ GBS North American Trial ค.ศ. 2010 พบว่ามีปัจจัย 4 ประเภทที่จะบ่งชี้ว่า Plasmapheresis จะไม่ได้ผลดีได้แก่

1. อายุมาก
2. GBS ที่มีอาการดำเนินโรคเร็ว กล่าวคือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนเดินไม่ได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน
3. ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวและต้องการ Ventilatory support
4. การตรวจทางประสาทสรีรวิทยา พบว่า Mean Amplitude (CMAP) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20% ของค่าปกติ โดย CMAP เป็นตัวทำนายโรคที่สำคัญที่สุด ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ควรทำการตรวจทางประสาทสรีรวิทยาในระยะแรกในผู้ป่วย GBS ทุกราย

2) การรักษาด้วย Immunoglobulin (IVIG) เป็นการรักษาโดยการฉีด Immunoglobulin เข้าทางหลอดเลือดเป็นการรักษาที่สะดวกและง่ายกว่าและมีความเสี่ยงน้อยกว่าการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (จงจิต เสนหา. 2553) โดยการให้ยา IVIG เริ่มที่ 2 gm/kg โดยการบริหารยาด้วยเครื่องหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 5 วัน (400 mg/kg/day) การเฝ้าระวังอาการและอาการข้างเคียงเช่นเดียวกับการให้เพื่อรักษาโรค MG ส่วนการให้ยารักษานั้นยังไม่มีการรักษาที่เฉพาะการใช้ Corticosteroids เพื่อลดความรุนแรงของโรคดังกล่าวยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่ (สิริรัตน์ ลีลาจรัส. 2556) การรักษาด้วย Immunoglobulin ข้อเสียคือมีราคาแพง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าการรักษาแต่เนิ่น ๆ ภายใน 2-4 สัปดาห์ หลังจากเริ่มมีอาการครั้งแรกจะสามารถช่วยให้ฟื้นหายได้เร็วขึ้น

จากหลักฐานที่ว่าทั้ง Humoralmediated immunity (HMI) ต่างก็มีบทบาทในการเกิด GBS การใช้ Plasmapheresis ซึ่งเป็นการรักษามาตรฐานก็เป็นวิธีที่ไปปรับเปลี่ยน HMI ดังได้กล่าวแล้วในด้าน CIM นั้นพบว่า T-Cell ที่ถูกกระตุ้นโดย Antigen Presenting (APC) หรือเรียกว่า Autoreactive T-Cell นั้นจะชักนำให้มีกระบวนการทำลาย Blood nerve barrier และมี Macrophage มาเก็บกิน Peripheral nerve myelin ในที่สุด จึงได้มีความพยายามปรับเปลี่ยนการตอบสนองในระบบภูมิคุ้มกัน ตั้งแต่ระดับของ T-Cell (Willison. 2005) มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการทำ

Plasmapheresis กับการใช้ IVIG. 0.4 ก./กก./วัน ซึ่งให้ใน 2 สัปดาห์แรกของโรคพบว่า 52.7% ของกลุ่มที่ใช้ IVIG และ 34.2% ของกลุ่มที่ทำ Plasmapheresis มีอาการดีขึ้นโดยปัจจัยที่ป้องกันการทำนายโรคที่ไม่ดีหลังการให้ IVIG ได้แก่ อายุมาก การตรวจทาง Serology พบหลักฐานของการติดเชื้อ Campylobacter และการมี GM₁ - antibodies จึงได้สรุปว่า IVIG เป็นวิธีที่สะดวกปลอดภัยและได้ผลในการรักษา GBS (Dutch trial. 2008) โดยการให้อิมมูโนโกลบูลินหลอดเลือดดำ (IVIG) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดอาการขึ้นเฉียบพลันเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (Van Doorn, P et al. 2008) ถือว่าปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรออาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง เช่น อาการปวดหัว คลื่นไส้ เวียนศีรษะ หนาวสั่น มีไข้ต่ำ แต่อาการเหล่านี้จะหายไปหลังจากไม่กี่ชั่วโมง หรือ 1 วัน (Elovaara I et al. 2010)

การให้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังและขา ได้แก่ ยา Carbamazepine (จงจิตเสนาหา. 2553)

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรอ เป็นโรคระบบประสาทส่วนปลายที่เกิดแบบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันที่ตนเองที่เกิดขึ้นหลังจากการติดเชื้อทำลายพลาสมาประสาทมีผลให้เกิดอาการทั้งระบบการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึกและประสาทอัตโนมัติทำให้ผู้ป่วยเกิดอัมพาตที่ขาและลุกลามขึ้นไปจนอาจทำให้ไม่สามารถหายใจได้จากกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจอ่อนแรงเนื่องจากโรคมีความรุนแรงและเกิดอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการปรับตัวกับสภาพที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือประคับประคองตั้งแต่แรกเริ่มให้ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตทั้งจากโรคและภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤติ และเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติแล้วสามารถปรับตัวและได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจให้พ้นหายจากโรคและความบกพร่องที่เกิดขึ้นโดยเร็วที่สุด

2.2 การพยาบาลในโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรอ

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรอ เป็นโรคที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและมีอาการก้าวหน้ารวดเร็วส่งผลเสียต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายหลายระบบ เริ่มตั้งแต่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา และที่สำคัญที่สุดคือ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งในระบบนี้ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างดีจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาอีกหลายอย่าง แต่ถ้าพ้นระยะวิกฤตินี้ไปได้แล้วก็จะเข้าสู่ระยะฟื้นฟู เพื่อจะให้กลับคืนสู่สภาพปกติให้รวดเร็วที่สุด เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และความพิการที่อาจหลงเหลือจึงจะแบ่งการพยาบาลออกเป็นระยะดังนี้ (Haldeman D and Zulkosky K. 2005)

2.2.1 การพยาบาลระยะวิกฤติ

ในระยะวิกฤติของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรอปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ ภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้

ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือทันทีหรือไม่ได้รับการพยาบาลที่ดีในช่วงนี้ ก็จะส่งผลถึงภาวะแทรกซ้อนตามมาจึงแบ่งการพยาบาลออกเป็นระบบดังนี้ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. 2553)

1) ระบบหายใจ

ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร้นั้นระบบทางเดินหายใจกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจอ่อนแรงทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวโดยอาการเริ่มจากแน่นหน้าอก เหนื่อย หอบ กระสับกระส่ายหายใจลำบาก จนถึงอาจหยุดหายใจในที่สุด ดังนั้นพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้ (สารนิตี บุญประสพ. 2555)

1.1) ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ ร่วมกับการประเมินความเพียงพอของการหายใจ การระบายอากาศรีเฟล็กซ์ต่าง ๆ เช่น การไอ การกลืน

1.2) สังเกตและบันทึกระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ โดยเฉพาะลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะขาดออกซิเจนจะมีอาการหายใจเร็วตื่น กระสับกระส่าย ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาผู้ป่วยจะมีภาวะขาดออกซิเจนมากขึ้นจะพบว่าผู้ป่วยซีมลงและมีภาวะ Cyanosis เกิดภาวะหายใจล้มเหลวในที่สุด

1.3) เมื่อพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะขาดออกซิเจนต้องให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน เช่น ออกซิเจน Canular หรือ Mask หรือ Mask with bag ตามความเหมาะสมและประเมินซ้ำอีกครั้งว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือไม่

1.4) เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวต้องรีบรายงานแพทย์ทันทีและต้องเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้พร้อม เช่น Endotracheal tube, Self inflating bag, laryngoscope และเครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา

2) ระบบกล้ามเนื้อ

ในระยะวิกฤตผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย กล้ามเนื้อทุกส่วนอ่อนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามมาโดยการพยาบาลดังนี้ (สีบสาย คงแสงดาว. 2553)

2.1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ช่วยเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ช่วยนวดปุ่มกระดูก เช่น บริเวณข้อศอก ตาตุ่ม ก้นกบ และบริเวณปุ่มอื่น ๆ ที่อยู่ในตำแหน่งการกด จัดท่านอนให้เรียบตึง สะอาด ป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังและขณะที่ให้การพยาบาลต้องแนะนำและอธิบายให้เข้าถึงวัตถุประสงค์ด้วย

2.2) เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบโดยการทำให้ Passive exercise ขณะที่พยาบาลให้การพยาบาลต้องให้คำแนะนำญาติและสอนให้ญาติช่วยทำให้ผู้ป่วยด้วย ขณะเดียวกันกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายด้วยตนเองในอวัยะที่สามารถออกกำลังกายได้ เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้าให้กระดิกบ่อย ๆ หรือใช้วิธีกำผ้าอุปกรณ์อะไรก็ได้ที่นิ่ม ๆ เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้วจึงจะส่งผู้ป่วยไปแผนกกายภาพบำบัดต่อไป

3) ระบบการกลืน

ผู้ป่วยระยะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอทางสายยางเพื่อป้องกันการสำลัก ต้องจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงกว่าระหว่างการทำอาหารและหลักการให้อาหารอย่างน้อย 30 นาที เลือกขนาดสายยางที่ไม่ใหญ่เกินไปเพราะจะทำให้สำลักง่าย (ฉันทะนาฎา ฐานาสโร. 2554)

4) ระบบการขับถ่าย

ในระยะวิกฤต ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระบบขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เหมือนคนปกติ

4.1) ระบบขับถ่ายปัสสาวะในระยะนี้ต้องใส่สายยางคาไว้ต้องดูแลให้อยู่ในระบบ Closed system ดูแลสายยางไม่ให้หักพับ งอ ดูแลไม่ให้เกิดการไหลย้อนกลับของปัสสาวะ เพราะจะเป็นการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการลดการหมักหมมของเชื้อโรค

4.2) ระบบขับถ่ายอุจจาระในระยะวิกฤตผู้ป่วยจะขับถ่ายออกมาโดยไม่รู้ตัวฉะนั้นเมื่อผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระออกมาแล้วต้องรีบทำความสะอาด เพื่อป้องกันความหมักหมมและช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา ผู้ป่วยระยะนี้จะมีปัญหาเกี่ยวกับท้องผูก ถ้า 3-4 วันหลังผู้ป่วยไม่ถ่ายอาจต้องช่วยล้างอุจจาระหรือรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระบาย

2.2.2 การพยาบาลเมื่อพ้นภาวะวิกฤต คือ ระยะที่ผู้ป่วยสามารถออกจากห้องไอ.ซี.ยู.ได้แล้ว จะเข้าสู่ระยะฟื้นฟูซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วย (Lawrence J. Abraham and Karen M. Kroeger. 1999) ดังนี้

1) **ระบบหายใจ** ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตแล้ว สามารถหายใจเข้าออกได้แล้วถ้าผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยต้องให้ออกซิเจนไประยะหนึ่งก่อน และพยาบาลต้องสังเกตอาการดูแลอย่างใกล้ชิดจนอาการปกติก่อน

2) **ระบบการขับถ่าย** แบ่งออกเป็น การขับถ่ายปัสสาวะและการขับถ่ายอุจจาระ

2.1) การขับถ่ายปัสสาวะ

(1) ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มช่วยเหลือตนเองได้บ้างแล้ว ควรพิจารณาเอาสายยางออกเมื่อเอาสายยางออกแล้วต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะเอง จัดสิ่งแวดล้อมให้มิดชิดโดยกั้นม่าน ถ้ายังปัสสาวะไม่ออกกระตุ้นโดยการวางกระเป๋าน้ำแข็งบริเวณท้องน้อยและถ้ายังไม่สามารถปัสสาวะออก ต้องใช้มือกดบริเวณท้องน้อย

(2) ถ้ายังปัสสาวะไม่ได้ อาจต้องพิจารณาสวนปัสสาวะให้ทุก 6 ชั่วโมง หรือเมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็ม

(3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 3,000 cc.

(4) ในรายที่ไม่สามารถเอาสายปัสสาวะออกได้ เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ต้องสอนผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาความสะอาดและวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและให้มาพบแพทย์ตามนัด ถ้ามีปัญหาให้มาพบแพทย์ก่อนนัดได้

2.2) การขับถ่ายอุจจาระ

(1) ในระยะนี้ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเริ่มช่วยเหลือตนเองได้บ้างแล้ว แต่กล้ามเนื้อของแขนและขาอาจยังไม่มีแรงจำเป็นต้องช่วยพยุงบนเตียงต้องจัดสภาพแวดล้อมมิดชิด

(2) กำหนดเวลาการขับถ่ายโดยถือผู้ป่วยเป็นเกณฑ์

(3) เมื่อผู้ป่วยต้องการถ่ายอุจจาระต้องเสริพหมอนอนทันที

(4) จัดให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีการใยในปริมาณที่มากพอเพื่อช่วยในการขับถ่าย

(5) ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 cc.

(6) ถ้าผู้ป่วยมีอาการท้องผูกอาจพิจารณาใช้ยาระบายหรือรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระบาย

3) ระบบกล้ามเนื้อ เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติแล้ว ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งผู้ป่วยไปแผนกกายภาพบำบัดพยาบาลต้องติดตามว่านักกายภาพบำบัดได้ทำอะไรให้ผู้ป่วยบ้าง เพื่อจะได้นำมากระตุ้นให้ผู้ป่วยทำในขณะที่อยู่ที่หอผู้ป่วย

2.2.3 การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในหอผู้ป่วย

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยต้องอาศัยการประเมินถึงความบกพร่องของหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายและส่วนที่ติดที่เหลื่ออยู่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ต้องประชุมร่วมมือกันเป็นทีมเพื่อวางแผนสำหรับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสมบูรณ์แบบ และอาจต้องปรึกษากับนักโภชนาการ นักจิตวิทยา หรือผู้ฝึกอาชีพตามความสามารถและความเหมาะสมของผู้ป่วย ครอบครัวจะต้องเข้าใจและตระหนักถึงจุดประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นอย่างดี ต้องร่วมมือทำตามโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจึงจะได้ผลดี พยาบาลเป็นผู้คอยสนับสนุนให้กำลังใจและชมเชยถึงความเข้าใจของผู้ป่วย ตลอดจนกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามโปรแกรมที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง (Davidson I et al. 2009)

1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลให้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำทำให้ผู้ป่วยได้พึ่งตนเองมากที่สุด และคอยช่วยเหลือในสิ่งที่ยังทำไม่ได้เพื่อลดความคับข้องใจ

2) สอนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การแต่งตัว การขับถ่าย การรับประทานอาหาร การหัดนั่ง เดิน เป็นต้น

3) สอนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียง เช่น ออกกำลังกล้ามเนื้อขา ในขณะที่ยกเท้าขึ้นให้นับ 1 ถึง 5 แล้วจึงวางราบกับเตียง

4) สอนผู้ป่วยถึงเทคนิคการเลื่อนตัวตัวเองจากตัวเองจากเตียงลงมานั่งเก้าอี้หรือจากเก้าอี้ขึ้นเตียง

5) ควรกินมันหรือจัดให้ผู้ป่วยอยู่เป็นส่วนตัวของตนเอง เพื่อหัดเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ เช่น หัดป้อนข้าวตนเอง เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจตนเองและป้องกันไม่ให้อาบน้ำเกิดความล้าช้าถ้าบังเอิญทำหกเลอะเทอะ

6) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเรียนรู้ทักษะและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการสนับสนุนให้กำลังใจและเขาใจยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย

7) ทราบถึงโปรแกรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่แพทย์หรือนักกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยกระทำทุกวันคอยติดตามผลความก้าวหน้าของผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้กระทำต่อเนื่องให้ผู้ป่วย

8) กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่ามีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยดีขึ้น

หลักในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (White CM et al. 2015)

1) Range of motion เป็นการให้ Passive movement แก้อวัยวะต่าง ๆ เพื่อให้มีการยืดและงอข้อกระดูก Exercise แบบนี้จะเริ่มเมื่อสภาพผู้ป่วยพร้อม คือ ต้องอยู่ในระยะปลอดภัย ไม่ขัดต่อแผนการรักษา การทำ Range of motion จะช่วยให้ข้อมีการเคลื่อนไหวป้องกันข้อติด ช่วยลดความตึงของกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อมีการยืดขยายและส่งผลให้มีไหลเวียนของเลือด เลือดไหลกลับสู่หัวใจดีขึ้น ลดอาการคั่งหรือบวมบริเวณส่วนปลายของแขนขา

2) กำลังของกล้ามเนื้อ ความมากน้อยของการออกกำลังกายแบบนี้ คือ ต้องขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยลักษณะรูปร่างและอายุของผู้ป่วย ปกติทำอย่างน้อย 2-3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที และต้องทำให้หมดทุกข้อ พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงหลักและวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเต็มใจที่จะร่วมมือ

3) Activities off daily living คือ การปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ต้องค่อยเป็นค่อยไปเริ่มที่กิจกรรมหยาบ ๆ ก่อน เช่น ล้างหน้า ทาแป้ง แล้วจึงไปงานที่ละเอียด เช่น การจับส้อม การแปรงฟัน การใส่กระดุมเสื้อและกิจกรรมต่าง ๆ ต้องเพิ่มขึ้นทีละน้อยเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้จริง

4) Ambulation คือ การให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว โดยเริ่มจากการเคลื่อนมาริมเตียง ขึ้นนั่งรถเข็น เกาะข้างเตียง และเดินรอบเตียงในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ต้องคำชมแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติต่อไป

2.2.4 การพยาบาลด้านจิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ญาติจะมีปัญหาทางด้านจิตใจมาก จะวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรคมามากโดยเฉพาะตัวผู้ป่วยเองจะมีอารมณ์ที่เปลี่ยนไป หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย เปื่อหน่าย ราคาค่าดูแลตนเองและคนรอบข้าง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ของร่างกาย จากที่เคยเป็นคนปกติช่วยเหลือตนเองให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ กลับต้องเป็นคนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ฉะนั้นต้องมีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วย (จงจิต เสนงา. 2553) ดังนี้

1) อธิบายการดำเนินของโรค ลักษณะของโลกให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

2) เปิดโอกาสให้ญาติได้มีการพูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้เป็นระยะ ๆ

3) ให้การดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีขึ้น

4) เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่

5) ให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยและญาติในการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพ

6) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งต่าง ๆ ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้เมื่อมีปัญหาเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจว่ามีแหล่งบริการตนเองได้ตามความจำเป็น

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานเฉลี่ยประมาณ 6 เดือนถึง 3 ปี สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การรักษาและการให้การพยาบาลที่ถูกต้องจากพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและลักษณะของโรค เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง และช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมให้เร็วที่สุดเหลือความพิการไว้ให้น้อยที่สุด เพื่อให้ร่างกายสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้ป่วยสามารถหายขาดจากโรคได้ถ้าได้รับการดูแลอย่างดีและถูกต้องจากทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทราร. 2553)

2.3 แนวคิดของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ

ความสามารถในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญต่อคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลเป็นสาขาวิชาชีพหนึ่งที่ต้องมีกระบวนการการประเมิน โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ทั้งนี้จุดมุ่งหมายของการประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานก็เพื่อให้ผู้บริหารงานทางการพยาบาลได้ใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมและสนับสนุน เป็นแนวทางในการกระตุ้นและพัฒนางานวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การประเมินยังมีส่วนช่วยให้ทราบว่าคุณภาพการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลนั้นเป็นอย่างไร เพื่อที่จะส่งเสริมให้บุคลากรมีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพยิ่ง ๆ ขึ้นไป กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานทำให้เราทราบลักษณะประจำตัวของบุคคลแล้ว ยังสามารถช่วยในการวินิจฉัยสั่งการในการบริหารงานบุคคล หรือนำไปใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานได้อีกด้วย (วารุณี ตั้งสถาเจริญพร และคณะ. 2555)

2.3.1 ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติงาน

ความสามารถในการปฏิบัติงานนักวิชาการได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงานไว้ดังนี้

สแวนเบิร์ก (Swansburg. 1995 : 42) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติงานพยาบาล (Nurse performance) ว่าเป็นความสามารถในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล โดยมีพื้นฐานมาจากการศึกษาและสามารถสังเกตได้จากการปฏิบัติงานกับผู้รับบริการ

กู๊ด (Good. 1985 : 115) ได้ให้ความหมายของความสามารถว่า หมายถึง สิ่งที่มีอยู่หรืออำนาจในการใช้ความรู้ สติปัญญา ความเฉลียวฉลาดทั้งร่างกายและจิตใจที่จะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

เคลลี-โทมัส (Kelly-Thomas. 1998 : 73 – 74) ให้ความหมายของความสามารถว่า หมายถึง ความพร้อมที่จะเรียน ศักยภาพ ประวัติในการเรียนของบุคคล ซึ่งผู้เรียนแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ด้านศักยภาพในการเรียนรู้จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับระดับพัฒนาการหรือวุฒิภาวะ ประการต่อมาความสามารถและสมรรถภาพของร่างกาย (รวมทั้งศักยภาพทางด้านประสาทกล้ามเนื้อและสติปัญญาและอีกหลายประการ ก็คือ ลักษณะเฉพาะของบุคคล เช่น ค่านิยม การมองตนเองและจินตนาการ เป็นต้น) และประการสุดท้ายคือการเรียนรู้ที่ผ่านมาหรือพื้นฐานรวมทั้งหลักการที่มีอยู่

ชไนเดอร์ (Schneider. 1979 : 25) กล่าวว่าความสามารถในการปฏิบัติงาน หมายถึง สมรรถภาพของการปฏิบัติกิจกรรมด้วยการตั้งความปรารถนาต่อผลลัพธ์ ด้วยการกระทำอย่างคล่องแคล่ว

กาญจนา โล่ห์ประเสริฐ (2540 : 7) ได้ให้ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติงานว่า หมายถึง ระดับการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาพรวมที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมที่ได้ผสมผสานความรู้ ประสบการณ์ ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ และแสดงออกเป็นทักษะด้านพฤติกรรม 6 ด้าน คือ การเป็นผู้นำ การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ การสอนผู้ป่วยและญาติในการให้ความร่วมมือ การวางแผนและประเมินผลการพยาบาล การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ และการพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ

เพ็ญศรี ปรารค์สุวรรณ (2541 : 29) ให้ความหมายของความสามารถและการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งรวมแล้ว หมายถึง การใช้ความรู้ สติปัญญา ทั้งร่างกาย จิตใจที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล ในการทำกิจกรรมที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถกระทำการกิจกรรมของการดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพของร่างกายและจิตใจ

นงพงา ปั่นทองพันธุ์ (2542 : 24) ได้ให้ความหมายความสามารถในการปฏิบัติงานว่า หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายให้ประสบผลสำเร็จโดยอยู่บนพื้นฐาน ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์การเรียนรู้ ของบุคคล รวมถึงการอยู่ในภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติงาน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย หรือหน้าที่ของบุคคลที่ได้รับมอบหมายโดยที่ใช้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่มีอยู่เพื่อปฏิบัติกิจกรรมนั้นให้ประสบความสำเร็จ

2.3.2 องค์ประกอบของความสามารถในการปฏิบัติงาน

ความสามารถในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันในแง่ผลของการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงพฤติกรรมที่แสดงออกในทางจิตวิทยาถือว่าการที่บุคคลปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ต่างกันนั้น เป็นเพราะแต่ละคนมีคุณลักษณะและคุณสมบัติทางจิตวิทยาไม่เหมือนกัน ส่งผลให้แต่ละบุคคลแสดงความฉลาดหรือความสามารถเฉพาะตัว ความรู้และความสามารถแตกต่างกัน ตลอดจนมีบุคลิกภาพไม่เหมือนบุคคลอื่น ในแง่เชิงการวิจัยกล่าวว่ามีตัวแปรมากมายที่มีส่วนทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ต่างกัน ตัวแปรเหล่านั้น คือ คุณสมบัติของลักษณะส่วนบุคคล (Trait) ต่าง ๆ นั้นเอง จากการศึกษาถึงปัจจัยส่วนประกอบของผลการปฏิบัติงาน (Performance) พบว่ามี 6 ส่วน (Lachman. 1984 : 7 – 13) ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษ และสามารถเขียนสูตรได้ คือ

$$\text{Performance} = \text{Ability} + \text{Effort} \text{ หรือ } P = (A \times E \times T) + (M \times E \times I)$$

จากสูตรอธิบายได้ว่า ผลการปฏิบัติงานเท่ากับความสามารถของบุคคลบวกความพยายาม โดยความสามารถของบุคคลยังประกอบด้วย อีก 3 ส่วน คือ ความถนัด (A-Aptitude) ประสบการณ์ (E-Experience) และการฝึกหัด (T-Training) ส่วนความพยายาม ประกอบด้วย 3 ส่วนเช่นกัน คือ แรงจูงใจ (M-Motive) ความคาดหวัง (E-Expectation) และสิ่งเร้า (I-Incentive) โดยคุณสมบัติเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้บริหารใช้เป็นหลักในการประเมินการปฏิบัติงานได้

เซอร์เมอร์ฮอร์น และคณะ (Schermarhorn, Hunt and Osborn. 1995 : 86) ได้เสนอสมการในการปฏิบัติงานของแต่ละคนดังนี้ คือ

$$\text{ผลการปฏิบัติงาน} = \text{ลักษณะเฉพาะบุคคล} \times \text{ความพยายามในการทำงาน} \times \text{การสนับสนุนจากองค์กร}$$

จากสมการดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ตัวประกอบทั้ง 3 มีความสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล กล่าวคือ การใช้แรงจูงใจจะเป็นการกำหนดแรงขับภายในตัวบุคคล ทำให้เกิดคุณลักษณะเฉพาะ (Individual attributes) ต่อระดับและแนวทางของความพยายามในการทำงาน (Work effort) ร่วมกับการสนับสนุนจากองค์กร (Organizational support) ส่วนลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลจะใช้เป็นตัวร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมการทำงาน สมการดังกล่าวอธิบายเพิ่มเติมได้ในแต่ละส่วนในผลที่มีต่อการปฏิบัติงาน (Schermarhorn, Hunt and Osborn. 1995 : 86) ดังนี้

1) คุณลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล (Individual attributes) กับความสัมพันธ์กับความสามารถตามขีดจำกัดในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ ลักษณะของคนจะต้องเหมาะกับงานนั้น ๆ จึงจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด

2) ความพยายามในการทำงาน (Work effort) จะสัมพันธ์กับความยินดีที่จะปฏิบัติงาน ซึ่งจะขึ้นกับแรงจูงใจในการทำงาน และแรงจูงใจก็จะขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล เมื่อแรงจูงใจทำให้เกิดความพยายามและเมื่อประกอบกับลักษณะส่วนบุคคลกับการสนับสนุนจากองค์กรทำให้ความสามารถทำนายความสามารถในการทำงานได้

3) การสนับสนุนจากองค์กร (Organizational support) จะสัมพันธ์กับโอกาสที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย เวลา และรายได้ที่เหมาะสม เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน การให้คำแนะนำและการสื่อสารที่ชัดเจน การประเมินผลการปฏิบัติงานมีความยุติธรรมงานเหมาะสมกับตำแหน่ง มีการบริหารงานของหน่วยงาน และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันขั้นตอนในการทำงานมีความยืดหยุ่น

จากแนวคิดของ แลชแมน (Lachman. 1984 : 7 – 13) สรุปได้ว่า องค์ประกอบของความสามารถในการปฏิบัติงานที่สำคัญขึ้นอยู่กับคุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลที่ได้มีการเรียนรู้และใช้ความรู้ในการปฏิบัติงานร่วมกับการสนับสนุนจากองค์กร และมองเห็นว่าความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นเรื่องของระดับคุณภาพในการปฏิบัติงานและถือเป็นพฤติกรรมที่มีคุณภาพของมนุษย์ที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติงานโดยมีตัวแปรพื้นฐานที่สำคัญดังนี้

- 1) งาน (Task) ประกอบด้วย วิธีการ อุปกรณ์ วัสดุ ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
- 2) การจูงใจ (Motivation) เปรียบเสมือนเป็นจุดยืน และความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติงานให้ได้คุณภาพในระดับที่ดีที่สุดตามลักษณะงานนั้น ๆ
- 3) ความพยายาม (Effort) เป็นผลของแรงจูงใจที่เกิดขึ้นในทันที ซึ่งจะต้องมีการตีความด้วยคำที่แสดงความหมาย คือ สภาพทางกาย แนวโน้มทางจิตวิทยา
- 4) ความสามารถ (Ability) จะเกิดขึ้นจากการฝึกหัดหรือประสบการณ์จากการปฏิบัติงานร่วมกับความถนัดส่วนบุคคลที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สำเร็จ
- 5) สภาพแวดล้อม (Environment) คือ ลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ แสงเสียง กลุ่มคนรอบข้างที่มีผลต่อการทำงาน
- 6) การรับรู้ต่อบทบาท (Role perception) คือ ความรู้สึกนึกคิดส่วนบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติงานในแต่ละอย่างของตน
- 7) ผลการปฏิบัติงาน (Performance) ในที่นี้ไม่ใช่ผลรวมของแรงจูงใจ หรือไม่ใช่สิ่งที่เกิดจากตัวแปรทั้ง 6 ด้านดังกล่าว ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม เพราะตัวแปรแต่ละตัวไม่ได้เป็นตัวแปรต้น

แมคคอมมิคส์ และเอลเจน (McCormick and Ilgen. 1985 : 65) ได้กำหนดแนวคิดในการจัดหมวดหมู่ขององค์ประกอบของความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคลไว้ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์

- 1) ปัจจัยด้านบุคคล (Individual variable) หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ปัจจัยด้านนี้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจะส่งผลให้พฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ เพศ อายุ ความถนัด ความเชื่อ ความสนใจ ค่านิยม แรงจูงใจ ฯลฯ

2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational variable) หมายถึง เงื่อนไขเหตุการณ์ หรือ ลักษณะของสิ่งแวดล้อมนอกเหนือจากตัวบุคคลที่มีผลต่อการแสดงความสามารถในการปฏิบัติงาน ปัจจัยเหล่านี้แยกพิจารณาได้ 2 ประเภท คือ

2.1) ตัวแปรทางด้านกายภาพและงาน (Physical variable) ได้แก่ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เช่น วิธีการทำงาน รูปแบบ เครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน สภาพเครื่องมือเครื่องใช้ และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

2.2) ตัวแปรองค์การและสังคม (Organization and social variable) เช่น ลักษณะโครงสร้างและนโยบายองค์การ ชนิดของการฝึกอบรมและการบังคับบัญชาชนิดของสิ่งล่อใจ และสภาพแวดล้อมในสังคม

2.3.3 แนวคิดระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ

ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพนั้นจะเกิดขึ้นได้เมื่อปฏิบัติงานได้ระยะเวลาหนึ่งแล้ว ทำให้ผู้ปฏิบัติงานนั้นได้เรียนรู้ในงาน ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญพัฒนาขึ้น เมื่อได้ปฏิบัติทดสอบและปรับปรุงข้อสมมติฐานและความคาดหวังตามหลักการในสถานการณ์จริงประสบการณ์เกิดขึ้นเมื่อประสบกับสิ่งที่ท้าทายแนวคิดและความคาดหวังที่เรามีอยู่ก่อนหรือประสบการณ์เกิดขึ้นเมื่อสถานการณ์เข้ามาท้าทายทำให้ต้องแก้ไขหรือทำให้ความคิดและความคาดหวังเดิม ๆ ของเราไม่มั่นคง ประสบการณ์จึงเป็นสิ่งที่ต้องมีมาก่อนความเชี่ยวชาญเสมอ ตัวอย่างเช่น การแก้ไขปัญหาของพยาบาลที่เชี่ยวชาญนั้นย่อมแตกต่างไปจากผู้ที่เพิ่งเป็นพยาบาลได้ไม่นาน ความแตกต่างนี้อาจเป็นเพราะวิธีการได้มาซึ่งความเชี่ยวชาญ (know-how) หรือการรู้วิธีการอันเกิดจากประสบการณ์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญจะมองสถานการณ์โดยภาพรวม ใช้สถานการณ์ในอดีตเป็นกระบวนการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องโดยไม่ต้องเสียเวลาพิจารณาทางเลือกอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ตรงประเด็น (Dreyfus, H. 1979 ; Dreyfus, S. 1981) ในทางกลับกัน ในสถานการณ์ใหม่พยาบาลที่มีความสามารถต้องอาศัยทักษะในการแก้ปัญหาโดยต้องคิด วิเคราะห์ถึงลักษณะขององค์ประกอบ ความเชี่ยวชาญในการตัดสินใจที่ซับซ้อน เช่น การตัดสินใจด้านการพยาบาลนั้นจะต้องตีความสถานการณ์ในการปฏิบัติงาน และความรู้ที่ฝังอยู่ในความเชี่ยวชาญทางคลินิกนี้จึงสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และการพัฒนาในด้านพยาบาลศาสตร์ ให้สังเกตว่าเราไม่อาจใช้สมมติฐานทางทฤษฎีเพื่อเข้าใจถึงความรู้ที่ฝังอยู่ในความเชี่ยวชาญได้ทั้งหมด หรือใช้กลยุทธ์การวิเคราะห์ที่ขึ้นอยู่กับการระบุองค์ประกอบทั้งหลายเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม เราอาจอธิบายถึงความตั้งใจ ความคาดหวัง ความหมาย และผลลัพธ์ของการปฏิบัติของผู้เชี่ยวชาญ และการอธิบายถึงแนวทางปฏิบัติที่แท้จริงในเชิงตีความอาจทำให้เข้าใจถึงมุมมองของความเชี่ยวชาญทางคลินิกได้ เราสามารถสังเคราะห์ความรู้ทางคลินิกได้ตลอดเวลา (Aiken L, Havens D and Sloane D. 2009)

พยาบาลจะสามารถอธิบายและปรับปรุงความแตกต่างเชิงคุณภาพ (Graded qualitative distinctions) ได้โดยการเปรียบเทียบดุลยพินิจของตนเองในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจริง ตัวอย่างเช่น พยาบาลที่ดูแลใน Intensive care nursery จะเปรียบเทียบการประเมินลักษณะของกล้ามเนื้อ ดังนั้นพยาบาลเหล่านี้ก็จะสามารถประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อได้ด้วย พยาบาลที่ประเมินการเหยียวยาบาคแผลจะเปรียบเทียบภาษาเชิงบรรยายเมื่อผู้ป่วยยกตัวอย่างหรือแสดงภาษาเหล่านั้นออกมา บ่อยครั้งมีการพัฒนาคำศัพท์ขึ้นมาเป็นพิเศษเพื่ออธิบายถึงความแตกต่างเชิงคุณภาพเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม หากไม่มีการเปรียบเทียบความหมายของคำศัพท์เหล่านี้ในสถานการณ์จริงการสื่อสารก็ย่อมใช้การไม่ได้ (Benner P. 1982)

พยาบาลมีหน้าที่ในการผสมผสานความรู้ ศิลปะวิทยาการ ความเฉลียวฉลาด ทักษะ ความชำนาญต่าง ๆ เข้าด้วยกัน มาประยุกต์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้หายจากโรคและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีความปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น อีกทั้งงานพยาบาลเป็นงานที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้ความรู้ความสามารถอย่างสูง (สิริลักษณ์ อยู่เย็น. 2552) นอกจากนี้เมื่อศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้และความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังเช่น พยาบาลที่ได้ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติเฉพาะทางสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้นไม่ต้องเข้ามารักษาตัวไกลถึงในเมือง แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสามารถใช้ความรู้ความสามารถในการบริการเป็นองค์กรและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. 2555) และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล พยาบาลจะมีความชำนาญ และมีความสามารถเฉพาะการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะได้รับการฝึกอบรมเพื่อทบทวนความรู้อยู่เสมอ ทำให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้หายจากโรคได้ดี (อรอนงค์ คุ่มกลิ่นวงษ์. 2551)

กระบวนทัศน์และความรู้ส่วนบุคคล

Heidegger (1962) และ Gadamer (1975) นิยามคำว่าประสบการณ์ ว่าเป็นการหันเหความคิดที่มีอยู่ก่อน ซึ่งเป็นความคิดที่ยังไม่มีการยืนยันจากสถานการณ์จริง ความคิดที่มีอยู่ก่อนที่ใช้รับรู้ถึงสถานการณ์นั้นเป็นความรู้ล่วงหน้าหรือเป็นทัศนคติล่วงหน้า และในทางปฏิบัติเชิงคลินิกความรู้ล่วงหน้ามักถูกสร้างขึ้นมาจากทฤษฎี หลักการ และประสบการณ์ในอดีต เมื่อมีเหตุการณ์หนึ่งเข้ามาปรับปรุง หรือทำให้ความรู้ล่วงหน้าไม่มั่นคง เหตุการณ์นั้นจึงถือว่าเป็น “ประสบการณ์” เมื่อพยาบาลมีประสบการณ์ ความรู้ทางคลินิก และความรู้เชิงปฏิบัติกับความรู้เชิงทฤษฎีจึงพัฒนาขึ้น ประสบการณ์เฉพาะอย่างอาจมีอิทธิพลพอที่จะถือว่าเป็นกระบวนทัศน์รูปแบบหนึ่ง (Benner and Wrubel. 1982) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญจะพัฒนากลุ่มกระบวนทัศน์เกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงเข้าถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโดยใช้สถานการณ์ในอดีตเสมือนหนึ่งผู้วิจัย

ใช้กระบวนการทัศน์ สถานการณ์ในอดีตประจักษ์ชัดขึ้นเพราะสถานการณ์ในอดีตเป็นตัวเปลี่ยนแปลง การรับรู้ของพยาบาล ดังนั้นประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมในอดีตจึงเป็นแนวทางซึ่งนำความคิดล่วงหน้า และการกระทำของผู้เชี่ยวชาญ และจึงทำให้เกิดการรับรู้ถึงสถานการณ์อย่างรวดเร็ว ความรู้ทางคลินิก ประเภทนี้มีความครอบคลุมและให้ความรู้เชิงกว้างมากกว่าทฤษฎี เนื่องจากนักปฏิบัติที่เชี่ยวชาญ เปรียบเทียบสถานการณ์ในอดีตกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

ดังนั้น Benner (1984) จึงได้แบ่งระดับความสามารถของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) ผู้เริ่มต้น (Novice) เป็นพยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ เริ่มปฏิบัติงานในวิชาชีพ 1-2 ปี ยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ต้องอาศัยการซึ่งนำความสนใจเฉพาะสิ่งที่มองเห็นหรือจับต้องได้ สามารถปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานได้อีกทั้งยังสามารถพบได้ในพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน มาก่อน แต่มีการเปลี่ยนแปลงหรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงานจึงมีสภาพเป็นผู้เริ่มต้นได้เช่นกัน

2) ผู้เรียนรู้ (Advance beginner) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานทางการพยาบาลมา 3-4 ปี และปฏิบัติงานในสถานที่เดิมติดต่อกัน 2-3 ปี สามารถเรียนรู้และจดจำประสบการณ์และมอง ประเด็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ แต่ยังไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาได้ลักษณะ การปฏิบัติงานยังไม่สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจต่อเมื่อมีผู้นิเทศ

3) ผู้ปฏิบัติ (Competent) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ปฏิบัติทางการพยาบาลมา 5-7 ปี และปฏิบัติงานในที่เดิมติดต่อกัน 3-4 ปี มีพัฒนาการมากขึ้น สามารถวางแผนให้การพยาบาล ในระยะยาวและปฏิบัติงานตามแผน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ แต่ยังคงความยึดหยุ่นในการทำงาน และต้องการความช่วยเหลือในด้านการจัดการเพื่อให้งานออกมาได้ผลดีและต้องการฝึกฝนในเรื่องการตัดสินใจ

4) ผู้ชำนาญ (Proficient) เป็นพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์การพยาบาลติดต่อกัน 8-10 ปี สามารถมองสถานการณ์ได้กว้าง เข้าใจปัญหาต่าง ๆ จากประสบการณ์ได้ดีขึ้น มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ว่าต้องคำนึงถึงสิ่งใดบ้าง สามารถในการนำอภิปรายปัญหาของผู้ป่วย โดยดึงเอาสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นประเด็นของปัญหามาใช้เป็นประโยชน์ได้ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้

5) ผู้เชี่ยวชาญ (Expert) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี เป็นผู้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าระดับผู้ชำนาญ จากกรณีประสบการณ์สามารถ คาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ แม้ไม่มีข้อมูลหรือสิ่งแสดงใด ๆ ปรากฏให้เห็นชัดเจน เชื่อมโยง ความคิดและคาดการณ์ได้ว่าอาจจะเกิดปัญหาอะไรตามมา สามารถตัดสินใจทางคลินิกได้ดีและรวดเร็ว ป้องกันและแก้ไขไม่ให้เกิดปัญหาผู้ป่วยได้ สามารถเข้าใจและมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติ แตกต่างจากพยาบาลอื่น ๆ เพราะเป็นสัญชาตญาณซึ่งเกิดจากประสบการณ์และเคยพบสถานการณ์ที่ คล้ายคลึงมาก่อน สามารถบริหารจัดการ สอน ชี้แนะ รวมทั้งเป็นแบบอย่างแก่พยาบาลที่มีประสบการณ์ น้อยกว่าได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม แผนกระบวนทัศน์มีความซับซ้อนเกินกว่าจะถ่ายทอดโดยผ่านตัวอย่างหรือการจำลองสถานการณ์เพราะต้องอาศัยการปฏิสัมพันธ์กับความรู้ในอดีตของผู้เรียนที่เป็นตัวสร้างประสบการณ์ กล่าวคือ การปรับปรุงหรือการเปลี่ยนแปลงความคิดล่วงหน้าและความเข้าใจในอดีต Polanyi (1958) เป็นการดำเนินการด้วยความรู้ส่วนตัวแต่ละคนย่อมมีประวัติของตนเอง มีความมุ่งมั่นทางสติปัญญาและความพร้อมที่จะเรียนรู้ต่อสถานการณ์ทางคลินิกเป็นของตนเอง การดำเนินงานที่เกิดจากความรู้ส่วนตัวและสถานการณ์ทางคลินิกนี้จึงเป็นตัวกำหนดการกระทำและการตัดสินใจและนี่คือเหตุผลว่าทำไมแขนงวิชาทางคลินิกจึงกำหนดให้นักปฏิบัติที่เชี่ยวชาญต้องสร้างต้นแบบการดำเนินงานแบบพลวัตระหว่างความรู้ส่วนตัวและสถานการณ์ทางคลินิกขึ้นมา พยาบาลที่มีประสบการณ์อาจมีความพร้อมที่จะเข้าใจถึงสถานการณ์ทางคลินิกซึ่งเปลี่ยนแปลงแนวทางดูแลผู้ป่วย จากบันทึกอย่างเป็นทางการและการศึกษาแผนกระบวนทัศน์เหล่านี้ จึงเป็นไปได้ที่จะต่อยอดความรู้ต่อไป

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล

เนื่องจากยังไม่พบการรายงานการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ในการทบทวนวรรณกรรมนี้จึงจำเป็นต้องอ้างอิงเนื้อหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลจากงานวิจัยในกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องในบริบทเดียวกันดังนี้

นวพร ตันแสง (2542) ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพเพื่อทราบระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดพังงา เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ตามตัวแปร สถานภาพ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจต่อสภาพการปฏิบัติงาน และเพื่อประมวลข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดพังงา ใน 3 ด้าน คือ บทบาทด้านการตัดสินใจ บทบาทด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และบทบาทด้านการสื่อสารข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดพังงา จำนวน 172 คน การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำโดยหาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้ค่าที (t-test) ผลการวิจัย พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดพังงา มีระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง 2) พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดพังงาที่มีสถานภาพต่างกันมีการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน 3) พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดพังงาที่มีประสบการณ์ต่างกัน มีการปฏิบัติงานในภาพรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อทดสอบเป็นรายด้านปรากฏว่า บทบาทด้านการตัดสินใจและบทบาทด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติงานตามบทบาทได้มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ต่ำกว่า 10 ปี

รุจิวรรณ ยมศรีเคน (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 1 ปีขึ้นไป ไม่เป็นหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 218 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีระดับสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับมาก ในรายด้านที่มีค่าคะแนนระดับสมรรถนะต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ผู้รับบริการและสมรรถนะย่อยที่ทำได้ดีในระดับสูง ได้แก่ ความสามารถในการให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จารีศรี กุลศิริปัญญา และคณะ (2555) ศึกษากรณีศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อประเมินระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลเอกชน และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมพลังอำนาจในงาน บรรยากาศองค์การ กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ในโรงพยาบาลเอกชน โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง จำนวน 112 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะทางวิชาชีพ บรรยากาศองค์การ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี สถานภาพ อายุ และประสบการณ์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะทางวิชาชีพ

ปาณิสรา คำพุด (2555) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การและสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ และหาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การ และอายุการทำงานกับสมรรถนะของพยาบาลหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติมากกว่า 1 ปี จำนวน 23 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติโดยรวมอยู่ในระดับสูง และประสบการณ์ในการทำงานและบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติในทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วสนันท์ แสนใจงามวรภัทร์ (2555) ศึกษาระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4 กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4 จำนวน 209 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอยู่ในระดับสูง และพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนประสพการณ์การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ประสพการณ์การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถร่วมกันพยากรณ์ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ

ทัศนีย์ ทองประทีป และคณะ (2557) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ทั้ง 8 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลจำนวน 365 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติเอฟ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้ 1) พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา ประสพการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณไม่แตกต่างกัน และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และทัศนคติกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อุรา แสงเงิน, สุพัตรา อุนนิสากร และทิพมาส ชินวงศ์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 248 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนและโคสแควร์ ผลวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับต่ำ แม้ว่าพยาบาลทุกคนได้ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพแล้วก็ตาม แต่หลักการขั้นตอนมีการปรับปรุงหากพยาบาลไม่ได้ติดตามความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่องและหากไม่ได้กลับไปทบทวนหลักทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เมื่อเวลาผ่านไปก็ทำให้ไม่มีความรู้เพียงพอที่จะตอบคำถามได้ถูกต้อง ทำให้คะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับสูง เนื่องจากจากเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิรับรักษาผู้ป่วยโรคซับซ้อน พยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ วิกฤติ ฉุกฉิน และอายุรกรรม จึงมีโอกาสนในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพบ่อยครั้ง ทำให้มีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับสูง

ชนิดฐาน หาญประสิทธิ์คำ (2551) ศึกษาผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลเพื่อศึกษาดูตามผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤติโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 86 ราย สถิติที่ใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และทดสอบไคว์สแควร์ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 3 เดือน สูงกว่าหลังการอบรม 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

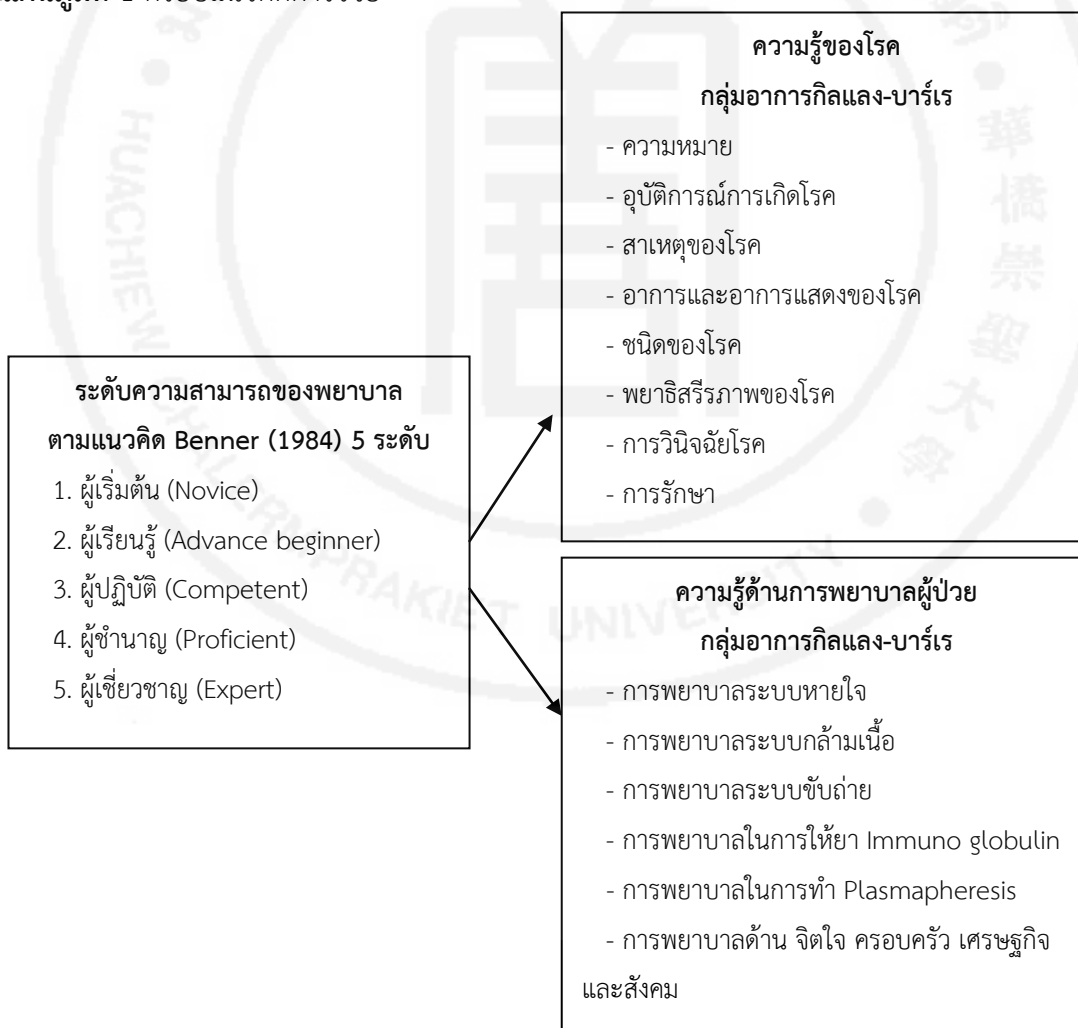
โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรความรู้และการปฏิบัติงานทางการพยาบาลที่ผ่านมา ถึงแม้จะไม่พบการวิจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร แต่ผลของงานวิจัยในกลุ่มอื่นก็พบความสัมพันธ์ของความรู้และการปฏิบัติ การพยาบาล ดังนั้นความสัมพันธ์ของตัวแปรความรู้ของโรคและความรู้ด้านการพยาบาลควรได้รับการศึกษา โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งวิธีการรักษาที่มีความทันสมัยและซับซ้อนมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ต้องการพยาบาลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการอย่าง เป็นองค์รวมได้ แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีความแตกต่างกัน จำแนกตามความรู้ ความสามารถ และ ประสบการณ์ทางการปฏิบัติงานทางคลินิก ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เริ่มต้น (Novice) มีประสบการณ์ 1-2 ปี พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เรียนรู้ มีประสบการณ์ 3-4 ปี (Advance beginner) พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติ (Competent) มีประสบการณ์ 5-7 ปี พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ชำนาญ (Proficient) มีประสบการณ์ 8-10 ปี และพยาบาลวิชาชีพระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี (Benner. 1984) ซึ่งความรู้ความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรที่แตกต่างกันนำมาซึ่งการปฏิบัติ การพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรที่ต่างกัน กล่าวคือ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญจะมองสถานการณ์โดยภาพรวมใช้สถานการณ์ในอดีตเป็นกระบวนทัศน์ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร โดยไม่ต้องเสียเวลาพิจารณาทางเลือกที่ไม่เกี่ยวข้อง ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อมีสถานการณ์ใหม่พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญนั้นจะใช้ความสามารถที่มีอยู่แก้ไขปัญหาโดยการคิดวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ตลอดจนตัดสินใจและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรและความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 236 คน

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

- 1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- 2) สนใจให้ความร่วมมือกับการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกออก

พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย ได้แก่ ผู้บริหาร ฝ่ายวิชาการ การวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 74 คน (คิดเป็นร้อยละ 100 ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการอบรม ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร 2 ข้อ สาเหตุของโรค 2 ข้อ ชนิดของโรค 2 ข้อ อาการของโรค 5 ข้อ การวินิจฉัยโรค 3 ข้อ และการรักษา 6 ข้อ ทั้งหมดมี 20 ข้อ ซึ่งคำถามเป็นการให้เลือกคำตอบจากข้อความ เมื่อพิจารณาแล้วว่าข้อความนั้นถูกให้ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านคิดว่าถูก และใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องผิด ถ้าพิจารณาแล้วว่าข้อความนั้นผิด

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบคำถามได้ถูกต้อง	ได้	1	คะแนน
ตอบผิด	ได้	0	คะแนน

ค่าของคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ซึ่งเป็นระดับการวัดข้อมูลแบบอันตรายภาคขึ้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2554) อยู่ระหว่าง 0 – 20 คะแนน แปลความหมายค่าคะแนนดังนี้
 คะแนน 0.00-1.00 คือ คะแนน 0–5 หมายถึง มีความรู้โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรน้อยที่สุด
 คะแนน 1.01-2.00 คือ คะแนน 6–10 หมายถึง มีความรู้โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรปานกลาง
 คะแนน 2.01-3.00 คือ คะแนน 11–15 หมายถึง มีความรู้โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรปานกลาง
 คะแนน 3.01-4.00 คือ คะแนน 16–20 หมายถึง มีความรู้โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การพยาบาลระบบหายใจ 5 ข้อ การพยาบาลระบบกล้ามเนื้อ 5 ข้อ การพยาบาลระบบขับถ่าย 4 ข้อ การพยาบาลในให้ยา 5 ข้อ การพยาบาลในการทำ Plasmapheresis 5 ข้อ และการพยาบาลด้านจิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม 4 ข้อ ทั้งหมดมี 28 ข้อ คำถามเป็นการให้เลือกคำตอบจากข้อความ เมื่อพิจารณาแล้วว่าข้อความนั้นถูกให้ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านคิดว่าถูกและใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องผิดถ้าพิจารณาแล้วว่าข้อความนั้นผิด แบ่งลักษณะของข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบคำถามได้ถูกต้อง	ได้	1	คะแนน
ตอบผิด	ได้	0	คะแนน

ค่าของคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ซึ่งเป็นระดับการวัดข้อมูลแบบอันตรายภาคขึ้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2554) อยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน แปลความหมายค่าคะแนนดังนี้
 คะแนน 0.00-1.00 คือ คะแนน 0–7 หมายถึง มีความรู้การพยาบาลกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรน้อยที่สุด
 คะแนน 1.01-2.00 คือ คะแนน 8–14 หมายถึง มีความรู้การพยาบาลกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรน้อย
 คะแนน 2.01-3.00 คือ คะแนน 15–21 หมายถึง มีความรู้การพยาบาลกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรปานกลาง
 คะแนน 3.01-4.00 คือ คะแนน 22–28 หมายถึง มีความรู้การพยาบาลกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรมาก

3.3 การทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังนี้

3.3.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรและแบบประเมินความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบประสาทวิทยา 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร 1 ท่าน พิจารณาความถูกต้องตามทฤษฎี ความถูกต้องของเนื้อหาและความชัดเจนทางด้านภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำผลการประเมินคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมาหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งหมด (Polit and Beck, 2008) ผลความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของทั้งสองแบบประเมินมีค่าเท่ากับ 0.875 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่มีความเที่ยงตรงมากกว่า 0.8 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าแบบประเมินทั้งสองมีความเที่ยงตรงอยู่ในระดับระดับดี (Davis, 1992 : 104)

3.3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความรู้โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร โดยใช้สูตร Kuder-Richardson Method (KR-20) ผลที่ได้ 0.56

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร โดยใช้สูตร Kuder-Richardson Method (KR-20) ผลที่ได้ 0.59

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

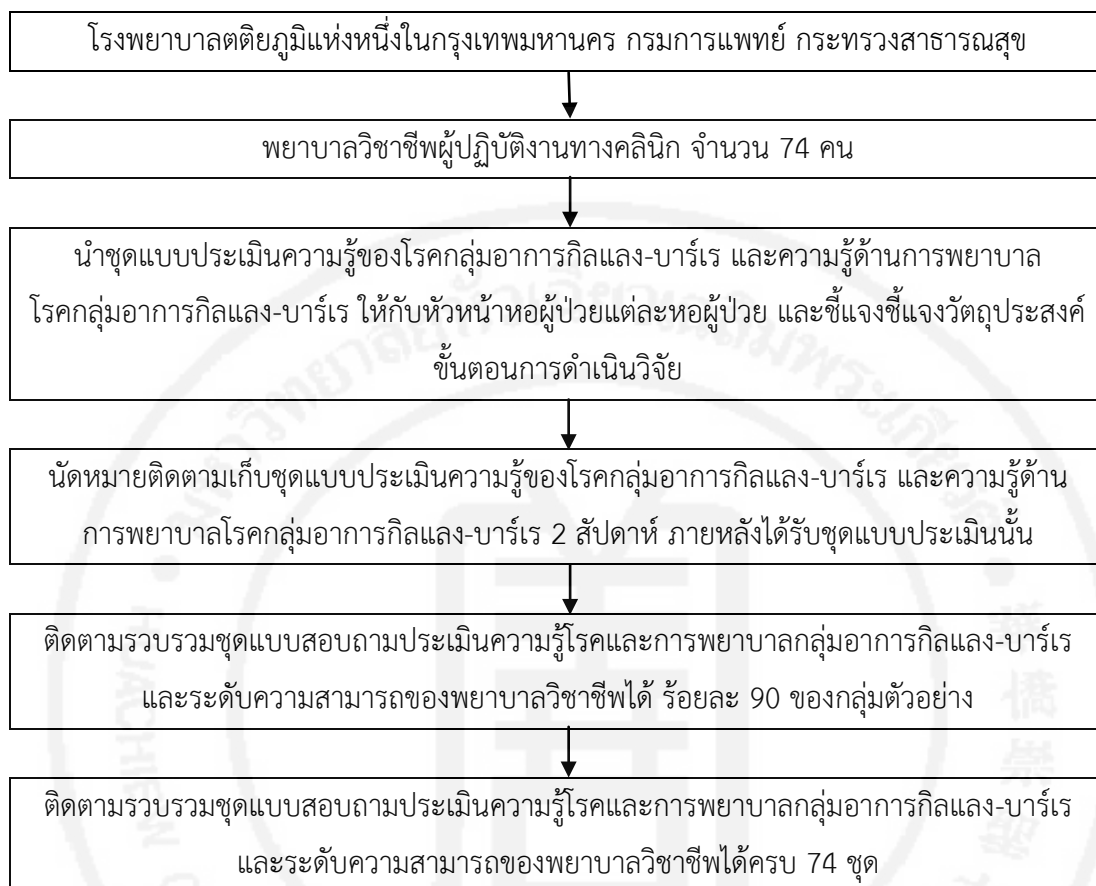
การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558–กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

1. ผู้วิจัยศึกษาความรู้จากงานวิจัยต่าง ๆ เอกสารและหนังสือ โรคและการพยาบาลในโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain Barre Syndrome) แนวคิดของเบนเนอร์ (Benner, 1984) ระดับความสามารถของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก เพื่อเป็นแนวทางในการแบ่งระดับความสามารถของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

2. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำวิจัยเข้าสู่ขั้นตอนการพิจารณาของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ว่าการวิจัยในครั้งนี้พิจารณาแล้วเห็นชอบ โดยสอดคล้องกับประกาศเสตซิงกิ โดยรับรองวันที่ 28 สิงหาคม 2558 เลขที่รับรอง อ.335/2558

3. เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย
4. ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของโรงพยาบาล โดยขั้นแรกผู้วิจัยนำโครงร่างการวิจัยเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล เมื่อคณะกรรมการฯ ดังกล่าวพิจารณาแล้ว มีมติอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ วันที่พิจารณาอนุมัติ วันที่ 9 ธันวาคม 2559 ที่สธ ๐๓๑๐(๑๓๗๐๐)/๑๑๘๖
5. เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินวิจัย ตลอดจนการขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
6. ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ให้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เพื่อขอความร่วมมือให้หัวหน้าหอผู้ป่วยแจกชุดแบบประเมิน ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ซึ่งในชุดแบบประเมินนั้นผู้วิจัยได้แนบเอกสารแนะนำตัว เอกสารชี้แจงขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมกับเอกสารเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 17 ชุด หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 14 ชุด หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 20 ชุด หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม จำนวน 7 ชุด และหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 16 ชุด และชี้แจงชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินวิจัย ตลอดจนการขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
7. ผู้วิจัยนัดหมายเก็บชุดแบบประเมิน ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรและรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร 2 สัปดาห์ ภายหลังจากได้รับชุดแบบประเมินนั้น
8. ผู้วิจัยรวบรวมชุดแบบประเมินซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรและรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ได้คิดเป็น ร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่าง นัดหมายอีก 1 สัปดาห์ ในการเก็บชุดแบบประเมินที่เหลือ
9. ผู้วิจัยรวบรวมชุดแบบสอบถามประเมินความรู้โรคและการพยาบาลกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพได้รับแบบสอบถามครบตาม จำนวน 74 ชุด (คิดเป็นร้อยละ 100 ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร)

แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล



3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. สถิตีสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' s Correlation Coefficient) ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวระหว่างระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

3.6 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อ และจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และได้รับหนังสืออนุมัติเลขที่ อ.335/2558 และสธ.๐๓๑๐ (๑๓๗๐๐)/๑๑๘๖ ให้ทำการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน ตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ถูกวิจัยเป็นอย่างมาก โดยผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนบเอกสารไปพร้อมกับแบบสอบถามพร้อมการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยในครั้งนี้ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจโดยการเซ็นยินยอม พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบในเรื่องต่อไปนี้

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ถูกเปิดเผยถึงแหล่งที่มาของรายบุคคล
2. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่เปิดเผยต่อบุคคลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้
3. ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทันทีที่สิ้นสุดการวิจัย
4. การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ในลักษณะของภาพรวมในการนำเสนอเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อจริงและใช้เป็นนามสมมติของผู้ให้ข้อมูล

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ซึ่งจะนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไป

4.2 ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก

4.3 ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก

4.4 ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก

4.5 ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=74)

ลักษณะส่วนบุคคล	n	ร้อยละ (%)
อายุ		
20 – 30 ปี	25	33.8
31 – 40 ปี	16	21.6
41 – 50 ปี	21	28.4
51 – 60 ปี	12	16.2
Mean = 38.35, S.D. = 10.21		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	63	85.1
ปริญญาโท	11	14.9
การได้รับการอบรม		
ได้รับ	71	95.9
ไม่ได้รับ	3	4.1

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ผู้นั้นอยู่ในกลุ่มอายุ 20-30 ปีอายุน้อยที่สุด คือ 23 ปี และอายุมากที่สุด คือ 58 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 38 ปี สำหรับการศึกษ ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.1 และได้รับอบรมหลักสูตรพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท ร้อยละ 95.9

4.2 ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก

ตารางที่ 2 ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)

ระดับความสามารถ	n	ร้อยละ (%)
ผู้เริ่มต้น (Novice)	18	24.3
ผู้เรียนรู้ (Advance beginner)	5	6.8
ผู้ปฏิบัติ (Competent)	7	9.5
ผู้ชำนาญ (Proficient)	8	10.8
ผู้เชี่ยวชาญ (Expert)	36	48.6

จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับความสามารถอยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.6 ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี รองลงมา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เริ่มต้น ร้อยละ 24.3 ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1 – 2 ปี

4.3 ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก

ตารางที่ 3 ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)

คะแนน	n	ร้อยละ (%)
9	5	6.8
10	7	9.5
11	14	18.9
12	11	14.9
13	2	16.2
14	13	17.6
15	11	14.9
16	1	1.4

จากตารางที่ 3 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 11-15 จำนวน 61 คน ร้อยละ 82.43 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับน้อย ช่วงคะแนน 6-10 จำนวน 12 คน ร้อยละ 16.22 ซึ่งคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 12.43 คะแนน S.D. = 1.86 โดยคะแนนต่ำสุด 9 คะแนน ร้อยละ 6.8 และคะแนนสูงสุด 16 คะแนน ร้อยละ 1.4

4.4 ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก

ตารางที่ 4 ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n=74)

คะแนน	n	ร้อยละ (%)
17	1	1.4
18	1	1.4
21	2	2.7
22	4	5.4
23	10	13.5
24	10	13.5
25	33	44.6
26	7	9.5
27	5	6.8
28	1	1.4

จากตารางที่ 4 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรอยู่ในระดับมาก ช่วงคะแนน 22-28 จำนวน 70 คน ร้อยละ 94.6 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 15-21 จำนวน 4 คน ร้อยละ 5.4 ซึ่งคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 24.39 คะแนน S.D. = 1.81 โดยคะแนนต่ำสุด คือ 17 คะแนน ร้อยละ 1.4 และคะแนนสูงสุด คือ 28 คะแนน ร้อยละ 1.4

4.5 ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (n=74)

ตัวแปร	1	2	3
1. ระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ	1		
2. ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร	.101	1	
3. ความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร	.133	.185	1

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 74 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และแบบประเมินความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ผลการศึกษามีดังนี้

ในการศึกษาวิจัยนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20 – 30 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 23 ปี และอายุมากที่สุดคือ 58 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 38 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.1 และได้รับอบรมหลักสูตรพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท ร้อยละ 95.9 สำหรับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.6 ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี รองลงมา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เริ่มต้น ร้อยละ 24.3 ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1 – 2 ปี ยิ่งไปกว่านั้น พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 11–15 จำนวน 61 คน ร้อยละ 82.43 รองลงมา มีความรู้ในระดับน้อย ช่วงคะแนน 6 – 10 จำนวน 12 คน ร้อยละ 16.22 ซึ่งคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 12.43 คะแนน S.D.=1.86 โดยคะแนนต่ำสุด 9 คะแนน ร้อยละ 6.8 และคะแนนสูงสุด 16 คะแนน ร้อยละ 1.4 ส่วนความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร อยู่ในระดับมาก ช่วงคะแนน 22–28 จำนวน 70 คน ร้อยละ 94.6 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 15 – 21 จำนวน 4 คน ร้อยละ 5.4 ซึ่งคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 24.39 คะแนน S.D. = 1.81 โดยคะแนนต่ำสุดคือ 17 คะแนน ร้อยละ 1.4 และคะแนนสูงสุดคือ 28 คะแนน ร้อยละ 1.4 จากการหาความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร พบว่าระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกกับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ไม่มีความสัมพันธ์กัน

5.2 อภิปรายผล

1. จากข้อมูลทั่วไป พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-30 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 23 ปี และอายุมากที่สุดคือ 58 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.1 และได้รับอบรมหลักสูตรพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท ร้อยละ 95.9 และความสามารถของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.6 ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี รองลงมา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เริ่มต้น ร้อยละ 24.3 ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1-2 ปี สามารถอธิบายได้ว่าโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะโรคของระบบประสาท ซึ่งจากราชกิจจานุเบกษา (2548) ได้กำหนดมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิว่า การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลมีความจำเป็นต้องคัดสรรบุคลากรอย่างเป็นระบบ พยาบาลทุกระดับมีคุณสมบัติและสมรรถนะที่เหมาะสมและการจัดอัตรากำลังเหมาะสมกับความต้องการการบริการพยาบาล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรที่ปฏิบัติงานทางคลินิกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยอัตรากำลังพยาบาลเป็นไปตามภาระการดูแลผู้ป่วยตามระดับความหนักเบาของผู้ป่วย ซึ่งพิจารณาตามประเภทของหอผู้ป่วย ชั่วโมงการพยาบาลต่อวัน และสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยตามเกณฑ์ ดังนี้ หอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวัน 6 ชั่วโมง และสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต่อผู้ป่วย 6 คน และหอผู้ป่วยหนัก (ผู้ใหญ่) จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวัน 12 ชั่วโมง และสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต่อผู้ป่วย 2 คน (ราชกิจจานุเบกษา. 2548) และจากการวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้จัดอัตรากำลังตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงทำให้พบว่าสัดส่วนของพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญมีจำนวนเป็นสองเท่าของจำนวนพยาบาลผู้เริ่มต้น ทั้งนี้เพราะจำนวนผู้ป่วยที่มีเพิ่มขึ้นทุกปี จึงทำให้มีความต้องการพยาบาลระดับผู้เริ่มต้นเข้ามาปฏิบัติงานทางคลินิกเพิ่มมากขึ้นทั้งนี้เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

2. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 11 – 15 จำนวน 61 คน ร้อยละ 82.43 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับน้อย ช่วงคะแนน 6 – 10 จำนวน 12 คน ร้อยละ 16.22 โดยคะแนนต่ำสุด 9 คะแนน ร้อยละ 6.8 และคะแนนสูงสุด 16 คะแนน ร้อยละ 1.4 จากการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรในประเทศไทยพบในจำนวนไม่มากนัก ซึ่งช่วงปี พ.ศ. 2546–2551 พบผู้ป่วย จำนวน 68 ราย เป็นเพศชาย 45 ราย เพศหญิง 23 ราย อายุเฉลี่ย 44 ปี (พาวุฒิ เมฆวิชัย. 2554) เพราะฉะนั้นความรู้เรื่องโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรจึงไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มากนัก ทำให้พบว่าพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 ราย ซึ่งได้แก่ พยาบาลระดับผู้ปฏิบัติ 3 ราย พยาบาลระดับผู้ชำนาญ 1 ราย และพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ 1 ราย ที่มีความรู้เรื่องโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ระดับน้อย

แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกทั้ง 5 ระดับ ส่วนใหญ่มีความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรในระดับปานกลางถึงระดับมาก มีความเป็นไปได้ว่าพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสั่งสมประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทำให้สามารถที่จะประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรได้ สอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ที่กล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้มีความสามารถในการปฏิบัติงานด้วยความตระหนักรู้ วิเคราะห์ แก้ไขปัญหาและเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้

3. ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรอยู่ในระดับมาก ช่วงคะแนน 22-28 จำนวน 70 คน ร้อยละ 94.6 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 15 – 21 จำนวน 4 คน ร้อยละ 5.4 ซึ่งคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 24.39 คะแนน S.D. = 1.81 โดยคะแนนต่ำสุด คือ 17 คะแนน ร้อยละ 1.4 และคะแนนสูงสุด คือ 28 คะแนน ร้อยละ 1.4) จากการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรเป็นโรคที่พบได้น้อย ทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกได้มีโอกาสให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรน้อยตามไปด้วย จากการวิจัยในครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทางคลินิกอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล พยาบาลต้องมีความชำนาญ และมีความสามารถเฉพาะการดูแลผู้ป่วย ต้องเป็นแบบอย่างที่ดี (อรอนงค์ คุ้มกลิ่นวงษ์. 2551) บุคลากรทุกระดับมีความตื่นตัว มีความมุ่งมั่นและพัฒนาคุณภาพการให้บริการ (ดารุณี จันถาไชย. 2551) มีระบบพยาบาลพี่เลี้ยงช่วยสอน ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์สำหรับพยาบาลใหม่หรือย้ายเข้ามาทำงานใหม่ ประเมินโดยพิจารณาการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหลัก (มีนา เกาทัณฑ์ทอง และ ยุพิน อังสุโรจน์. 2551) ดังนั้นจึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรอยู่ในระดับมาก

4. จากการหาความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร พบว่า ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกกับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ทศนีย์ ทองประทีป และคณะ. (2557) ที่พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าระดับความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นวภรณ์ ต้นแสง (2542) ที่มีการศึกษาใกล้เคียงกัน คือ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ต่างกัน มีการปฏิบัติงานในภาพรวมไม่ต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า จำนวนของกลุ่มตัวอย่างอาจยังไม่เพียงพอในการนำมาประมวลผล แม้ว่าในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรทั้งหมดแล้ว ซึ่งในอนาคตสามารถที่จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากพอที่จะศึกษาต่อไป และจากการพิจารณาการตรวจสอบ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่าเครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นในระดับต่ำถึงแม้ว่าจะได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งอยู่ในระดับมากก็ตาม ในอนาคตจึงควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่จะนำไปใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับการหาความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรต่อไป

การวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมการพยาบาลขั้นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและศัลยศาสตร์และการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว แต่ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรอาจยังมีไม่เพียงพอ ซึ่งโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรเป็นโรคเฉพาะทางระบบประสาทที่ควรให้พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรโดยเฉพาะ ได้รับการอบรม และเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และสอดคล้องกับการศึกษาที่ใกล้เคียงกันของ อูรา แสงเงิน และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับต่ำ มีคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับสูง แม้ว่าพยาบาลทุกคนได้ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพแล้วก็ตาม แต่หลักการขั้นตอนมีการปรับปรุงหากพยาบาลไม่ได้ติดตามความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง และหากไม่ได้กลับไปทบทวนหลักทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เมื่อเวลาผ่านไปก็ทำให้ไม่มีความรู้เพียงพอที่จะตอบคำถามได้ถูกต้อง ทำให้คะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับสูง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ รักรักษาผู้ป่วยโรคซับซ้อน พยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ วิกฤติ ฉุฉฉิน และอายุรกรรม จึงมีโอกาสในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพบ่อยครั้ง ทำให้มีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับสูง ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ ขนิษฐา และคณะ (2554) ที่ศึกษาผลของโครงการอบรมความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า หลังเข้ารับการอบรมพยาบาลมีระดับความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการอบรม ดังนั้น พยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาความรู้ให้ทันโรค ทันเหตุการณ์ เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักการพยาบาล. 2545) ในอนาคตจึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านความรู้และการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และเมื่อได้ศึกษาถึงลงไป (ภาคผนวก จ) โดยศึกษาในพยาบาลแต่ละระดับแล้ว พบว่า พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เชี่ยวชาญก็ยังคงมีคะแนนรวมในเรื่องความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลอยู่ในกลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าพยาบาลระดับผู้เริ่มต้น และอาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพระดับผู้เริ่มต้นเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษามาได้ไม่นานเท่าพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ จึงทำให้ยังพอมีความรู้ที่ได้จากการศึกษาที่ผ่านมา ในขณะที่เดียวกันพยาบาลวิชาชีพระดับผู้เชี่ยวชาญก็ใช้ประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติงาน และความรู้จากการที่ได้รับการฝึกอบรม จึงทำให้คะแนนที่ได้ในเรื่องความรู้ของ

โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน เช่นเดียวกับความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เชี่ยวชาญทำคะแนนรวมได้สูงกว่าเป็นจำนวนมาก พยาบาลระดับผู้เริ่มต้น จึงทำให้การศึกษาในครั้งนี้ผลที่ออกมาจึงไม่พบความสัมพันธ์กัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วสนันท์ แสนใจงามวรภัทร์ (2555) พบว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของ จาริตรี กุลศิริปัญญา และคณะ (2555) ที่กล่าวว่า ประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและสนับสนุนการศึกษาของ ปาณิสรา คำพุ่ม (2555) พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติในทางบวก ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Benner (1984) ที่กล่าวว่า ผู้เชี่ยวชาญ (Expert) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี เป็นผู้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าระดับผู้ชำนาญ จากการมีประสบการณ์สามารถคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ แม้ไม่มีข้อมูลหรือสิ่งแสดงใด ๆ ปรากฏให้เห็นชัดเจน เชื่อมโยงความคิดและคาดการณ์ได้ว่าอาจจะเกิดปัญหาอะไรตามมา สามารถตัดสินใจทางคลินิกได้ดี และรวดเร็ว ป้องกันและแก้ไขไม่ให้เกิดปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ สามารถเข้าใจและมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติ เพราะเป็นสัญญาณซึ่งเกิดจากประสบการณ์และเคยพบสถานการณ์ที่คล้ายคลึงมาก่อน สามารถบริหารจัดการ สอน ชี้แนะรวมทั้งเป็นแบบอย่างแก่พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่าได้เป็นอย่างดี

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการทางคลินิกควรได้รับการส่งเสริมให้ได้รับความรู้โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร เนื่องจากจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและมีความทันต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีมากยิ่งขึ้น

2. ด้านการวิจัย ควรมีการกระตุ้นให้มีการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรมากยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาความรู้ต่อยอดสำหรับพยาบาลวิชาชีพเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรทั้งหมด แต่จำนวนทั้งหมดนี้ยังคงน้อยและอาจส่งผลต่อผลการวิจัย

บรรณานุกรม

- กาญจนา โล่ห์ประเสริฐ. (2540) **รูปแบบการสื่อสารความพึงพอใจในการสื่อสารความพึงพอใจในงานกับความสามารถในการปฏิบัติ งานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลตำรวจ.** วิทยานิพนธ์ นศ.ม. (สาขานิเทศศาสตร์พัฒนาการ) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2554) **การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. (2553) **ประสาทวิทยาทันสมัย (Modern neurology)** กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กึ่งกาญจน์ ใจซื่อกล, ชื่นจิตร โพธิศัพทสุข และวัชรพร เขยสุวรรณ. (2557) “ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกลุ่มการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ประจำการโรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 4” ใน **เอกสารการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2.** ณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 18 พฤษภาคม 2557. หน้า 38-49. นนทบุรี : สำนักวิจัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เกียรติคุณ ไกรพิบูลย์ และพวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557) “กลุ่มอาการจีบีเอส กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (GBS หรือ Guillain-Barre syndrome)” **วารสารระบบประสาท.** 6 หน้า 25-38.
- ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ. (2554) “ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล” **รามาริบัติพยาบาลสาร.** 17 (1) หน้า 126-140.
- คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. (2553) **คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี (2).** นนทบุรี : สำนักงานประสานการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ กองควบคุมยาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
- จงจิต เสน่หา. (2553) **ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป : กลุ่มอาการ Guillain Barre.** กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารีศรี กุลศิริปัญญา และคณะ. (2555) **ความรู้สึกรู้สึกในตนเองและความผูกพันต่อองค์กรเอกชน สายสุขภาพ กรณีศึกษา : สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่อายุสูง) กาญจนบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ดารุณี จันถาไชย. (2551) **อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานต่อความสามารถในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 11. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์) นนทบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.**
- เดชทัต อัครธนาภักษ์, วราภรณ์ คงสุวรรณ และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (May - August 2014) “ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่” *Songklanagarind Journal of Nursing*. 34 (2) หน้า 103-115.
- ทัศนาศ บุญทอง. (2543) **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ศิริยอด.**
- ทัศนีย์ ทองประทีป และคณะ. (2557) “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร” *วารสารสภาการพยาบาล*. 16 (4) หน้า 12-27.
- นงนุช ภัทรารคร. (2538) **สถิติการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาสน์.**
- นงพงา ปันทองพันธุ์. (2542) **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการภาวะผู้นำและการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความสามารถในการปฏิบัติ งานของพยาบาลประจำการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาบริหารการพยาบาล) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- นวกรณ์ ตันเส็ง. (2542) **ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สาขาวิชาเอกบริหารการศึกษา) สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทักษิณ.**
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540) **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และปกเจริญผล.**
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2547) **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.**
- บุษบงค์ ตุ่มสวัดี. (2556) **สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ปาณิสรา คำพุดม. 2555. **สมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการจัดการพยาบาล) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ฝ่ายเวชระเบียน สถาบันประสาทวิทยา. (2557) **สถิติผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประสาทวิทยา.
- พันทิพย์ จอมศรี และคณะ. (2553) “การรับรู้เกี่ยวกับหลักการพยาบาลของพยาบาลในประเทศไทย” **วารสารการพยาบาล**. 25 (1) หน้า 27-37.
- พาวุฒิ เมฆวิชัย. (2554) “ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการ Guillain Barre ในโรงพยาบาลมหาราช” **วารสารอายุรศาสตร์**. 10 (2) หน้า 27-33.
- มีนา เกาทัณฑ์ทอง และยุพิน อังสุโรจน์. (2551) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเป็นอิสระ ในการปฏิบัติงานของพยาบาล การได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจในงานกับการปฏิบัติงาน ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร” **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 20 (3) หน้า 95-109.
- รัชนี พงนา และคณะ. (2545) “ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถ ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์” **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 25 (2-3) หน้า 20-26.
- วสนันท์ แสนใจงามวรภัทร์. (2555) **ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการจัดการพยาบาล) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วโรรัถย์ ตีระละ. (2553) **ประสบการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ขั้นสูง) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วารุณี ตั้งสถาเจริญพร, ธาณี แก้วธรรมานุกุล และอัจฉราพร ศรีภูษณาพรรณ. (2555) “ความสามารถ ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” **วารสารพยาบาลสาร**. 39 (4) หน้า 152-168.
- รุจิวรรณ ยมศรีเคน. (2550) **ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) ขอนแก่น

: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศิริชัย กาญจนวาสี, ดิเรก ศรีสุขโข และทวิวัฒน์ ปิตยานนท์. (2535) **การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัถย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2551) **รายงานการวิเคราะห์เอกสารเบื้องต้นเรื่องความต้องการการบริการผู้ดูแลสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบบริการพยาบาล**. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2556) **การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท. ใน เอกสารประกอบการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ รุ่นที่ 44**. หน้า 82 – 90. กรุงเทพมหานคร : ฝ่ายการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา.
- สิริลักษณ์ อยู่เย็น. (2552) **การปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสมุทรสาคร**. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543) **การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- _____. (2544) **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์การพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมจิต จันทร์บาง, ศุภร วงศ์วาทัญญู และสุภาพ อารีเอื้อ. (2556) “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยศัลยกรรมสมอง” **รามาริบัติพยาบาลสาร**. 19 (20) หน้า 264-276.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2553) “กลุ่มอาการกิลแลงบาร์เร โรคจีบีเอส (Guillan Barre syndrome : GBS)” **North - Eastern Thai Journal of Neuroscience**. 3 (6) หน้า 86-92.
- สารนิตี บุญประสพ. (กรกฎาคม – ธันวาคม 2555) “อาการหายใจลำบาก : บทบาทของพยาบาล Dyspnea : the Role of a Nurse” **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 6 (2) หน้า 1-11.
- สี่บสาย คงแสงดาว. (2553) “แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคระบบประสาทส่วนปลายที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ” ใน **อายุรศาสตร์ราชวิถี Best practice in clinical medicine 2010**. ประเสริฐ ธนกิจจารุ และคณะ, บรรณาธิการ. หน้า 177-93. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพเวชสาร.
- สุภารัตน์ ไวยชีตา. (2549) **New trend in pediatric critical care nursing**. กรุงเทพมหานคร : ดีไซร์.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553) “Acute dyspnea in the I.C.U.” **วารสารเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย**.

17 (1) หน้า 17-21.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุวรรณมา จันทร์ประเสริฐ. (2555) “คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป : กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” **วารสารสภาการพยาบาล**. 27 (1) หน้า 25-38.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552) **สถิติสาธารณสุข**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- อรรชรณ ชันสำรี. (2552) **สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลรัฐ**. พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอนงค์ คุ่มกลีวงษ์. (2551) **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลสถาบันประสาทวิทยา**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อุรา แสงเงิน, สุพัตรา อุปนิสากร และทิพมาส ชินวงศ์. (2555) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์” **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 32 (1) หน้า 1-10.
- Alshekhlee A et al. (2004) **Guillain-Barré syndrome incidence and mortality rates in US hospital**. Department of Clinical Neurophysiology.
- ASIA Pacific Immunoglobulins in Neurology Advisory Board. (2008) **Bringing Consensus to the Use of IVIg in Neurology** : Expert Consensus Statements on the Use of IVIg in Neurology. 2nd ed. ASIA Pacific Immunoglobulins in Neurology Advisory Board.
- Aiken, L., Havens, D. and Sloane, D. (2009) “The Magnet nursing services recognition program a comparison of two groups of Magnet hospitals” **JONA**. 39 (7-8) page 5-14.
- Bianca van den Berg et al. (2014) **Guillain-Barré syndrome : pathogenesis, diagnosis, treatment, and prognosis**. Department of Clinical Neurophysiology (J.D.), Erasmus MC University Medical Centre Rotterdam.
- Bakas, T et al. (2002) “Needs, Concerns, Strategies and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge” **Journal of Neuroscience Nursing**. 34 page 242-25.
- Benner, P. (1982) “From novice to expert American” **Journal of Nursing**. 82 (3)

Page 402-407.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Buzzigoli SB et al. (2010) “Plasmapheresis treatment in Guillain-Barré syndrome : potential benefit over intravenous immunoglobulin” **Anaesth Intensive Care** Mar. 38 (2) page 387-9.
- Claire M. White, Hadden RD and Robert-Lewis SF. (2015) **Observer blind randomised controlled trial of a tailored home exercise programmer versus usual care in people with stable inflammatory immune mediated neuropathy.** BMC Neurology.
- D. Rebecca Prevots and Roland W, Sutter. (2016) **Assessment of Guillain-Barré syndrome Mortality and Morbidity in the United States : Implications for Acute Flaccid Paralysis Surveillance.** National Immunization Program, Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, Georgia
- Davis. L. L. (1992) “Building a science of caring for caregivers” **Community Health.** 15 (2) page 1-9.
- Davidson I et al. (2009) “Physiotherapy and Guillain-Barré syndrome : results of a national survey” **Physiotherapy.** 95 (3) page 157-163.
- Dreyfus, S and Dreyfus, H. (1980) **A five stage model of the mental activities involved in Directed skill acquisition.** Unpublished report supported by the Air Force Office of scientific Research, University of California Berkley.
- Elovaara I et al. (2008) **EFNS guidelines for the use of intravenous immunoglobulin in treatment of neurological diseases :** EFNS task force on the use of intravenous immunoglobulin in treatment of neurological diseases.
- Endo K et al. (2013) “An adult Guillain-Barré syndrome patient with enhancement of anterior roots on spinal MRI and severe radicular pain relieved” by **intravenous methylprednisolone pulse therapy.** A case report Rinsho Shinkeigaku. Page 543-50.
- Gast K et al. (1992) “Application of dynamic light scattering to studies of protein folding kinetic” **Eur Biophys I.** 21(5) page 357-362.
- Good, C. V. (1985) **Dictionary of Education.** New York : Mc Grew-Hill.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Haldeman D and Zulkosky K. (2005) "Treatment and nursing care for a patient with Guillain-Barré syndrome" **Dimens Crit Care Nurs.** 24 (6) page 267-72.
- Hughes RA, Cornblath DR. (2005) "Guillain-Barré syndrome" **Lancet.** 366 (9497) page 1653-1666.
- Jeremy H. Rees et al. (1995) "Campylobacter Jejuni Infection and Guillain-Barré syndrome" **The New England Journal of Medicine.** 21 (333) page 1374-379.
- Kell -Thomas, K. J. (1998) **Clinical and Nursing Staff Development : Current Competence, Future Focus.** 2nd ed. Philadelphia : Lippincott.
- Khaled Saad et al. (2016) "A comparison between plasmapheresis and intravenous immunoglobulin in children with Guillain-Barré syndrome in Upper Egypt" **There Adv Neurol Disord.** 9 (1) page 3-8.
- Kristin Brousseau, David Arciniegas and Susie Harris. (2008) **Pharmacologic management of anxiety and affective lability during recovery from Guillain-Barré syndrome : some preliminary observations.** *Neuropsychiatr Dis Treat.*
- Kim S and Shin G. (2016) "Effects of nursing process-based simulation for maternal child emergency nursing care on knowledge, attitude, and skills in clinical nurses" **Nurse Educ Today.** 37 page 59-65.
- Larson et al. (2005) "Worldwide phylogeography of wild boar reveals multiple centers of Pig domestication" **Science.** 307 (5715) page 1618-1621.
- Lachman, V. D. (1984) "Increasing productivity through performance evaluation" **Journal of Nursing Administration.** 14 page 7-13.
- Lesly A. Kelly, Matthew D. McHugh, and Linda H. Aiken. (2011) "Nurse Outcomes in Magnet and Non-Magnet Hospitals" **J Nurs Adm.** 4 (10) page 428-433.
- Nobuhiro Yuki, M. D., Ph.D., and Hans-Peter Hartung, M. D. (2012) "Guillain-Barré syndrome" **The New England Journal of Medicine.** 366 page 2294-2304.
- Pieter A van Doorn, Liselotte Ruts and Bart C Jacobs. (2003) **Clinical features, pathogenesis and treatment of Guillain-Barré syndrome.** Department of Neurology, Gravendijkwal.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Pithadia AB and Kakadia N. (2010) "Guillain-Barré syndrome (GBS)" **Pharmacol Rep.** 62 (2) page 220-32.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2008) **Nursing research : Generating and assign evidence for nursing practice.** 8th ed. Philadelphia : Lippincott.
- Raphael JC et al. (2012) **Guillain-Barré syndrome.** Cochrane Database.
- Royal E, Reynolds FA and Houlden H. (2009) **What are the experiences of adults returning to work following recovery from Guillain-Barré syndrome? An interpretative phenomenological analysis.** *Disabil Rehabil.*
- Mc Cormick, E. J., and Ilgen, D. R. (1985) **Industrial and Organization Psychology.** 8th ed. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Morgan C and Wakerley B. (2015) "Acute peripheral weakness and suspected Guillain-Barré syndrome" **Br J Hosp Med (Lond).** 76 (12) page 178-181.
- Muhammad Naveed Babur, Farrukh Shahzad and Waqar Ahmed Awan. (2014) "Original Article Impact of Guillain Barré syndrome On Psychosocial Functioning's of Patients In Islamabad" **Pakistan Journal Of Neurological.** 9 (2) page 9-11.
- Schneider, H. L. (1979) **Evaluation of Nursing Competent.** Boston : Little, Brown.
- Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G., and Osborn, R. N. (1995) **Basic Organizational Behavior.** New York : John Wiley.
- Shelley M. Zansky et al. (2011) **Guillain-Barré syndrome Surveillance during National Influenza Vaccination Campaign.** New York, USA.
- Swansburg, R. C. (1995) **Nursing Staff Development.** A Component of Human Research Development. Boston : Jones and Bartlett.
- Tarek Sharshar et al. (2012) **Relevance of anxiety in clinical practice of Guillain-Barré Syndrome : a cohort study.** *BMJ Open.*
- Van Doorn, P. et al. (2008) "Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome" **Lancet neurol.** 7 page 939-950.
- Walling AD. and Dickson G. (2013) "Guillain-Barré syndrome" **American Family Physicain.** 3 (87) page 191-197.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Weiss H et al. (2005) **Psychotic symptoms and emotional distress in patients with Guillain-Barré syndrome.** Eur Neuro.
- Winer JB. (2008) "Treatment of Guillain-Barré syndrome" **QJM.** 95 (11) page 717-21.
- Willison HJ. (2005) "The immunobiology of Guillain-Barré syndromes" **J Peripher Nerv Syst.** 10 (2) page 94-112.
- Wood, D. J. (1991) "Corporate Social Performance Revisited" **Academy of Management Review.** 16 page 691-718.
- Ye Y et al. 2010. "Clinical and electrophysiological features of the Guillain-Barré syndrome epidemic in northeast China" **Muscle Nerve.** 42 (3) page 311-4.
- Yuki, N., and Hartung, H. (2012) "Guillain-Barré syndrome" **N Engl J Med.** 366 page 2294 -2304.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

(Certificate of Exemption)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 28 สิงหาคม 2558

ชื่อเรื่อง ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพความรู้ของ โรคกลุ่มอาการ
กิลแลง-บาร์เรและความรู้ด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวบุษกร แก้วเขียว

คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศ
เขตชงิกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จรียาวัตร คมพัยค์ม์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 28 สิงหาคม 2558

เลขที่รับรอง

อ.335/2558

วันที่ให้การรับรอง: 28 สิงหาคม 2558

วันหมดอายุใบรับรอง: 27 สิงหาคม 2560




เอกสารเลขที่ ...007.../2559

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

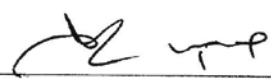
โครงการวิจัย	ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถและความรู้เกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของ พยาบาลวิชาชีพ และความรู้ด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร
หมายเลขโครงการ	58046
ผู้วิจัยหลัก	น.ส.บุษกร แก้วเขียว
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ	1. แบบเสนอโครงการวิจัย (6 ตุลาคม 2558) 2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร (13 ตุลาคม 2558) 3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (13 ตุลาคม 2558) 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล (6 ตุลาคม 2558)
วันที่พิจารณาอนุมัติ	9 ธันวาคม 2558

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณา
โครงการวิจัยฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบัน
ประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก



(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการ



(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

กรรมการและเลขานุการ

รับรองตั้งแต่วันที่

9 ธันวาคม 2558

ถึงวันที่

8 ธันวาคม 2559

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดิฉัน นางสาวบุษกร แก้วเขียว เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูล ถ้าท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับแบบสอบถามถึงข้อมูลทั่วไปของท่าน แบบประเมินความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

ดิฉันขอรบกวนเวลาของท่านเล็กน้อยเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความรู้นี้ โดยข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบของการวิเคราะห์ในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยรายชื่อ

ที่สำคัญที่สุด การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ก็ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากทุกท่านที่กรุณาสละเวลา จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

บุษกร แก้วเขียว

ลงชื่อ

ผู้วิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวบุษกร แก้วเขียว

ที่อยู่ติดต่อ สถาบันประสาทวิทยา 312 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ 02-3069899 ต่อ 2106

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้า จึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบประเมินความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

ข้าพเจ้า ได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

พยาน

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนา มาศเกษม
 การศึกษาสูงสุด : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 ตำแหน่งปัจจุบัน : ผู้ช่วยศาสตราจารย์
 ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท
2. อาจารย์ฉวีวรรณ ตั้งอมตะกุล
 การศึกษาสูงสุด : วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
 ตำแหน่งปัจจุบัน : อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
 ที่ทำงานปัจจุบัน : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. นางสาวสมร บริสุทธิ์
 การศึกษาสูงสุด : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 ตำแหน่งปัจจุบัน : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 (รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล)
 ที่ทำงานปัจจุบัน : สถาบันประสาทวิทยา
4. นางสาวประไพ บุญย์เจริญเลิศ
 การศึกษาสูงสุด : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 ตำแหน่งปัจจุบัน : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 (หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา)
 ที่ทำงานปัจจุบัน : สถาบันประสาทวิทยา
5. นางภัชราภร บุญรักษ์
 การศึกษาสูงสุด : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 ตำแหน่งปัจจุบัน : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 (หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารประสาทวิทยา)
 ที่ทำงานปัจจุบัน : สถาบันประสาทวิทยา

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรและความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการ
กิลแลง-บาร์เร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลตามสภาพจริง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุปี (เดือนปี พ.ศ.)
2. ท่านได้รับการศึกษาสูงสุดระดับใด
(....) 1. ปริญญาตรี (....) 2. ปริญญาโท (....) 3. ปริญญาเอก
3. ท่านเคยได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระบบประสาทหรือไม่
(....) 1. ไม่เคย (....) 2. เคย
4. ถ้าท่านเคยได้รับการอบรมหลักสูตรระยะสั้น โปรดระบุ
ชื่อหลักสูตร.....
ระยะเวลาอบรมปี เดือน
5. ท่านมีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยระบบประสาทปี เดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. อาการอ่อนแรงเฉียบพลันเป็นอาการที่เริ่มจากการมีอาการชาจากขาทั้ง 2 ข้างพร้อมกันและชาลุกลามมาลำตัวและแขน 2 ข้าง ซึ่งเป็นลักษณะทางคลินิกที่เด่นของผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร		
2. โรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร พบความผิดปกติที่เกิดกับ Schwann cell และมีการทำลายของ Axon		
3. Classic GBS ที่เกิดขึ้นคือมีการสูญเสียปลอกหุ้มประสาทไมอีลิน (Demyelinating)		
4. Acute motor axonal neuropathy (AMAN), Acute motor and sensory axonal neuropathy (AMSAN), Miller–Fisher syndrome เป็นชนิดของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร		
5. การสูญเสีย Reflex มักพบว่าเกิดจากภาวะอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจหรือระบบทางเดินอาหารนำมาก่อน 1-3 สัปดาห์		
6. การได้รับวัคซีนเช่น BCG, Tetanus toxoid, MMR, Polio vaccine ฯลฯ ไม่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร		
7. ความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (Facial nerve) ชนิด Supranuclear คือ มีอัมพาตของใบหน้าซีกเดียวกับพยาธิสภาพ ไม่สามารถหลับตา ยกคิ้ว ขมวดคิ้ว ยิงฟัน หรือทำปากจู๋ได้		
8. ความผิดปกติของประสาทสมองคู่ที่ 9 (Glossopharyngeal nerve) ในโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร จะมีอาการปวดต้นคอ หรือต่อมทอลซิลอักเสบ		
9. ความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (Vagus Nerve) คือ อาการกลืนลำบาก เสียงค่อย เปล่งเสียงไม่ดัง เสียงแหบ เป็นที่กำเริบขึ้นกับผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร		
10. เมื่ออาการของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ลุกลามระบบประสาทอัตโนมัติ ผู้ป่วยจะอาจมีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตไม่คงที่ เหงื่อออกมาก ปัสสาวะมาก การดูดซึ่มอาหารลดลง		
11. ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรที่มีอาการลุกลามระบบประสาทส่วนกลาง พบว่ามีอาการเดินเซ พุดตะกุกตะกัก		
12. เมื่อตรวจน้ำไขสันหลังของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร จะพบโปรตีนในน้ำไขสันหลังมีระดับสูง จำนวนโมโนนิวเคลียร์ผิดปกติ		

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	ถูก	ผิด
13. ระดับโปรตีนในน้ำไขสันหลังช่วง 1-3 วันแรก หลังมีอาการจะปกติ (15-45 มิลลิกรัมต่อ 100 ซีซี) และจะเริ่มสูงขึ้นหลังมีอาการ 1 สัปดาห์แรก และพบโปรตีนสูงขึ้นในสัปดาห์ที่ 2		
14. การตรวจหาความผิดปกติของกล้ามเนื้อ (Electromyography) พบว่า ความไวของการนำกระแสประสาทลดลงร้อยละ 60 ของปกติ พบ Slow F-wave และ Low voltage potential		
15. การรักษาผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ที่ให้ผลดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ การให้ยา Corticosteroid การให้ Immuno globulin และ/หรือการทำ Plasmapheresis		
16. การทำ Plasmapheresis เป็นขบวนการรวมกันของน้ำเลือดหรือ Plasma ที่มี Antibody ออกจากน้ำเลือดของผู้ป่วยแล้วทดแทนด้วย Albumin หรือ Fresh frozen plasma		
17. เหตุผลที่ใช้การทำ Plasmapheresis เพราะมีความเหมาะสมกับอัตราส่วนและระดับของ Antiperipheral nerve myelin IgM antibody ที่พบใน Serum ของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร โดยระดับของ IgG antibody ดังกล่าวมีความสำคัญกับการดำเนินโรค		
18. Immunoglobulin G ได้จากการสกัดด้วย Cold ethanol และ Chromatography หลังจากนั้นกรองผ่าน Ultrafiltration โดยพลาสติกทั้งหมด ก่อนที่นำมาเตรียมเป็น Immunoglobulin G		
19. Immunoglobulin เป็นยาที่ให้ภูมิคุ้มกันแบบ Passive โดยเพิ่ม Antibody titer และศักยภาพของปฏิกิริยา Antigen-Antibody ในแต่ละคน		
20. ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร จะรักษาโดยการ ให้ Immuno globulin พร้อมกับการทำ Plasmapheresis		

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านการพยาบาลโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

ข้อความ	ถูก	ผิด
ระบบหายใจ		
1. ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรต้องได้รับการประเมินการหายใจ โดยการตรวจวัด Vital capacity, Tidal volume หรือ Minute volume ถ้า Vital capacity ลดน้อยลงกว่า 15 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ค่า PaO ₂ ลดลงน้อยกว่า 70 มม.ปรอท แสดงว่าผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือในการหายใจอย่างทันท่วงที		
2. เมื่อพบผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว รีบรายงานแพทย์ทันทีและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้พร้อม เช่น Endotracheal tube, Self inflating bag, laryngoscope และเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น		
3. ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องวัด Tidal volume ใน Mode IMV, SIMV หรือ PSV วัดทั้ง Tidal volume จากเครื่อง และ Spontaneous tidal volume ด้วยเปรียบเทียบ Inhale และ Exhaled tidal volume ถ้าไม่ใกล้เคียงกันต้องตรวจดูมีการรั่วของลมออกจากระบบหรือไม่		
4. ผู้ป่วยที่กำลังหย่าเครื่องช่วยหายใจจำเป็นต้องวัด Spontaneous tidal volume และ Vital capacity		
5. ผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจและสามารถนำท่อช่วยหายใจออกได้สำเร็จแล้ว ควรมีการประเมิน Vital capacity ต่อไป		
ระบบกล้ามเนื้อ		
6. ควรประเมินความสามารถการเคลื่อนไหวที่มาด้วยอาการอ่อนแรง รู้สึกซ่า ๆ ที่ขา อ่อนแรงปวดเปื่อยกล้ามเนื้อทั้งสองข้างไม่สมดุลกัน		
7. ควรประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่มีอาการเหน็บชา เจ็บปวดปลายแขนและขา ปวดกล้ามเนื้อ กัดเจ็บบริเวณไหล่ สะโพกและโคนขาอาการปวดคล้ายเป็นตะคริวและรุนแรงถึงขั้นต้องได้รับยาแก้ปวด		
8. ควรประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร ชนิดต่าง ๆ ได้แก่ Ascending GBS, Descending GBS, Milor Fisher, Variant Pure motor, Inflammatory craina, Relapsing and Chronic progressive		

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ถูก	ผิด
9. ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับช่วยเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ช่วยนวดปุ่มกระดูก เช่น บริเวณข้อศอก ตาตุ่ม ก้นกบ และบริเวณปุ่มอื่น ๆ ที่อยู่ในตำแหน่งการกด		
10. การทำ Active exercise โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายด้วยตนเองในอวัยวะที่สามารถออกกำลังกายได้ เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้าให้กระดิกบ่อย ๆ หรือใช้วิธีกำผ้าอุกรณ์ที่นุ่มๆ		
ระบบขับถ่าย		
11. ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะดูแลให้สายสวนปัสสาวะทำงานในระบบปิด และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อลดการติดเชื้อ		
12. เมื่อนำสายสวนปัสสาวะออก ประเมินการถ่ายปัสสาวะในเวลา 6-8 ชั่วโมง ประเมิน Residual urine ถ้ามากกว่า 100 cc. และไม่สามารถขับปัสสาวะออกเองได้ ต้องคาสายสวนปัสสาวะต่อและประเมินในระยะต่อไป		
13. ไม่ให้ยาระบายในผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร เนื่องจากตัวโรคทำให้ Sphincter ขยายตัวอยู่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการถ่ายเหลว		
14. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีกากใยในปริมาณที่มากพอเพื่อช่วยในการขับถ่าย		
การให้ยา Immuno globulin		
15. การบริหารการให้ยา Immunoglobulin (IVIG) Dose (0.4gm./kg./day) ด้วยเครื่องหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 5 วัน First 30 minutes (0.6 cc./kg./hr.) Following minutes (2.4cc./kg./hr.)		
16. เมื่อได้ยามาแล้วต้องแช่ไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 2 – 8 องศาเซลเซียส โดยมีบางผลิตภัณฑ์ แนะนำให้เก็บที่อุณหภูมิไม่เกิน 25 และ 30 องศาเซลเซียส เมื่อนำออกจากตู้เย็น ต้องรีบใช้ทันที		
17. ติดตามปฏิกิริยาอันเกิดจากการให้ยาทั้งระหว่างให้ยาและหลังการให้ยา หยุดการให้ยาเมื่อพบอาการแสดงของปฏิกิริยา ดังกล่าว คือ มีไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน และช็อค		
18. วัดสัญญาณชีพก่อนให้ยา และทุก 15 นาที 2 ครั้ง ทุก 30 นาที 1 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง จนยาหมด และวัดอีก 1 ครั้ง หลังยาหมด 60 นาที (สังเกตว่ามีความดันโลหิตตก ชีพจรเร็วขึ้น อัตราการหายใจที่เร็วขึ้น หรืออุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้น)		

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ถูก	ผิด
19. บันทึกสารน้ำเข้า-ออกเพื่อประเมินการทำงานของไต และติดตามผล Lab BUN และ Creatinine		
การทำ Plasmapheresis		
20. ต้องซักประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา อาหาร รวมถึงประเมินทางด้านจิตใจ เช่นภาวะ Anxiety, Dyspnea, Sleep disturbance ประเมินทางด้านร่างกาย เช่น Check V/S, N/S ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง		
21. ติดตามผล Lab pre-plasmapheresis (CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Ca, Alb, E' lyte) และ Lab post-plasmapheresis 6-8 ชั่วโมง (PT, PTT, INR, Ca, E' lyte)		
22. ขณะทำ Plasmapheresis Monitor E.K.G, Record vital sign ทุก 15 นาที Keep B.P > 90/60 mmHg และหลังทำทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ Keep B.P > 90/60 mmHg		
23. สังเกตอาการของภาวะ Hypocalcemia ทำให้เกิด Cardiac arrhythmia, Hypotension จาก Vasovagal reaction, Anaphylaxis, Cardiac arrhythmia หรือ Cardiovascular collapse, Allergic และ Febrile reaction		
24. Record plasma volume และ Replacement fluid		
ด้านจิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม		
25. กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยตนเอง เกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พึ่งตนเองมากที่สุด และคอยช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้		
26. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติสำหรับการฝึกเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
27. อธิบายการดำเนินของโรค ลักษณะของโรคให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล		
28. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลงบาร์เร่ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติเมื่อมีปัญหา และสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติ		

ภาคผนวก จ
ตารางการศึกษาความรู้ของพยาบาลในแต่ละระดับ

ตารางที่ 6 ระดับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n = 74)

ช่วงคะแนน	n	ร้อยละ (%)
0-5	0	0
6-10	12	16.22
11-15	61	82.43
16-20	1	1.35
	74	100.0

ตารางที่ 7 ระดับความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n = 74)

ช่วงคะแนน	n	ร้อยละ (%)
0-7	0	0
8-14	0	0
15-21	4	5.4
22-28	70	94.6
	74	100.0

ตารางที่ 8 ความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรแบ่งตามระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n = 74)

ประสบการณ์	คะแนน (เต็ม 20 คะแนน)								รวม
	9	10	11	12	13	14	15	16	
ผู้เริ่มต้น	0	2	3	4	3	3	2	1	18
ผู้เรียนรู้	0	3	0	0	1	1	0	0	5
ผู้ปฏิบัติ	3	0	2	0	2	0	0	0	7
ผู้ชำนาญ	1	0	0	2	4	1	0	0	8
ผู้เชี่ยวชาญ	1	2	9	5	2	8	9	0	36
รวม	5	7	14	11	12	13	11	1	74

ตารางที่ 9 ระดับความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรแบ่งตามระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n = 74)

ประสบการณ์	ช่วงคะแนน			รวม
	6-10	11-15	16-20	
ผู้เริ่มต้น	2	15	1	18
ผู้เรียนรู้	3	2	0	5
ผู้ปฏิบัติ	2	5	0	7
ผู้ชำนาญ	1	7	0	8
ผู้เชี่ยวชาญ	3	33	0	36
รวม	11	62	1	74

ตารางที่ 10 ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรแบ่งตามระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n = 74)

ประสบการณ์	คะแนน (เต็ม 28 คะแนน)										รวม
	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28	
ผู้เริ่มต้น	0	0	1	1	3	3	6	3	1	0	18
ผู้เรียนรู้	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	5
ผู้ปฏิบัติ	0	0	1	0	2	3	0	0	1	0	7
ผู้ชำนาญ	0	0	0	0	2	1	4	1	0	0	8
ผู้เชี่ยวชาญ	1	1	0	1	1	3	22	3	3	1	36
รวม	1	1	2	4	10	10	33	7	5	1	74

ตารางที่ 11 ระดับความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เรแบ่งตามระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (n = 74)

ประสบการณ์	ช่วงคะแนน		รวม
	15-21	22-28	
ผู้เริ่มต้น	1	17	18
ผู้เรียนรู้	0	5	5
ผู้ปฏิบัติ	1	6	7
ผู้ชำนาญ	0	8	8
ผู้เชี่ยวชาญ	2	34	36
รวม	4	70	74

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล นางสาวบุษกร แก้วเขียว
วัน เดือน ปีเกิด 4 ธันวาคม 2529
ที่อยู่ปัจจุบัน 138 หมู่ 5 ตำบลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท 17150
ประวัติการศึกษา
พ.ศ. 2552 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานในปัจจุบัน
พ.ศ. 2559 – ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ประจำหอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา

