



วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2563

VOL5 NO.4 October-December 2020

ISSN : 2586-3868



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
สภาวะสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภา ๓ นครขอนแก่น, ประทีป กาลเขว้า	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก 10	10
อัญญา ทองก้อน , กชพร สิงห์หล้า , อุมารณ กวีสิทธิ์ , อัจฉรา ชัยชาญ, ชลธิลา ราบุรี และ เด่นละออง นาเสงี่ยม	
การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม	
ในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ 18	18
อังคณา วังทอง , กิตติพัฒน์ ทุตติยาสานต์ และ ฮาลาวาตี สนิหวี	
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลานอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ... 28	28
มานพ ผสม	
การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลมลาไสย 36	36
วาสนา นาชัยเริ่ม , ปิยะพร ทิพวงศ์	
การศึกษาปัจจัยเสี่ยง อาการ/อาการแสดงที่ใช้ทำนายโรคหัวใจขาดเลือด 44	44
นุชลี หล้ามะโฮง	
การพัฒนากระบวนการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 49	49
วรรณภา บัวขาว , เปรมจิต ล่องโพนม, พาสกร บัวขาว	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมลาไสย 55	55
หนูแดง จันทอุบลี , วาสนา นาชัยเริ่ม	
ประสิทธิผลการพัฒนากระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น 65	65
นิตยา สุภามา , สุพัตชา คำวงษา , ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์ , เจษฎา สุรารวรรณ	
การศึกษาการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูงในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว ... 75	75
ณัฐนันท์ สุตะวงศ์	
ผลการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้าน ดิถีผู้ป่วยศัลยกรรม 86	86
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูมินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	
ณัฐพัชร ไชยนาเมือง	
ผลของการใช้ศิลปะบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้บำบัดยาเสพติดในระบบ Matrix ในโรงพยาบาลพิจิตร 94	94
ภริญา ราชสันเทียะ, อัญชลี ฉัตรแก้ว	
รูปแบบการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 99	99
ธนธร กานตอภา	
การบริหารจัดการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในสถานการณ์ฉุกเฉิน 105	105
กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19)	
นฤมล ศรีสรรพ์	
ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา .. 112	112
บุญสม คุ้มกลาง , บุญญาศา วัจฉลออนันท์	
ผลของการให้ erythropoietin กับกรให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม 119	119
อัญญา มณีงาม	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) 124	124
นนทพงษ์ ยศวิจิตร	
แนวปฏิบัติการบริหารจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 128	128
โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์	
มนต์รัตน์ ภูทองชัย	
ผลการรักษาภาวะ Respiratory distress syndrome โดยใช้ Surfactant ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 136	136
จุไรรัตน์ ตรีวัฒนาวงศ์	
การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย 144	144
อุไร มิตรปราสาท	
การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูมินารายณ์ จังหวัด 153	153
กาฬสินธุ์ ปี พ.ศ.2563 (กรณีศึกษา 2 ราย)	
วิระวรรณ ทับคำภา	



รายงานการวิจัย	หน้า
S-AMNG-AM : ระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย สมบูรณ์ สิงห์พรม	163
ผลการใช้โปรแกรม You can do ต่อการป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชหอผู้ป่วยนรีเวชศัลยกรรมรวม โรงพยาบาลโสธร ชลภัศสรณ์ วิวรรณพงษ์	172
การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร รัชดาภรณ์ แสงภักดิ์	180
การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Acute gastroenteritis ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลโสธร รำไพ ศรีเนตร	189
พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโสธร บงกชรัตน์ ยานะรัมย์	195
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย สุภาคินี สุคนธนากุล	201
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด(Septic Shock) : กรณีศึกษา 2 ราย พิกุลทอง ลุนสำโรง	209

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 20 (ปีที่ 5 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ตุลาคม – ธันวาคม 2563 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ สภาวะสุขภาพของบุคลากรในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก การเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อาการแสดงที่ใช้ทำนายโรคหัวใจขาดเลือด การดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูงในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน การใช้ศิลปะบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้บำบัดยาเสพติดในระบบ Matrix การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาล การบริหารจัดการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง การให้ erythropoietin กับการให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การรักษาภาวะ Respiratory distress syndrome โดยใช้ Surfactant การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชี โปรแกรม You can do ต่อการป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัด การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี การพยาบาลผู้ป่วย Acute gastroenteritis การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป



สภาวะสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

Health status in the situation of a coronavirus 2019 pandemic (COVID-19) among Chum Phae hospital personnel, Khon Kaen province.

(Received: October 15,2020; Accepted: November 20,2020)

น.ภ. ธเนศก้องทอง , Napa Tanetkongtong

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น Professional nurse , Chum Phae Hospital KhonKaen province.

ประทีป กาลเข้ว่า, Prateep Kankhwao

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Sirindhom College of public health, Khon Kaen province

บทคัดย่อ

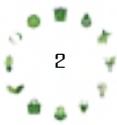
การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวนตัวอย่าง 471 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน Thai GHQ-28 มีค่าความไวร้อยละ 84 ค่าความจำเพาะร้อยละ 76 ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi square

ผลการศึกษา พบว่า สภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 89.38 และอยู่ในระดับเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 10.62 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ตัวแปรอายุ และ ลักษณะการพักอาศัย มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value =0.016 และ 0.031 ตามลำดับ) พบว่า กลุ่มอายุน้อยกว่าเท่ากับ 30 ปีมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 15.12 กลุ่มอายุมากกว่า 30 ปีมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 8.03 กลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมีโอกาสที่จะมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ เป็น 2.04 เท่าของ กลุ่มอายุมากกว่า 30 ปี (OR =2.04 , 95% CI of OR : 1.08 ถึง 3.85) บุคลากรที่พักอยู่คนเดียว มีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 16.67 บุคลากรที่พักอยู่กับครอบครัว/อยู่กับเพื่อนมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 9.07 บุคลากรที่พักอยู่คนเดียวมีโอกาสที่จะมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ เป็น 2.07 เท่าของคนที่พักอยู่กับครอบครัว/อยู่กับเพื่อน (OR = 2.07 , 95% CI of OR : 1.01 ถึง 4.09) ส่วนตัวแปรเพศ, การศึกษา, สถานภาพสมรส, สายการปฏิบัติงาน, ที่พักอาศัย และ การมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพ (p value =0.668, 0.311, 0.705, 0.296, 0.325 และ 0.577 ตามลำดับ) **ข้อเสนอแนะ** ผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบาย สนับสนุน และส่งเสริมให้บุคลากรโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว การได้รับองค์ความรู้ที่ถูกต้อง การได้รับขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงาน และ ลดความวิตกกังวล และความตระหนก ให้กลับมาสู่สภาพปกติแบบใหม่โดยเร็วที่สุด อันจะส่งผลต่อการดำรงชีวิต และการทำงาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : สภาวะสุขภาพ, COVID-19, บุคลากร

ABSTRACT

This research aimed to investigate health status and factors affecting to health status in the situation of a coronavirus 2019 pandemic (COVID-19) among Chum Phae hospital personnel, Khon Kaen. Samples were 471 personnel selected by stratified sampling. Data were collected by using standard questionnaires (Thai GHQ-28). Sensitivity and specificity of measurement instrument were 84% and 76%, respectively. Reliability of Thai GHQ-28 questionnaires by using Cronbach's alpha coefficient was 0.91. Data were analyzed by using software package STATA for Windows in terms of descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation, and Inferential statistics, consisting of chi square.



The results showed that most of the health status of samples were normal level (89.38%) and unusual about 10.62 %. Factors affecting to health status in the situation of a coronavirus 2019 pandemic (COVID-19) were age and habitats (p value =0.016 and 0.031, respectively). The younger group (≤ 30 years) and the other (>30 years) were an unusual level of health status about 15.12% and 8.03%, respectively. The younger group was 2.04 times the unusual level of health status as the age group over 30 years (OR = 2.04, 95% CI of OR: 1.08 to 3.85). The personnel residing alone and who staying with family / with friends were unusual level of health status about 16.67% and 9.07 %, respectively. The personnel residing alone was 2.07 times the unusual level of health status as the other (OR = 2.04, 95% CI of OR: 1.08 to 3.85). The variables of sex, education, marital status, functional personnel, accommodation and underlying disease were also found. No relationship with health condition (p value =0.668, 0.311, 0.705, 0.296, 0.325 and 0.577, respectively). This study could recommend that executives should establish a policies, support and encourage personnel, especially those under the age of 30 to adapt behavior, encourage the right knowledge, morale to work, reduce anxiety and panic to recovery to new normal as soon as possible, This will affect the life, work and get a better quality of life.

Keywords: Health status, COVID-19, personnel

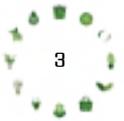
บทนำ

โรค Coronavirus (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อ Coronavirus ที่เพิ่งค้นพบใหม่ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) เริ่มต้นที่ประเทศจีนตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก และวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศเมื่อเร็ว ๆ นี้ว่าเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Global Pandemic) (Zhao, J., et al., 2020) สามารถแพร่กระจายผ่านทางน้ำลายหรือปล่อยออกมาจากจมูกเป็นหลักเมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการไอหรือจาม คนส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อไวรัส COVID-19 จะมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยถึงปานกลางและฟื้นตัวโดยไม่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัญหาทางการแพทย์เช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเบาหวาน, โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเมอเร็ง มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต (WHO, 2020a) โรค COVID-19 มีการแพร่ระบาดทั้งในเอเชีย, ตะวันออกกลาง, สหรัฐอเมริกา และอีกหลายพื้นที่ทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว อัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 4.6 กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ข้อมูลจำนวนผู้ป่วย Covid-19 ล่าสุด (เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2563) พบว่า จำนวนผู้ป่วยทั่วโลก 6,866,121 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 398,535 ราย โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยยืนยันสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา มีจำนวนผู้ป่วย 1,965,912 ราย รองลงคือบราซิล จำนวน 646,006 ราย และรัสเซีย จำนวน 458,689

ราย ส่วนประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยัน 3,104 ราย เสียชีวิต 58 ราย (กรมควบคุมโรค, 2563)

โรงพยาบาลชุมชนแพ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 200 เตียง (ให้บริการจริง 350 เตียง) มีการให้บริการผู้ป่วยนอก จำนวน 403,322 คน/ปี เฉลี่ย 1120 คน/วัน (ข้อมูล ณ 1 ต.ค.2561 – 30 กย. 2562) ผู้ป่วยใน จำนวน 33,610 คน/ปี เฉลี่ย 64 คน/วัน ผู้มารับบริการที่อยู่อำเภอใกล้เคียงในจังหวัดขอนแก่น มาจากอำเภอ สีชมพู คอนสาร ภูผาม่าน ภูเขียว เกษตรสมบูรณ์ และภูเวียง และนำหน้าผู้ป่วยนอกเขตอำเภอและอยู่ต่างจังหวัดได้แก่ ชัยภูมิ เลย และเพชรบูรณ์ พบผู้ป่วย โรคปอดบวม จำนวน 9471 คน/ปี เฉลี่ย มากเป็นอันดับ 3 รองจาก เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง (ข้อมูลจากงานคุณภาพ ณ 1 ต.ค.2561 – 30 กย. 2562) มีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านหน้า 641 คน และสายสนับสนุน จำนวน 134 คน รวม 775 คน (ข้อมูลพื้นฐาน/ การให้บริการโรงพยาบาลชุมชนแพ, 2562) จะเห็นได้ว่าบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นด้านหน้าที่ต้องเผชิญกับการระบาดของโรค เผชิญกับสิ่งคุกคาม (hazards) ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบาดโดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของ COVID-19 สิ่งคุกคามเหล่านั้น ได้แก่ การสัมผัสกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ภาวะความบีบคั้นทางใจ ความเหนื่อยล้า ความหมดไฟในการทำงาน (World Health Organization, 2020b :online) ทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความตื่นตระหนกและมีวิตกกังวล และเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแพ และปฏิบัติงานในหน่วยงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ซึ่งมีการกิจหลักคือ การเฝ้าระวังสุขภาพ ความปลอดภัยของบุคลากร การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน



และควบคุมโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร
ในโรงพยาบาลและการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน
แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกทุกฝ่ายทุกแผนก
ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา
สภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ
ทั้งสายบริการและสายสนับสนุน เพื่อนำผลจากการวิจัยเสนอ
ต่อผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องอันจะนำข้อมูลไปกำหนด
นโยบายและมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด
(COVID-19) ตลอดจนการพัฒนาาระบบและแผนการดูแล
สุขภาพของบุคลากรให้มีความเหมาะสม ถูกต้อง บุคลากรมี
ความเชื่อมั่น มีความปลอดภัยในระหว่างปฏิบัติงาน มีขวัญ
กำลังใจในการปฏิบัติงาน และมีจิตสำนึกที่ดีและทุ่มเทในการ
ดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งในสถานการณ์การระบาดของโรค หรือ
สถานการณ์ปกติ และให้บริการโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นจุด
ศูนย์กลางและดูแลด้วยหัวใจที่เข้าใจความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพ ของบุคลากรที่
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ
ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัด
ขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ
ภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive Study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรที่
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ ทั้งสายบริการและสาย
สนับสนุน รวม 842 คน

กลุ่มตัวอย่าง มีการคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีนี้
ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน(Finite population) จึง
เลือกใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่า
สัดส่วนของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็ก (อรุณ
จิรวรรณกุล, 2556) ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2 P(1 - P)}{e^2 (N - 1) + NZ_{\alpha}^2 P(1 - P)}$$

โดยที่ n คือ ขนาดของตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด เท่ากับ 842 คน

Z = ค่าสถิติแจกแจงมาตรฐานเมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$
ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_{0.025}$ มีค่าเท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนอัตราความผิดปกติด้านสภาวะ
สุขภาพ โดยผู้วิจัยกำหนดค่า P=0.5 เพื่อให้มีความแปรปรวน
สูงสุด

e = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยินยอมให้ เกิดขึ้น
มีค่าเท่ากับ 0.03

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{842 \times (1.96)^2 \times 0.50 \times (1 - 0.50)}{(0.03)^2 \times (842 - 1) + (1.96^2) \times (0.50) \times (1 - 0.50)}$$

$$n = 471 \text{ คน}$$

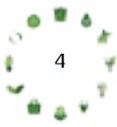
การสุ่มตัวอย่าง (sampling) ผู้วิจัยจึงได้สุ่มตัวอย่าง
โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random
sampling) ในแต่ละระดับชั้น โดยใส่ข้อมูลเลขที่ของบุคลากร
โรงพยาบาลชุมชนแพ ทุกคนลงในโปรแกรมสุ่มตัวเลขออนไลน์
(Random Number Generator) จากเว็บไซต์
www.random.thaiware.com จากนั้นกดสุ่มหมายเลขจน
ครบตามจำนวน 471 คน ตามขนาดตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ GHQ-28 (General
Health Questionnaire, GHQ-28) เป็นแบบคัดกรองที่
พัฒนาขึ้นจาก General Health Questionnaire ของ
Goldberg โดย นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุลและคณะ (2541) ได้ทำ
การศึกษาความน่าเชื่อถือและความแม่นยำตรง โดยเป็น
การศึกษาที่มีวิธีการนำเชื่อถือโดยคณะผู้วิจัยได้แปล GHQ-
28 เป็นภาษาไทย และได้มีการแปลกลับ (back translate)
เป็นภาษาอังกฤษเพื่อให้ได้ความหมายคงเดิมมากที่สุด แล้ว
ทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 30 ราย แล้วนำ GHQ-28
ไปใช้กับตัวอย่างของประชากรผู้ใหญ่ในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 300 ราย ประชากรตัวอย่างแต่
ละรายจะถูกสัมภาษณ์ โดยมีจิตแพทย์หนึ่งท่านในจำนวน 3
ท่าน ซึ่งได้วัด inter-rater reliability ไว้แล้ว และให้การ
วินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 วิเคราะห์ค่าคะแนนของ GHQ-28
พบว่า GHQ-28 มีค่าความไวร้อยละ 84 ค่าความจำเพาะร้อยละ
76 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน
(Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูลแล้วนำไปตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
ตรวจสอบความสอดคล้องและการบรรณาธิกรข้อมูล จากนั้น



ดำเนินการบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำเสนอรวมทั้งสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ(Percent), ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation)
2. ข้อมูลสภาวะสุขภาพใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent), และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi square มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p-value<0.05)

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาตามจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เมื่อผ่านการอนุมัติผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิ์ที่ตัวอย่างสามารถเข้าร่วมในการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ตัวอย่างที่ทำการวิจัย และหน่วยงานที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสังกัดอยู่ โดยผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาการวิจัยครั้งนั้นเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ผลการศึกษา พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.43 มีอายุเฉลี่ย 36.11 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.36 ปี) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 57.96 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 50.53 สายการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของหน้าที่ผู้ให้บริการ ร้อยละ 63.27 ส่วนใหญ่พักอาศัยนอกโรงพยาบาล (บ้าน

ส่วนตัว/บ้านเช่า) ร้อยละ 77.49 โดยพักอาศัยกับครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 70.06 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว(ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว) ร้อยละ 70.06

2. **สภาวะสุขภาพ** จากการศึกษา พบว่า สภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 89.38 และอยู่ในระดับเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 10.62 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมแพจังหวัดขอนแก่น ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (n=471)

สภาวะสุขภาพ	ความถี่	ร้อยละ	95% CI
ปกติ	421	89.38	86.24-92.02
เริ่มผิดปกติ	50	10.62	7.98-13.75

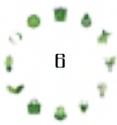
จากการศึกษา สภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า ตัวอย่างมีอาการทางกาย คือ มีความรู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ และ รู้สึกทรุดโทรม และสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 11.89 และ 10.83 ตามลำดับ กลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ พบว่า ตัวอย่างมีอาการนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ และ รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา ร้อยละ 11.26 และ 10.19 ตามลำดับ กลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคม พบว่า ตัวอย่างรู้สึกจะทำอะไรซ้ำกว่าปกติ และ ไม่รู้จะทำอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้ 6.79 และ 6.69 ตามลำดับ กลุ่มอาการอาการซึมเศร้าที่รุนแรง พบว่า ตัวอย่างมี รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก และ รู้สึกว่าชีวิตหมดหวังโดยสิ้นเชิง ร้อยละ 3.61 และ 2.33 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละ สภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมแพจังหวัดขอนแก่น ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนกตามกลุ่มอาการ (n=471)

สภาวะสุขภาพ	ความถี่และร้อยละ			
	ดีกว่าปกติ	เหมือนปกติ	แย่กว่าปกติ	แย่มากกว่าปกติ
อาการทางกาย (Somatic Symptoms)				
1) รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี	40 (8.49)	376 (79.83)	52 (11.04)	3 (0.64)

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละ สภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพจังหวัดขอนแก่น
ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำแนกตามกลุ่มอาการ (n=471)

สภาวะสุขภาพ	ความถี่และร้อยละ			
	ไม่เลย	ไม่มากกว่าปกติ	ค่อนข้างมากกว่าปกติ	มากกว่าปกติมาก
อาการทางกาย (Somatic Symptoms)				
2) รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา	332 (70.49)	94 (19.96)	41 (8.7)	4 (0.85)
3) รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี	267 (56.69)	153 (32.48)	47 (9.98)	4 (0.85)
4) รู้สึกไม่สบาย	294 (62.42)	139 (29.51)	35 (7.43)	3 (0.64)
5) เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ	274 (58.17)	157 (33.33)	36 (7.64)	4 (0.85)
6) รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ	281 (59.66)	134 (28.45)	53 (11.25)	3 (0.64)
7) มีอาการรบกวนหรือหนาว	355 (75.37)	93 (19.75)	22 (4.67)	1 (0.21)
อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)				
8) นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ	285 (60.51)	133 (28.24)	46 (9.77)	7 (1.49)
9) ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว	297 (63.06)	134 (28.45)	33 (7.01)	7 (1.49)
10) รู้สึกตื่นเครียดอยู่ตลอดเวลา	268 (56.9)	155 (32.91)	43 (9.13)	5 (1.06)
11) รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี	213 (45.22)	220 (46.71)	31 (6.58)	7 (1.49)
12) รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร	358 (76.01)	93 (19.75)	18 (3.82)	2 (0.42)
13) รู้สึกเรื่องต่างๆ ทับถมจนรับไม่ไหว	296 (62.85)	141 (29.94)	31 (6.58)	3 (0.64)
14) รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา	319 (67.73)	129 (27.39)	21 (4.46)	2 (0.42)
ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)				
15) หวออะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้	42 (8.92)	398 (84.5)	20 (4.25)	11 (2.34)
16) ทำอะไรช้ากว่าปกติ	16 (3.4)	423 (89.81)	32 (6.79)	0 (0)
17) รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไรได้ดี	30 (6.37)	414 (87.9)	24 (5.1)	3 (0.64)
18) พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป	76 (16.14)	370 (78.56)	23 (4.88)	2 (0.42)
19) รู้สึกว่าทำได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ	100 (21.23)	354 (75.16)	15 (3.18)	2 (0.42)
20) รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้	52 (11.04)	401 (85.14)	18 (3.82)	0 (0)
21) สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้	54 (11.46)	369 (78.34)	46 (9.77)	2 (0.42)
อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)				
22) คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	416 (88.32)	46 (9.77)	6 (1.27)	3 (0.64)
23) รู้สึกว่าชีวิตหมดหวังโดยสิ้นเชิง	415 (88.11)	45 (9.55)	10 (2.12)	1 (0.21)
24) รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	433 (91.93)	33 (7.01)	4 (0.85)	1 (0.21)
25) คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง	422 (89.6)	39 (8.28)	10 (2.12)	0 (0)
26) รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก	351 (74.52)	103 (21.87)	16 (3.40)	1 (0.21)
27) พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ	446 (94.69)	23 (4.88)	2 (0.42)	0 (0)
28) พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำร้ายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอๆ	423 (89.81)	40 (8.49)	8 (1.7)	0 (0)



สาเหตุความเครียดหลัก จากการสอบถามสาเหตุความเครียดหลัก(คำถามปลายเปิด) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่ามีจำนวนผู้ตอบ 130 คน โดยเรียงตามความถี่จากมากไปน้อย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละ สภาวะสุขภาพของ

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ
จังหวัดขอนแก่น ในสถานการณ์การระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
จำแนกตามกลุ่มอาการ (n=130)

สาเหตุความเครียดหลัก	ความถี่	ร้อยละ
ด้านการเงิน	60	46.15
จากการทำงาน	45	34.61
จากเพื่อนร่วมงาน	7	5.38
จากครอบครัว	7	5.38
จากสภาพแวดล้อมการทำงาน	3	2.31
ความไม่สะดวกในการเดินทาง	2	1.54

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้ สถิติ Chi Square (n=471)

ตัวแปร	สภาวะสุขภาพ		Crude OR	95% CI of OR	p-value
	เริ่มผิดปกติ (จำนวน/ร้อยละ)	ปกติ (จำนวน/ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	13 (11.71)	98 (88.29)	1.16	0.54 – 2.34	0.668
หญิง	37 (10.28)	323 (89.72)			
อายุ					
น้อยกว่าเท่ากับ 30 ปี	26 (15.12)	146 (84.88)	2.04	1.08 – 3.85	0.016
31 ปีขึ้นไป	24 (8.03)	275 (91.97)			
การศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป	35 (11.71)	264 (88.29)	1.39	0.71 – 2.82	0.311
ต่ำกว่าปริญญาตรี	15 (8.72)	157 (91.28)			
สถานภาพสมรส					
โสด/ หม้าย/หย่า/แยก	26 (11.16)	207 (88.84)	1.12	0.60 – 2.11	0.705
คู่	24 (10.08)	214 (89.92)			
สายการปฏิบัติงาน					
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	35 (11.74)	263 (88.26)	1.37	0.70 – 2.80	0.296
เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน	15 (8.67)	158 (91.33)			

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ตัวแปรอายุ และ ลักษณะการพักอาศัย มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value =0.016 และ 0.031 ตามลำดับ) พบว่า กลุ่มอายุน้อยกว่าเท่ากับ 30 ปีมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 15.12 กลุ่มอายุมากกว่า 30 ปีมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 8.03 กลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมีโอกาสที่จะมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ เป็น 2.04 เท่าของ กลุ่มอายุมากกว่า 30 ปี (OR =2.04 , 95% CI of OR : 1.08 ถึง 3.85) บุคลากรที่พักอยู่คนเดียว มีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 16.67 บุคลากรที่พักอยู่กับครอบครัว/อยู่กับเพื่อนมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 9.07 บุคลากรที่พักอยู่คนเดียวมีโอกาสที่จะมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ เป็น 2.07 เท่าของคนที่พักอยู่กับครอบครัว/อยู่กับเพื่อน (OR = 2.07 , 95% CI of OR : 1.01 ถึง 4.09) ส่วนตัวแปรเพศ, การศึกษา, สถานภาพสมรส, สายการปฏิบัติงาน, ที่พักอาศัย และ การมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพ (p value =0.668, 0.311, 0.705, 0.296, 0.325 และ 0.577 ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ ของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้ สถิติ Chi Square (n=471)

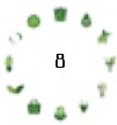
ตัวแปร	สภาวะสุขภาพ		Crude OR	95% CI of OR	p-value
	เริ่มผิดปกติ (จำนวน/ร้อยละ)	ปกติ (จำนวน/ร้อยละ)			
ที่พักอาศัย					
ในโรงพยาบาล (แพลต, บ้านพัก)	14 (13.21)	92 (86.79)	1.01	0.48 – 2.03	0.325
นอกโรงพยาบาล (บ้านส่วนตัว/ บ้านเช่า)	36 (9.86)	329 (90.14)			
ลักษณะการพักอาศัย					
อยู่คนเดียว	16 (16.67)	80 (83.33)	2.07	1.01 – 4.09	0.031
อยู่กับครอบครัว/อยู่กับเพื่อน	33 (8.80)	342 (91.20)			
โรคประจำตัว					
ไม่มี/ปฏิเสธ	40 (11.05)	322 (88.95)	1.23	0.58 – 2.86	0.577
มี	10 (9.17)	99 (90.83)			

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 89.38 และอยู่ในระดับเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 10.62 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บุคลากรมีความรอบรู้และตระหนักในการป้องกันตัวในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีเพียง 1 ใน 10 ที่เริ่มเกิดความผิดปกติ อาจเป็นเพราะ บางกลุ่มยังตระหนักโรคที่เกิดขึ้นใหม่ ซึ่งอาจไม่ทราบความรุนแรงของโรค และอาจมีผลจากปัญหาที่มีอยู่เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านการเงิน และปัญหาจากงานที่ทำในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, พัชรียา ไชยลังกา และ ปิยะนุช จิตตะนุนท์ (2551) ที่ศึกษา ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร : กรณีศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรอยู่ในระดับดีเท่ากับและดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 89.80

ปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส สายการปฏิบัติงาน, ที่พักอาศัย ลักษณะการพักอาศัย และ การมีโรคประจำตัว (ดาวิวรรณ์ เศรษฐีธรรม กาลญานา นาถะพินธุ และ วรธรรณา อธิชิตะ, 2547) ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรด้าน เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส สายการปฏิบัติงาน ที่พักอาศัย และ การมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น ในช่วง

สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (p value =0.668, 0.311, 0.705, 0.296, 0.325 และ 0.577 ตามลำดับ) เนื่องจาก ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ที่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึงวันที่ 15 กรกฎาคม 2563 จำนวนทั้งสิ้น 15 วันเป็นระยะเวลาที่สั้นที่ไม่สามารถพยากรณ์ปัจจัยเหล่านี้ได้ อีกทั้งปัจจัยเหล่านี้ยังไม่มีผลและไม่สามารถปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพทั้งทางด้าน อาการทางกาย อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคม อาการซึมเศร้าที่รุนแรงได้เองเนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพนั้นประกอบไปด้วยการมีความเชื่อ การให้ความตระหนักความสำคัญต่อสถานการณ์นั้นๆ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวราวุฒิ แสงคำ, สมศักดิ์ บุตราช, นารัก จุฑาบุตร และสุนิศา พรหมชา (2560) ที่ศึกษาสภาวะและปัญหาสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ และยังสอดคล้องกับ Houghton et.al. (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคของบุคลากรสุขภาพสำหรับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และการศึกษาของอวาทิพย์ แว (2563) ที่ศึกษา COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้ รวมถึงสอดคล้องกับ มีนา พรนิคม (2559) ได้ศึกษา ภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559 พบว่า เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 297 คน รับบริการ ตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 95.9 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 อายุ อยู่ในช่วง 45-54 ปี ร้อยละ



29.1 มีอายุเฉลี่ย 44.2 ปี (SD= 4.2) ส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพดีถึงร้อยละ 70.2 มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.8

ส่วนตัวแปรด้าน อายุ และลักษณะการพักอาศัยอยู่คนเดียว ตัวแปรอายุ มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพโดยกลุ่มอายุน้อยกว่าเท่ากับ 30 ปีมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 15.12 กลุ่มอายุมากกว่า 30 ปีมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 8.03 ซึ่งกลุ่มอายุน้อยกว่าเท่ากับ 30 ปีมีโอกาสที่จะมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ มากเป็น 2 เท่าของกลุ่มอายุมากกว่า 30 ปี ทั้งนี้เนื่องจากมาจาก คนอายุน้อยยังขาดประสบการณ์และการรับมือปัญหาใหม่ๆ รวมถึงเป็นกลุ่มที่มีการรับสื่อข่าวสารต่อสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สอดคล้องกับการศึกษาของ รณชิต สมรรถนะกุล (2562) ที่ผลกระทบของสถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 ที่มีต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีปัญหาสุขภาพจิตเช่น มีความเครียดต่างๆ ด้านผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 มีผลกระทบ 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านปัญหาส่วนตัว เศรษฐกิจและผลกระทบด้านการศึกษา ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิต เช่น เกิดความเครียดในสถานการณ์ที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคมมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 2.04 และในตัวแปรลักษณะการพักอาศัยบุคลากรที่พักอยู่คนเดียวมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 16.67 บุคลากรที่พักอยู่กับครอบครัว/อยู่กับเพื่อนมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 9.07 บุคลากรที่พักอยู่คนเดียวมีโอกาสที่จะมีสภาวะสุขภาพเริ่มผิดปกติ เป็น 2 เท่าของคนที่พักอยู่กับครอบครัว/อยู่กับเพื่อน ทั้งนี้เนื่องจาก คนที่พักอยู่คนเดียวอาจมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดคนที่แบ่งปันความไม่สบายใจ ขาดบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านสังคมและจิตใจและส่งผลต่อการเกิดความเครียดได้ง่าย

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค (2563). **โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)** ค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2563 จาก

<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>

ดาวิวรรธน์ เศรษฐีธรรม, กาญจนา นาคะพินธุ และ วรณภา อธิชิตะ. (2547). **เอกสารวิชาการเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (Determinants of Health)**. [ม.ป.ท. : ม.ป.พ.]

ธนา นิลชัยไภววิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539) .ความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 41(1) : 2 – 17

ธัญญธรณ์ ทองแก้ว และ ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร.(2561). ความเครียดจากการทำงานและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ความเครียดของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2561** มี.ค. – เม.ย.;62(2): 197 - 209

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1) จากผลการวิจัย สภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับเริ่มผิดปกติ ร้อยละ 10.62 ดังนั้นจึงควรให้การส่งเสริมดูแล หรือจัดกิจกรรมเสริมเพื่อให้กลุ่มดังกล่าวลดความวิตกกังวล และความตระหนก ให้กลับมามีสุขภาพปกติโดยเร็วที่สุด อันจะส่งผลต่อการดำรงชีวิต และการทำงาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ตัวแปรอายุ และ ลักษณะการพักอาศัย ดังนั้นผู้บริหารสถาบันควรมีการกำหนดนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว การได้รับองค์ความรู้ที่ถูกต้อง การได้รับขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

1.3) ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้แก่บุคลากร และเกิดความตระหนักในการป้องกันตัวในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรมีการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการประชาสัมพันธ์เพื่อให้บุคลากรเกิดความรู้สึกมั่นใจ และปลอดภัยจากการทำงาน

2.2) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อถอดบทเรียนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อไป



- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และ คณะ. (2541). ความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป-28 ฉบับภาษาไทย ใน ประชากรผู้ใหญ่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 43 ฉบับที่ 4 (ต.ค.-ธ.ค. 2541) หน้า 325-335.
- มหาวิทยาลัย มหิดล. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก.(2563) **โควิด คืออะไร?** ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563 จาก <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/covid19/covid19is/>
- มีนา พรนิคม . (2559). **การศึกษาภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559.** ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563 จาก http://203.157.71.148/information/center/research_60/%E0%B8%A1%E0%B8%B5%E0%B8%99%E0%B8%B2%20-%20%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%9A.pdf
- แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ 12 – 28 – 30 – 60** ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563 จาก <https://www.dmh.go.th/test/download/files/ghq.pdf>
- รณชิต สมรรถนะกุล. (2562). ผลกระทบของสถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 ที่มีต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. ค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2563 จาก <http://dspace.bru.ac.th/xmlui/handle/123456789/7067>
- โรงพยาบาลชุมแพ. (2562). **สรุปผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลชุมแพ ปีงบประมาณ 2562.ขอนแก่น.(เอกสารอัดสำเนา)** ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, พัชรียา ไชยลังกา และ ปิยะนุช จิตตสุนนท์. (2551). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร: กรณีศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ . **สงขลานครินทร์เวชสาร** ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 มี.ค.-เม.ย. 2551.
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2541). **แผนแม่บท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ.** นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- ศราวุฒิ แสงคำ,สมศักดิ์ บุตรราช, นารัก จูตาบุตร และสุจินดา พรหมษา. (2560). **สภาวะและปัญหาสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา** ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2560
- สุ่มตัวเลข (Random Number Generator).** ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563 จาก <https://random.thaiware.com/>
- อรุณ จิรววัฒน์กุล . (2556). **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- อวาทีพย์ แว. (2563). **COVID-19** กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. **วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ** ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน พ.ศ.2563.
- Ardekani, Z.Z. et al. (2008), **Prevalence of Mental Disorders among Shift Work Hospital Nurses in Shiraz, Iran.** Pakistan journal of biological sciences 11. (12) : 1605-1609.retriev May 20, 2020 from <https://www.semanticscholar.org/author/Z-Zamania-Ardekani/10424050>
- Houghton, C. et al. (2020). **Factors that influence whether healthcare workers follow infection prevention and control guidelines for respiratory infectious diseases.** Online; Retrieve October 10,2020 from <https://www.evidence4health.org/publications-multimedia/podcast-factors-that-influence-whether-healthcare-workers-follow-infection>.
- World Health Organization (WHO). (2020a) . **Coronavirus.** ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563 จาก https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- World Health Organization (WHO). (2020b) . **สิทธิ บทบาท และความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามหลักอาชีวอนามัยและ ความปลอดภัยในการทำงาน.** ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563 จาก https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/who-rights-roles-respon-hw-covid-19-th.pdf?sfvrsn=679763f6_0
- Zhao, J. , et al. (2020). **Relationship between the ABO Blood Group and the COVID-19 Susceptibility.** ค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2563 จาก <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.11.20031096v2>



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

Factor related to the barriers of breastfeeding among adolescence primiparous mothers

(Received: October 20,2020; Accepted: November 23,2020)

อรัญญา ทองก้อน , กชพร สิงห์หล้า , อุมาภรณ์ ก้วสิทธิ์ , อัจฉรา ชัยชาญ

Aranya Thongkorn , Kochapom Singhala , Umapom Kuasit and Atchara Chaichan

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Assistant professor , Faculty of Nursing Mahasarakham University

ชลธิลา ราบุรี และ เด่นละออง นาเสงี่ยม

Chontila Raburee and Denlaong Na-sangiem

อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Lecturer , Faculty of Nursing Mahasarakham University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของวัยรุ่นครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างคือมารดาวัยรุ่นครั้งแรก จำนวน 88 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลลักษณะประชากร และแบบสอบถามอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ปริมาณน้ำนมและการรับรู้ความเพียงพอของน้ำนมมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01, p < .05$) วันที่น้ำนมเริ่มไหลมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทัศนคติ ด้านทารกและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทักษะ ด้านทารก และด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่วันที่น้ำนมเริ่มไหลไม่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทักษะและด้านการสนับสนุนทางสังคม
คำสำคัญ: อุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา, มารดาวัยรุ่นครั้งแรก, การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

Abstract

This descriptive research aimed to study factors related to breastfeeding barriers of primiparous adolescent mothers. The samples were 88 adolescent primiparous mothers. The research instruments include the demographic and breastfeeding barriers questionnaires. The contents validity of breastfeeding barriers questionnaire was approved by three experts and the internal consistency reliability was tested, Cronbach's Alpha Coefficient was 0.89. Data analyzed by using descriptive statistic and Chi-square test.

The result found that the perception of amount of breast milk and sufficient of breast milk were related to the psychological barrier statistical significance ($p < .01$ and $p < .05$, respectively). Date of milk ejection was related to attitudinal barrier, infant barrier and psychological barrier with statistical significance ($p < .05$). Furthermore, the underlying disease was related to the skilled barrier, infant barrier, and psychological barrier with statistical significance ($p < .05$). While, date of milk ejection was not related to skilled barrier and social support barrier

Keywords: barrier of breastfeeding, adolescence primiparous mothers, breastfeeding

บทนำ

น้ำนมแม่ถือเป็นอาหารมื้อแรกของลูกที่จำเป็นต่อพัฒนาการของสมอง สติปัญญาและร่างกายโดยเฉพาะใน

ช่วงแรกเกิดถึง 6 เดือนแรก เนื่องจากนมมารดามีสารอาหารที่จำเป็นเหมาะสมกับทารกแรกเกิด สารอาหารที่ครบถ้วน ย่อยและดูดซึมได้ง่าย รวมทั้งมีภูมิคุ้มกันต่างๆ ที่ทารกจำเป็น

จะต้องมีในวัยแรกเกิด (ชิตารัตน์ หวังสวัสดิ์ และคณะ, 2557) การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สามารถส่งผลต่อการพัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจของทารกที่เจริญเติบโตขึ้นมา รวมถึงส่งเสริมให้เกิดความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะทำให้ร่างกายในช่วงหลังคลอดได้ฟื้นฟูเข้าสู่สภาพเดิม และช่วยลดค่าใช้จ่ายของมารดาด้วยวิธีที่ไม่จำเป็นต้องใช้นมผสมเลี้ยงทารก

จากนโยบายขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายไว้สำหรับมารดาทุกกลุ่มวัย จะต้องให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก่อนวัยที่ร้อยละ 50 (ภาวีน พัวพรพงษ์, 2558) ในประเทศไทยอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบว่าทารกที่อายุต่ำกว่า 6 เดือนที่ได้รับนมมารดาอย่างเดียวยุทธะ 23.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558-2559) แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังไม่สามารถส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หลังคลอดมารดามักประสบปัญหาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยเฉพาะมารดาด้วยวิธีเป็นกลุ่มที่พบปัญหาในการให้นมบุตรมากกว่ามารดาด้วยวิธีอื่นๆ อุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเกิดขึ้นได้หากมารดาไม่ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาที่เป็นวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่ยังขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ รวมถึงการปรับตัวในระยะแรกของการคลอดที่ยังสนใจตัวเองเป็นหลัก ส่งผลให้การตอบสนองความต้องการของบุตรและการให้นมบุตรจึงเป็นเรื่องยุ่งยาก ลำบากและรบกวนความสะดวกสบายของมารดา (เสาวลักษณ์ คำของและ มยุรี นิธิธรรต, 2560) ดังนั้นมารดาด้วยวิธีที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรครั้งแรกเป็นกลุ่มที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามาก่อน (สมพร ศรีสวัสดิ์, 2556) จากการศึกษาพบว่ามารดาด้วยวิธีมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่ำมากเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่ มารดาด้วยวิธีจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่ามารดาในกลุ่มอื่นเป็นสองเท่าในระยะสองเดือนแรกหลังคลอด (ศิริจร พลายชุม และคณะ, 2555) จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด ได้แก่ การปวดแผลฝีเย็บและปวดแผลผ่าตัดคลอด ปวดมดลูก เต้านมคัดตึง ความเหนื่อยล้าจากการคลอด ประสบการณ์การคลอดที่เพิ่งผ่านมา ความตั้งใจที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ความเจ็บป่วยของมารดา การแยกมารดาและทารกหลังจากคลอด ปัญหาสุขภาพทารก และการสนับสนุนทางสังคม (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และคณะ, 2555) หลังคลอดระยะแรกขณะที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนกลับบ้านเป็นระยะที่มีความสำคัญมากเพราะเป็นระยะที่มารดาเริ่มให้นมบุตรในครั้งแรก ในระยะนี้หากมารดาหลังคลอดเกิดปัญหาและอุปสรรค

ในการให้นมบุตรก็จะทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังเมื่อกลับบ้านได้

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาด้วยวิธีหลังคลอดครั้งแรกเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาด้วยวิธีมีความรู้ความเข้าใจและวางแผนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และลดปัญหาและอุปสรรคที่จะขัดขวางในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์และสามารถที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจนถึงระยะหลังคลอด เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการบริการงานอนามัยแม่และเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาด้วยวิธีหลังคลอดครั้งแรก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษาใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

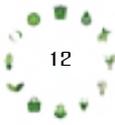
ประชากร คือมารดาด้วยวิธีหลังคลอดครั้งแรกที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาด้วยวิธีหลังคลอดครั้งแรกหลังคลอดมีบุตรอยู่ด้วยและไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของทาโร ยามาเน โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 10 โดยหากประชากร 500-1,000 คน ขนาดของตัวอย่างเท่ากับ 83-91 คน โดยในปี 2557 มีมารดาด้วยวิธีมาคลอดทั้งสิ้น 741 ราย จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 88 ราย ขณะนอนพักรักษา ณ แผนกหลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป
2. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วยอุปสรรคด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ด้านทักษะ ด้านมารดา ด้านทารก ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านจิตใจ



เกณฑ์ในการให้คะแนน

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ดังนี้

- 5 หมายถึง มีอุปสรรคมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีมีอุปสรรคมาก
- 3 หมายถึง มีอุปสรรคปานกลาง
- 2 หมายถึง มีอุปสรรคน้อย
- 1 หมายถึง มีอุปสรรคน้อยที่สุด

การแปลผล

การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผล \bar{X} และ SD ดังนี้

คะแนน 2.73-3.19 หมายถึง อุปสรรคอยู่ในระดับมาก

คะแนน 1.76-2.72 หมายถึง อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.19-1.75 หมายถึง อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ภายหลังการแก้ไขปรับปรุงได้นำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับมารดาวัยรุ่นที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เท่ากับ 0.89

ข้อกำหนดเชิงจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่วิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการและการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ การสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อที่ต้องการ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ หากยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ให้ลงนามยินยอมในแบบฟอร์ม (informed consent form) ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 17-19 ปี ร้อยละ 81.8 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 44.0 รองลงมา กำลังศึกษาอยู่ ร้อยละ 25.0 การศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 51.1 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ร้อยละ 84.1 รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.8 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการให้นมบุตรด้วยนมมารดา ร้อยละ 70.5 ได้รับการตรวจเต้านมและห้วงมในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 64.8 ห้วงมปกติ ร้อยละ 71.6 ห้วงมผิดปกติ ร้อยละ 28.4 พบว่ามารดามีห้วงมผิดปกติชนิดห้วงมสั้นมากที่สุด รองลงมาคือ ห้วงมบอด บุ่ม และห้วงมใหญ่ ได้รับคำแนะนำการฉีควัคซีนห้วงมผิดปกติ ร้อยละ 38.6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 11.3 ได้แก่ โรคไมเกรน ไทรอยด์ โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคหัวใจ โรคภูมิแพ้ อายุครรภ์เมื่อคลอดส่วนใหญ่ 37-42 สัปดาห์ ร้อยละ 88.7 รองลงมาอายุครรภ์ 29-36 สัปดาห์ ร้อยละ 10.2 และอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ร้อยละ 1.1 สำหรับวิธีการคลอด พบว่าคลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 48.9 ผ่าตัดคลอด ร้อยละ 42.0 และคลอดทางช่องคลอดโดยใช้ vacuum extraction ช่วยคลอด ร้อยละ 9.1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 96.6 มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 3.4 ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่น้ำนมเริ่มไหลวันที่ 1 หลังคลอด ร้อยละ 60.2 น้ำนมเริ่มไหลวันที่ 2 ร้อยละ 30.7 และน้ำนมเริ่มไหลวันที่ 3 ร้อยละ 9.1 มารดาทราบว่าน้ำนมไหลดี ร้อยละ 66.0 น้ำนมไหลไม่ดีหรือมีน้อย ร้อยละ 29.5 น้ำนมยังไม่ไหลในวันที่ 3 หลังคลอด ร้อยละ 4.5 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่รับรู้ว่าน้ำนมเพียงพอสำหรับบุตร ร้อยละ 83.0 มีน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับบุตร ร้อยละ 17.0

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับอุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครั้งแรกโดยใช้ chi-square แล้วพบว่า อายุการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างตั้งครรภ์ การมีโรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด วิธีการคลอด ลักษณะห้วงม การรับรู้ปริมาณน้ำนมของมารดา การรับรู้ความเพียงพอของน้ำนมของมารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก มีเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้แก่ วันที่น้ำนมเริ่มไหล (chi-square =

3.370, $df = 1, p < .05$) แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับอุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแยกเป็นรายด้าน ประกอบด้วย ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ด้านทักษะ ด้านมารดา ด้านทารก ด้านการสนับสนุนทางสังคม และ ด้านจิตใจ พบว่าอายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด วิธีการคลอด ลักษณะหัวนม ไม่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่น

ครรภ์แรกจำแนกตามรายด้าน และพบว่าการมีโรคประจำตัว วันที่น้ำนมเริ่มไหล การรับรู้ปริมาณน้ำนม การรับรู้ความเพียงพอของน้ำนม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ด้านทัศนคติ ด้านทักษะ ด้านทารก และ ด้านจิตใจ แต่พบว่าวันที่น้ำนมเริ่มไหลไม่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ด้านทักษะและด้านการสนับสนุนทางสังคม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างวันที่น้ำนมเริ่มไหลและอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ($n = 88$)

ปัจจัย	อุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา			Chi-square
	น้อย-ปานกลาง จำนวน (%)	มาก จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)	
ด้านทัศนคติ				
วันที่น้ำนมเริ่มไหล				Chi square = 3.370 $df = 1 p < .05$
-น้ำนมเริ่มไหลในวันที่ 1 และ 2 หลังคลอด	67(83.8)	13(16.3)	80(100.0)	
-น้ำนมเริ่มไหลในวันที่ 3 หลังคลอด	4(50.0)	4(50.0)	8(100.0)	
ด้านทักษะ				
การมีโรคประจำตัว				Chi square = 4.372 $df = 1 p < .05$
-ไม่มีโรคประจำตัว	70 (89.7)	8(10.3)	78(100.0)	
-มีโรคประจำตัว	6(60.0)	4(40.0)	10(100.0)	
วันที่น้ำนมเริ่มไหล				Chi square = .195 $df = 1 p = .299$
-น้ำนมเริ่มไหลในวันที่ 1 และ 2 หลังคลอด	70 (87.5)	10 (12.5)	80 (100.0)	
-น้ำนมเริ่มไหลในวันที่ 3 หลังคลอด	6 (75.0)	2 (25.0)	8 (100.0)	
การรับรู้ปริมาณน้ำนม				Chi square = 12.565 $df = 1 p < .01$
- น้ำนมไหลดี	56(96.6)	2(3.4)	58(100.0)	
-น้ำนมไหลไม่ดี/ยังไม่มีน้ำนม	20 (66.7)	10(33.3)	30(100.0)	
การรับรู้ความเพียงพอของน้ำนม				Chi square = 8.144 $df = 1 p < .01$
-รับรู้ว่ามีน้ำนมเพียงพอสำหรับทารก	67(91.8)	6(8.2)	73(100.0)	
-รับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับทารก	9(60.0)	6(40.0)	15(100.0)	
ด้านทารก				
การมีโรคประจำตัว				Chi square = 3.074 $df = 1 p < .05$
-ไม่มีโรคประจำตัว	68 (87.2)	10(12.8)	78(100.0)	
-มีโรคประจำตัว	6(60.0)	4(40.0)	10(100.0)	
วันที่น้ำนมเริ่มไหล				Chi square = 5.099 $df = 1 p < .05$
-น้ำนมเริ่มไหลในวันที่ 1 และ 2 หลังคลอด	70(87.5)	10(12.5)	80(100.0)	
-น้ำนมเริ่มไหลในวันที่ 3 หลังคลอด	4(50.0)	4(50.0)	8(100.0)	
ด้านการสนับสนุนทางสังคม				
วันที่น้ำนมเริ่มไหล				Chi square = 2.318 $df = 1 p = .074$
-น้ำนมเริ่มไหลในวันที่ 1-2 หลังคลอด	71 (88.8)	9 (11.2)	80 (100.0)	
-น้ำนมเริ่มไหลในวันที่ 3 หลังคลอด	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (100.0)	



ปัจจัย	อุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา			Chi-square
	น้อย-ปานกลาง จำนวน (%)	มาก จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)	
ด้านจิตใจ				
การมีโรคประจำตัว				Chi square = 4.869 df = 1 $p < .05$
-ไม่มีโรคประจำตัว	61 (78.2)	17 (21.8)	78 (100.0)	
-มีโรคประจำตัว	4(40.0)	6(60.0)	10 (100.0)	
วันที่นํานมเริ่มไหล				Chi square = 4.134 df = 1 $p < .05$
-นํานมเริ่มไหลในวันที่ 1 และ 2 หลังคลอด	62 (77.5)	18 (22.5)	80(100.0)	
-นํานมเริ่มไหลในวันที่ 3 หลังคลอด	3 (37.5)	5 (62.5)	8 (100.0)	
การรับรู้ปริมาณนํานม				Chi square = 8.390 df = 1 $p < .05$
- นํานมไหลดี	49 (84.5)	9 (15.5)	58 (100.0)	
- นํานมไหลไม่ดี/ยังไม่มี	16(53.3)	14(46.7)	30(100.0)	
การรับรู้ความเพียงพอของนํานม				Chi square = 5.334 df = 1 $p < .05$
-รับรู้ว่านํานมเพียงพอสำหรับทารก	58 (79.5)	15 (20.5)	73 (100.0)	
-รับรู้ว่านํานมไม่เพียงพอสำหรับทารก	7 (46.7)	8 (53.3)	15 (100.0)	

จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านทัศนคติ พบวันที่นํานมมาหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ด้านทักษะ พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทักษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ปริมาณการไหลของนํานมของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการรับรู้ความเพียงพอของนํานมมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่พบว่าวันที่นํานมเริ่มไหลไม่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทักษะ

ด้านทารก พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และวันที่นํานมเริ่มไหลมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ด้านสังคม พบว่าวันที่นํานมเริ่มไหลมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ด้านจิตใจ พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) วันที่นํานมเริ่มไหลมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ปริมาณของนํานมมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ว่านํานมเพียงพอสำหรับทารกมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ได้แก่ การมีโรคประจำตัว วันที่นํานมเริ่มไหล การรับรู้ความเพียงพอของนํานม และ การรับรู้ปริมาณนํานมของมารดา พบว่ามีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทักษะ อุปสรรคด้านทารก และอุปสรรคด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) วันที่นํานมเริ่มไหลมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทัศนคติ อุปสรรคด้านทารก อุปสรรคด้านจิตใจ และอุปสรรคด้านการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ปริมาณนํานมมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับนํานมว่าเพียงพอสำหรับทารกหรือไม่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าการไหลของนํานมไม่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทักษะ ($p < .229$) ซึ่งพบว่ามารดาวัยรุ่นมีอุปสรรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาอุปสรรคเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีอุปสรรคมากที่สุดคือ ด้านทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งพบว่ามารดามีอุปสรรคในเรื่องท่าในการอุ้มทารกให้นมบุตรมากที่สุด โดยพบว่าเป็นอุปสรรคในระดับมาก ($\bar{X} = 3.09$) รองลงมาคือ ด้านจิตใจที่มารดาที่มีความวิตกกังวลและไม่มั่นใจในการที่เลี้ยงลูกด้วยนมตัวเอง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มารดาวัยรุ่นมีความวิตกกังวลกว่านํานมตัวเองจะเพียงพอต่อความต้องการของทารก เป็นอุปสรรคในระดับมาก (\bar{X}

=3.06) และ อุปสรรคด้านมารดาที่พบว่า มารดาที่ปัญหาสุขภาพจะมีอุปสรรคมากกว่ามารดาที่สุขภาพดี และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่อยู่ในระดับมากของด้านมารดาได้แก่ การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาทำให้มารดาไม่ได้พักผ่อนรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลียโดยเฉพาะเวลากลางคืน การมีแผลผ่าตัดหน้าท้องเป็นอุปสรรคในการให้นมบุตร กรณีที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการมีแผลฝีเย็บเป็นอุปสรรคในการนั่งให้นมบุตร เป็นอุปสรรคในระดับมาก ($\bar{X}=2.95$, $\bar{X}=2.92$, $\bar{X}=2.77$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร ผาสวรรณ, (2020) ที่ศึกษาประสบการณ์ของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือนแรกหลังคลอด พบว่า อุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพของมารดา ความสะดวกในด้านสถานที่ในการบีบเก็บน้ำนมและครอบครัวขาดความเข้าใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

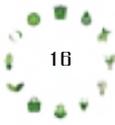
นอกจากนี้พบว่าการมีโรคประจำตัว วันที่น้ำนมเริ่มไหล การรับรู้ความเพียงพอของน้ำนม และการรับรู้ปริมาณน้ำนม มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทักษะ อุปสรรคด้านทารก และอุปสรรคด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง, พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และชญาดา สามารถ (2559) ที่ได้ศึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกหลังคลอด จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมารดาหลังคลอด เกี่ยวกับประสบการณ์ของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกหลังคลอดจากประสบการณ์ของมารดา คือ มารดาบางส่วนไม่ได้รับการสอนหรือบางครั้งอาจจะเป็นการสอนที่ไม่ได้มีการทดลองปฏิบัติทำให้มารดาขาดทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บางรายอาจทำตามที่ได้รับรู้แล้วแต่ทำไม่สำเร็จ ขาดการเริ่มดูดเร็วและไม่ได้ดูดกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความเครียดและรู้สึกกดดันจากตนเองและคนรอบข้าง และเมื่อออกจากโรงพยาบาลอาจมีภาวะแทรกซ้อนทำให้ไม่สามารถให้นมแม่ได้สำเร็จนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Brand E, Kothari C., & Stark M., (2011) ที่ศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยงในการเลิกเลี้ยงลูกเร็วคือมารดาที่มีปัญหาสุขภาพ และขาดทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นมารดาที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรสอนเทคนิคในการให้นมที่มีประสิทธิภาพและสอนทักษะในการแก้ปัญหาเพื่อช่วยเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนได้

วันที่น้ำนมเริ่มไหลมีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านทัศนคติ อุปสรรคด้านทารกและอุปสรรคด้านจิตใจ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการที่น้ำนมเริ่มไหลเร็วหรือช้า จะส่งผลให้มารดา รู้สึกยากลำบากหรือมีอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่มารดาวัยรุ่นไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอโดยเฉพาะการอุ้มทารกให้นม และการที่น้ำนมยังไม่ไหลจึงจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลหรือเครียด การได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงทางด้านทักษะจะช่วยลดอุปสรรคต่างๆได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาลี แซ่เบ๊ (2561) ที่ศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการสนับสนุนของครอบครัวกับการเสริมพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกมีความรู้ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพบว่ามารดาที่รับรู้สมรรถนะของตนเองมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกที่ได้รับการช่วยเหลือในด้านข้อมูล ข่าวสาร สิ่งของหรือการสนับสนุนทางจิตใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากผู้ให้การสนับสนุน คือ คนในครอบครัว มีส่วนร่วมในการสนับสนุนมารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรคนแรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เป็นอย่างดี ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือบุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการบีบเก็บน้ำนมไว้ เพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เพราะจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจและเปลี่ยนทัศนคติในส่วนนี้ได้

นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ปริมาณของน้ำนมและการรับรู้ความเพียงพอของน้ำนม มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การที่มารดาที่มีความวิตกกังวลและความเครียดกลัวว่าน้ำนมของมารดาจะไม่เพียงพอต่อความต้องการของบุตร ส่งผลทำให้การสร้างและหลั่งน้ำนมยิ่งจะผิดปกติ น้ำนมมารดาจะมาช้ายิ่งขึ้น (Perry, 2010) แสดงให้เห็นถึงความต้องการความช่วยเหลือในการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้น้ำนมเริ่มไหลโดยเร็วที่สุด เช่น อาจจะใช้วิธีนวดเต้านม ซึ่งจะสามารถกระตุ้นการไหลของน้ำนมได้ (มารีญา มะแซ, ศศิกานต์ กาละ, วรางคณา ชัชเวช, 2562) จะเป็นการช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดกลัวว่าน้ำนมของมารดาจะไม่เพียงพอต่อความต้องการของบุตร เมื่อมารดาไม่วิตกกังวล ไม่เครียด ฮอว์โมนออกซิโทซินจะหลั่งส่งผลต่อการไหลของน้ำนม (Perry, 2010)

ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรช่วยเหลือและให้คำแนะนำโดยเฉพาะอุปสรรคด้านทักษะการให้นมบุตร เพื่อให้มารดาที่มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีความมั่นใจทักษะที่สำคัญในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ได้แก่ การเตรียมเต้านมที่ถูกต้องในการให้นมบุตร การอุ้มทารกให้นมอย่างถูกวิธีขณะให้นมและหลังให้นม โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาการไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนมของมารดาหลัง



คลอดให้มามาก การดูแลหัวนมและเต้านม การนวดเต้านมที่มารดาจะต้องมีฝึกฝนทักษะที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการเตรียมมารดาไว้ด้วยความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โดยการฝึกทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งเสริมให้มีความมั่นใจในการที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง เช่น จัดกลุ่มช่วยเหลือตัวเองในมารดาตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะไตรมาสแรก ได้แก่ ทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การจัดกลุ่มให้มารดาไว้รุ่นได้แลกเปลี่ยนและระบายความรู้สึกเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ควรส่งเสริมมารดาที่มีปัญหาสุขภาพได้มี

ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ สำหรับการศึกษาและนำไปใช้ครั้งต่อไปควรวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและช่วยเหลือเป็นรายด้านเพื่อให้ตรงตามความต้องการของมารดาไว้รุ่นในกลุ่มที่มีข้อจำกัดหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆต่อไป

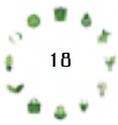
กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และพยาบาลแผนกหลังคลอด รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมารดาไว้รุ่นหลังคลอด โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย และที่สำคัญผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Brand E, Kothari C., & Strark M. (2011). Factors Related to Breastfeeding Discontinuation Between Hospital Discharge and 2 Weeks Postpartum. *The Journal of Perinatal Education*, 20(1), 36-44.
- Perry, S.E., Hockenberry, M.J. Lowdemilk, D.L. & Wilson, D. (2010). *Maternal child nursing care*. 4th ed. Missouri: Mosby.
- กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒยา, สุพินดา เรืองจิรัชเสี๋ยร และสุดาภรณ์ พัยคมเรือง. (2555). **การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**. ศูนย์ฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พระ-วัน. ดวงพร ผาสุวรรณ. (2563). ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน: กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม. **วารสารเกื้อการุณย์**, 27(1), 71-84.
- ทัศนีย์ รอดชมพู, อรพินท์ ภาคภูมิ, กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์, สรลรัตน์ พันธุ์สินทวีสุข, พงศ์สุรางค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา, อ้นธิดา แก้วมาตย์และคณะ. (2552). **สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12**. ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์, นันทา กาเลี้ยง, อนงค์ ภิบาล, รัตนา ไจสมคม และวนิสา หะยีเซาะ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนาน 6 เดือน ของมารดาในจังหวัดนราธิวาส. **พยาบาลสาร**, 7, 41(ฉบับพิเศษ), 123-133.
- โบว์ชมพู บุตรแสงดี, กรรณิการ์ กันธรักษา และจันทรัตน์ เจริญสันติ. (2556). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. **พยาบาลสาร**, 40(3), 1-10.
- เปมิกา บุตรจันทร์, สมเสาวนุช จมูศรี และกชพร สิงห์เหล็ก. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสมาชิกครอบครัวในชุมชน. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 34(4), 97-105.
- ภัทรวลัย คลังจิตร์. (2560). ปัจจัยขัดขวางการเริ่มต้นให้นมแม่. ใน **เอกสารการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 6 วันที่ 8-10 พฤศจิกายน 2560**; กรุงเทพฯ. ได้จาก: <http://www.guruobeyn.com>
- ภัสรา หากุหลาบ และนันทนา ธนาโนวรรณ. (2552). อุปสรรคของการเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด. **วารสารสภาการพยาบาล**, 24(2), 14-23.
- ภาวิณ พัวพรพงษ์. (2558). **อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยกเดือนในประเทศไทย**; ได้จาก: <http://www.guruobeyn.com>. 22 ธันวาคม 2560.
- มารีญา มะแซ, ศศิกันต์ กาละ และวรางคณา ชัชเวช. (2562). ผลของโปรแกรมนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**, 11(3), 1-14.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาลี แซ่เบ้. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าและเจตคติ

- ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 11(3), 10-23.**
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2562). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด: บทบาทพยาบาลและครอบครัว. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 12(1), 1-13.**
- ลักขณา ไชยนอก และคณะ. (2558). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชินทรราชสีมา.** สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ และนริลักษณ์ สุวรรณโนบล. (2560). ประสบการณ์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของปราชญ์นมแม่. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(1), 82-90.**
- ศิริธร พลายชุม, เทียมศร ทองสวัสดิ์ และถาวรย์ สมบูรณ์. (2555). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่น. **พยาบาลสาร, 39(2), 79-87.**
- สมพร ศรีสวัสดิ์, กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และทัศน์ี ประสภกิตติคุณ. (2556). ผลของการส่งเสริมบทบาทของยายในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาครรภ์แรก. **วารสารพยาบาลศาสตร์, 31(2), 48-56.**
- สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และชญาดา สามารถ. (2559). ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกหลังคลอด: ประสบการณ์ของมารดา. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(3), 30-40.**
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). รายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559. ได้จาก: https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS5/East%20Asia%20and%20the%20Pacific/Thailand/2015-2016/Key%20findings/Thailand%202015-16%20MICS%20KFR_Thai.pdf.
- 28 ธันวาคม 2560.
- เสาวลักษณ์ คำทอง, มยุรี นิรัทธาตร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในชุมชน. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 47(1), 31-43.**



การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ Development a Happy Reminiscence group Therapy according to the holistic nursing model in healing the minds of those affected from Southern Violence Situation

(Received: September 21,2020 ; Accepted: November 24,2020)

APN อังคณา วังทอง¹ กิตติพัฒน์ ทุตียาสนดี¹ ฮาลาวาตี สนิหวิ¹
APN Angkana Wangthong¹ Kittipat Tutiyanasadi¹ Halawatee Saniwee¹
¹โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี ¹ Nongchik Hospital, Pattani Province.
Corresponding author; Angkana Wangthong; Email: angka2006@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกที่เป็นสุข ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ทำการประยุกต์ขั้นตอนโดยใช้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1. การพัฒนาและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT พัฒนาตามขั้นตอนการพัฒนา รวบรวมและประเมินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาวิเคราะห์และร่างเป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัด จากนั้นได้ประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่พัฒนาและนำมาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน เห็นชอบทั้ง 5 ขั้นตอนและ ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ใน 5 ท่าน ให้ปรับเนื้อหาและแนวคำพูดในขั้นตอนที่ 3 เรื่องวันวานแห่งความรัก กิจกรรมที่ 4 ประเด็นวางแผนการจัดการความคิดและพฤติกรรมทางลบ พร้อมให้ข้อเสนอแนะคือ ปรับตัวอย่างเนื้อหา คำพูดให้อ่านเข้าใจง่าย 2. ความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดไปใช้ โดยคัดเลือกพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 5 คน โดยทุกคนมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบ ไม่น้อยกว่า 5 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า พยาบาลที่ใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทั้ง 5 คน ระบุว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ที่พัฒนา มีความสะดวกสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย สามารถเพิ่มสุข ลดโรค คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (คะแนน 9.2 คะแนน). สรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT นี้ ส่งผลที่ดีทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและระบบบริการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนา; โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข; รูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจ; สถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้

Abstract

Research and Development its objective is to develop a Happy Reminiscence group Therapy according to the holistic nursing model in healing the minds of those affected from Southern Violence Situation. The process is applied by using the nursing practice guideline development process, consisting of 2 phases: 1. Development and content validation of the HRT program developed stage by collecting and evaluating from empirical evidence they were analyzed and drafted into a group therapy program. The quality was then assessed by 5 experts to verify the content validity of the group treatment program developed and corrected. Which consisted of 6 steps, it was found that all 5 experts agree on 4 experts agree to all 5 steps and 1 in 5 experts to adjust the content and speech in step 3 on the day of love, activity 4 issues, management plan negative thoughts and behaviors ready to provide suggestions is adjust the examples of speech content to be easy to read. 2. The possibility of implementing a group therapy program was by selecting five nurses using the purposive sampling program, all of whom had experience in nursing practice for the affected person. Less than 5 years and agree to participate in this research It was found that all five nurses using the group therapy program indicated that the HRT program developed was convenient and easy to implement. Can increase happiness, reduce disease, increase quality of life and was satisfied

with the highest level (score 9.2 points). It can be concluded that using this HRT program has good results for both the patient efficient and quality family and nursing service systems.

Keywords: Development; Happy Reminiscence Group Therapy Program; The holistic nursing model in healing the minds; Southern Violence Situation

บทนำ

14 ปีกับสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ เป็นสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นถึงปัจจุบัน ความรุนแรงเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่ายืดเยื้อเรื้อรังและทวีความรุนแรงขึ้น (Karaketsorn & Kongsuwan, 2015) สร้างความรุนแรงถึง 15,123 ครั้ง บาดเจ็บ 11,753 คน บาดเจ็บและเสียชีวิต 18,233 คนและเสียชีวิต 6,480 คน (Academic Coordination Center to assist people affected by the border provinces unrest Southern region, 2017) มีสตรีหม้าย 3,093 คน เด็กกำพร้า 6,621 คน (Ministry of Social Development and Human Security, 2017) ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ประชาชนในพื้นที่สูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ส่งผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจต่อผู้ที่อยู่ในพื้นที่ (Karaketsorn & Kongsuwan, 2015)

อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เป็นอันดับต้นๆ (ร้อยละ 33.33) ที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่รุนแรงและต่อเนื่อง จากการรวบรวมข้อมูล ปี พ.ศ. 2557–2560 โรงพยาบาลหนองจิกมีผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 543 ราย เสียชีวิต 270 ราย บาดเจ็บ 273 ราย และได้รับการส่งต่อ 106 ราย (Accident & Emergency Department Nong Chik Hospital, 2017) ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นี้ได้เกิดภาวะวิกฤตสุขภาพจิต เนื่องจากการสูญเสียอย่างทันทีทันใด เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน และยังทำให้ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ระวังหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ อีกทั้งครอบครัวที่สูญเสียผู้นำครอบครัวยังคงต้องรับภาระครอบครัวในด้านบทบาทหน้าที่ทั้งพ่อและแม่ในการเลี้ยงดูลูก การตัดสินใจปัญหาทุกเรื่อง ภาระค่าใช้จ่าย ความยากจนและไม่มีความหวัง สภาพเหล่านี้ยิ่งทำให้เกิดปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อนทางอารมณ์ได้ เพราะเป็นภาวะที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เกิดภาวะเสียสมดุลทางจิตใจ เช่น เกิดความเศร้าโศกเสียใจ รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว มีทัศนคติเชิงลบ เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression), ภาวะเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่าง

รุนแรง (Post Traumatic Stress Disorder: PTSD), ภาวะเศร้าโศกซับซ้อน (Complicated grief) (Detdee, Prohmpetch & Tantirangsee, 2018; Psychiatric and Mental Health Department Nong Chik Hospital, 2017)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะอาการทางจิตมีหลายวิธี มีทั้งการรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดรักษาทางจิตสังคม และการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Itthasakun P, 2012) แต่การรักษาด้วยยาต้านเศร้า อาจทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ตามมา เช่น ภาวะเกลือโซเดียมในกระแสเลือดต่ำ หรือมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร (Bauer M, Bschor T, Pfmernig A, Whybrow P, Angst J, Versani M, et al., 2007) ส่วนการรักษาทางจิตสังคมก็มีหลากหลาย เช่น การปรับความคิดและพฤติกรรม (Tabinta D, 2012) หรือการบำบัดแบบสัมพันธ์ภาพบำบัด (interpersonal therapy) (Waiwattana V., 2007) หรือการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving) (Palasak T, Soonthornchaiya R, Uppsane R., 2017) ซึ่งการบำบัดดังกล่าวสามารถลดภาวะอาการทางจิตระดับปานกลางเท่านั้น (Kongsuk T, Arunpongpaial S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J., 2018) แต่ยังมีอีกวิธีหนึ่งที่สามารถลดภาวะอาการทางจิตระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT)

โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข มีองค์ประกอบการบำบัด 6 ขั้นตอนๆ ละ 1-2 ชั่วโมง ดังนี้ 1) การสร้างอ่างโอบอ้อมและการให้ความรู้สุขภาพจิต ขั้นตอนที่ 2-5 การบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (HRT) คือ 2) วันวานแห่งความสุข 3) วันวานแห่งความรัก 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5) บทเรียนที่มีค่าในการดำเนินชีวิตและ 6) บทสรุปการเรียนรู้และการนำไปใช้ เป็นโปรแกรมการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ เข้าใจตนเอง ได้รำลึกถึงเหตุการณ์ตามช่วงวัยตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ เห็นทางแก้ปัญหา สามารถรับมือกับปัญหา รู้สึกปลอดภัย เพิ่มความภาคภูมิใจ ความพึงพอใจในตนเอง ลด



ความเหงาในจิตใจ โดยการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย มีคุณค่า พร้อมปรับตัวผ่านการหวนรำลึก ทบทวนชีวิตที่เป็นสุข ประคับประคองให้มีชีวิตที่สมดุล ภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน ค้นพบความสุข ลดโรค ส่งผลให้เกิดสุขภาพดี (Prohmpetc W, Songwathana P., 2018; Soonthomchaiya R., 2011) และการบำบัดในการลดภาวะอาการทางจิตต้องสอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหา และ ความ ต อ ง ก า ร ข อ ง ผู้ ป ่ ว ย (Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J., 2018) และ คำนึงถึงบริบทของวัฒนธรรมของผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ได้ที่มีภาวะอาการ Depression, PTSD และ Comp รูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (อังคณา วังทอง, 2561) เป็นรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ที่พัฒนาตามปัญหาความต้องการของพยาบาลผู้ให้บริการและผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ได้ มีการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เช่น การลดภาวะอาการทางจิต ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มระดับความสุขและวัดระดับคุณภาพชีวิต ด้วยการปรับปรุงกระบวนการทำงานพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยรักษาระดับคุณภาพการดำเนินงานขององค์กรพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ามารักษาในโรงพยาบาล รวมถึงเยี่ยมเยียนจิตใจดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พัฒนางองค์ความรู้ เกิดผลผลิตที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถช่วยเหลือทางด้านจิตใจทันทีและต่อเนื่อง ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับทิศทางและนโยบายในระยะยาวของหน่วยงาน ระดับเขตสุขภาพที่ 12 กรมสุขภาพจิตและระดับกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ส่งผลให้ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ได้มีการปรับตัว ลดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

ดังนั้น หากได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกที่เป็นสุข ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ จะทำให้พยาบาล สามารถปฏิบัติกรพยาบาลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน บำบัดความคิดและพฤติกรรมครอบคลุมตามลักษณะของปัญหาสุขภาพ 4 มิติที่เกิดขึ้น และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ได้

กว้างขวางยิ่งขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่เคยพบว่ามีที่ไหนทำมาก่อน และไม่เคยพบการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างนี้ ในพื้นที่นี้ อีกทั้งวิธีการคิดพัฒนาจากหลายแนวคิดหลายทฤษฎี ผู้วิจัยจึงศึกษาวิจัยการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกที่เป็นสุข ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ เพื่อเป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ได้ ที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น สามารถลดอาการทางจิต ลดโรค ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึก ความหลังที่เป็นสุข ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพัฒนามาจากหลักการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมกราคม 2561 - มีนาคม 2562 ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน โดยดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่พัฒนา ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1) กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของปัญหา กำหนดหัวข้อในการวิจัย จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาจิตเวชและสุขภาพจิตได้เป็น “โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้”

2) กำหนดทีมพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัด จัดตั้งทีมพัฒนาโดยความสมัครใจ ดังนี้

2.1 พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 3 คน ซึ่งคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพผู้พัฒนาโปรแกรมฯ แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้ 1) พยาบาล ศาสตรบัณฑิต เฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (PG) ปฏิบัติงานโรงพยาบาลหนองจิก และ 3) พยาบาลศาสตรบัณฑิต

เฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (NP) ปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และ 3) ผู้วิจัย

2.2 ที่ปรึกษาของทีมนักพัฒนา ประกอบด้วย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ วุฒิบัตร
สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน),
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์
ครอบครัว)และหัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม
รวมเป็น 3 คน

3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบ
หวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence
Therapy: HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมใน
การเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่
สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้

คุณสมบัติของผู้ใช้โปรแกรม HRT ได้แก่ พยาบาล
วิชาชีพผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและสุขภาพจิต และ
คุณสมบัติของผู้ได้รับการบำบัด คือ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก
สถานการณ์ความไม่สงบ อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ปี
พ.ศ. 2557-2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
(purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) อายุ
15-59 ปี (2) ระดับความเสี่ยง โดยใช้แบบคัดกรอง ดังนี้
2.1 อาการที่เกิดจากบาดแผลทางจิตใจ (พบอาการอย่าง
น้อย 1 ใน 4 ข้อ) 2.2 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปาน
กลาง (9Q = 7-18 คะแนน) 2.3 แบบประเมินผลกระทบ
ทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PISCES-10) มี
การติดตามและประเมิน 3 ระยะแบ่งกลุ่มดังนี้ กลุ่มปกติ (สี
เขียว) คือประเมินครบ 3 ระยะ พบว่าคะแนน PISCES-10 <
9 คะแนน ทั้ง 3 ระยะ, กลุ่มเสี่ยง (สีเหลือง) คือ ประเมิน
ระยะที่ 1 หรือ ระยะที่ 2 หรือระยะที่ 3 พบว่า คะแนน
PISCES-10 \geq 9 คะแนน และกลุ่มโรค (สีแดง) คือ ประเมิน
ครบ 3 ระยะ คะแนน PISCES-10 \geq 9 คะแนน ทั้ง 3 ระยะ
และ 2.4 แบบประเมินความเศร้าที่ซับซ้อน (Complicated
Grief) หากมีบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิต (3) อ่านออก เขียน
ได้ สื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และ (4) สมัครใจเข้าร่วมการ
วิจัย

4) การสืบค้นหาข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้อง และประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์
ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐาน
เชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิดของพิโค (PICO framework)

4.1 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (keywords)
เกี่ยวกับการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขในการเยียวยา
จิตใจสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ทั้ง
ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่

ประชากร (population): ผู้ได้รับผลกระทบจาก
สถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้

การปฏิบัติ (intervention): การบำบัดแบบหวน
รำลึกความหลังที่เป็นสุข, รูปแบบการพยาบาลแบบองค์
รวมในการเยียวยาจิตใจ, การปรับความคิดและพฤติกรรม,
การให้คำปรึกษาแบบสร้างใจ, holistic nursing model,
psychological treatment, happy reminiscence
therapy (HRT), cognitive behavioral therapy (CBT),
motivational therapy

การเปรียบเทียบ (comparison): ไม่มี

ผลลัพธ์ (outcome): ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัด
แบบหวนรำลึกความหลังที่
เป็นสุข (HRT) ลดภาวะอาการทางจิต (Depression, PTSD,
Complicated grief)

4.2 กำหนดแหล่งข้อมูลหรือฐานข้อมูลที่ใช้ในการ
สืบค้น โดยผู้วิจัยมีการทบทวนจากวรรณกรรมหรือ
หลักฐานเชิงประจักษ์ ค้นคว้าในตำรา วารสารทางการ
พยาบาล คู่มือต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์
เช่น The Joanna Briggs Institute, CINAHL, The
Cochrane Collaboration & National Clearinghouse,
OVID, MEDLINE และ Thai-Lis โดยกำหนดช่วงปีสืบค้น
ระหว่าง พ.ศ. 2557-2560 และ ค.ศ. 2014-2017 ซึ่งเป็น
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็น
ระบบ งานวิจัยที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลอง พร้อมทั้งมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มงานวิจัยเชิง
ทดลอง/กึ่งทดลอง และเอกสารแนวปฏิบัติ/ข้อเสนอแนะ
การปฏิบัติ ที่ผ่านการสังเคราะห์องค์ความรู้อย่างเป็นระบบ
รวมถึงการสืบค้นด้วยมือ สืบค้นได้ทั้งหมด 21 เรื่อง

4.3 ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์และวิเคราะห์
คุณค่าของหลักฐาน โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย
และประเมินหลักฐานโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT โดย
ประเมินกระบวนการพัฒนาและประเมินเนื้อหาที่เป็น
สาระสำคัญว่าสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่ หรือมีความ
เหมาะสมในการนำไปใช้เพียงใด ระบุเกณฑ์คุณภาพของ
หลักฐานเชิงประจักษ์และระดับคำแนะนำ (ฟองคำ ดิลก
สกุลชัย, 2549)

4.4 นำเสนอผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้
หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT
โดยใช้เกณฑ์ของ เมลนิคและฟายเออร์-โอเวอร์โฮลท์ (ฟอง
คำ ดิลกสกุลชัย, 2549) สามารถแบ่งระดับของหลักฐานเชิง
ประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 หลักฐานจากการ
ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review)
หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ระดับ 2



หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ระดับ 3 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองกึ่งทดลองหรือเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (nonrandomized controlled trial) ระดับ 4 หลักฐานจากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6 หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยว ที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ และระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะและ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

5) นำข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นมาจัดกลุ่มวิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์และสรุปประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาของโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ได้จากการคัดเลือกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างปี พ.ศ. 2557 – 2560 และ ค.ศ. 2014 – 2017 ตามลำดับ พบจำนวน 21 เรื่อง ผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนา คัดเลือกมาสร้างแนวปฏิบัติ 18 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัย 6 เรื่อง รายงานวิจัย 2 เรื่อง สารนิพนธ์และวิทยานิพนธ์ 2 เรื่อง คู่มือที่เกี่ยวข้อง 6 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง

6) สร้างโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT จากหลักฐานเชิงประจักษ์/พัฒนาคู่มือประกอบการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT โดยทีมพัฒนาโปรแกรมฯ นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สรุปประเด็นสำคัญในข้อ 5 นำเสนอที่ปรึกษาเพื่อหาข้อสรุป แล้วนำมาจัดทำพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ประกอบด้วย 1. โปรแกรมและคู่มือโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข 2. รูปแบบและคู่มือการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ 3. Application ระบบฐานข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ 4. คู่มือการดูแลเยียวยาจิตใจตนเองเมื่อได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ฉบับชาวบ้าน) 5. Animation สื่อคู่มือการดูแลเยียวยาจิตใจตนเองเมื่อได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ฉบับชาวบ้าน) 6. เครื่องมือวิจัย เช่น แบบวัดอาการทางจิต/แบบวัดความสุข (Happiness-NongChik)/ไม้บรรทัดวัดความพึงพอใจ เป็นต้น และ 7. อื่นๆ เช่น 7.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย

(QOL-NongChik) 7.2 สื่อสุขภาพการดูแลสุขภาพจิต ได้แก่ เพลงช่วยกันดูแล และวีดิทัศน์ประกอบการสอน

ระยะที่ 2 ความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ไปใช้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

1) ประเมินคุณภาพของโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ที่พัฒนาขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชาชีพประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว, หัวหน้าพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ, พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ปริญญาโท) ที่ผ่านการอบรมโปรแกรม HRT, พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานปฐมภูมิและองค์กรวม เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ที่พัฒนาขึ้น ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) = .90 พร้อมปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2) ทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ปฏิบัติงานโรงพยาบาลหนองจิก 1 คน 2) พยาบาลศาสตรบัณฑิต เฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (PG) ปฏิบัติงานโรงพยาบาลหนองจิก 2 คน และ 3) พยาบาลศาสตรบัณฑิต เฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (NP) ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 2 คน โดยทุกท่านมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเยียวจิตใจ ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ไม่น้อยกว่า 5 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทีมวิจัยได้พัฒนาขึ้น ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา เป็นต้น

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 2.1 แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิเลือกตอบว่า “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย” กับเนื้อหาโปรแกรมฯ 2.2 แบบประเมินความ

เป็นไปได้ในการนำโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ความสามารถในการปฏิบัติกรรพยาบาลตามรูปแบบฯ ด้านที่ 2 ความยากง่ายของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT โดยให้ลงเครื่องหมาย ✓ ตามความคิดเห็นที่เป็นจริงของพยาบาลหลังจากนำโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ไปทดลองใช้ในช่อง “ปฏิบัติได้” หรือ “ปฏิบัติไม่ได้” และ “ยาก” หรือ “ง่าย” ในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ

3) ไม่บรรเทาความพึงพอใจ ที่ทีมวิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT แบ่งเกณฑ์ระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ ประเมินจากมาตราวัดแบบตัวเลข ใช้คะแนน 1-10 เทียบเคียงระดับความพึงพอใจ ดังนี้ คะแนน 1-2 หมายถึง ไม่พึงพอใจ คะแนน 3-4 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย คะแนน 5-6 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง คะแนน 7-8 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก และคะแนน 9-10 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล, ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรม HRT และระดับความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม HRT และรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมวิจัยมาปรับปรุงโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ให้มีความง่ายต่อการนำไปใช้และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ทีมวิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การเข้าร่วมการวิจัยเป็นการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ก่อนที่กรวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (แผนภูมิ 1) ประกอบด้วย โดยโปรแกรม HRT 6 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอน ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 1-2 ชั่วโมง และนัดทำกิจกรรมห่างกัน 3 - 7 วัน (ตามความเหมาะสม) รวม 6 ครั้ง ระยะเวลาประมาณ 3 - 6 สัปดาห์ ดังนี้

1) การสร้างอ่างโอบอุ้มและการให้ความรู้สุขภาพจิต ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทำความรู้จักกัน 2. นำเข้าสู่กระบวนการหวนรำลึกความหลัง 3. บอกวัตถุประสงค์หรือบทวนวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัด 4. ฝึกการบำบัดแบบหวนรำลึกและแบ่งปันเรื่องราว 5. สรุปความเข้าใจภาวะซึมเศร้าและการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขและประโยชน์ที่ได้รับ และ 6. มอบหมายการบ้าน และนัดครั้งต่อไป พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เห็นชอบทั้ง 6 กิจกรรม

2) วันวานแห่งความสุข ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. ประเมินสมาชิกได้มีการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่ผ่าน มา 3. ฝึกแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เรื่องวันวานแห่งความสุข และการทำความเข้าใจความคิดทางลบ 4. ร่วมชื่นชมและความประทับใจจากการฟังเรื่องวันวานแห่งความสุข 5. สรุปการทำกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังวันวานแห่งความสุขและประโยชน์ที่ได้รับ และ 6. มอบหมายการบ้าน และนัดครั้งต่อไป พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เห็นชอบทั้ง 6 กิจกรรม

3) วันวานแห่งความรัก ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. ประเมินสมาชิกได้มีการหวนรำลึกความหลังวันวานแห่งความสุขที่ผ่าน มา 3. นำเข้าสู่ประเด็น วันวานแห่งความรัก 4. ฝึกทักษะการผ่อนคลาย การชื่นชมตนเอง และ 6. มอบหมายการบ้าน และนัดครั้งต่อไป พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน เห็นชอบทั้ง 5 ขั้นตอนและ ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ใน 5 ท่าน ให้ปรับเนื้อหาและแนวคำพูดในขั้นตอนที่ 3 เรื่อง วันวานแห่งความรัก กิจกรรมที่ 4 ประเด็นวางแผนการจัดการความคิดและพฤติกรรมทางลบ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะคือ ปรับตัวอย่างเนื้อหาคำพูดให้อ่านเข้าใจง่าย

4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนครั้งที่ผ่านมา 2. ประเมินสมาชิกได้มีการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่ผ่าน



มา 3. ฝึกแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เรื่องวันวานแห่งความภาคภูมิใจ และแบ่งปันเรื่องราว 4. ชื่นชมและความประทับใจจากการฟังเรื่อง วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5. สรุปการหวนรำลึกความหลัง วันวานแห่งความภาคภูมิใจ และประโยชน์ที่ได้รับ และ 6. มอบหมายการบ้านและนัดครั้งต่อไป พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านเห็นชอบทั้ง 6 กิจกรรม

5) บทเรียนที่มีค่าในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. ประเมินสมาชิกได้มีการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่บ้านที่ผ่านมา 3. ฝึกแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เรื่องบทเรียนที่มีค่าในการดำเนินชีวิต และแบ่งปันเรื่องราว 4. ชื่นชมและความประทับใจจากการฟังเรื่องบทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต 5. สรุปการหวนรำลึกความหลัง บทเรียนที่มีค่าในการดำเนินชีวิตและประโยชน์ที่ได้รับ และ 6. มอบหมายการบ้านและนัดครั้งต่อไป พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เห็นชอบทั้ง 6 กิจกรรม

6) บทสรุปการเรียนรู้และการนำไปใช้ ซึ่งจะประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่ม 2. สิ่งที่ได้เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสิ่งที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต และ 3. ยุติกระบวนการกลุ่มบำบัด พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เห็นชอบทั้ง 3 กิจกรรม

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT จำนวน 5 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 80 อายุระหว่าง 30-40 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานในสายวิชาชีพพยาบาล อยู่ระหว่าง 8-25 ปี ประสบการณ์ที่รับผิดชอบงานจิตเวช 8-10 ปี 4 คน (ร้อยละ 80) และมากกว่า 10 ปี 1 คน (ร้อยละ 20) และพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองในให้การพยาบาลเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ จากการประชุมวิชาการในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน 5 คน (ร้อยละ 100)

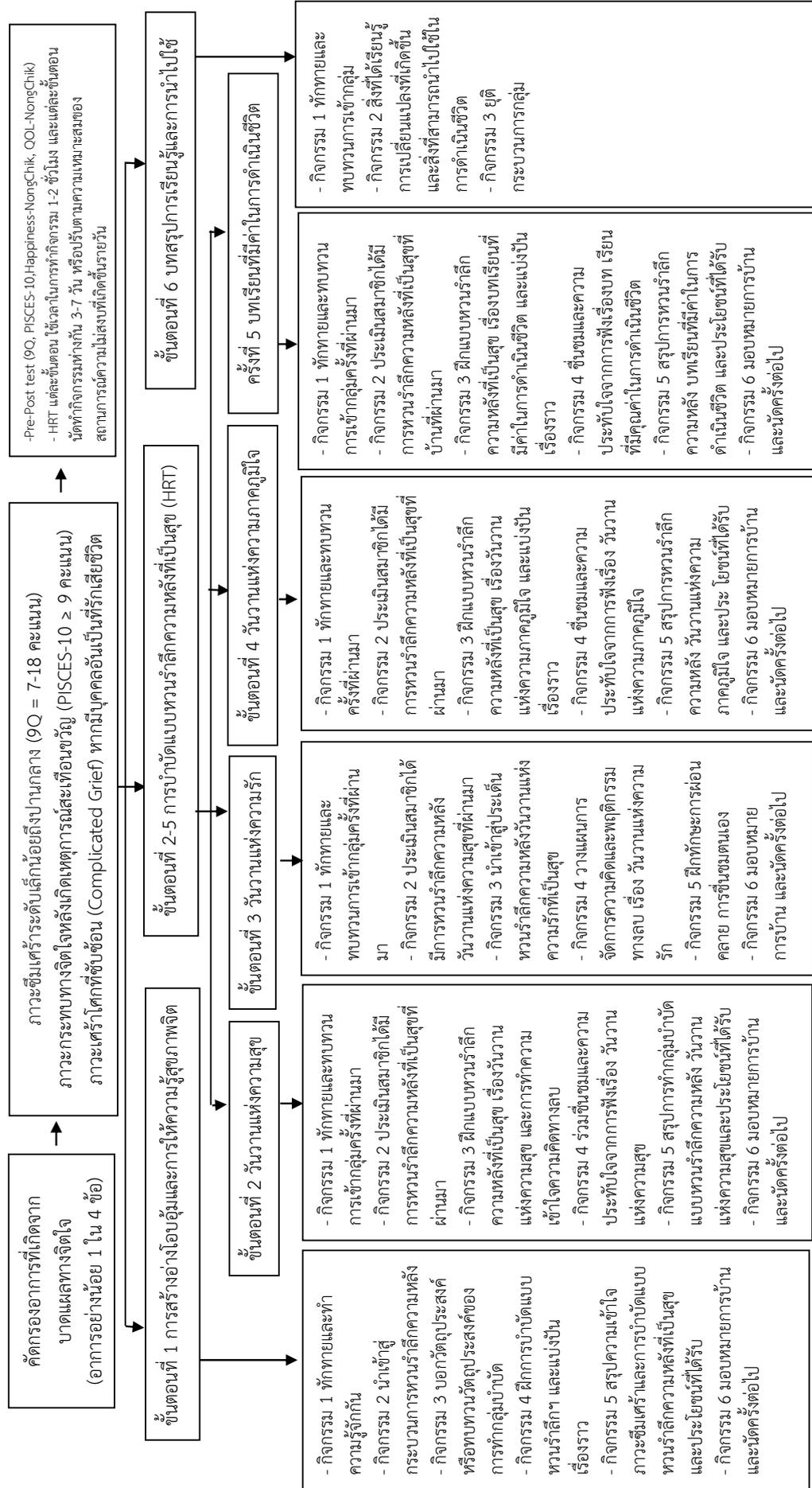
3. ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) พบว่า โปรแกรมมีความสะดวกในการใช้ไม่ยุ่งยาก มีความเหมาะสมในการบำบัดรักษาควบคู่กับรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ทำให้ลดภาวะอาการทางจิตและพัฒนาระบบ

บริการพยาบาลเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผู้ให้บริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence), วางแผนพัฒนาการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล, การรายงานผลในระบบ Hos-xp, HDC ให้ถูกต้องมีประสิทธิภาพ ลดความผิดพลาด, ระบบการเยี่ยมบ้าน, ระบบการส่งต่อ, การบูรณาการเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย เป็นต้น

4. ระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้ต่อโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ อยู่ระดับมากที่สุด (9.20 คะแนน)

5. เกิดผลผลิตที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เช่น 1. โปรแกรมและคู่มือโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข 2. รูปแบบและคู่มือการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ 3. Application ระบบฐานข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ 4. คู่มือการดูแลเยียวยาจิตใจตนเองเมื่อได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ฉบับชาวบ้าน) 5. Animation สื่อคู่มือการดูแลเยียวยาจิตใจตนเองเมื่อได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ฉบับชาวบ้าน) 6. เครื่องมือวิจัย เช่น แบบวัดอาการทางจิต/แบบวัดความสุข (Happiness-NongChik)/ไม้บรรทัดวัดความพึงพอใจ เป็นต้นและ 7. อื่นๆ เช่น 7.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย (QOL-NongChik) 7.2 สื่อสุขศึกษาการดูแลสุขภาพจิตได้แก่ เพลงช่วยกันดูแล และวีดิทัศน์ประกอบการสอน

ซึ่งผลผลิตที่ได้นี้สามารถช่วยเหลือทางด้านจิตใจทันทีและต่อเนื่อง ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับทิศทางและนโยบายในระยะยาวของหน่วยงาน ระดับเขตสุขภาพที่ 12 กรมสุขภาพจิตและระดับกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ส่งผลให้ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ได้มีการปรับตัว ลดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น



ภาพประกอบที่ 1 โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลของক্রিমในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้



การอภิปรายผล

โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบนวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT มีความเป็นไปได้และพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมพึงพอใจระดับมากที่สุด อาจเนื่องจากเป็นรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ที่พัฒนาตามปัญหาความต้องการของพยาบาลผู้ให้บริการและผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ได้ มีการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ตามกรอบแนวคิดการเลือกและคัดงานวิจัยที่มีความครอบคลุมกระบวนการพัฒนากระบวนการทางการพยาบาล (อังคณา วังทอง, 2563) ซึ่งประเด็นปัญหาเกิดจากการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่พยาบาลได้นำมาใช้พัฒนางานการพยาบาลด้วยกรวิจัย เช่น การพัฒนาโปรแกรม HRT และทำให้ได้เนื้อหาของโปรแกรมกลุ่มบำบัดสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลผู้ใช้โปรแกรมมีพื้นฐานความรู้และทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาจากการไปรับการฝึกอบรมจากหน่วยงานต่างๆ เป็นประจำทุกปี (นัยนา ชนะ, นที เกื้อกูลกิจกรและ แสงอรุณ อิศระมาลัย, 2557) มาใช้ในระบบการดูแลเยียวยาจิตใจ เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะอาการทางจิต ลดค่าใช้จ่าย วิตกกังวล พ้อใจ และเพิ่มคุณภาพชีวิต สอดคล้องการศึกษาของอังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, ชูรัฐดี ลีเต็งและ ปัทมาวดี มะอึง (2562) เรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบนวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.00 ($t = 10.57$) ด้วยการปรับปรุงกระบวนการทำงานพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยรักษาระดับคุณภาพการดำเนินงานขององค์กรพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ ตั้งแต่แรกรับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล รวมถึงเยี่ยมเยียนจิตใจดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประหยัดเวลา สะดวกและเข้าถึงง่าย มีฐานข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความต่อเนื่องในการติดตามผลลัพธ์การดูแลนำมาใช้ในรูปแบบการให้ข้อมูล ติดต่อสื่อสารของผลลัพธ์อย่างเป็นทางการ เป็นการเพิ่มความสุข ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องการศึกษาของนางอังคณา วังทอง (2563) เรื่อง พัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการ PTSD, Depression, Grief ลดลง ($t = 8.469$) สามารถลดค่าใช้จ่าย (Cost) ($t = 29.682$) คะแนนเฉลี่ยระดับความสุข ($t = 2.714$) และคะแนนเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ($t = 2.994$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบนวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้อย่างต่อเนื่อง พร้อมขยายผลโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น, กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น

ข้อจำกัด

1. การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบนวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ในครั้งนี้ มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา ส่งผลให้การนำโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ไปใช้กับพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมฯ กลุ่มขนาดเล็ก (pilot study) และนำไปใช้กับผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้จำนวนน้อย จึงอาจมีข้อจำกัดด้านประสิทธิภาพของโปรแกรม HRT ซึ่งควรได้มีการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบนวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขฯ และนำไปขยายใช้ในกลุ่มใหญ่ขึ้น

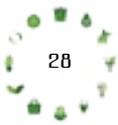
2. การเข้าพื้นที่ไปทดลอง บางครั้งพบปัญหาว่าไม่สามารถลงเยี่ยมบ้าน ไม่สามารถติดตามบำบัดและประเมินผลตามรูปแบบโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ได้ เนื่องจากระหว่างทำการทดลองจะมีเหตุการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดขึ้นในพื้นที่รายวัน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พหุวัฒนธรรมและมีความแตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ จึงต้องประเมินจัดการกับสถานการณ์ที่พิเศษ เพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของพยาบาลและทีม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ขอขอบคุณนายอำเภอหนองจิก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจิกและเครือข่ายที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- दारवाररन टिंपिनटा. (2555). **ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม**. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
- นัยนา ชนะ, นที เกื้อกูลกิจการและ แสงอรุณ อิศระมถลัย. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะพฤติกรรมของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 34(1): 25-40.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). **การปฏิบัติกรพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลักการและวิธีปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีริ-วัน.
- อังคณา วังทอง. (2561). **สรุปผลการรายงานการปฏิบัติงานการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี**. อังคณา วังทอง. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้. **วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์**. 12(3): 19-43.
- อังคณา วังทอง, นายแพทย์อนุชิต วังทอง, ชูรัฐดี ลิเต็งและ ปัทมาวดี มะอิ่ง. (2563). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบนวนรวิไลความหลังที่เป็นสุขในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. **วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา**. 5(2): 92-104.
- Academic Coordination Center to assist people affected by the border provinces unrest Southern region. (2017). **Situation monitoring report for injury injuries in southern border provinces**. Accident & Emergency Department Nong Chik Hospital. (2017). **Data base received the impact of the unrest situation in 3 southern border provinces**, Nong Chik District, Pattani Province.
- Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow P, Angst J, Versani M, et al. (2007). World federation of societies of biological psychiatry guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. **The World Journal of Biological Psychiatry**; 8(2): 67-104.
- Detdee, S., Prohmpetch, W., & Tantirangsee, N. (2018). The effectiveness of resilience enhancing program on resilience level and depression among widows affected by south Thailand insurgency. **Journal of Mental Health of Thailand**, 26(2): 103-116. (in Thai).
- Itthasakun P. (2012). **Abnormal emotional disorder in M Loetrakun, P Sukanich (editor), Ramathibodi Psychiatry** (New remix No. 3, page 149-173). Bangkok: Department of Mental Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University.
- Karaketsom D, Kongsuwan V. Development of crisis recovery models for women widow who face stress after the shock of the southern border violence situation in Thailand. **Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2015; 29(1): 14-26. (in Thai).
- Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. (2018). Reliability and accuracy of the Depression Scale with 9 questions compared to the Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17). **J Psychiatr Assoc. Thailand**; 63(4): 321-334. (in Thai)
- Laikongtham W, Pimtra S, Kongsuk T, Rungruangkolkkit S. The results of a happy backache treatment group on depression in Thai elderly with depression. **Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2015; 29(2): 12-27. (in Thai)
- Ministry of Social Development and Human Security. (2017). Register for assistance to recipients the impact of the unrest in southern border provinces.
- Palasak T, Soonthomchaiya R, Uppasane R. (2017). The effect of therapy program by solving problems in depression in patients with major depressive disorder. **Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health**; 31(1): 60-74. (in Thai)
- Prohmpetc W, Songwathana P. Research synthesis of mental remedy for people affected by the civil unrest in the Southernmost provinces. **Journal of Liberal Art** 2018; 10(1). (In Thai)
- Psychiatric and Mental Health Department Nong Chik Hospital. (2017). **Children and family database received the impact of the unrest situation in 3 southern border provinces**, Nong Chik District, Pattani Province.
- Soonthomchaiya R. (2011). Academic article, Recollection therapy: Psychosocial therapy in elderly depression patients. **Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health**; 25(2): 1-11. (in Thai).
- Waiwattana V. (2007). Relationship between personal and family characteristics and quality of life Elderly, SuratThani Province, Bangkok: SukhothaiThammathirat Open University



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Development of Health Care System for Tuberculosis Patients of Nongphalan Tambon Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima

(Received: October 14,2020; Accepted: November 16,2020)

มานพ ผสม พย

Manop Phasom

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองพะลาน อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวม 20 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ร้อยละและค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ก่อนดำเนินการ ผู้ป่วยวัณโรคขาดการติดตามการรักษา ส่วนใหญ่ที่เลี้ยงก่ากับการกินยาไม่ได้ดูแลก่ากับการกินยาของผู้ป่วยอย่างจริงจัง การประสานส่งต่อข้อมูลและแนวทางการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยไม่ชัดเจน หลังดำเนินการ เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินงาน 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 2) การเก็บเสมหะส่งตรวจ 3) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปถ่ายภาพรังสีทรวงอกที่โรงพยาบาล 4) การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 5) การให้ความรู้เรื่องโรควัณโรคและความรู้เรื่องการรับประทานยา 6) การนัดหมายพบแพทย์ 7) การติดตามเยี่ยมบ้าน 8) การพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและส่งต่อในชุมชน 9) การประเมินผลการรักษา จากการดำเนินการ 9 ขั้นตอน พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชนจำนวน 15 รายได้รับการรักษาหายขาด 15 รายคิดเป็นร้อยละ100 ซึ่งกระบวนการที่เหมาะสมในพื้นที่ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของ

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

Abstract

This study is action research to investigate situation and develop caring system for Tuberculosis patients in Nongphalan Tambon Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima . 20 of target group were director of health promotion hospital district, officer of responsible for tuberculosis of the district health office, officer of responsible for tuberculosis of the district health district and volunteers from local authorities and public health officials. Instruments used in research a semi-structured interview and focus group. Percentage and mean were used to analysis the quantitative data and content analysis was used for analyzing the qualitative data. The results indicate that before developing situational analysis of the existing Tuberculosis health care services revealed that tuberculosis patients unconcerning toward the treatment regimen and follow-up visits, the protocol for collaboration and referral of patients' information were not clearly defined, After developing a system of care for Tuberculosis patients in Contracting Unit for Primary Care Muang Nakhon Ratchasima include 9 steps were 1) screening for new suspects, 2) sputum specimens, 3) referring for a chest X-ray, 4) registering a new TB patients, 5) knowledge providing about TB disease and medicine usage, 6) making a medical appointment, 7) house visiting, 8) referring to Nakhon Ratchasima provincial hospital or community hospital, and 9) evaluating treatment. After development yields a 100% total cure

for all 15 registered TB patients. These good developed steps is very important to developing health care system for tuberculosis patients of Nongphalan Tambon Health Promoting Hospital with higher quality.

Keyword: Health Care System for Tuberculosis Patients

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขเป็นสาเหตุของการป่วยและการเสียชีวิตในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลกเนื่องจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และแรงงานเคลื่อนย้าย ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากลและต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน สำหรับสถานการณ์วัณโรคประเทศไทยพบว่าติด 1 ใน 22 ประเทศที่มีผู้ป่วยวัณโรคสูง โดยในปี 2558 คาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่อยู่ที่ 113,900 ราย เท่ากับป่วยวันละ 312 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 170 ต่อแสนประชากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้วัณโรคเป็นโรคจุดเน้นในแผน 5 ปี (พ.ศ.2557-2561) โดยมีจุดเน้นว่า ค้นห้พบ จบด้วยหาย ตายน้อยกว่าร้อยละ 5 ขาดยามุ่งเน้นร้อยละ 0 เพื่อเป้าหมายการลดโรค และมีมาตรการสำคัญ คือ ลดการป่วย ลดการตายและป้องกันการเกิดวัณโรคคือยา มุ่งเน้นการค้นห้ผู้ป่วยและการนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาเพื่อดูแลการรับประทานยาให้ครบและหาย ตัวชี้วัดที่สำคัญคืออัตราความสำเร็จการรักษาตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 ถึงพ.ศ. 2557 จังหวัดนครราชสีมามีอัตราความสำเร็จของการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคใหม่เสมอพบเชื้ออยู่ที่ร้อยละ 89.2 , 88.3 และ 86.4 ตามลำดับ อัตราการตายปี พ.ศ. 2557 อยู่ที่ร้อยละ 4.76 และพบปัญหาขาดการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 3.67 จะเห็นได้ว่ามีอัตราความสำเร็จของการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคใหม่ลดลงแม้ว่าประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการควบคุมวัณโรคตามกลยุทธ์ DOTS ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 และครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 แต่พบว่าการควบคุมกำกับจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ครอบคลุม ทั้งนี้การดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคตามแนวทาง DOTS ให้มีประสิทธิภาพยังต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานของรัฐและภาคเอกชนรวมทั้งความร่วมมือของชุมชน

จากนโยบายสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาปี พ.ศ. 2557 มุ่งเน้นกวาดล้างวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีนโยบายสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จะส่งผลให้เพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมาและเป็นการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินสภาพปัญหา โดยการสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม 2) การออกแบบพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 3) ปฏิบัติตามแผน 4) การประเมินผลการพัฒนา ระยะเวลาในการวิจัยเดือน 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 พฤศจิกายน 2559 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน แพทย์ ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขรวม 20 คน



วิธีดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัย มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินสภาพปัญหา โดยศึกษาข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ทำการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. การออกแบบพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างเดือน 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 พฤศจิกายน 2559 โดยการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง เพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา
3. ขั้นตอนปฏิบัติตามแผน ดำเนินการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พร้อมทั้งจัดเตรียมทะเบียนรายงานต่าง ๆ เพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และชี้แจงรายละเอียดแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ กำหนดให้มีบริการตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และให้การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา
4. ขั้นตอนประเมินผลการพัฒนา ดำเนินการประเมินผลโดยใช้แบบประเมินผลการอบรมและการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรควัณโรค และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เก็บข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่วันที่ 1 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สร้างเครื่องมือจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี

ตำราที่เกี่ยวข้องกับโรควัณโรคได้พัฒนาแนวคำถามมาจากฉันทนา ชาวตรและเพชรไสว ลิ้มตระกูล⁽¹³⁾ โดยเครื่องมือประกอบไปด้วย 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้บริหาร มีแนวคำถามเกี่ยวกับ นโยบายและข้อคิดเห็นต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค, ปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค, ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับกลุ่มผู้รับผิดชอบงานวัณโรค โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับ เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค, บทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค, การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบัน ระบบการติดตาม การส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน, ปัญหาอุปสรรคในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและข้อเสนอแนะ, แนวทางการวางแผนงานเพื่อแก้ไขปรับปรุงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

3) แนวทางสนทนากลุ่มสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในประเด็น สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน, การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน, แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1.การประเมินสภาพปัญหา

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและการสนทนากลุ่มกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวัณโรคก่อนการพัฒนา มีนโยบายที่ชัดเจน ผู้บริหารทุกคนให้ความสำคัญการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยมีการทำโครงการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชน ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความสำคัญในเรื่องการคัดกรองรายใหม่ที่มีอาการน่าสงสัย ซึ่งเมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยโรควัณโรคจะส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา และเมื่อรับรายงานจากโรงพยาบาลว่ามีผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านและคัดกรองผู้สัมผัสโรคในบ้าน และให้คำแนะนำผู้ป่วยวัณโรคให้รับประทานยาทุกวันและรับการรักษาต่อเนื่อง แต่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่เคยให้บริการด้านรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดูแลรักษาวัณโรคคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการเยี่ยมบ้านแต่ไม่ต่อเนื่อง และผู้ป่วยบางรายขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ไปพบแพทย์ตามนัดทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่องจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยขาดการรักษาเนื่องจากต้องไปทำงาน ไม่มีเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล บางรายมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา

จึงเลิกการรักษา ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางครั้งไม่ทราบว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชนและไม่ได้ดูแลกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วยตนเอง

2.การออกแบบพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

หลังจากศึกษาข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองจังหวัด นครราชสีมา ผู้ศึกษาได้จัดทำ การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะ ลาน ที่ประชุมได้ตกลงจัดทำขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็วและรักษา ต่อเนื่อง 9 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จะใช้แบบคัดกรองผู้ป่วย วัณโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาโดยมี อาการดังนี้ 1) มีอาการไอติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์ 2) มี อาการไข้เรื้อรังภายใน 1 เดือน 3) มี น้ำหนักลดเกิน 5 % ของน้ำหนักตัวภายใน 1 เดือน 4) มีเหงื่อออกตอนกลางคืน หากผู้รับการคัดกรองมีอาการตามข้อใดข้อหนึ่งให้เก็บเสมหะ ส่งตรวจ

2. การเก็บเสมหะให้เก็บเสมหะในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจ (Spot Sputum) และเก็บเสมหะในตอนเช้าหลังตื่นนอน (Early morning specimen หรือ Collected sputum) อีก 2 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะมาส่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองพะลาน และเจ้าหน้าที่จากนครราชสีมา เซ็นทรัลแล็บจะมาเก็บส่งตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลและแจ้งผลการตรวจเสมหะทางโทรศัพท์หรือ ทางอินเทอร์เน็ต

3. การส่งต่อไปถ่ายภาพรังสีทรวงอก ให้ส่งต่อผู้ป่วยที่ส่ง ตรวจเสมหะทุกรายไปถ่ายภาพรังสีทรวงอกที่โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมาหรือโรงพยาบาลเดอะโกลเด้นเกตซึ่ง ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับผู้ป่วยที่มี บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปรับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และนำแผ่นภาพถ่ายรังสีทรวงอกมาพบแพทย์ เมื่อพบว่าเป็น ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จะแนะนำให้ผู้ป่วยตรวจเลือดเพื่อ ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและระดับน้ำตาลในเลือดทุกราย เนื่องจากมีการศึกษาว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสป่วยวัณโรค สูงประมาณร้อยละ 7⁽¹⁴⁾ หากพบมีการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ศึกษา จะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วม ด้วยจะให้การรักษาโรควัณโรคร่วมกับเบาหวานที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน และแจ้งเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคขึ้นทะเบียนทันที

4. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจะขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่และทำ การเบิกยารักษาวัณโรคจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สำหรับผู้ป่วยวัณโรค โดยผู้ศึกษาเลือกใช้การรักษาโรควัณโรค ขององค์การอนามัยโลกฉบับล่าสุด สำหรับผู้ป่วยใหม่คือ 2HRZE/4 HR⁽¹⁵⁾ และนัดมารับยาในวันรุ่งขึ้น พร้อมทั้งทำ การคัดกรองผู้สัมผัสโรคในชุมชนต่อไป

5. การให้ความรู้เรื่องโรควัณโรคและความรู้เรื่องการ รับประทานยา ผู้ศึกษาจะให้ความรู้เรื่องโรควัณโรคการรักษา ผลข้างเคียงจากการรับประทานยา และเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรควัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายโรค การรับประทานยาทุกวัน และการมาพบแพทย์ตามนัด

6. การนัดหมายพบแพทย์ ผู้ศึกษาจะนัดผู้ป่วยวัณโรคมารับ ยาต่อเนื่องทุก 1 เดือนเพื่อประเมินการรับประทานยาและ ผลการรักษาพร้อมทั้งการเก็บเสมหะส่งตรวจในช่วงเดือนที่ 2 เดือน 5 และ เดือนที่ 6⁽¹⁶⁾

7. การติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์ ผู้ศึกษาและ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคหรือผู้รับผิดชอบหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยวัณ โรคจะร่วมกันติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์เพื่อ ประเมินการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา ผู้ดูแล กำกับการรับประทานยา พร้อมทั้งดูสภาพแวดล้อมที่อยู่ อาศัยของผู้ป่วย

8. การพิจารณาส่งต่อ หลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคหาก พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการรักษาโดยเข้ายาสูตร 2HRZE/4 HR ได้ จะพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา และการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ได้ จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคส่งกลับชุมชน โดยส่งไปที่ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อติดตาม เยี่ยมในชุมชน ทำทะเบียนรายชื่อผู้ที่เป็นที่เสี่ยงกำกับการ รับประทานยาทุกวันซึ่งจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งที่เสี่ยงต้องการ สังเกตอาการข้างเคียงหลังรับประทานยา และแนะนำการ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

9. การประเมินผล โดยดูผลเสมหะเดือนที่ 2 เดือนที่ 5 เดือน ที่ 6 และมีการถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำ หลังจากรับประทาน ยาครบ 6 เดือน

3.ชั้นปฏิบัติตามแผน

3.1 ดำเนินการให้ความรู้เรื่องการรักษาวัณโรค และ การจัดทำทะเบียนรายงานต่าง ๆ เพื่อใช้ในการดูแล รักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองพะลาน อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา โดยได้จัดให้มีการอบรมในวันที่ 26 พฤศจิกายน 2557 รวมทั้งสิ้น 20 คน



3.2 ให้บริการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และจัดทำทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค และให้การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2558 คัดกรองทั้งหมด 575 ราย โดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยสงสัยโรควัณโรค 35 ราย เก็บเสมหะส่งตรวจครบ 3 ครั้งทุกราย พบเป็นโรควัณโรค 15 ราย ส่งตรวจX-ray ทรวงอกโรงพยาบาลเดอะโกลเด้นเกท จำนวน 15 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 15 ราย

3.3 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคหลังผ่านการอบรมแล้วได้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้ถูกต้องและทำระบบรายงานได้ถูกต้องทุกราย และผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้รับการรักษาระบบยาสูตร 2HRZE /4HR ทุกราย ผู้ศึกษาและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรควัณโรค การรักษา การป้องกันการแพร่กระจายโรค การรับประทานยาและอาการข้างเคียง

3.4 การนัดหมายพบแพทย์ จะมีการนัดผู้ป่วยพบแพทย์ทุก 1 เดือน พบว่ามีเพียง 1 รายที่ขาดนัดในเดือนที่ 2 เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเหล้า ผู้ศึกษาและผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจึงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงงานและจัดยาไปให้ผู้ป่วยพร้อมทั้งแนะนำให้ญาติสามารถมารับยาแทนได้หากไม่มีอาการผิดปกติหลังรับประทานยา

3.5 ติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์ พบว่าเมื่อติดตามเยี่ยมบ้าน 15 ราย พบผู้ป่วยวัณโรค 1 รายที่มีอาการตัวเหลืองตาเหลืองหลังจากรับประทานยาได้ 2 วัน ผู้ป่วยจึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเกิดภาวะตับอักเสบจึงส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ปรับสูตรยาให้ใหม่เป็น 2HRE/7HR และได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 ครั้งและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกสัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานยาสูตรนี้ได้โดยไม่มี

อาการผิดปกติ ผู้ป่วยจึงรับการรักษาจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาต่อเนื่องจนกระทั่งครบ

3.6 การพิจารณาส่งต่อ หลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคหากพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการรักษาโดยใช้ยาสูตร 2HRZE /4HR ได้ จะพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งมีการส่งต่อ 1 ราย เพื่อปรับสูตรยาใหม่

4. การประเมินผล

ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคช่วงเดือนตุลาคม 2558 โดยเก็บข้อมูลการดูแลรักษาวัณโรคตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2558 ได้ผลดังนี้ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะบวกจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 66.66) มีอายุ 35 ถึง 44 ปี จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 60)ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี 15 ราย (ร้อยละ 100) และเป็นผู้ป่วยรายใหม่เสมหะบวก (New M+) 15 ราย (ร้อยละ 100.00) ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 15 ราย ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาเป็นรักษาหายจำนวน 15 ราย (ร้อยละ100.00)

การอภิปรายผล

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าการทำงานเป็นทีมของบุคลากรในการพัฒนาทั้งระดับผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และบุคคลในชุมชนในครั้งนี้ ผู้บริหารให้การสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างเต็มที่ ตั้งแต่การร่วมรับรู้นโยบายและการกำหนดแผนงาน ส่วนผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีส่วนร่วมในการนำปัญหาเป็นโอกาสในการพัฒนางาน มีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การประเมิน

สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยวัยโรคก่อนพัฒนา การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขการดูแลผู้ป่วยวัยโรค ซึ่งผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม มีการให้เกียรติให้ความสำคัญแก่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานวัยโรคบุคคลในชุมชน โดยผู้ศึกษาจะแจ้งผลของการพัฒนาเป็นระยะ พร้อมทั้งสะท้อนผลจากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยวัยโรคให้ทราบ ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมรับรู้ถึงผลของการพัฒนาและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยวัยโรคในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์⁽¹⁷⁾ ที่ได้ศึกษา การพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการจะทำให้มีแนวทางการทำงานที่ชัดเจนขึ้นและมีความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของธารารัตน์ สัจจาและกัลยาณี นาคฤทธิ์⁽¹⁸⁾ เรื่องการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวัยโรคโรงพยาบาลระนอง พบว่าการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัยโรคจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของมานิตย์ คงแป้น⁽¹⁹⁾ เรื่องการประเมินผลการรักษาวัยโรคในบริบทที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา โดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำให้งานสำเร็จขึ้น รวมทั้งการมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยวัยโรคเพื่อทำหน้าที่ให้ความรู้ให้คำปรึกษาเรื่องโรควัยโรค เรื่องการตรวจหาเชื้อเอชไอวี การติดต่อประสานงาน รวมทั้งการสรุปผลการรักษาจะทำให้การดูแลผู้ป่วยวัยโรคมีคุณภาพเพิ่มขึ้น⁽²⁰⁾

2. ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัยโรคที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผิดชอบงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้แนวทางที่ชัดเจนรวมถึงแนวทางในการส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยวัยโรคอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งระบบการนัดหมาย การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัยโรคในชุมชน ซึ่งพบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงแรกนั้นมีความสำคัญมากในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เกิดคุณภาพในการดูแลรักษาที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของวิชชุดา เทียนเกษมและเชิดชัย สุนทรภาส⁽²¹⁾ ซึ่งได้ศึกษาเรื่องการจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวัยโรคโรงพยาบาลระนอง พบว่าการเยี่ยมบ้านทำให้ทราบสภาพปัญหาและหาทางแก้ไข ทำให้เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ทันทั่วถึงส่งผลให้อัตราความสำเร็จในการรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคในครั้งนี้ ประกอบไปด้วย

3.1 การมีนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยวัยโรคตั้งแต่นโยบายระดับประเทศ ระดับเขต ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยวัยโรค

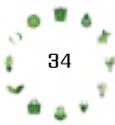
3.2 ผู้รับผิดชอบงานวัยโรคมีความพร้อมในการเรียนรู้และมีความเสียสละในการพัฒนาการให้บริการมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองโดยการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัยโรคได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยวัยโรคให้ความร่วมมืออย่างดี ซึ่งเกิดจากความไว้วางใจและความผูกพันในการดูแลแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือของทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีแพทย์ผู้รักษาและทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้ความชำนาญให้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยวัยโรคในชุมชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น และส่งผลให้เพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัยโรคได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยวัยโรคและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ.2556. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2556.
- 2.สำนักงานวัณโรค. คู่มือมาตรฐานคลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ(Quality TB Clinic) ปีงบประมาณ 2556.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2556.
- 3.กรมควบคุมโรค. มาตรการสำคัญและกิจกรรมการดำเนินการดำเนินงานตามจุดเน้นวัณโรคปีงบประมาณ 2557-2561. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
- 4.ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข, วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2554;1(3) : 232-235.
- 5.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. รายงานสถานการณ์วัณโรคในเขตพื้นที่นครชัยบุรีรินทร์, 2557.
- 6.พิเชษฐ อังศุวัชรการ. การพัฒนาคุณภาพการรักษาวัณโรคในบริบทโรงพยาบาลบุรีรัมย์ 2550- 2551, วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551;18 (4):616-623.
- 7.พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. แนวทางการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานวัณโรค, วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต. 2556; 34(2) : 85-88.
- 8.World Health Organization. Advocacy, communication and social mobilization (ACSM) for tuberculosis control : a handbook for country programs. Geneva : World Health Organization, 2007.
- 9.ลลิตยา กองคำ. การพัฒนาบริการปฐมภูมิเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา, 2550. อัดสำเนา.
- 10.สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ.2556, พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ : 2556.
- 11.สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมออร์เวชซ์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุง), 2539.
- 12.สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศและคณะ. การทำงานร่วมกันในเครือข่ายปฐมภูมิเมืองย่า. นครราชสีมา : ห้างหุ้นส่วน จำกัด มิตรภาพการพิมพ์, 2554.
- 13.ฉันทนา ชาวตรและเพชรไสว ลิ้มตระกูล. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี, วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554;30(3):78-86.
- 14.ประยูร แก้วคำเสนและพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสกลนคร, วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556;6(2):90-99.
- 15.สมาคมออร์เวชซ์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2555.
- 16.World Health Organization. Treatment of Tuberculosis: guidelines for national programs, 4thed.WHO/HTM/TB/2009.420 Geneva, Switzerland: WHO 2010.
- 17.รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์. พัฒนาการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนโตนด อำเภอมืองจังหวัดนครราชสีมา. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553. อัดสำเนา.
- 18.ธารรัตน์ สัจจาและกัญญาณี นาคฤทธิ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลระนอง, วารสารกองการพยาบาล 2554;39(2):22-36.
- 19.มานิตย์ คงแป้น. การประเมินผลการรักษาวัณโรคในบริบทที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา. 2554. เอกสารอัดสำเนา.



20. วงจันทร์ จิตเพียร. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายกรณีในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่าย บริการปฐมภูมิเมือง
ย่า 3 อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2553. 94-99.
21. วิชชุตา เทียนเกษงาและเชิดชัย สุนทรภาส. การจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลระนอง,วารสารกองการพยาบาล
2552;8(2):40-52.



การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลกมลาไสย

Development of stroke patient referral model Kamalasai Hospital Kalasin Province.

(Received: October 15,2020; Accepted: November 20,2020)

วาสนา นาชัยเริ่ม , ปิยะพร ทิพวงศ์

Wassana Nachairem , Piyaporn Thippwong

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Professional nurse , Kamalasai Hospital , Kalasin Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกมลาไสย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม สันทนาการ และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40คน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทั้ง 7หมวดได้ครบทุกหมวด ร้อยละ 100 ความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ในการให้บริการ อยู่ในระดับมากทั้งโดยรวมและรายด้าน และ ความพึงพอใจของญาติเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน
คำสำคัญ : รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

ABSTRACT

This research was research and development aimed to Development of stroke patient referral model Kamalasai Hospital Kalasin Province. Sample size were 30 Nurse and multidisciplinary team. Data were collected by questionnaire , focus group and observation. Data were analyzed by frequency , mean , standard deviation and content analysis.

The study found that result of stroke patient referral practice guideline 40 target group. Patients received nursing by both practice guidelines 7 categories, complete all categories 100%. Total and aspect satisfaction of multidisciplinary team in service were much level. Total and aspect satisfaction of relative about stroke patient referral were much level.

Keyword : stroke patient referral model

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (World Health Organization, 2015) ในประเทศไทยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุ และมะเร็งพบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีทางด่วนระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ที่เป็นมาตรฐาน คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โดยการให้ยา (recombinant tissue - Plasminogen Activator: rt-PA) ภายในเวลา 270 นาที นับจากเกิดอาการ (กรณีการ คงบุญเกียรติ, 2555) มีระบบบริหารจัดการ เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทหรือความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จะส่งผลให้สามารถช่วยลดอัตราการตาย ลดความพิการ และลดภาระในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากสถิติกลุ่มบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีอัตราป่วยสูงขึ้นเรื่อยๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และรายงานพฤติกรรมสุขภาพของประชากรอายุ 15-74 ปี พบว่า ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน (BMI \geq 25.0 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 21.3 ภาวะอ้วน (BMI \geq 30 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 4.4 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.7 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นถึงแนวโน้มของกลุ่มบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีจำนวนมากขึ้น และอัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2555 มีอัตราป่วย 307.9 330.6 และ 354.5 คนต่อแสนประชากรและมีอัตราการตาย 27.5 30.1 และ 31.7 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีอัตราป่วย 350.6 385.1 และ 443.7 คน

ต่อแสนประชากรและอัตราการตาย 25.8 25.9 และ 23.1 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ และสถิติผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง มารับบริการที่โรงพยาบาลกมลาไสย ใน พ.ศ.2558-2560 ในผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 124, 113 และ 115 ราย เสียชีวิต 7, 10 และ 13 ราย และปี 2560 แยกเป็น Ischemic stroke 107 ราย Hemorrhagic stroke 8 ราย ตามลำดับ พบว่า Hemorrhagic stroke มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 12.5 ปัญหาที่พบในการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลกมลาไสยคือเวลาในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าถึงยังใช้มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือมากกว่า 30 นาทีเฉลี่ยใช้เวลา 40-50 นาที ข้อมูลจากการตามรอยเวชระเบียนในความล่าช้าเกิดจากแพทย์ตรวจคนไข้ฉุกเฉินและคนไข้ทั่วไปที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมี 1 คน การประเมินอาการแยกจากโรคร่วมอื่นยาก ข้อมูลอาการสำคัญที่ได้จากผู้ป่วยและญาติไม่ชัดเจน รอดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พนักงานเปลนำส่งคนไข้ไม่เพียงพอในช่วงเร่งรีบเวรเข้าพนักงานขับรถไม่พร้อมในการนำส่งผู้ป่วยที่ต้องนำส่งพร้อมกันหลายคนปี 2560 ไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งทีมสหวิชาชีพ ไม่มี CARE MAP ที่ใช้ในการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยจากปัญหาดังกล่าว ทีมสหวิชาชีพจึงประชุมร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งส่งออกไปรับการรักษาที่รพ.ประจำจังหวัดโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยตาม Clinical pathway และแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรวดเร็วลดระยะเวลาดูแลในรพ.ชุมชนให้น้อยที่สุดทีมสหวิชาชีพในรพ.ที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ พนักงานขับรถ พนักงานเปล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกมลาไสย
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกมลาไสย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอกมลาไสย จำนวน 8 ตำบลได้แก่ ต.กมลาไสย ต.หลักเมือง ค.โคกสมบูรณ



ต.โพนงามต.ธัญญา ต.เจ้าท่าต.สีฐาน ต.หนองแปน ทั้งหมด
111 หมู่บ้าน

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

กลุ่มสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล
เทคนิคการแพทย์ พนักงานขับรถ พนักงานแปลประสบการณ์
การทำงาน 1 ปีขึ้นไปโดยเลือกแบบเจาะจง (purposive
sampling)

กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย แพทย์
ผู้เชี่ยวชาญ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ ห้อง
อุบัติเหตุฉุกเฉิน นักเทคนิคพนักงานขับรถ พนักงานแปล
จำนวน 40 คน

กลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษาและทดลองปฏิบัติการ
ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ พนักงานขับ
รถ พนักงานแปลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี
ประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไปจำนวน 10คนโดยเลือก
แบบเจาะจง

กลุ่มเป้าหมายรองในการทดลองปฏิบัติ คือ กลุ่ม
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับความยินยอมจากญาติใน
การศึกษารั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบแบบเจาะจง

กลุ่มญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน
โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองประเด็นที่ทบทวน คือ ประเภทของการเกิดโรคหลอดเลือด
สมอง ระยะเวลาที่เกิดอาการ ระยะเวลาที่มาถึงห้อง
อุบัติเหตุฉุกเฉินระยะเวลาที่ส่งต่อ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผลทาง
ห้องปฏิบัติการระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แบบ
บันทึกการทบทวนเวชระเบียนที่แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือด
สมองที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลกมลลาไสยระหว่างกุมภาพันธ์ 2561 – ธันวาคม
2561

1.2 สนทนากลุ่ม แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์
พนักงานขับรถ พนักงานแปล เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคของการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความต้องการในการ
พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 การสังเกตการปฏิบัติของแพทย์พยาบาลแบบมี
ส่วนร่วมในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหอผู้ป่วย
ในการให้การรักษายาบาลของทีมนสวิชาชีพเพื่อทราบปัญหา
อุปสรรค ขั้นตอนในการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในการ

ตรวจประเมินและนำเสนอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อทราบ
ปัญหาอุปสรรค ขั้นตอนในการนำเสนอ

1.4วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์
ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการ
วิเคราะห์สถานการณ์ต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน พยาบาลคัดกรอง นักเทคนิคการแพทย์ พนักงานขับรถ
พนักงานแปล และระดมสมองวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน
ศึกษารูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่เหมาะสมระดมความคิดเห็น
ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง และผู้เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งต่อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีขั้นตอนดังนี้

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินพยาบาลคัดกรอง นักเทคนิคการแพทย์ พนักงานขับรถ
พนักงานแปล แผนกละ 1 คน

2.2 ประชุมระดมความคิดเห็น โดยมีแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและแพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิก
หลอดเลือดสมอง หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลคัด
กรอง นักเทคนิคการแพทย์ พนักงานขับรถ พนักงานแปล
จำนวน 40 คนใช้ระยะเวลาในการจัดประชุมจำนวน 1 วัน
เพื่อจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง แนวทางปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพและพัฒนารูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 การตรวจสอบคุณภาพร่างแนวทางในการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพ
จากผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและด้านเนื้อหาของความ
ถูกต้องของแนวปฏิบัติ จำนวน3คน

2.4 การปรับปรุงแก้ไขร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแนวทางปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพให้
มีความถูกต้องตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ

2.5ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การส่งต่อผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองโดยมีผู้ร่วมประชุม

ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ พนักงาน
ขับรถ พนักงานแปล เพื่อให้ทราบขั้นตอน แนวทางปฏิบัติ

ระยะที่ 3 ระยะการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองสู่การปฏิบัติ

ภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ
จริยธรรมจึงได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่
ประกอบไปด้วย 6 กระบวนการได้แก่ 1. การเข้าถึงและเข้ารับ
บริการ (Access & Entry) 2. การประเมินผู้ป่วย (Patient
Assessment) 3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of
Care) 4. การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) 5. การ
ให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information

and Empowerment for Patients / Families)6. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2561 ถึง 31 กรกฎาคม 2561 เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงแบบบันทึกสถิติของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ ที่พัฒนา ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินนักเทคนิคการแพทย์ พนักงานขับรถ พนักงานแปล ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงขั้นตอนและวิธีการในการใช้นโยบายปฏิบัติ โดยกำหนดให้ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทุกรายทดลองใช้นโยบายปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นตามรายละเอียด กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้พยาบาลและทีมสหวิชาชีพใช้นโยบายปฏิบัติฯ ตอบแบบประเมินประสิทธิภาพนโยบายปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติฯ 2) แบบประเมินปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำนโยบายปฏิบัติฯ ไปใช้ โดยใช้คำถามปลายเปิด หลังจากที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นการใช้นโยบายปฏิบัติแล้ว เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น ในการสรุปผลการศึกษา ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของนโยบายปฏิบัติฯ การส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองนำเสนอต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการพัฒนาารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการประเมินผลดังนี้

4.1 การสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยมีผู้สังเกตแบบมีส่วนร่วม คือผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและหอผู้ป่วยในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ พนักงานขับรถ พนักงานแปล ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาจนถึงเวลาที่ออกจากโรงพยาบาลถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย

4.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เห็นการปฏิบัติงานของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ในวันที่มาการรักษาต่อเนื่องที่ คลินิกหลอดเลือดสมอง

4.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมพัฒนาร่วมกันสรุปอภิปรายผล เพื่อประเมินผลการดำเนินการและแนวความคิดเห็นในการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระยะเวลานับแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลการเสียชีวิต

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ในรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับมิติการดูแลด้านสุขภาพโดยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นการประเมินผลความพึงพอใจในการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด(5 คะแนน)มีความพึงพอใจในระดับมาก(4 คะแนน)มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง(3 คะแนน)มีความพึงพอใจในระดับน้อย(2 คะแนน)มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด(1 คะแนน)เกณฑ์ค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึงระดับน้อยค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด ,2545) นำไปหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง 0.86

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยข้อคำถามจำนวน 10ข้อซึ่งแบบประเมินผลความพึงพอใจของญาติ จะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ท่านเห็นการดูแลแล้วมีความพึงพอใจในระดับใด เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด(5 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับมาก(4 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง(3 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อย(2 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด(1 คะแนน)เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด ,2545)นำไปหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง 0.75

4. การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถาม



กำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ข้อโดยรายละเอียดของข้อคำถามจะประกอบด้วย สภาพและปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นวิธีการหรือแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตรวจสอบความตรง โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำ

5. แบบสังเกตการปฏิบัติของสหวิชาชีพแบบมีส่วนร่วมเป็นการสังเกตการณ์ โดยผู้วิจัยสังเกตและร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหลอดเลือดใน การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเป็นแบบประเมินจำนวน 20 ข้อ ตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล เครื่องมือเป็นแบบ scale ปฏิบัติ (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ(0 คะแนน) แรกจนถึงขั้นตอนสุดท้ายของการให้การพยาบาล ได้ตรวจสอบความตรง โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วปรับปรุงแก้ไข หากความเที่ยง (Inter-rater Reliability) เท่ากับ 0.81

6. แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE) ของคณะกรรมการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 ค่าความเชื่อมั่น เท่า 0.91 โดยแบ่งออกเป็น 6 หมวดและหัวข้อของเครื่องมือ จำนวน 23 ข้อซึ่งการประเมินประกอบไปด้วย ขอบเขตและวัตถุประสงค์การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ความชัดเจนในการนำเสนอการนำไปใช้ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ ลักษณะการให้คะแนนหัวข้อของแบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก ใช้ระบบคะแนน 7 ระดับ โดยในส่วนตัวให้คะแนนของแต่ละข้อจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินและข้อพิจารณาเฉพาะของแต่ละหัวข้อ ตั้งแต่คะแนนระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก)เมื่อไม่มีข้อมูลที่ตรงกับหัวข้อของ AGREE หรือรายงานไว้ไม่ดี คะแนนระดับ 2 ถึง 6 การให้คะแนนระหว่าง 2- 6เมื่อรายงานของหัวข้อต่างๆไม่เป็นไปตามเกณฑ์หรือข้อพิจารณาทั้งหมด การให้คะแนนขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของคุณภาพของรายงานคะแนนระดับ 7 (เห็นด้วยเป็นอย่างมาก)โดยคะแนนในแต่ละหมวดควรได้มากกว่าร้อยละ 60 ตามหลักเกณฑ์และข้อพิจารณา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลค่าสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องโดยตรวจสอบสามเส้า(Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมรวมทั้งให้อิสระให้ผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1

1.1 จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน คลินิกหลอดเลือดสมองระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560-เดือนมกราคม 2561พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาจำนวน 30 คน โดย อายุเฉลี่ยคือ 65 ปี ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอการผลทางห้องปฏิบัติการใช้เวลา เฉลี่ย 25 นาที มีผู้ป่วยส่งต่อไม่ทันตามกำหนดคิดเป็นร้อยละ 17.60ร้อยละ ผู้ป่วย Stroke Fast Track ได้รับยา rt-PA ที่ รพ.ภาพสินธุ์ ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3วัน การจำหน่ายผู้ป่วย มีผู้ป่วยกลับบ้านระดับความรู้สึกรู้ตัว 11- 15 คะแนน ระดับความรู้สึกรู้ตัว 6- 7 คะแนนค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 61,314 บาท ส่วนการปฏิบัติการพยาบาล พบในด้านการประเมินผู้ป่วยแรกรับ การจัดทำนอน 30 องศา การบันทึกน้ำเข้า-ออก การรักษาอุณหภูมิร่างกาย และการรายงานแพทย์ เมื่อมีภาวะผิดปกติ ส่วนด้านการบรรเทาความเจ็บปวดไม่พบการปฏิบัติ การป้องกันการพลัดตกหกล้มปฏิบัติ 12ราย การป้องกันแผลกดทับปฏิบัติ 12 ราย ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีนักกายภาพบำบัดเข้ามาฟื้นฟูสมรรถภาพ 4 ราย ส่วนพยาบาลทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.2 จากการการสนทนากลุ่มพบปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองดังนี้ 1)ปัญหาด้านพื้นฐานการจัดการเช่นขาดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงการทำงาน

เป็นทีมยังไม่มีประสิทธิภาพไม่มีโครงสร้างองค์กรและบทบาทที่ชัดเจนในการทำงานไม่มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ 2) ปัญหาด้านกระบวนการดำเนินงาน เช่น ไม่มีการบริหารจัดการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ผู้ป่วยมีจำนวนมากพยาบาลมีภาระงานมากไม่มีระบบการติดตาม ประเมินผลการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม 3) ปัญหาด้านการมีส่วนร่วมเช่น ผู้ป่วยและญาติไม่ได้เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาพร้อมกับสหวิชาชีพ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ได้มีการนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นดังนี้

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีมและทีมสหวิชาชีพทุกวิชาชีพเป็นคณะกรรมการ

2.2 จัดประชุมระดมความคิดเห็น และกาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในที่ประชุมได้เสนอรูปแบบที่ควรกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงาน โดยจัดทำร่างแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองใช้วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งการสืบค้นด้วยมือจากรายงานการวิจัยและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารไทยและต่างประเทศได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ ระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ จำนวน 11 เรื่องนำมาจัดทำร่างแนวปฏิบัติการ จากนั้นนำร่างแนวให้ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 87.50 และระดับมาก ร้อยละ 12.50 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation: AGREE) ได้ ค่า ข อ บ เ ข ต และ วัตถุประสงค์ ร้อยละ 82.16 การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 78.20 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 73.95 ความชัดเจนและการนำเสนอ ร้อยละ 75 มิติ ด้านการประยุกต์ใช้ ร้อยละ 83.30 ความเป็นอิสระในการเขียน ร้อยละ 92.20 แล้วปรับปรุงแก้ไขตามที่ได้รับข้อเสนอแนะให้มีความถูกต้องตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ เพื่อจะนำไปใช้จริง

เนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ ในการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีจำนวน 7 หมวด ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย แกรับการให้การพยาบาลการตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การร้องขอใช้เปล ขอใช้รถ การติดต่อประสานงานกับรพ.แม่ข่าย ลักษณะการบันทึกเป็นแบบให้ขีด

/ ในช่องว่างและแบบฟอร์มบันทึกผลการรักษาแต่ละวิชาชีพ และตรวจสอบรายการในหมวดที่ 1 ถึง 7 หลังจากนั้นพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ จะประมวลข้อมูลการประเมินที่ได้ทั้งหมดไประบุปัญหาในหมวดที่ 7 โดยพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถใช้แนวปฏิบัติฯ ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองคือการประเมินผู้ป่วยแกรับในหมวดที่ 1 ได้แก่ การบันทึกข้อมูลทั่วไปและสัญญาณชีพ ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูปร่างตาและปฏิกิริยาต่อแสง กำลังกล้ามเนื้อ และค่าความอิมตัวออกซิเจน หมวดที่ 2 คือ ปฏิบัติการพยาบาลตาม care map หมวดที่ 3 คือ การส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการหมวดที่ 4 - 7 คือ การติดต่อประสานงานเพื่อได้รับการส่งต่อได้ทันท่วงที

2.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้ข้อสรุปดังนี้ 1) การใช้รูปแบบและแนวทางปฏิบัติ ต้องมีการทำควบคู่กันไป และนำไปใช้ได้จริง 2) ให้ลดขั้นตอนในการดูแลที่ยุงยากให้ง่ายในการปฏิบัติงาน 3) ในที่ประชุมให้นำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง 4) ทางด้านระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบ ประมาณ 2 เดือน นอกจากนี้ควรมีการประเมินผลหลังจากใช้ไปแล้วเป็นเวลา 2 เดือน

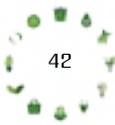
ผลการวิจัยระยะที่ 3 นำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

3.1 ผลการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำนวนผู้ป่วย 30 คน ได้รับการรอคอยผลทางห้องปฏิบัติการเป็นส่งผลทางห้องปฏิบัติการตามไปหลังจากส่งต่อ ลระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลได้ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยรอการผลทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล

ประเด็น	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ
	ระยะเวลา (นาที)	ระยะเวลา (นาที)
ผู้ป่วยรอผลทางปฏิบัติการ	25 นาที	ไม่ต้องรอ
การรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	50 นาที	42
การตรวจวินิจฉัยร่างกาย	15	10
การตามพนักงานขับรถ	10	5
การตามพนักงานเปล	5	3

3.2 ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40 คน พบว่า



ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทั้ง 7หมวดได้ครบทุกหมวด ร้อยละ 100

ผลการวิจัยระยะที่ 4 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ดังรายละเอียดดังนี้

4.1 ผลความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพจำนวน 40 คน พบว่าสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในการให้บริการ ระดับมาก ($\bar{x} = 3.60, S.D = 0.41$)

4.2 ผลความพึงพอใจของญาติเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่าระดับความคิดเห็นความพึงพอใจโดยรวมกับในการมารับบริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.15, S.D = 0.69$)

4.3 ผลการสังเกตการณ์การปฏิบัติของพยาบาลแบบมีส่วนร่วมหลังจากเริ่มใช้รูปแบบการดูแลโดยสังเกตพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 30 รายมีการประเมินผู้ป่วยแรกรับและมีการประเมินผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยเน้นกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ ชักประวัติข้อมูลอาการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองการประสานกับแพทย์การประสานงานกับสหวิชาชีพพร้อมเข้ามาดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

4.4 ผลจากการสนทนากลุ่มสหสาขาวิชาชีพและทีมพัฒนา มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าการปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน อีกทั้งมีแนวทางในการทำงานที่เป็นรูปธรรมมาก สามารถลดขั้นตอนในการดูแลที่ยุงยากให้ง่ายในการปฏิบัติงานได้ ทำให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองพบว่า

ก่อนการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหน่วยงานยังขาดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อจำแนกอาการที่เข้าข่ายโรคหลอดเลือดสมอง ของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และการคอยการตรวจผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินการตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางระบบประสาท และการประเมินความเสี่ยงเป็นระยะ เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย(ยุพเยาว์ วิศพรธรม, บัญชา พร้อมดิษฐ์ และพรทิพย์ สุขอดิศัย. (2560) ได้ทำการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ จังหวัดจันทบุรีผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการบริหารจัดการ ของศูนย์ประสานการส่งต่อ และโรงพยาบาลชุมชน มีลักษณะที่คล้ายกันคือ มีสายการบังคับบัญชา มี เป้าหมาย,แนวทาง,ขั้นตอนปฏิบัติงาน แต่

โครงสร้างไม่ชัดเจน ไม่มีกลยุทธ์,แผนงาน,โครงการเฉพาะ ใช้เครื่องมือส่งต่อที่ซ้ำซ้อน ขาดการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

ผลการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองไปใช้พบว่า ก่อนที่ยังไม่มีรูปแบบการดูแล ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา ทั้งระยะเวลาการคอยผลทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาการชักประวัติ ตรวจร่างกายที่นานเกินไป การให้การพยาบาลที่ขาดความต่อเนื่อง แต่หลังจากมีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่ชัดเจนขึ้น พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นโดยระบุมามีความเป็นไปได้ และไม่ยากในการนำไปใช้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ นี้ได้ไม่ยากลำบาก ส่งผลให้ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ทำให้การพยาบาลมีความครอบคลุมปัญหาผู้ป่วย โดยประเมินได้จากทั้ง 7หมวดมีการพยาบาลที่ครอบคลุมและถูกต้องตรงกับปัญหาผู้ป่วย ซึ่งเป็นประเด็นที่มีประโยชน์มาก เนื่องจากหากพยาบาลสามารถระบุปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมและถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย (Newberry, 2003) ความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยก็ลดลง ในการศึกษาครั้งนี้ จากการสังเกตของผู้วิจัยในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าสหวิชาชีพทั้ง 40 รายได้ถือแนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยใช้การจัดการรายกรณีสามารถนำมาใช้ได้จริงอีกทั้งสามารถลดระยะเวลาและแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ เพราะการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน จะสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพรโกวิทเทาวงศ์ (2547: 19-20)ที่ว่าพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต ต้องปฏิบัติการพยาบาลภายใต้พื้นฐานความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ระยะวิกฤตความสามารถในการตัดสินใจที่รวดเร็วถูกต้อง

การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งส่งออกไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยตาม Clinical pathwayและแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพเป็นเครื่องมือ ในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตรรา กุสุมภ์ (2544: 3) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตต้องทำงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพได้ เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว เพื่อลดระยะเวลาดูแลในโรงพยาบาลชุมชนให้น้อยที่สุด ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วย

ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ พนักงาน
ขับรถ พนักงานแปล

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือด
สมองเป็นการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเครื่องมือ
ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่
มีความเหมาะสม เนื่องจากมีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา มี
การพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนและ
สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน จึงทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจน
ขึ้น

2. ก่อนนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง
ไปใช้ ควรมีการอบรมบุคลากรให้มีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับเรื่อง
การประเมินและการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อเป็นการ
เพิ่มความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้สามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ

3. รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่
พัฒนาขึ้นควรได้รับปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับ
บริบทในการให้บริการ และพัฒนาให้สอดคล้องกับความรู้และ
วิทยาการที่เกิดขึ้นใหม่

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Stroke: Cerebrovascular accident. [online]. [cited 2012 Jan 15]; Available from:
http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en (2009.)
- Lawson C, Gibbons D. Acute stroke management in emergency departments. *Emergency nurse* ; 17(5): 30-34. (2009)
- Mawson SJ, Mountain GM. The SMART rehabilitation system for stroke self-management: Issues and challenges for
evidence-based health technology research. *Journal of Physical Therapy Education* ; 25: 48-53. (2011)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. โครงการพัฒนาระบบบริหาร จัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองแบบครบวงจร ปีงบประมาณ 2551 นนทบุรี, (2551)
- สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี 2550 – 2552. [ออนไลน์]. 2553 [2555 มกราคม 5]
;แหล่งที่มาhttp://203.157.15.4/ncd/chronic/chronic_52_1009170940.doc
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2553. [ออนไลน์]. 2554 [2555 มกราคม 5] ;
แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ค่าเตือนโรคหลอดเลือดสมอง “ไม่ตาย ไม่พิการ 2 ชม.ครึ่ง ต้องถึง หมอ”. [ออนไลน์]. 2555
[2551 มกราคม 5] ;แหล่งที่มา : <http://2among.com/agelforums/index.php/ction=printpage;topic=87.0>
- สิริพร โกวิทแหวงวงศ์. การศึกษาตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2547).
- วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์. (2544).
- Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health
Affirs* 2009 ; 28:75-85.
- Hrosckoski MC, Sprell-Hillen JM, McGrail MP. Challenges of change: A qualitative study of chronic care model
implementation. *Annals of Family Medicine* 2006 ; 4: 317–326. 11. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler
EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness. *Am J Manag Care* 2005; 11: 478-488.



การศึกษาปัจจัยเสี่ยง อาการ/อาการแสดงที่ใช้ทำนายโรคหัวใจขาดเลือด Risk factor studies Signs / Symptoms Predicting Ischemic Heart Disease

(Received: October 26,2020; Accepted: November 24,2020)

นุชลี หล้ามะโฮง

Nutchalee Lamahong

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

Professional nurse Kosumphisai Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบ Retrospective Study มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง อาการ/อาการแสดงที่ใช้ทำนายโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นเวชระเบียนของ ผู้ป่วยทั้งชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนก ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่าง เดือนมกราคม 2561 – เดือนธันวาคม 2561 จำนวน 64 ราย และ ผู้ป่วยที่ Cardiac Arrest ระหว่างเดือน มกราคม –ธันวาคม 2561 จำนวน 16 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกประกอบด้วย 1.แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2 แบบ บันทึกคัดกรองผู้ป่วย โดยการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยย้อนหลัง และการซักประวัติเพิ่มเติมจากแบบซัก ประวัติข้อมูลทั่วไป และข้อมูลปัจจัยเสี่ยงจากผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 65 อายุที่พบอยู่ในช่วงระหว่าง 40-79 ปี ร้อยละ 98.75 แต่ยังมีผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 1.25 ผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าวมีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 63.75 รองลงมาคือว่างงาน อาชีพที่มี อาการของโรคหัวใจขาดเลือด น้อยที่สุด คือ รับราชการ พบร้อยละ 1.25 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการ สูบบุหรี่ ร้อยละ 67.50 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 32.50 มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิต สูง และโรคเบาหวาน ถึงร้อยละ 67.05 และไม่มีโรคประจำตัวใดๆมาก่อนเลย ร้อยละ 20.88 ทั้งนี้อาการและ อาการแสดงของผู้ป่วยมักจะมีอาการนำร่วมกันหลายอาการ อาการและอาการแสดง ของการเจ็บป่วยที่ นำ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและได้รับการตรวจรักษา วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่ คืออาการหายใจ เหนื่อยหรือ หอบ หายใจไม่ออก หายใจไม่อิ่ม ร้อยละ 25.57 รองลงมาคืออาการอาการแน่นหน้าอก เหมือน ถูกกด ถูกบีบ หรือรู้สึกแน่น กลางหน้าอก ร้อยละ 19.32 อาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 17.18

คำสำคัญ : โรคหัวใจขาดเลือด อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด

ABSTRACT

The purpose of this research is to determine risk factors. Symptoms / signs Form, screening patients. Retrospective study by illness. History and a history of more general information. And risk factors of patients and relatives.

The results showed that the data of patients who had been diagnosed with ischemic heart disease. The most are male 65 percent ,were aged between 40-79 years were 98.75 percent, were 25.1 percent of patients were a agriculture 63.75 percent. followed by unemployment ,smoking 67.50 percent, 32.50 percent have a chronic underlying disease, including hypertension. And diabetes 67.05 percent, and no underlying 20.88 percent Signs and symptoms of the illness that brought the patient to the hospital and received treatment and diagnosed with ischemic heart disease is the most tired or panting breathing suffocation 25.57 percent, chest pain 19.32 percent headache. Dizziness, nausea, vomiting, 17.18 percent
Keyword: Retrospective study by illness Symptoms / signs Form Risk factors of patients and relatives.

บทนำ

ปัจจุบัน โรงพยาบาลโกสุมพิสัยมีโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตาย อันดับต้นๆ ของทั่วโลกจากข้อมูลสถิติของ องค์การอนามัยโลกในปี 2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิต จากโรคนี้ถึง 7.2ล้านคนหรือร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับประเทศไทย พบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดปีละ 37,000 คน ในปี 2548-2552 คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจ ต้องเข้าอนโรครักษาตัวในโรงพยาบาลวันละ 1,185 คน โดยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดประมาณ 450 คน/ วัน เฉลี่ยตายชั่วโมงละเกือบ 2 คนสูงกว่าที่อื่น4-6 เท่า ผู้ชายตายมากกว่าผู้หญิงในอัตรา 6 :4 การศึกษาเพื่อหาอุบัติการณ์ของโรคนี้ในประชากรไทยที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยง โดยศึกษาต่อเนื่อง เป็นเวลาถึง 23 ปี พบว่าความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และการ สูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยและ เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ในคนไทย ไม่ ต่างจากข้อมูลการศึกษาในต่างประเทศ เพียงแต่ อุตบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรไทยยังต่ำกว่า

อัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า เพศชาย อายุ 35-60 ปี มีอัตราเสี่ยงมาก ว่า เพศหญิง ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดของเพศ หญิงจะช้ากว่าเพศชาย เฉลี่ย 7-10 ปี เพราะผู้หญิง จะมีฮอร์โมนเพศหญิง ที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรค นี้ได้ ส่วนอัตราการเสียชีวิตของคนไทย พบว่า คน ไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดเพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุ และโรคมะเร็ง โดยพบว่าผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด จะเป็นคนวัยทำงานที่มีอายุ 35-60 ปี เนื่องจากคนกลุ่มนี้ มีอัตราเสี่ยงสูงมาก

จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษา นับว่าเป็นอันดับหนึ่งของ ผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ หลอดเลือดเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นเงาตามตัวและใน การทำนายถึงอาการผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่เสี่ยง ต่อการป่วยด้วยโรคนี้สามารถวิเคราะห์ได้ง่ายแต่มี จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถที่จะทำนายการเจ็บป่วย ในโรคดังกล่าวได้ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและได้รับ การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า

ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่จะมีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่ล่าช้าและทำให้ผู้ป่วย เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงถึงชีวิตนั้นจึงได้มี การศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนี้ อาการที่นำมา อาการที่แสดงออกของโรคดังกล่าวขึ้น เพื่อที่จะ นำมาเป็นแนวทางในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยได้ อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพและ

สามารถให้ การรักษาได้ตามระยะเวลาเพื่อลดสาเหตุการเจ็บป่วยที่รุนแรงและการเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษา ถึง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด
2. เพื่อศึกษา อาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่ใช้ในการทำนายโรคหัวใจขาดเลือด

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาปัจจัย อาการและอาการแสดงที่ใช้ในการทำนายการป่วย ด้วยโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั้ง ชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด

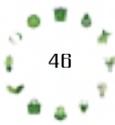
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบ Retrospective Study วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจขาดเลือดซึ่งรวมทั้ง conventional risk factors และ new risk factors โดยจะทำการศึกษา ในกลุ่มประชากร ทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม -ธันวาคม 2561 จำนวน 64 ราย และผู้ป่วยที่ เกิดภาวะCardiac Arrest (หัวใจหยุดเต้น) ระหว่างเดือน มกราคม -ธันวาคม 2561 จำนวน 16 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 64 ราย เลือกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้การศึกษาข้อมูลการ เจ็บป่วยย้อนหลัง และการซักประวัติเพิ่มเติมจาก แบบซักประวัติข้อมูลทั่วไป และข้อมูลปัจจัยเสี่ยง ระหว่าง เดือน มกราคม - เดือน ธันวาคม 2561และ ผู้ป่วยที่ Cardiac Arrest ระหว่าง เดือน มกราคม - ธันวาคม 2561 จำนวน 16 ราย(การซักประวัติ เพิ่มเติมจากแบบซักประวัติข้อมูลทั่วไป และข้อมูลปัจจัยเสี่ยง จากญาติ)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบซัก ประวัติ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและได้ศึกษาจาก ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ พฤติกรรม สุขภาพ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาการ/อาการแสดง ที่ใช้ทำนายโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 11 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพ โรคประจำตัว แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ การประเมินประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาการ/อาการแสดง ที่ใช้ทำนายโรคหัวใจขาดเลือด แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดง ของการเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและได้รับการตรวจรักษา

ลำดับ	อาการ/อาการแสดง	จำนวน	ร้อยละ
1	อาการแน่นหน้าอก เหมือนถูกกด ถูกบีบ หรือรู้สึกแน่นกลางหน้าอก	34	19.32
2	อาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกาย/อาการทุเลาเมื่อพัก	1	0.57
3	เจ็บใต้กระดูกซี่โครง เจ็บร้าวถึงขากรรไกรและแขนซ้าย	12	6.82
4	ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน	32	17.18
5	อาการปวดแน่นท้องโดยเฉพาะเจ็บหน้าอกร้าวมาบริเวณใต้ลิ้นปี่	18	10.23
6	หายใจเหนื่อยหรือหอบ หายใจไม่ออก หายใจไม่อิ่ม	45	25.57
7	อาการเจ็บหน้าอกไม่สัมพันธ์กับการหายใจ	2	1.14
8	นอนราบไม่ได้	3	1.70
9	เจ็บแต่ละครั้งนานกว่าปกติอาจเจ็บนาน 15-20 นาที	1	0.57
10	มีเหงื่อออกมาก เป็นลม ตัวเย็น	15	8.52
11	หัวใจเต้นผิดปกติ(เร็ว/ช้า)	13	7.39
รวม		176	100

อาการและอาการแสดง ของการเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและได้รับการตรวจรักษา วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่ คืออาการหายใจเหนื่อยหรือหอบ หายใจไม่ออก หายใจไม่อิ่ม ร้อยละ 25.57 รองลงมาคืออาการอาการแน่นหน้าอก เหมือนถูกกด ถูกบีบ หรือรู้สึกแน่นกลางหน้าอก ร้อยละ 19.32 อาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 17.18

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่เป็นเพศ ชาย ร้อยละ 65 เพศหญิง ร้อยละ 35 จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ช่วงอายุที่มีอาการของโรคหัวใจขาดเลือด มากที่สุด คือช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 36.25 รองลงมาคือช่วงอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 31.25 ช่วงอายุที่มีอาการ ของโรคหัวใจขาดเลือด น้อยที่สุดคือ ช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 1.25 กลุ่มอาชีพ พบว่า อาชีพที่มีอาการของ โรคหัวใจขาดเลือด มากที่สุด คือเกษตรกร ร้อยละ 63.75 รองลงมาคือว่างงาน ร้อยละ 21.25 อาชีพที่มี อาการของโรคหัวใจขาดเลือด น้อยที่สุดคือ รับราชการ ร้อยละ 1.25 โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่เป็น โรคหัวใจขาดเลือดพบว่า มีผู้ป่วยบางรายที่มีโรคร่วมหลายโรค แต่โรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.37 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 29.68 และที่ไม่ปรากฏโรคประจำตัวใดๆมาก่อน ร้อยละ 20.88

2. อาการและอาการแสดง ของการเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและได้รับการตรวจรักษา

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จำนวน 80 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ช่วงอายุที่มีอาการของโรคหัวใจขาด เลือดมากที่สุด คือช่วงอายุ 60-69 ปี และช่วงอายุ 70 - 79 ปี อาชีพที่มีอาการของโรคหัวใจขาดเลือด มาก ที่สุด คือเกษตรกร โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่เป็น โรคหัวใจขาดเลือดพบว่าผู้ป่วย

เป็นโรคความดัน โลหิตสูง โรคเบาหวาน และมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย ที่ไม่ปรากฏโรคประจำตัวใดๆมาก่อน และมีผู้ป่วย บางรายที่มีโรคร่วมหลายโรค ร่วมกัน สำหรับอาการและอาการแสดง ของการเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วย มาโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และได้รับการตรวจรักษา วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อยหรือหอบ หายใจไม่ออก หายใจไม่อิ่ม ร้อยละ 25.57 รองลงมาคืออาการอาการแน่น หน้าอก เหมือนถูกกด ถูกบีบ หรือรู้สึกแน่นกลาง หน้าอก ร้อยละ 19.32 อาการปวดศีรษะ วิงเวียน ศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 17.18 ซึ่งพบว่า อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุดเป็นอาการที่ ไม่ใช่เฉพาะ บางครั้งอาจเกิดความล่าช้าทั้งการตรวจ ประเมิน การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การรักษาที่ทันเวลาที่ เป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น หรือ เสียชีวิตได้ เนื่องจากการที่หัวใจขาดเลือดถ้าหาก สามารถให้ยาได้ ภายในเวลา หรือทำ PCI ได้เร็ว โอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยย่อมมีเพิ่มขึ้น สำหรับ ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่ ไม่ใช่เฉพาะว่าผู้ป่วย เป็นโรคหัวใจขาดเลือด คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก บริเวณตรงกลางหน้าอกหรือด้านซ้ายของหน้าอก ซึ่งจะมีอาการนานมากกว่า 10 นาที มักจะได้รับการตรวจ วินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วทันเวลา เพราะฉะนั้น การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่าย ของโรคหัวใจขาดเลือดจึงจำเป็นต้องใช้ อาการและอาการแสดงที่ไม่ใช่เฉพาะมาร่วมในการ ประเมินทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจขาด เลือดที่อาการรุนแรงและเกิดการตายที่ไม่คาดคิดมา ก่อนได้

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลากหลายโรค เนื่องจากโรคเรื้อรังบางโรคทำให้ เกิด

โรคหัวใจขาดเลือดได้ ทั้งนี้ไม่ใช่โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง

2.การนำแบบประเมินคัดกรองโรคหัวใจขาดเลือด มาใช้ ในการดักจับภาวะของโรคหัวใจขาดเลือดควร นำมาใช้ให้ครอบคลุม กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยง รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วย ที่ มีอาการเข้าตาม Criteria

3.การตามรอยผู้ป่วยที่มีภาวะ cardiac arrest เพื่อที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาด เลือด และมีการเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ปัจจัยเสี่ยง ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดถ้าได้รับการรักษา ตามระยะเวลาที่เกิดอาการได้ทันเวลา ผู้ป่วยอาจรอดชีวิต ได้

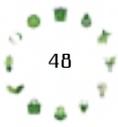
4.การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรค การเฝ้า ระวังค้นหาความเสี่ยงของการเกิดโรค การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ยังเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องและ ครอบคลุมให้มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความ กรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอายุรแพทย์ และ ทีมบริหารการพยาบาล ทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ที่ ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ให้กำลังใจตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีโดยตลอด ผู้ทำการวิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความ กรุณาของทุกทีมเป็นอย่างดี จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ. โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เจ้าหน้าที่เวช สลิตี รวมทั้งพยาบาลคัดกรอง เจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ทุกท่านที่ให้ความ ร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็น อย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ รวมทั้งผู้ป่วยและ ญาติทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาให้มีส่วนร่วมในการตอบ ข้อซักถามต่างๆเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค,(2552). สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์. คู่มือโรคและภัยสุขภาพสำหรับสื่อมวลชน,กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- วิชัย เอกพลากร (2550) . สกปรอยปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ :มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, สถาบันโรคทรวงอก.(2552).การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ.กรุงเทพมหานคร:กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2551). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ปี2551 . กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์. เอื้อมพร สุกุลแก้ว (2550) 5 โรคร้าย คร่าชีวิตคนไทย: โรคหัวใจ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ใกล้หมอ. Body,R.,et al.(2009). The value of symptoms and signs in the emergent diagnosis of acute coronary syndromes. Retrieved December 10, 2009, form <http://www.elsevier.com/locate/resuscitation>.



Clifford, J., & John, T. (2005). Value and Limitations of Chest Pain History in the Evaluation of Patients with Suspected Acute Coronary Syndromes. *JAMA*, 294(20), 2623-2629.

Frances M. Flynn, et al. (2009). Improving Outcomes for acute coronary syndrome patients in the hospital setting: successful implementation of the American Heart Association "Get With The Guidelines" Program by Phase I Cardiac Rehabilitation Nurses. *Journal of Cardiovascular Nursing*.

Institute for Clinical Systems Improvement. (2009). **Diagnosis and Treatment of Chest Pain and Acute Coronary Syndrome (ACS)**. Retrieved January 10, 2009, from <http://www.icsi.org>.

การพัฒนากระบวนการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

Development of Care system for prevent post-term pregnancy At Khokpho hospital, Pattani province

(Received: October 27,2020; Accepted: November 25,2020)

วรรณภา บัวขาว , เปรมจิต ล่องโพนม

Wanna buakhao , Premchit Longphayom

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Professional nurse

พาสกร บัวขาว

Passakom buakhao

นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

Expert Medical Physician, Khokpho Hospital Pattani Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบ แบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ 1) วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแล 3) การนำรูปแบบไปทดลองใช้และการปรับปรุง และ 4) การประเมินผล ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ 242 ราย ทีมสหวิชาชีพ 10 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดย 1.จัดทำแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการคลอดเพื่อชักนำการคลอด 2. เพิ่มกระบวนการชักนำการคลอดโดยวิธี Membrane stripping 3.จัดทำแนวปฏิบัติ ในกระบวนการค้นหาคัดกรองและให้คำปรึกษา 4.เพิ่มกระบวนการประเมินซ้ำโดยแพทย์ 5.จัดทำแนวทางการส่งต่อและการติดตามการขาดนัด 6.พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและ ไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ เกิดความพึงพอใจผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก

Abstract

Research & Development was apply to study. Apply the development process (PDCA) for activity. Using 4 steps 1) Analysis of the incident and consentional system. 2) Development Care system 3) Implementation of developed plan 4) Evaluation new system. 242 informant were purposively and 10 multidisciplinary care term member. Data were collected form July 2017-May 2018. Descriptive statistics were apply.

Results: The result show that development care system for prevent post-term pregnancy composted of 6 element 1) Care map for screening risk for induction of labor 2) Process of induction of labor 3) Clinical guideline for screening and consulting process 4) Reassessment process by doctor at GA 36 and 39 wks. 5) Glide line of the referral system 6) Learning process for health care providers. The new system development comprised; Decreased rate refer of post term pregnancy, No incident of child death,

Keyword: Post – term pregnancy Development of Care system

บทนำ

การตั้งครรภ์เกินกำหนด จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ พบว่าอัตราการเสียชีวิตของเด็ก ที่คลอด

จากมารดาตั้งครรภ์เกินเป็น 2 และ 6 เท่าเมื่ออายุครรภ์ ๔๒ และ 43 สัปดาห์ตามลำดับ (อรพิน, 2557) จากการศึกษาพบว่าการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตของทารกในครรภ์มารดาที่มีภาวะการ



ตั้งครุภัณฑ์เกินกำหนด จำนวน 2 รายในปี 2557 และ 1 รายในปี 2559 ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทางสถิติศาสตร์ และพบอัตราการส่งต่อที่สูงสุดติดต่อกัน 3 ปี ในปีงบประมาณ 2557-2559 พบอัตราร้อยละ 25.10 , 31.01 และ 22.12 ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทางสถิติศาสตร์ ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวและได้ร่วมกันทบทวน เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาทารก จึงได้พัฒนาระบบการดูแลขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครุภัณฑ์เกินเกณฑ์ ของโรงพยาบาล โศกโพธิ์ อำเภอกอโกกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ ของระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครุภัณฑ์เกินเกณฑ์ ของโรงพยาบาล โศกโพธิ์ อำเภอกอโกกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ในด้านผู้ใช้บริการและด้านผู้ให้บริการ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA) แบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ 1) ทบทวนข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ ทบทวนกระบวนการดูแล วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแล 3) การนำรูปแบบไปทดลองใช้และการปรับปรุง และ 4) การประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนา ระยะเวลาดำเนินงาน ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 - เดือนพฤษภาคม 2561 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ 242 ราย ทีมสหวิชาชีพ 10 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ระยะที่ 1 การทบทวนข้อมูล รายงานอุบัติการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์ ทบทวนกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตั้งครุภัณฑ์เกินกำหนด โดยศึกษาปัญหา อุตติการณ์ ผู้รับบริการ ตั้งครุภัณฑ์เกินกำหนด โดยการทบทวนตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ ร้อยละ หญิงตั้งครุภัณฑ์เกินกำหนดที่มากลอด ร้อยละการส่งต่อหญิงตั้งครุภัณฑ์เกินกำหนด ร้อยละการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกที่คลอดจากมารดาเกินกำหนด อัตราทารกตายในครรภ์จากมารดาอายุครรภ์เกินกำหนด เป็นต้น จัดประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ สูติแพทย์ แพทย์ทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ งานฝากครรภ์และห้อง

คลอด ร่วมวิเคราะห์ ปัญหา และสาเหตุ ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบแนวคิดการดูแลเพื่อป้องกันการตั้งครุภัณฑ์เกินกำหนด ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติในการชักนำการคลอดเพื่อป้องกันการคลอดครุภัณฑ์เกินกำหนด ทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิม ในการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตั้งครุภัณฑ์เกินเกณฑ์ ของคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแล ตามผลของการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล จัดประชุมระดมสมองผู้เกี่ยวข้อง อันได้แก่ สูติแพทย์ แพทย์ พยาบาล คลินิกฝากครรภ์เพื่อ ทบทวนระบบการดูแล เพื่อหาโอกาสในการพัฒนา ร่างแนวทางปฏิบัติ โดยปรับปรุงจากแนวทางปฏิบัติเดิม และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการโดยมีการเพิ่มกระบวนการเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และเกิดประสิทธิภาพในการดูแล มีการเพิ่มระบบการ คัดกรองประเมินซ้ำ โดยแพทย์ด้วยการ ทำการอัลตราซาวด์เพื่อยืนยันอายุครรภ์ที่แน่นอนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทุกราย เพิ่มกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อตัดสินใจยินยอมในการทำการชักนำการคลอดโดย การเจาะเยื่อถุงน้ำคร่ำ (membrane tripping) กระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงซ้ำโดยแพทย์ก่อนการทำหัตถการ กำหนดสมรรถนะการทำหัตถการชักนำการคลอดโดยวิธี การเจาะเยื่อถุงน้ำ (membrane tripping) โดยแพทย์ และจัดทำแนวทางการบันทึกข้อมูล การติดตามการขาดนัดของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ จัดทำแนวทางการปฏิบัติ แบบคัดกรองภาวะเสี่ยง แนวทางการติดตามและแนวทางการส่งต่อ มารดา เพื่อป้องกันการตั้งครุภัณฑ์เกิน และ แบบฟอร์มในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้และการปรับปรุง จัดประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องชี้แจงรายละเอียดและวิธีการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่ได้จัดทำขึ้น ทดลองปฏิบัติ ตามแนวทาง เป็นระยะเวลา 1 เดือน นำผลจากการปฏิบัติตามแนวทาง มาประชุม สรุป ผล จากการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ข้อมูล ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติครั้งที่ 2 โดยเพิ่มแนวทาง การดำเนินการ การกระตุ้นการชักนำการคลอด ที่อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ นัดติดตาม 1 สัปดาห์ และกระตุ้นซ้ำ เมื่ออายุครรภ์ 40 สัปดาห์ หากยังไม่คลอด และส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาส่งต่อเมื่ออายุครรภ์ครบ 41 สัปดาห์ ทดลองใช้เป็นเวลา 8 เดือน กำหนด พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทำหัตถการชักนำการคลอด จัดอบรม ฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพ ในการทำ การกระตุ้น การชักนำการคลอด โดยวิธีการเจาะเยื่อถุงน้ำ (membrane tripping) โดยแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ และมีการ เก็บ

ประสบการณ์ เป็นรายบุคคล รวมถึงการประเมินทักษะในการปฏิบัติ

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนา ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันภาวะครรภ์เกินเกณฑ์ และจากการนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น นำข้อมูลที่ได้มาประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนา โดย เก็บรวบรวมข้อมูล ที่เกี่ยวข้อง ตามแบบบันทึกที่สร้างขึ้น เพื่อรวบรวมผลลัพธ์ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อสะท้อนความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนาที่ได้ปฏิบัติ ตามแนวทาง และจากการใช้แบบ สอบถามความคิดเห็น ของทีมผู้ให้บริการ ต่อรูปแบบการดูแล ที่สร้างขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการจำนวน 242 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ครบ 39 สัปดาห์ ณ วันมารับบริการ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน / เสี่ยง หรือข้อห้ามในการทำ Membrane stripping ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ และทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานประจำแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล โศภิต จำนวน 10 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานประจำแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลโศภิต สูติแพทย์ / แพทย์ที่มาให้บริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลโศภิต มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์อย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันภาวะครรภ์เกินกำหนด และแนวทางปฏิบัติ การดูแล มารดาเพื่อป้องกันภาวะครรภ์เกินกำหนดที่พัฒนาขึ้น และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือสำหรับผู้รับบริการได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ และ เครื่องมือสำหรับผู้ให้บริการ แบบสอบถามความคิดเห็น ของทีมผู้ให้บริการ ต่อระบบการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยสูติแพทย์ และแพทย์ผู้ให้บริการ โรงพยาบาลโศภิต และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปปฏิบัติจริง แบบประเมินความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อความ

เป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ของผู้ให้บริการของ จีรนนท์ ดิวทอง (2554) มาใช้ในการศึกษาซึ่งได้ผ่านการนำไปใช้จริง ผ่านความเหมาะสม และความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว นำมาปรับปรุงให้เหมาะสม อีกครั้งก่อนนำมาใช้จริงได้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ผลลัพธ์จากการทดลองปฏิบัติตามระบบการดูแล มารดาเพื่อป้องกันภาวะครรภ์เกินกำหนด และ ข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็น ต่อแนวทางปฏิบัติ ของ ผู้ให้บริการ โดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

1.สรุป สภาพปัญหาการทบทวนข้อมูล รายงานอุบัติการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันภาวะการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านมารดาและทารก พบทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดา จากมารดาที่คลอดครรภ์เกิน พบว่าการดูแลเชิงขาดกระบวนการในการ คัดกรองมารดากลุ่มเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ กระบวนการชักนำการคลอดเพื่อกระตุ้นคลอด การประเมินซ้ำโดยแพทย์ และกระบวนการให้คำปรึกษา รวมถึง กระบวนการติดตามและการส่งต่อ จากรพ.สต สู โรงพยาบาลชุมชน สาเหตุของปัญหาพบว่า ด้านบุคลากร มีภาระงาน และขาดสมรรถนะในการทำหัตถการ การเพื่อชักนำการคลอด ด้านกระบวนการ ไม่มีแนวปฏิบัติในกระบวนการค้นหา คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ ให้คำปรึกษา ก่อนการทำหัตถการเพื่อชักนำการคลอด ขาดกระบวนการการทำหัตถการเพื่อชักนำการคลอด ขาดแนวทางการส่งต่อ และการติดตามเพื่อป้องกันภาวะครรภ์เกินเกณฑ์ ขาดอุปกรณ์ในการทำหัตถการเพื่อชักนำการคลอด รวมถึงสถานที่ที่ยังขาดความพร้อม

2. การพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันภาวะการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ของโรงพยาบาลโศภิต จังหวัดปัตตานี

ระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ ของโรงพยาบาลโศภิต อำเภอโศภิตพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ครอบคลุม กระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ กระบวนการเข้าถึงบริการ จนกระทั่ง กระบวนการดูแลติดตามต่อเนื่องและการส่งต่อ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA) จนกระทั่งได้แนวปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนี้ จัดทำแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการ



หัตถการเพื่อช้กนำการคลอด เพิ่มกระบวนการหัตถการเพื่อช้กนำการคลอดโดยวิธี membrane stripping แนวปฏิบัติในกระบวนการค้นหา คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ ให้คำปรึกษา ก่อนการหัตถการเพื่อช้กนำการคลอด กระบวนการประเมินไข้ มารดาและทารกโดยแพทย์เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ และ 39 สัปดาห์ แนวทางการส่งต่อและการติดตามการขาดนัด พัฒนาสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ

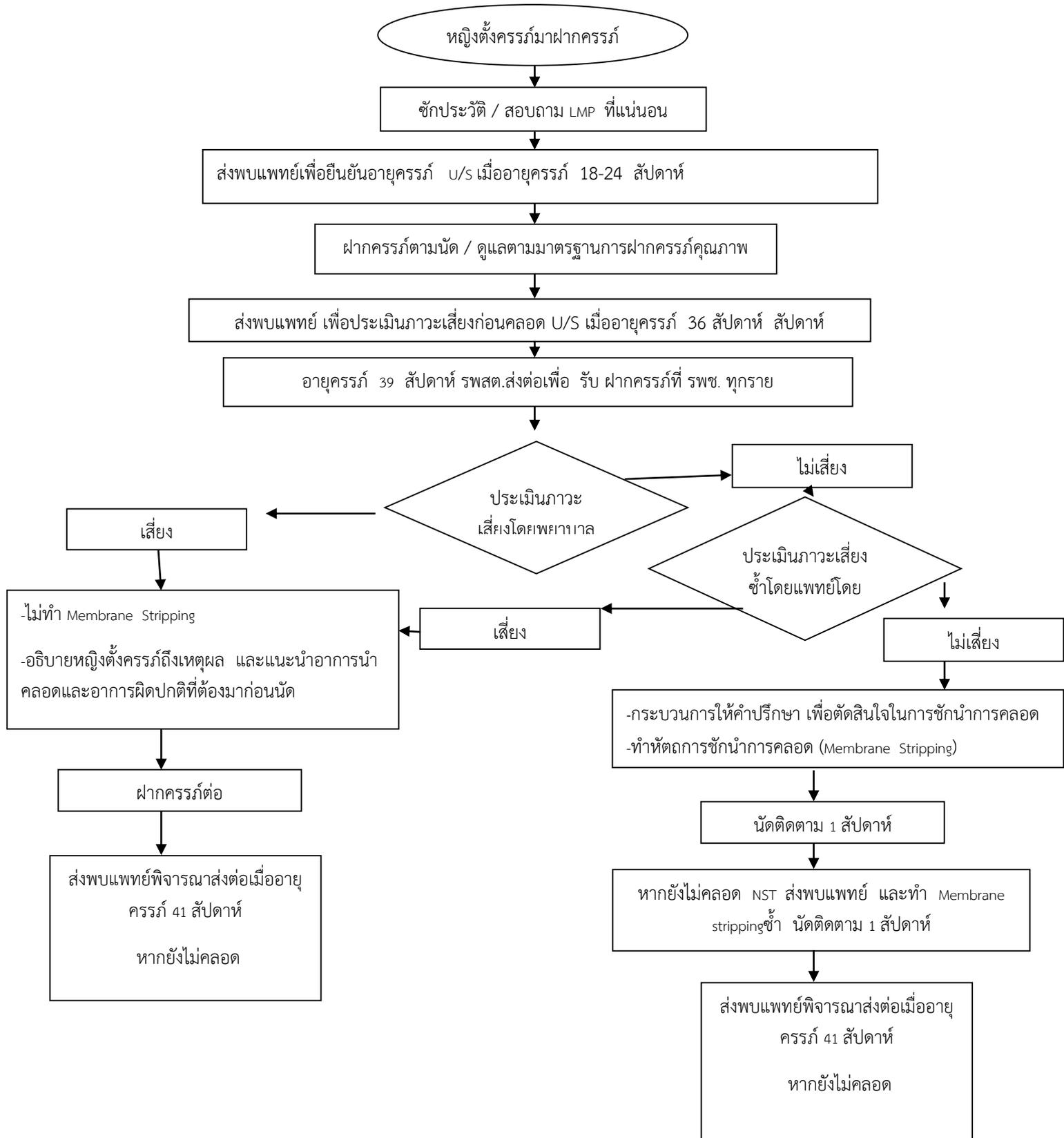
3 .ผลลัพธ์จากการใช้ระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ ของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

3.1 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ ของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี พบว่า ความเป็นไปได้ในแนวปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานในระดับมาก และง่าย สะดวกในการนำไปปฏิบัติหรือการปฏิบัติ ตามข้อเสนอแนะความพึงพอใจต่อความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ทำให้เกิดผลลัพธ์จากการปฏิบัติที่ดีส่งผลถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ

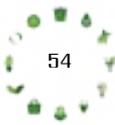
3.2 ด้านผู้รับบริการ พบอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ครบกำหนด ได้รับการช้กนำการคลอด โดยวิธี membrane stripping เพิ่มมากขึ้น อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ครบกำหนด ได้รับการเลาะแยกถุงน้ำคร่ำ ร้อยละ 100 อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเลาะแยกถุงน้ำคร่ำแล้วคลอด ร้อยละ 77.9 ,77.88 และ 81.6 ตามลำดับ โดยพบว่า ร้อยละ 35.5 คลอดภายใน 0-3 วันหลังได้รับการเลาะแยกถุงน้ำคร่ำ ร้อยละ 28.8 คลอดภายใน 4-7 วันหลังได้รับการเลาะแยกถุงน้ำคร่ำ และร้อยละ 27.7คลอดภายใน 8-14 วันหลังได้รับการเลาะแยกถุงน้ำคร่ำ อัตราการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ใกล้เกินกำหนด (อายุครรภ์ > 41 สัปดาห์) ร้อยละ 20.19,16.08และ15.11 ตามลำดับ ไม่พบการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกที่คลอดจากมารดาอายุครรภ์เกินกำหนด และไม่เกิดอัตราการเกิดทารกตายในครรภ์ ในมารดาที่อายุครรภ์เกินกำหนด ด้านผู้ให้บริการ มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้ แนวทางปฏิบัติการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ ด้านความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ (สามารถแก้ไข ปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ) **รายละเอียดดังตารางที่ 2**

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดการดำเนินงาน จากการนำระบบการ ดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ ของ โรงพยาบาล โคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

ข้อมูล /ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560		2561		2562	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ครบกำหนด ได้รับการเลาะแยกถุงน้ำคร่ำ	100%	43	69.35	199	100	450	100
อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเลาะแยกถุงน้ำคร่ำแล้วคลอด	>45%	34	79.07	155	77.8	365	81.1
-หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการทำ Membrane Stripping แล้วคลอดหลังทำภายใน 0-3 วัน	>30%	12	27.91	57	36.77	128	35.06
- หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการทำ Membrane Stripping แล้วคลอดหลังทำภายใน 4-7 วัน	>20%	13	30.23	33	21.29	114	31.23
-หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการทำ Membrane Stripping แล้วคลอดหลังทำภายใน 8-14 วัน	>10%	10	23.26	21	13.5	95	26.02
-หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการทำ Membrane Stripping แล้วคลอดหลังทำภายใน >14 วัน	>10%	3	6.98	44	13.15	28	7.67
อัตราการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ใกล้เกินกำหนด (อายุครรภ์ >41 สัปดาห์)	<20%	9	20.93	32	16.08	68	15.11
อัตราการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ใกล้เกินกำหนด (อายุครรภ์ >41 สัปดาห์) ด้วยภาวะแทรกซ้อน อื่น ๆ	<20%	4	44.44	0	0	6	8.82
อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกที่คลอดจากมารดาอายุครรภ์เกินกำหนด	<5%	0	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดทารกตายในครรภ์ ในมารดาที่อายุครรภ์เกินกำหนด	0%	0	0	0	0	0	0



ภาพประกอบที่ 1 ขั้นตอนแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ หลังการดำเนินงานพัฒนาระบบ



อภิปรายผล

การพัฒนา ระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ ของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ อำเภอโคกโพธิ์พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ผู้ให้บริการ เพื่อให้มีแนวทางที่ชัดเจน ครอบคลุม กระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ กระบวนการเข้าถึงบริการ กระบวนการดูแลติดตามต่อเนื่องและการส่งต่อ ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งได้แนวปฏิบัติที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา สร้างแนวทาง และแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนี้ 1.จัดทำแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการหัตถการเพื่อชักนำการคลอด 2.เพิ่มกระบวนการหัตถการเพื่อชักนำการคลอดโดยวิธี membrane stripping 3.แนวปฏิบัติในกระบวนการค้นหา คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ ให้คำปรึกษา ก่อนการทำการหัตถการเพื่อชักนำการคลอด 4.กระบวนการ ประเมินซ้ำ มารดาและทารกโดยแพทย์เมื่ออายุครรภ์ 36 และ 39 สัปดาห์ 5.แนวทางการส่งต่อและการติดตามการขาดนัด 6.พัฒนาสมรรถนะพยาบาล จากการเพิ่มกระบวนการชักนำการคลอด โดยการนำวิธี membrane stripping ที่อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ และ 40 สัปดาห์ สามารถลดระยะเวลาการตั้งครรภ์ กระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด และสามารถป้องกันการตั้งครรภ์เกิน

กำหนดได้ แนวปฏิบัติสามารถแก้ไข ปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ) ด้านความเป็นไปได้ในแนวปฏิบัติที่จะนำไปใช้ ในหน่วยงานในระดับมาก และง่าย สะดวกในการนำไปปฏิบัติหรือการปฏิบัติ ตามข้อเสนอแนะความพึงพอใจต่อความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ทำให้เกิดผลลัพธ์จากการปฏิบัติที่ดีส่งผลถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภักดิ์ธิดา โภคาพันธ์ (2555) พบว่า การพัฒนาระบบงานโดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนา คุณภาพ (P-D-C-A) และการจัดการความเสี่ยง ทำให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติกรมมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาล ประจำ การในหอผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p -value < 0.001)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทีมสูติแพทย์โรงพยาบาลปัตตานี ที่เป็นที่ปรึกษาและคณะผู้ทรงคุณวุฒิในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน รวมถึงทีมแพทย์พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ทุกท่านที่สนับสนุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ และผู้รับบริการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- ดาริน ไต่ะกานี,ศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ.ทักษะทางการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพมหานคร:บริษัท จูน พับลิชชิงจำกัด:2556
- พรศิริ เสนอิริและคณะ.(2561).การพัฒนาแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับ การสนับสนุนทางสังคม.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,36(2):234-245.
- ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. “Post-term Pregnancy”. (พญ.สายพิณ พงษ์ษา). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : www.med.cmu.ac.th. [01 ธ.ค. 2017].
- มณีภรณ์ ไสมานุสรณ์.บรรณธิการ.การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม2.พิมพ์ครั้งที่9.นนทบุรี:ยูทธรินทร์การพิมพ์:2553.
- ภักดิ์ธิดา โภคาพันธ์.(2555)การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต.สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ,บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- หนังสือ 40 สัปดาห์ พัฒนาการคุณภาพ. “คุณแม่ตั้งครรภ์เกินกำหนดหรือยัง”. (รศ.พญ.สายฝน - นพ.วิชัย ขวาลไพบูลย์). หน้า 126-127.
- อุทัย ปรมาณุศิษ.(2562).การพัฒนากระบวนการดูแลป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงที่คลอดทางช่องคลอดโรงพยาบาลปากช่องนานา.วารสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา,41(1):13-20.
- Boulvain M, Kelly A, Lohse C, Stan C, Irion O. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2001;(4):CD001233.
- Boulvain M, Stan C, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 005;(1):CD000451.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกมลาไสย Development of stroke patient care model Kamalasai Hospital.

(Received: June 8,2020; Accepted: July 1,2020)

หนูแดง จันทอุปพี , วาสนา นาชัยเริ่ม

Nudang Jantaupalee , Wassana Nachairerm

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Professional nurse , Kamalasai Hospital , Kalasin Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกมลาไสย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม สทนากลุ่ม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทั้ง 9 หมวดได้ครบทุกหมวด ร้อยละ 100 ความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ในการให้บริการ อยู่ในระดับมากที่สุดโดยรวมและรายด้าน และความพึงพอใจของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมากที่สุดโดยรวมและรายด้าน
คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

ABSTRACT

This research was research and development aimed to Development of stroke patient care model Kamalasai Hospital Kalasin Province. Sample size were 30 Nurse and multidisciplinary team. Data were collected by questionnaire , focus group and observation. Data were analyzed by frequency , mean , standard deviation and content analysis.

The study found that result of stroke patient care practice guideline 30 target group. Patients received nursing by both practice guidelines 9 categories, complete all categories 100 % . Total and aspect satisfaction of multidisciplinary team in service were much level.Total and aspect satisfaction of relative about stroke patient care were much level.

Keyword: stroke patient care model

บทนำ

โรคอัมพาต หรือ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ปัจจุบันประชากรทั่วโลก ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน และมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 26 ล้านคน ซึ่งผู้ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ

สำหรับในประเทศไทย พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวม ของประเทศในปี 2556-2558 เท่ากับ 36.13, 38.66 และ 42.62 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้อัตราการป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศ ในปี 2557 เท่ากับ 352.30 ข้อมูลจากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ในปี พ.ศ.2556 รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของประชาชนไทยในเพศชายเป็นอันดับที่ 1 ร้อยละ 11.1 เพศหญิงอันดับที่ 1 ร้อยละ 14.5 และการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยในเพศชายเป็นอันดับที่ ๓ คิดเป็นร้อยละ 6.9 เพศหญิงอันดับที่ 1 ร้อยละ 8.2 คนไทยเสียปีสุขภาวะจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณปีละ 792,000คน/ ปี ซึ่งในปี พ.ศ.2551 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1629 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 129,571 บาทต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 2,9731ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง รวม 5 แสนคน/ปี มารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 20,632 ล้านบาท/ปี ข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

สถิติผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง มารับบริการที่โรงพยาบาลกมลาไสย ใน พ.ศ.2558-2560ในผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 124, 113 และ 115ราย เสียชีวิต 7, 10 และ 13 รายและปี 2560 แยกเป็น Ischemic stroke 107ราย Hemorrhagic stroke 8 ราย ตาม ลำดับ พบว่า Hemorrhagic stroke มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 12.5 ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลกมลาไสยคือเวลาในการประเมินผู้ป่วยที่

เข้าถึงยังใช้เวลาจากการบันทึกเวชระเบียนไม่ได้ใช้เวลาที่มาถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและการคัดกรองผู้ป่วยที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินยังล่าช้าในการรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้การวินิจฉัย ในการส่งต่อผู้ป่วยไปทำ CT SCANในรายที่สงสัยว่ามี Hemorrhage ยังมีปัญหาการรอผลวินิจฉัย และก่อนปี 2560 ไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งทีมสหวิชาชีพ ไม่มี CARE MAPS ที่ใช้ในการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และภายหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยมีเฉพาะนักกายภาพบำบัดที่ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยที่บ้านแต่ยังมีบางรายที่แพทย์นัด รักษาต่อเนื่อง ก็ไม่กลับมาตรวจประเมินตามนัด และบางรายที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องโดยนักกายภาพบำบัดแต่ไม่เคยเจอนักกายภาพบำบัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการตามมาจากนั้นระบบเดิมยังไม่มีชัดเจนในด้านการประสานการทำงานร่วมกันของแพทย์ทางเลือกเพื่อประเมินและดูแลผู้ป่วยร่วมกันจากปัญหาดังกล่าวทีมสหวิชาชีพจึงมีมติในที่ประชุมร่วมกันจัดตั้งคลินิกโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยแพทย์ผู้จัดการทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และกลับมา ติดตามการรักษาตามนัดที่คลินิกหลอดเลือดสมอง โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยตาม Clinical pathway และแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพเป็นเครื่องมือ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลคงไว้ซึ่งคุณภาพและลดระยะเวลาการคอย ลดค่าใช้จ่าย ลดจำนวนวันนอนลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกมลาไสย
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกมลาไสย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอกมลาไสยจำนวน 8 ตำบลได้แก่ ต.กมลาไสย ต.หลักเมือง ค.โคก

สมบูรณ์ ต.โพนงามต.ธัญญา ต.เจ้าท่าต.สีฐาน ต.หนอง
แปน ทั้งหมด111 หมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นัก
โภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย และ
แพทย์แผนจีนกลุ่มละ 8-10 คนอปท.เจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม.
และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.กลุ่มสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล
เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์
แผนไทย และแพทย์แผนจีนกลุ่มละ 8-10 คนอปท.เจ้า
หน้าที่รพ.สต. อสม.ประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป
โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

2. กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นัก
โภชนาการ นักกายภาพบำบัดแพทย์แผนจีน นักวิชาการ
สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายจำนวน 30 คน

3. กลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษาและทดลอง
ปฏิบัติการ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน นักกายภาพบำบัด
นักการแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนจีน ในการให้การ
พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสบการณ์การ
ทำงาน 1 ปีขึ้นไปจำนวน 9 คนโดยเลือกแบบเจาะจง

4. กลุ่มเป้าหมายรองในการทดลองปฏิบัติ คือ
กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับความยินยอมจาก
ญาติในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบ
แบบเจาะจง

5. กลุ่มญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30
คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ โดย
ดำเนินการดังนี้

1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองประเด็นที่ทบทวน คือ ประเภทของการเกิดโรค
หลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่เกิดอาการ ระยะเวลาที่
มาถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินระยะเวลาที่ส่งต่อ ระยะเวลาที่
ผู้ป่วยรอผลทางห้องปฏิบัติการระยะเวลาที่อยู่รักษาใน
โรงพยาบาล การรักษา พยาบาล ค่ารักษาพยาบาลโดยใช้
แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนที่แพทย์วินิจฉัยโรค

หลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
และหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกมลลาไสยระหว่างกรกฎาคม
2560-มกราคม2561

1.2 สนทนากลุ่ม แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นัก
โภชนาการ และ นักกายภาพบำบัดนักการแพทย์แผนไทย
แพทย์แผนจีนและอปท.เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม.เพื่อ
ทราบปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองและความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง

1.3 การสังเกตการปฏิบัติของแพทย์พยาบาลแบบ
มีส่วนร่วมในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหอผู้ป่วยในการให้การ
รักษาพยาบาลของทีมสหวิชาชีพเพื่อทราบปัญหาอุปสรรค
ขั้นตอนในการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในการตรวจ
ประเมินและให้การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองเพื่อทราบปัญหาอุปสรรค ขั้นตอนในการตรวจ
ประเมินและให้การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.4 วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์
สถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดประชุมเพื่อ
นำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ต่อบุคลากรที่
ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหอผู้ป่วยใน งาน
กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และระดม
สมองวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันศึกษารูปแบบการจัดการ
ผู้ป่วยที่เหมาะสมระดมความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญด้านการ
ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง และผู้เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีขั้นตอนดังนี้

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้อง
อุบัติเหตุฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในแผนก
ละ 1 คนนักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผน
ไทย แพทย์แผนจีน

2.2 ประชุมระดมความคิดเห็น โดยมีแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม และแพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิก
หลอดเลือดสมอง หัวหน้าหอผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก
และพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เภสัชกร นัก
โภชนาการ นักกายภาพบำบัดนักการแพทย์แผนไทย แพทย์
แผนจีน นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุขและ
พยาบาลภาคีเครือข่ายเข้าร่วมประชุม จำนวน 30 คนใช้
ระยะเวลาในการจัดประชุมจำนวน 1 วัน เพื่อจัดทำร่าง
แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แนวทางปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพและพัฒนารูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 การตรวจสอบคุณภาพร่างแนวทางในการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางปฏิบัติของแต่ละ



วิชาชีพ จากผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและด้านเนื้อหา
ของความถูกต้องของแนวปฏิบัติ จำนวน 3 คน

2.4 การปรับปรุงแก้ไขร่างแนวปฏิบัติการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแนวทางปฏิบัติของแต่ละ
วิชาชีพให้มีความถูกต้องตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ

2.5 ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองโดยมีผู้ร่วมประชุม

ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และ
นักกายภาพบำบัด นักแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน
เพื่อให้ทราบขั้นตอน แนวทางปฏิบัติ

ระยะที่ 3 ระยะการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองสู่การปฏิบัติ

ภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ
จริยธรรม จึงได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองที่ประกอบไปด้วย 6 กระบวนการได้แก่ 1. การ
เข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry) 2. การ
ประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) 3. การวางแผน
การดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) 4. การวางแผน
จำหน่าย (Discharge Planning) 5. การให้ข้อมูลและ
เสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and
Empowerment for Patients / Families) 6. การดูแล
ต่อเนื่อง (Continuity of Care) ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการ
ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 30 เมษายน 2561 เป็น
ระยะเวลา 4 เดือน โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ
วิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงแบบ
พหุศาสตร์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ ที่
พัฒนา ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้อง
อุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก งาน
กายภาพบำบัด งานแพทย์แผนไทย งานแพทย์แผนจีน
งานโภชนาการ ภาคีเครือข่ายผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจง
ขั้นตอนและวิธีการในการใช้นโยบายปฏิบัติ โดยกำหนดให้
ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทุกรายทดลองใช้นโยบายปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น
ตามรายละเอียด กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30
คนหลังจากนั้น ผู้วิจัยให้พยาบาลและทีมสหวิชาชีพใช้นโยบาย
ปฏิบัติฯ ตอบแบบประเมินประสิทธิภาพนโยบายปฏิบัติฯ
ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติฯ 2)
แบบประเมิน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำ
นโยบายปฏิบัติฯ ไปใช้ โดยใช้คำถามปลายเปิด หลังจาก
ที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นการใช้นโยบายปฏิบัติแล้ว เพื่อ
ประเมินปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการใช้นโยบาย
ปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น ในการสรุปผลการศึกษา ผู้วิจัยได้นำ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของแนว

ปฏิบัติฯ การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองนำเสนอต่อผู้ที่มี
ส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการประเมินผล ดังนี้

4.1 การสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
โดยมีผู้สังเกตแบบมีส่วนร่วม คือผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
ร่วมสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
และหอผู้ป่วยในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือด
สมอง โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย
หลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสห
สาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นัก
โภชนาการ และ นักกายภาพบำบัดแพทย์แผนจีนที่ร่วมดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาจนถึง
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนกระทั่งมารับการ
ดูแลต่อเนื่องคลินิกหลอดเลือดสมอง

4.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ
เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เห็นการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อย
3 วัน ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการ
พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ในวันที่มา การรักษา
ต่อเนื่องที่ คลินิกหลอดเลือดสมอง

4.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมพัฒนาร่วมกันสรุป
อภิปรายผล เพื่อประเมินผลการดำเนินการและ
แนวความคิดเห็นในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือด
สมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่
สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและ
งานวิจัยที่ผ่านมาได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของ
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย
ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ทาง
คลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระยะเวลานับแต่ผู้ป่วย
มาถึงโรงพยาบาลระยะเวลาวันนอนรักษาในโรงพยาบาล
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้ง การเสียชีวิต ญาติ/
ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะตามโปรแกรมการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองการ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ
เช่น เกิดภาวะข้อเท้าไหลเคลื่อน การเกิดแผลกดทับ การ
การเกิดข้อติด ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ภาวะ
เส้นเลือดดำส่วนลึกอุดตัน

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับมิติการดูแลด้านสุขภาพโดยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นการประเมินผลความพึงพอใจในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด(5 คะแนน)มีความพึงพอใจในระดับมาก(4 คะแนน)มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง(3 คะแนน)มีความพึงพอใจในระดับน้อย(2 คะแนน)มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด(1 คะแนน)เกณฑ์ค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อยค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด ,2545)นำไปหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3ท่านค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง 0.86

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยข้อคำถามจำนวน 10ข้อซึ่งแบบประเมินผลความพึงพอใจของญาติ จะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ท่านเห็นการดูแลแล้วมีความพึงพอใจในระดับใด เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด(5 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับมาก(4 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง(3 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อย(2 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด(1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด ,2545)นำไปหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง 0.75

4. การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงชักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามกำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค

ของการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ข้อโดยนายละเอียดของข้อคำถามจะประกอบด้วยสภาพและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผลกระทบที่เกิดขึ้น วิธีการหรือแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตรวจสอบความตรง โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำ

5. แบบสังเกตการปฏิบัติของสหวิชาชีพแบบมีส่วนร่วมเป็นการสังเกตการณ์ โดยผู้วิจัยสังเกตและร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหอผู้ป่วยในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเป็นแบบประเมินจำนวน 20 ข้อ ตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล การส่งปรึกษา การทำกายภาพบำบัด การให้ข้อมูล การวางแผนจำหน่าย เครื่องมือเป็นแบบ scale ปฏิบัติ (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ(0 คะแนน) แรกจนถึงขั้นตอนสุดท้ายของการให้การพยาบาล ได้ตรวจสอบความตรง โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วปรับปรุงแก้ไขหาความเที่ยง (Inter-rater Reliability) เท่ากับ0.81

6. แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE) ของคณะกรรมการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 ค่าความเชื่อมั่น เท่า 0.91 โดยแบ่งออกเป็น 6 หมวดและหัวข้อของเครื่องมือ จำนวน 23 ข้อซึ่งการประเมินประกอบไปด้วย ขอบเขตและวัตถุประสงค์การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำความชัดเจนในการนำเสนอการนำไปใช้ความเป็นอิสระของบรรณาธิการลักษณะการให้คะแนนหัวข้อของแบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก ใช้ระบบคะแนน 7 ระดับ โดยในส่วนตัวให้คะแนนของแต่ละข้อจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินและข้อพิจารณาเฉพาะของแต่ละหัวข้อ ตั้งแต่คะแนนระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก)เมื่อไม่มีข้อมูลที่ตรงกับหัวข้อของ AGREE หรือรายงานไว้ไม่ดี คะแนนระดับ 2 ถึง 6 การให้คะแนนระหว่าง 2- 6เมื่อรายงานของหัวข้อต่างๆไม่ไปไปตามเกณฑ์หรือข้อพิจารณาทั้งหมด การให้คะแนนขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของคุณภาพของรายงานคะแนนระดับ 7 (เห็นด้วยเป็นอย่างมาก)โดยคะแนนในแต่ละหมวดควรได้มากกว่าร้อยละ 60 ตามหลักเกณฑ์และข้อพิจารณา



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องโดยตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกมลลาไสย

1.1 จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน คลินิกหลอดเลือดสมองระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560-เดือนมกราคม 2561พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาจำนวน 30 คน โดย อายุเฉลี่ยคือ 65 ปี ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอการผลทางห้องปฏิบัติการใช้เวลาเฉลี่ย 25 นาที มีผู้ป่วยส่งต่อไม่ทันตามกำหนดคิดเป็นร้อยละ 17.60 ร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast Track ได้รับยา rt-PA ที่ รพ.ภาพสินธุ์ เป็น 2.4 ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3วัน การจำหน่ายผู้ป่วย มีผู้ป่วยกลับบ้านระดับความรู้สึกตัว 11- 15 คะแนน ระดับความรู้สึกตัว 6- 7 คะแนน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 61,314 บาท ส่วนการปฏิบัติการพยาบาล พบในด้านการประเมินผู้ป่วยแรกรับ การจัดทำนอน 30 องศา การบันทึกน้ำเข้า-ออก การรักษาอุณหภูมิร่างกาย และการรายงานแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติ ส่วนด้านการบันทึกระดับความรู้สึก การป้องกันการลัดตกหกล้มปฏิบัติ 12ราย การป้องกันการแผลกดทับปฏิบัติ 12 ราย ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีนักกายภาพบำบัดเข้ามาฟื้นฟูสมรรถภาพ 4 ราย ส่วน

พยาบาลที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.2 จากการการสนทนากลุ่มพบปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองดังนี้ 1)ปัญหาด้านพื้นฐานการจัดการเช่นขาดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงการทำงานเป็นทีมยังไม่มีประสิทธิภาพไม่มีโครงสร้างองค์กรและบทบาทที่ชัดเจนในการทำงานไม่มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ 2) ปัญหาด้านกระบวนการดำเนินงาน เช่น ไม่มีการบริหารจัดการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ผู้ป่วยมีจำนวนมาก พยาบาลมีภาระงานมากไม่มีระบบการติดตาม ประเมินผลการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม3) ปัญหาด้านการมีส่วนร่วมเช่น ผู้ป่วยและญาติไม่ได้เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ร่วมกับสหวิชาชีพ

2.การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีมและทีมสหวิชาชีพทุกวิชาชีพเป็นคณะกรรมการ

2.2 จัดประชุมระดมความคิดเห็น และการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในที่ประชุมได้เสนอรูปแบบที่ควรกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงาน โดยจัดทำร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองใช้วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งการสืบค้นด้วยมือจากรายงานการวิจัยและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารไทยและต่างประเทศได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ ระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ จำนวน 11 เรื่องนำมาจัดทำร่างแนวปฏิบัติการ จากนั้นนำร่างแนวให้ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 87.50 และระดับมากร้อยละ 12.50 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation: AGREE)ได้ค่าขอบเขตและวัตถุประสงค์ร้อยละ 82.16 การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียร้อยละ 78.20 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 73.95 ความชัดเจนและการนำเสนอ ร้อยละ 75 มิติด้านการประยุกต์ใช้ร้อยละ 83.30 ความเป็นอิสระในการเขียนร้อยละ 92.20 แล้วปรับปรุงแก้ไขตามที่ได้รับข้อเสนอแนะให้มี

ความถูกต้องตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ เพื่อนำไปใช้จริง

เนื้อหาของแนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีจำนวน 9 หมวด ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยแรกเริ่ม การส่งตรวจ อาหาร การให้ยาและสารน้ำ การให้การพยาบาล การส่งปรึกษาสหวิชาชีพ การทำกายภาพบำบัด การให้ข้อมูลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพ การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ ลักษณะการบันทึกเป็นแบบให้ขีด / ในช่องว่างและแบบฟอร์มบันทึกผลการรักษาแต่ละวิชาชีพ และตรวจสอบรายการในหมวดที่ 1 ถึง 9 หลังจากนั้นพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จะประมวลผลการประเมินที่ได้ทั้งหมดไประบุปัญหาในหมวดที่ 9 โดยพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ สามารถใช้แนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองคือการประเมินผู้ป่วยแรกเริ่ม ในหมวดที่ 1 ได้แก่ การบันทึกข้อมูลทั่วไปและสัญญาณชีพ ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง กำลังกล้ามเนื้อ และค่าความอึดตัวออกซิเจน หมวดที่ 2 คือ การพยาบาลป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หมวดที่ 3 คือ การประเมินบาดแผลและความปวดการพยาบาลบรรเทาความเจ็บปวด หมวดที่ 4 คือ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ หมวดที่ 5 คือ การรักษาอุณหภูมิร่างกาย หมวดที่ 6 คือ การป้องกันการพลัดตกเตียง หมวดที่ 7 คือ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หมวดที่ 8 คือ การดูแลบันทึกน้ำเข้า-ออก และเมื่อมีปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถรวบรวมข้อมูลที่เป็นปัญหาและนำไปสู่ใน หมวดที่ 9 คือ การประสานงานกับแพทย์ เมื่อมีภาวะผิดปกติ เพื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคได้ทันที

2.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้ข้อสรุปดังนี้ 1) การใช้รูปแบบและแนวทางปฏิบัติ ต้องมีการทำควบคู่กันไป และนำไปใช้ได้จริง 2) ให้ลดขั้นตอนในการดูแลที่ยุ่งยากให้ง่ายในการปฏิบัติงาน 3) ในที่ประชุมให้นำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง 4) ทางด้านระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบประมาณ 2 เดือน นอกจากนี้ควรมีการประเมินผลหลังจากใช้ไปแล้วเป็นเวลา 2 เดือน

3. การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่การปฏิบัติ

3.1 ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำนวนผู้ป่วย 30 คน ได้ปรับการรอคอยผลทางห้องปฏิบัติการเป็นส่งผลทางห้องปฏิบัติการตามไปหลังจากส่งต่อ ลดระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลและสามารถลดค่ารักษาพยาบาลลงได้ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายการกรณีระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยรอการผลทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรอผลทางห้องปฏิบัติการ	25 นาที	ไม่มี
ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล	5 วัน	3 วัน
ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย	61,314 บาท	46,519 บาท

3.2 ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทั้ง 9 หมวดได้ครบทุกหมวด ร้อยละ 100

ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

แนวปฏิบัติ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ จำนวน(ร้อยละ)	หลังใช้แนวปฏิบัติ จำนวน(ร้อยละ)
การประเมินผู้ป่วยแรกเริ่ม	30(100)	30(100)
การส่งตรวจ	27 (90.00)	30(100)
อาหาร	20 (66.67)	30(100)
การให้ยาและสารน้ำ	21 (70.00)	30(100)
การให้การพยาบาล	18(60.00)	30(100)
การส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพ	14(46.67)	30(100)
การทำกายภาพบำบัด	16(53.33)	30(100)
การให้ข้อมูลโดยทีมสหวิชาชีพ	20(66.67)	30(100)
การวางแผนจำหน่าย	30(100)	30(100)

4 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.1 ผลความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 คน พบว่าสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในการให้บริการ ระดับมาก ($\bar{x} = 3.60, S.D = 0.41$)

4.2 ผลความพึงพอใจของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่าระดับความคิดเห็นความพึง



พอใจโดยรวมกับในการมารับบริการอยู่ในระดับมาก($\bar{x} = 4.15$, S.D = 0.69)

4.3 ผลการสังเกตการณ์การปฏิบัติของพยาบาลแบบมีส่วนร่วมหลังจากเริ่มใช้รูปแบบการดูแลโดยสังเกตพยาบาล หอผู้ป่วยในจำนวน 9 คนที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 30 รายมีการประเมินผู้ป่วยแรกรับและมีการประเมินผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยเน้นกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การพยาบาลป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การประเมินบาดแผลและบรรเทาความเจ็บปวด การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การรักษาอุณหภูมิร่างกาย การป้องกันการพลัดตกเตียงการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การบันทึกน้ำเข้า-ออก การประสานกับแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติมีการประสานงานกับสาขาวิชาชีพพร้อมเข้ามาดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

4.4 ผลจากการสนทนากลุ่มสหสาขาวิชาชีพและทีมพัฒนา มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าการปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังมีแนวทางในการทำงานที่เป็นรูปธรรมมาก สามารถลดขั้นตอนในการดูแลที่ยังยากให้ง่ายในการปฏิบัติงานได้ ทำให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองพบว่า

1. ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง หน่วยงานยังขาดความตระหนักในการดูแลตามการประเมินผู้ป่วยเพื่อจำแนกประเภท ของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้การรอคอยการตรวจผลต่างล่าช้า เช่น การรอผลทางห้องปฏิบัติการ หรือการขาดการ ปฏิบัติการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือการประเมินการตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท และการประเมินความเสี่ยง เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย(Panthong,2013) ซึ่งการมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจะ ทำให้สามารถตัดสินใจในการให้บริการได้อย่างรวดเร็ว และเหมาะสม อีกทั้งเป็นการเสริมสร้างทักษะและสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจะทำให้เข้าใจในบริบทของหน่วยงานและมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งจะเป็นที่นำเชื่อถือของหน่วยงานและเป็นที่ยอมรับในคุณภาพการพยาบาลต่อไป

2. ผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ไปใช้พบว่า ก่อนที่ยังไม่มีรูปแบบการดูแล ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา ทั้งระยะเวลาการรอคอยผลทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานเกินไป การให้การพยาบาลที่ขาดความต่อเนื่อง แต่หลังจากมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่ชัดเจนขึ้น พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามารถใช้แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นโดยระบุว่ามีความเป็นไปได้ และไม่ยากในการนำไปใช้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ นี้ได้ไม่ยากลำบาก ส่งผลให้ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ทำให้การพยาบาลมีความครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยโดยประเมินได้จากทั้ง 9 หมวดมีการพยาบาลที่ครอบคลุมและถูกต้องตรงกับปัญหาผู้ป่วย ซึ่งเป็นประเด็นที่มีประโยชน์มาก เนื่องจากหากพยาบาลสามารถระบุปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมและถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและรักษาที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย (Newberry, 2003) ความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยก็ลดลง ในการศึกษาครั้งนี้ จากการสังเกตของนักวิจัยในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้ป่วยทั้ง 30 รายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ แสดงว่าแนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้จริงอีกทั้งสามารถระยะเวลาและแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ เพราะการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน จะสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรได้มาตรฐานมากขึ้น (Khiewchaum ,2015) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันต่อเวลาเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ เพื่อให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด โดยมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจได้

3. ผลการประเมินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองการนำไปใช้ในหน่วยงาน มีความเหมาะสมกับบริบทและพบว่าแนวปฏิบัติมีความง่ายและความสะดวกสอดคล้องกับการใช้แนวทางในการป้องกัน และลดความรุนแรงของ การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (Laptavee, 2013) โดยสร้างแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จะเป็น แนวปฏิบัติงาน ได้อย่างมีคุณภาพ

(Panthong, 2013) อีกทั้งการประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีศึกษาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดการวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว (Atatanuchit, S., Sae-Sia, W. and Songwathana, P., 2000) ซึ่งการพยาบาลต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม พฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงภาวะวิกฤติทางด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกโกรธ กลัวหวาดระแวง อันทำให้เกิดความไม่แน่นอนตามมา มีความวิตกกังวล (Srisuwattanasakul, B.,1999) แต่อุปสรรคสำคัญที่พยาบาลระบุว่ามีปัญหา คือ การไม่มีเวลาในการประเมินทุกหมวดอย่างครอบคลุมในเวลาที่กำหนด เนื่องจากต้องใช้เวลากลับงานประจำที่มีมาก เนื้อหาของแนวปฏิบัติบางส่วน ไม่จำเป็นต้องประเมินในขณะนั้น หรือหากต้องประเมิน จำเป็นต้องมีการทำความเข้าใจก่อนการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้อีกปัญหาของการพยาบาลคือ อัตรากำลังไม่เพียงพอ ทำให้ในบางครั้งพยาบาลไม่สามารถที่จะทำตามแนวปฏิบัติได้นอกจากนี้ควรแทรกแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้เข้าไปกับแบบบันทึกทางการพยาบาลเดิมที่ใช้ในหอผู้ป่วย โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเพื่อลดความซ้ำซ้อนของการประเมิน ลดภาระงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และเพื่อการประเมินสภาพที่มีความต่อเนื่อง ดังนั้นในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวไปใช้ในการปฏิบัติงาน ควรจัดให้มีการจัดการอบรมชี้แจงและให้

ความรู้แก่พยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ จนเกิดความมั่นใจและมีความชำนาญในการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะ

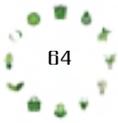
1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเป็นการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่มีความเหมาะสม เนื่องจากมีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา มีการพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจนขึ้น

2. ก่อนนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองไปใช้ ควรมีการอบรมบุคลากรให้มีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับเรื่องการประเมินและการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อเป็นการเพิ่มความเข้าใจ เพื่อให้สามารถใช้นโยบายปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นควรได้รับปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับบริบทในการให้บริการ และพัฒนาให้สอดคล้องกับความรู้และวิทยาการที่เกิดขึ้นใหม่

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Stroke: Cerebrovascular accident. [online]. 2009. [cited 2012 Jan 15] ; Available from: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en
- Lawson C, Gibbons D. Acute stroke management in emergency departments. Emergency nurse 2009 ; 17(5): 30-34.
- Mawson SJ, Mountain GM. The SMART rehabilitation system for stroke self-management: Issues and challenges for evidence-based health technology research. Journal of Physical Therapy Education 2011; 25: 48-53.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. โครงการพัฒนาระบบบริหาร จัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ปีงบประมาณ 2551 นนทบุรี, 2551.
- สำนักโรคขาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี 2550 – 2552. [ออนไลน์]. 2553; แหล่งที่มา http://203.157.15.4/ncd/chronic/chronic_52_1009170940.doc
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2553. [ออนไลน์]. 2554 [2555 มกราคม 5] ; แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คำเตือนโรคหลอดเลือดสมอง “ไม่ตาย ไม่พิการ 2 ชม.ครั้ง ต้องถึง หมอ”. [ออนไลน์]. 2555[2551 มกราคม 5] ;แหล่งที่มา:<http://2among.com/agelforums/index.php>
- Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Health Affairs 2009 ; 28:75-85.



Hrosikoski MC, Sprel-Hillen JM, McGrail MP. Challenges of change: A qualitative study of chronic care model implementation. *Annals of Family Medicine* 2006 ; 4: 317-326. 11. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness. *Am J Manag Care* 2005; 11: 478-488.

ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน
โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

Effectiveness of the Development for Emergency Patient's Triage Model at Banfang Hospital,
Khon Kaen Province

(Received: November 20, 2020; Accepted: December 8, 2020)

นิตยา สุภามา , สุพัตชา คำวงษา Nittaya Suphama , Supatcha Komwongsa

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น Professional nurse Banfang Hospital, Khon Kaen Province

ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์ Pattama Lophonpanit

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Assistant professor Faculty of Public Health Ubon Ratchathani Rajabhat University

เจษฎา สุรวรรณ Jesada Surawan

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Professional Public Health Scholar Khon Kaen Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 13 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 ตุลาคม 2563 ตามกรอบแนวคิดการวิจัย Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 1) การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 2) ลงมือปฏิบัติตามแผน 3) การสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนกลับกระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน แบบประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และแบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน คุณภาพเครื่องมือการวิจัย เท่ากับ 0.88 และ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที และค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินมีความถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82 ความคลาดเคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ลดลงเหลือร้อยละ 7.33 และ ความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงเหลือร้อยละ 10.67 ค่าความสอดคล้องของผลการประเมินระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen's kappa coefficient = .775) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มากกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value .003) ดังนั้น รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นใหม่สามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลบ้านฝางได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝางอย่างต่อเนื่อง และควรนำเวลาที่ใช้ในการรอรับการรักษาในผู้ป่วยแต่ละระดับ เปรียบเทียบค่าระยะเวลาการรอคอยมาตรฐาน มาใช้ปรับปรุงรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน

Abstract

This study is action research that aims to study the effectiveness of the development of the emergency patient's Triage Model at Banfang Hospital, Khon Kaen Province. The 13 purposive samplings were registered nurses and advanced emergency medical technician. Data collecting was carried on from June 1 to October 31, 2020. The study framework based on the Kemmis & McTaggart concept, including 1) Planning to lead the change 2) implementing plans, 3) observing, and 4) reflecting on the process and the results of the change in order to improve operational plans. Research tools include assessing knowledge and skills in emergency patient's triage, quality assessment form for emergency patient's triage, and the satisfaction assessment form of the emergency patient's triage model. The quality of research instruments was 0.88 and 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics and analytical statistics such as the Paired t-test and Cohen's kappa coefficient. The research results were found that



the emergency patient's triage model increased the accuracy of the emergency patient's triage to 82%, the over triage error decreased to 7.33% and the under triage error decreased to 10.67, respectively. The Inter-Rater Reliability at the middle level was statistically significant at the .05 level (Cohen's kappa coefficient = .775) The satisfaction after using the emergency patient's triage new model was statistically significantly higher than before at the .05 level (p-value .003). Hence, the emergency patient's triage new model can be applied to Banfang Hospital effectively. It is recommended that there should be reskilling in emergency patient's triage Banfang Hospital model continuously and track the waiting time for each level of triage compare with standard waiting time can improve the emergency patient's triage model efficiently.

Keywords: development model, emergency patient's triage

บทนำ

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดนิยาม “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 (ราชกิจจานุเบกษา, 2554) เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติการดำเนินการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 5 ระดับตามความเร่งด่วนในการปฏิบัติการ โดยกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉินตามแนวทางการคัดแยกของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 แบบ 5 ระดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558)

จากการศึกษาของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (พรทิพย์ วชิรติลล, อีระ ศิริสมุด, สนิษฐ์ ชัยสิทธิ์, และ อนุชา เศรษฐเสถียร, 2559) พบว่า ระบบการคัดแยกช่วยส่งเสริมระบบการให้บริการที่ห้องฉุกเฉินดีขึ้น เป็นการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ทำให้การให้บริการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ เป็นการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อจัดลำดับความสำคัญของการรักษาภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด บุคลากรในห้องฉุกเฉินสื่อสารและปฏิบัติงานอย่างมีมาตรฐานและทิศทางการเดียวกัน ลดความผิดพลาดและความขัดแย้งจากการปฏิบัติงานได้ ในขณะเดียวกัน ระบบคัดแยกมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างเหมาะสม ตรงตามประเภทความรุนแรง ช่วยให้ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงได้รับการรักษา ก่อน ลดความสูญเสียหรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้นได้เป็น

อย่างสมก นอกจากนั้น การคัดแยกผู้ป่วยยังช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่คนป่วยรายอื่นได้

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ได้นำระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน Khon Kaen Emergency Severity Index: KESI มาใช้ ประกอบด้วย การแบ่งตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 สีแดง ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) จะต้องได้รับการตรวจรักษาทันที ระดับที่ 2 สีชมพู ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergent) ควรได้รับการตรวจรักษาภายใน 5 - 15 นาที ระดับที่ 3 สีเหลือง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgent) สามารถรอรับการตรวจและรักษาได้ 15 - 30 นาที ระดับที่ 4 สีเขียว ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Less-Urgent) ระยะเวลารอตรวจไม่เกิน 30 - 60 นาที และระดับที่ 5 สีขาว ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgent) ระยะเวลารอตรวจไม่เกิน 1 - 2 ชั่วโมง เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคัดแยกผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ อาการแสดง สัญญาณชีพ และการใช้ทรัพยากรในห้องฉุกเฉิน จากการทบทวนผลการดำเนินงานดังกล่าว ในเดือนตุลาคม 2562 มีผู้ป่วยรับบริการจำนวน 2,410 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 0.45 ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 1.20 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ร้อยละ 27.16 ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 21.06 และ ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป ร้อยละ 50.21 ตามลำดับ จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนพบความคลาดเคลื่อนของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินร้อยละ 37.65 โดยพบว่าร้อยละ 15.17 เป็นการคัดแยกประเภทผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ และร้อยละ 22.47 เป็นการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเกิดความล่าช้าในการรับบริการและสูญเสียทรัพยากรในการให้บริการเกินความจำเป็น นอกจากนี้ โรงพยาบาลบ้านฝาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ (Re-Accreditation) ครั้งที่ 3 ตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญได้แก่ มาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน นักวิจัยในฐานะ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามความรุนแรงและตามระดับความเร่งด่วน ตามบริบทของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ภายใต้การมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปปรับใช้ต่อไปได้อย่างเหมาะสมในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 31 ตุลาคม 2563 ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น มีวิธีดำเนินการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ดังนี้

1.การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) นักวิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ ความคลาดเคลื่อน การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยสุ่มเวรระเบียบวนจำนวน 150 ชุด แบ่งเป็น 5 ระดับตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วน ระดับละ 30 ชุด มอบให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง และ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชุมแพ ตรวจสอบเวรระเบียบวนและให้ความเห็นว่า การคัดแยกประเภทของผู้ป่วยในเวรระเบียบวนมีความถูกต้องสอดคล้องกับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือไม่อย่างไร โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ไคเฮนแคปปา และประเมินความพึงพอใจรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน นำผลที่ได้มาจัดประชุมกลุ่มย่อยกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนและค้นหาสาเหตุความคลาดเคลื่อนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ด้วยเทคนิค why-why-analysis ตั้งคำถามทำไม ทำไมไม่ จนกระทั่งได้คำตอบสุดท้ายที่เป็นสาเหตุที่ทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินเกิดความคลาดเคลื่อนสรุปสาเหตุของปัญหาและวางแผนการแก้ไขปัญหามาสาเหตุที่เกิดขึ้น นำข้อมูลที่ได้มาจัดประชุมกลุ่มย่อยมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามข้อคำถามประเด็นหลักที่ทำให้การคัด

แยกประเภทผู้ป่วย คลาดเคลื่อน และประเด็นหลัก ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา จากนั้นจึงพัฒนาเป็นรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามความรุนแรงและตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

2.การลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) ได้แก่ การอบรมทบทวนองค์ความรู้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index และ แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นใหม่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง นำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ในสถานการณ์จริงระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2563

3.การสังเกตการณ์ (observation) ได้แก่ การประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ จากการสุ่มตรวจสอบคุณภาพเพชรระเบียบวนระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2563 จำนวน 150 ชุด และประเมินความพึงพอใจหลังการนำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไปใช้

4.การสะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ นักวิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อคืนกลับข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินและความพึงพอใจหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ รวมทั้ง ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่พบระหว่างการนำไปใช้ เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา นำข้อมูลที่ได้มาจัดประชุมกลุ่มย่อยมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามข้อคำถาม ประเด็นหลักที่ทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วย คลาดเคลื่อน และประเด็นหลัก ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา จากนั้นจึงพัฒนาเป็นรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง เพื่อเผยแพร่และประกาศใช้ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 16 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ เป็นผู้ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 การประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามความรุนแรงและตามระดับความเร่งด่วน โดยเลือกใช้แผ่นการ์ดการคัดแยกอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือ Patient tag card จากนวัตกรรมต้นแบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Thailand Triage Training Kit TTTK) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) จำนวน 10 ใบ มาใช้เป็นแบบประเมินความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่าง

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามความระดับรุนแรงและความเร่งด่วน ดัดแปลงจากคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) Emergency Nursing 5 -Tier Triage Protocols (Göransson, Ehrenberg, Marklund, & Ehnfors, 2019) และแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น (KES) แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา วิธีการนำส่ง อาการสำคัญ การวินิจฉัยโรคสุดท้าย และผลลัพธ์การรักษาสุดท้าย ส่วนที่ 2 การประเมินระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการรักษาผู้ป่วย เปรียบเทียบคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ระบุในเวชระเบียนระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 คน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชุมแพ พิจารณาความเห็นระหว่างผู้ประเมินว่ามีความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา (Cohen's Kappa Coefficient) (ประสพชัย พสุนนท์, 2558) กำหนดระดับความสอดคล้องตามเกณฑ์ของ Mc Hugh (McHugh, 2012) ดังนี้ ค่าสถิติแคปปา 0.00 - 0.19 ไม่มีความสอดคล้อง 0.20 - 0.39 ความสอดคล้องระดับน้อยมาก 0.40 - 0.59 ความสอดคล้องระดับน้อย 0.60 - 0.79 ความสอดคล้องระดับปานกลาง 0.80 - 0.89 ความสอดคล้องระดับมาก และ 0.90 - 1.00 ความสอดคล้องระดับมากที่สุด

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของของกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลังการพัฒนากระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ แสดงความคิดเห็นในรูปมาตราลิกิรท์ (Likert's scale) 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมากที่สุด - พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยชุดที่ 2 และ 3 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาลเฉพาะทางอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ อาจารย์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ คุณภาพเครื่องมือการวิจัย คำนวณจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.88 และ 0.96 หลังการปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้นำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาในรูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test หรือสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ถ้าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นปกติ

3. เปรียบเทียบคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ ข้อมูลระดับนามบัญญัติ (ถูกต้อง และ คลาดเคลื่อน) พิจารณาความเห็นระหว่างผู้ประเมินว่ามีความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา (Cohen's Kappa Coefficient) กำหนดระดับความสอดคล้องตามเกณฑ์ของ McHugh

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยอ่านข้อมูลที่บันทึกและจัดหมวดหมู่ตามข้อคำถามเพื่อลงรหัสข้อมูล (coding) ร่วมกับการสร้างคำถามจากข้อมูลที่มีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างคนอื่น นำไปสอบถามอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแบบเดิม และแนวทางการแก้ไข้ปัญหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC63056/2563

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามความรุนแรงและตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น สรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.62 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 23 - 47 ปี เฉลี่ย 34.69 ปี (SD 7.9 ปี) ประสบการณ์ทำงานด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่าง 2 - 22 ปี เฉลี่ย 8.23 ปี (SD 6.38 ปี) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 69.23 เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน ร้อยละ 30.77 เคยเข้ารับการอบรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 69.23

2. จากการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วน ตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการตรวจสอบดังตารางที่ 1 - 2 นำมาจัดประชุมกลุ่มย่อย สรุป

ประเด็นหลักที่ทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยคลาดเคลื่อนได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากร เช่น บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดแยกประเภทของผู้ป่วยมีเฉพาะเวรเช้า และร้อยละ 30.77 ยังไม่ได้รับการอบรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ด้านกระบวนการ เช่น ขาดการทบทวนกระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และการสื่อสารแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยร่วมกันในหน่วยงาน ด้านสิ่งสนับสนุน เช่น สถานที่คัดแยกประเภทผู้ป่วยคับแคบไม่เป็นสัดส่วน การแบ่งพื้นที่ผู้ป่วยหลังการคัดแยกประเภทไม่ชัดเจน ด้านผู้รับบริการ เช่น ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เข้าใจว่าถูกผู้มาที่หลังแซงคิว เป็นต้น

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index ก่อนการพัฒนาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ

		ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					รวม จำนวน (ร้อยละ)
		Resuscitation จำนวน (ร้อยละ)	Emergent จำนวน (ร้อยละ)	Urgent จำนวน (ร้อยละ)	Less-Urgent จำนวน (ร้อยละ)	Non-Urgent จำนวน (ร้อยละ)	
ความเห็นกลุ่มตัวอย่าง	Resuscitation	26 (17.33)	2 (1.33)	2 (1.33)	0	0	30 (20.00)
	Emergent	9 (6.00)	11 (7.33)	6 (4.00)	4 (13.33)	0	30 (20.00)
	Urgent	0	1 (0.67)	22 (14.67)	7 (4.67)	0	30 (20.00)
	Less-Urgent	0	1 (0.67)	15 (10.00)	13 (8.67)	1 (0.67)	30 (20.00)
	Non-Urgent	0	2 (1.33)	11 (7.33)	5 (3.33)	12 (8.00)	30 (20.00)
	รวม (คน)	35 (23.33)	17 (11.33)	56 (37.33)	29 (19.33)	13 (8.67)	150 (100)

จากตารางที่ 1 พบว่าคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความถูกต้องสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 84 ชุด (ร้อยละ 56.00) พบความคลาด

เคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ จำนวน 44 ชุด (ร้อยละ 29.33) ความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน 22 ชุด (ร้อยละ 14.67)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความสอดคล้องคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา

	Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement Kappa	.450	.049	11.396	.000*
N of Valid Cases	150			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



จากตารางที่ 2 ผู้ประเมินจำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างและผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินเวชระเบียนจำนวน 150 ชุด มี ค่าความสอดคล้องของผลการประเมินระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen's kappa coefficient =.450)

3. นักวิจัย โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ได้จัดอบรมทบทวนองค์ความรู้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index ผลการอบรมพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม ดังตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยก่อนและหลังการอบรม

คะแนน	n	\bar{x}	S.D.	t	p
ก่อนการอบรม	13	4.92	1.71	3.386*	.005
หลังการอบรม	13	7.54	1.76		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรมเท่ากับ 4.92 คะแนน (SD 1.71 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมเท่ากับ 7.54 คะแนน (SD 1.76 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ประสิทธิภาพการนำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินไปทดลองใช้งานจริงระยะเวลา 2 เดือน (กรกฎาคม - สิงหาคม 2563) ประเมินจาก ระดับความสอดคล้องคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปาและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 4 - 6

ตารางที่ 4 ผลการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ

		ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					รวม จำนวน (ร้อยละ)
		Resuscitation จำนวน (ร้อยละ)	Emergent จำนวน (ร้อยละ)	Urgent จำนวน (ร้อยละ)	Less-Urgent จำนวน (ร้อยละ)	Non-Urgent จำนวน (ร้อยละ)	
ความเห็นกลุ่มตัวอย่าง	Resuscitation	28 (18.67)	1 (0.67)	1 (0.67)	0	0	30 (20.00)
	Emergent	1 (0.67)	18 (12.00)	11 (7.33)	0	0	30 (20.00)
	Urgent	0	0	28 (18.67)	2 (1.33)	0	30 (20.00)
	Less-Urgent	0	0	6 (4.00)	23 (15.33)	1 (0.67)	30 (20.00)
	Non-Urgent	0	0	1 (0.67)	3 (2.00)	26 (17.33)	30 (20.00)
	รวม (คน)	29 (19.33)	19 (12.67)	47 (31.33)	28 (18.67)	27 (18.00)	150 (100)

จากตารางที่ 4 พบว่าคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความถูกต้องสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 123 ชุด (ร้อยละ 82.00) พบความคลาด

เคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ จำนวน 11 ชุด (ร้อยละ 7.33) ความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน 16 ชุด (ร้อยละ 10.67)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความสอดคล้องคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา

	Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement Kappa	.775	.039	19.211	.000*
N of Valid Cases	150			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 ผู้ประเมินจำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างและผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินเวชระเบียนจำนวน 150 ชุด มี ค่าความสอดคล้องของผลการประเมินระดับปานกลาง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen's kappa coefficient = .775)

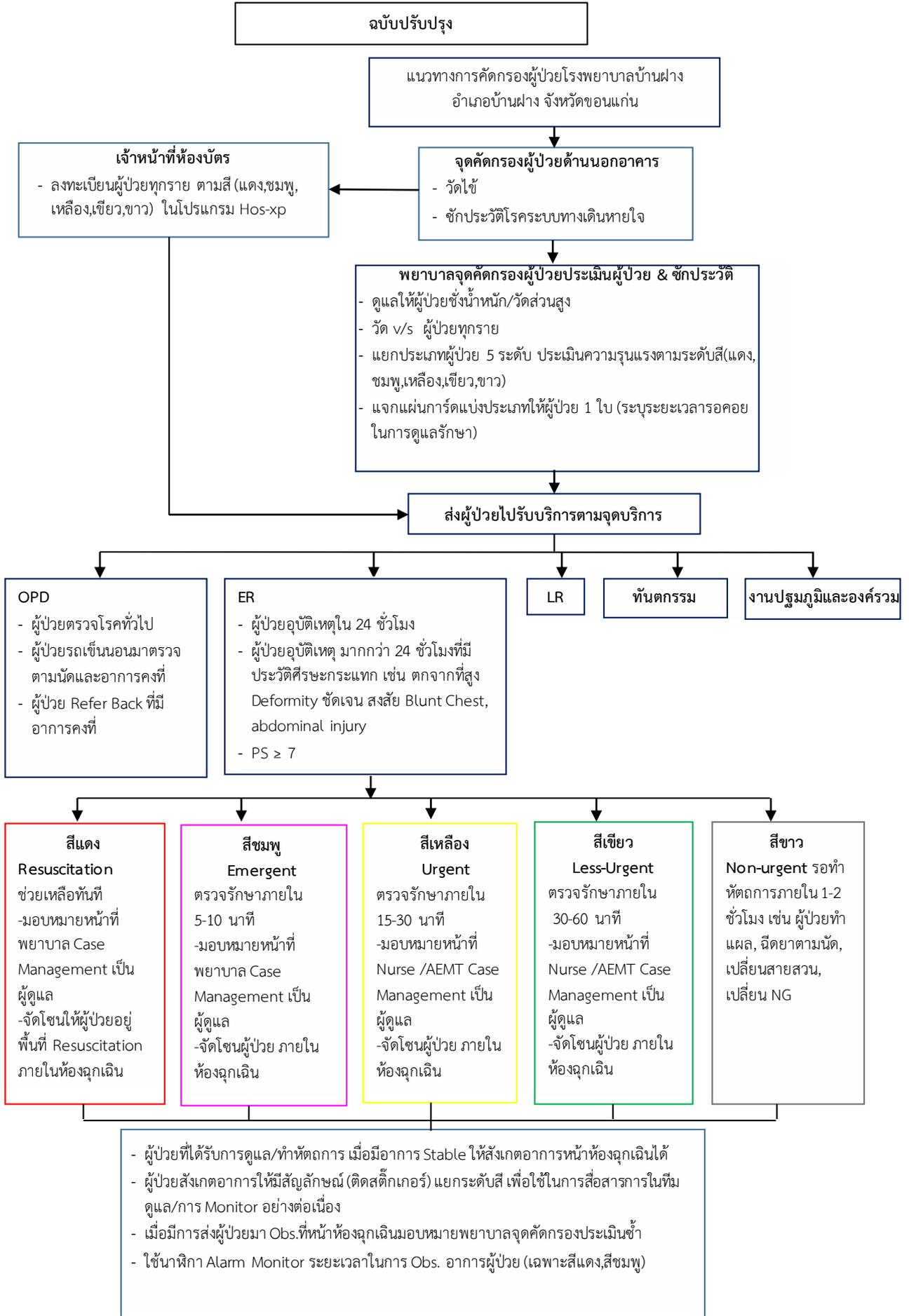
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ความพึงพอใจ	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
Negative ranks	1	1.50	1.50	-2.945	.003*
Positive ranks	11	6.95	76.50		
Ties	1				
Total	13				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลไม่ปกติจึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มากกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value .003)

5. ผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ภายหลังการปรับปรุงอีกครั้งโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ดังภาพประกอบที่ 1



อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนา รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่นครั้งนี้ เริ่มต้นจากการวิเคราะห์คุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า การคัดแยกประเภทผู้ป่วยมีความถูกต้อง ร้อยละ 56 ความคลาดเคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 29.33 และความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 14.67 โดยที่ค่าความสอดคล้องของผลการประเมินระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen's kappa coefficient =.450) สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา สวมชัยภูมิและคณะ (2562) พบความถูกต้องของการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ร้อยละ 68.7 คัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 20.80 ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 10.50 ความสอดคล้องของความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยมีค่า Cohen's kappa coefficient = 0.55 อธิบายสาเหตุความคลาดเคลื่อนของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยจากการประชุมกลุ่มย่อย พบว่าเกิดจากปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉินที่ทำหน้าที่คัดแยกประเภทของผู้ป่วย ร้อยละ 69.23 ได้รับการอบรมทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง Khon Kaen Emergency Severity Index (KESI) ในขณะที่ร้อยละ 30.77 ได้รับความแนะนำและศึกษาด้วยตนเอง บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดแยกประเภทของผู้ป่วยมีเฉพาะวิชาชีพ ด้านกระบวนการ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างขาดการทบทวนกระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ และไม่มีการสื่อสารการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่างงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกกับงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช หรือกระทั่งในหน่วยงานเดียวกัน ด้านสิ่งสนับสนุน ได้แก่ สถานที่คัดแยกประเภทผู้ป่วยคับแคบไม่เป็นสัดส่วน ไม่มีการจัดสรรพื้นที่ให้ผู้ป่วยหลังการคัดแยกประเภท ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เข้าใจว่าถูกผู้มาที่หลังเชิงคิว เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วัชรดิถิกและคณะ (2559) นงเยาว์ อินทรวีเชียร (2562) และ กฤษฎา สวมชัยภูมิและคณะ (2562) ที่พบปัญหาอุปสรรคการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรในการคัดแยก บุคลากรมีประสบการณ์ ความรู้และทักษะการคัดแยกแตกต่างกัน บุคลากรมีแนวโน้มตัดสินใจคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามประสบการณ์ มากกว่าตามเกณฑ์ Emergency Severity Index (ESI) ไม่มีสถานที่คัดแยกประเภทของผู้ป่วยหรือสถานที่คัดแยกผู้ป่วยคับแคบ ผู้รับบริการไม่เข้าใจระบบการคัดแยกผู้ป่วย และ ระบบการคัดแยกผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลไม่เป็นระบบเดียวกัน จากสาเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง จึงพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการจัดให้มีจุดคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่

จุดคัดกรองบริเวณด้านหน้าห้องฉุกเฉิน และมีการประเมินซ้ำ เพื่อคัดแยกประเภทผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินอีกครั้ง และแบ่งโซนพื้นที่ให้ผู้ป่วยรอรับบริการตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วน การสื่อสารระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยญาติ ด้วยแผ่นการ์ดสี และระยะเวลาการคอยให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ส่วนระหว่างที่มสทวิชาชีพใช้คลิปปอร์ดสี หลังจากนั้นได้จัดอบรมเพื่อทบทวนความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้กลุ่มตัวอย่างผลการประเมินพบว่าระดับความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value .005) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของเอื้อมพร พิมดี และคณะ (2558) แนะนำว่า ควรจัดอบรมและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระยะเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และติดตามผลเป็นระยะทุก 2 เดือน จะช่วยให้ประสิทธิภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินสูงขึ้น

ประสิทธิภาพรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ประเมินจากค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value .003) โดยข้อที่พึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ มีแนวทางคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินชัดเจน นำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง (\bar{X} 4.69 SD 0.48) อธิบายได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง ภายใต้บริบทเดียวกัน ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงตามสาเหตุ เชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา พรเชนศวรรพงศ์ และคณะ (2558) ที่กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบภายใต้การมีส่วนร่วมของบุคลากรจะทำให้มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก และจากการประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า การคัดแยกประเภทผู้ป่วยมีความถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 82 ความคลาดเคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ ลดลงเหลือร้อยละ 7.33 และความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 10.67 ค่าความสอดคล้องของผลการประเมินระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen's kappa coefficient =.775) สอดคล้องกับตัวชี้วัดเกณฑ์มาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินควรมีความถูกต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 กระบวนการดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย ทันทเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)



ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทดลองใช้ 2-4 เดือน ประเมินผลและปรับปรุงอย่างน้อย 3 วนรอบ จะทำให้ได้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ส่งผลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ลดระยะเวลารอคอย ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการได้

2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มการจับเวลาเพื่อประเมินระยะเวลาการคอยการรักษา ทำให้สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการได้มากขึ้น

3. ควรมีการพัฒนาทักษะบุคลากรในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝางโมเดล อย่าง

ต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชุมแพ ผู้ตรวจประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝางที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

กฤษฎา สมชัยภูมิ และ คณะ. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน"

วารสารสภาการพยาบาล. 34(4) : หน้า 34 - 47, 2562.

จันทิมา พรชนศรพงศ์ และ คณะ. "ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครนายก" วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 23(3) : หน้า 97-111, 2558.

ประสพชัย พสุนนท์. "การประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดยใช้สถิติแคปปา". วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์. (มกราคม-มิถุนายน). 2558.

พรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ. "การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย". วารสารสภาการพยาบาล. 31(2) : หน้า 96-108, 2559.

นงศเยาว์ อินทวิเชียร. "การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย" วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2(2) : หน้า 43 - 53, 2562.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติกรคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพท.กำหนด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นนทบุรี, 2558.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การ มหชน). นนทบุรี, 2561.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) (ฉบับปรับปรุง). ศรีเมืองการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2557.

เอี่ยมพร พิมพ์ดี และ คณะ. "ความสอดคล้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์" ศรีนครินทร์เวชสาร. 30(6) : หน้า 587 - 591, 2558.

Göransson, K. E., et al. *Emergency Nursing 5-Tier Triage Protocols*. (2nd ed.). Springer New York, 2019.

McHugh, M. L. "Interrater reliability: the kappa statistic". *Biochemia Medica*. 22(3) : p276-282, 2012.

การศึกษาการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูงในระบบประกันสุขภาพ
แรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว

A Study on the Highest Compensation for Medical Services in Health Insurance Systems for
Migrant Workers/Migrants

(Received: October 16,2020; Accepted: November 24,2020)

ณัฐนันท์ สุตะวงศ์ ร.ป.ม.

Nattanant Sutawong, M.P.A.

กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Division of Inspection, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมคู่ขนาน (parallel mixed methods) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว เก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลรายการการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว ปี พ.ศ.2560-2562 ผ่านระบบของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ผลการศึกษา รายการที่มีการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงมากที่สุด ในปี 2560 และ 2562 คือ ผู้ป่วยใน ได้แก่ ผู้ป่วยในเด็ก 0-7 ปี ที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว โดยเป็นทารกเดี่ยวเกิดในโรงพยาบาล (ร้อยละ 47.18 และ 59.40 ตามลำดับ) หรือภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดไม่ระบุรายละเอียด สำหรับผู้ป่วยนอก ได้แก่ รายการวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็ก 0-7 ปี (ร้อยละ 3.5 และ 5.48 ตามลำดับ) และรายการยาต้านไวรัสเอดส์ (ยาARV) (ร้อยละ 58.4 และ 59.6) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab ARV) (ร้อยละ 10.0 และ 9.44 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: จ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายสูง ประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว คนต่างด้าว

Abstract

This study was parallel mixed methods aim to study compensation for medical services in case of high expenses in the migrant health insurance system. Collect information from the database of compensation for medical services in case of high expenses from the migrant health insurance system from 2017 to 2019. **Results:** The study showed that the highest compensation for medical services in 2017 and 2019 were inpatients, namely pediatric patients in aged 0 -7 years with the migrant health insurance card. It was a single baby born in the hospital represented for 47.18 percent and 59.40 percent, respectively. For outpatients included the pediatric basic vaccine list 0-7 years (3.5% and 5.48%, respectively) and the AIDS antiretroviral drug (ARV) list (58.4% and 59.6%) and laboratory testing (Lab ARV) which accounted for 10.0 percent and 9.44 percent, respectively.

Keywords: Medical Service Compensation High Cost Health Insurance Foreign workers Foreigner

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรต่างด้าวอาศัยเป็นจำนวนมาก ได้แก่ แรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ครอบครัวและผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งประชากรตามแนวชายแดนประเทศเพื่อนบ้านที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ได้เข้ามาใช้บริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในพื้นที่ชั้นในและพื้นที่ชายแดน ประกอบกับ

ในแต่ละปีมีจำนวน คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลกระทบให้สถานบริการสาธารณสุขต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้จากประชากรต่างด้าว ตลอดจนภาระในการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาวะทางการเงินของโรงพยาบาล และภาระในการแบ่งทรัพยากรด้านสาธารณสุขของคนไทย

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแก่แรงงาน ต่างด้าว สัญชาติ เมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม หรือสัญชาติอื่น



ตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนดเพิ่มเติม และที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม พร้อมผู้ติดตามทั้งหมด ภายใต้พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2561 และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๒ รวมทั้งกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และกฎหมายว่าด้วยการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว โดยมีการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว มีอำนาจหน้าที่ กำหนดยุทธศาสตร์ ทิศทางการดำเนินงาน หลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ตามนโยบายรัฐบาล มติคณะรัฐมนตรี และประกาศคณะกรรมการความสงบแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง กำหนดหลักเกณฑ์ มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ให้เป็นไปตามนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพ พิจารณาการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

ที่ผ่านมาได้มีการออกมาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงาน ต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมครั้งแรกในปี 2544 โดยปัจจุบันได้ขยายความครอบคลุมไปถึงคนต่างด้าวทั้งหมดแล้ว ผ่านการขยายบัตรประกันสุขภาพ ต่อมาปี 2558 มีการปรับปรุงแก้ไข มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพคนต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข จนถึงปัจจุบันได้ปรับปรุงและออกประกาศมาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2562 การปรับเปลี่ยนแต่ละครั้งจะปรับเปลี่ยนไปตามมติคณะรัฐมนตรีในแต่ละช่วงเวลา แต่สิ่งที่ปรับเปลี่ยนโดยมากคือ ราคาบัตรประกันสุขภาพแผนงานด้านสุขภาพ เนื่องจากจำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสภาวะการณ์ทางการเงินภายในประเทศในช่วงนั้น ๆ แต่สิ่งที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงและยังคงถือปฏิบัติอยู่จนถึงปัจจุบันคือ หลักเกณฑ์การรับเงินการเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ตามหนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0409.3/4976 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2548 ให้กลุ่มงานประกันสุขภาพ (ปัจจุบันใช้ชื่อกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) นำเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนไปใช้จ่ายให้เฉพาะเพื่อการบริหารจัดการระบบการเบิกจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา) ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ คือ จ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการแก่แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองกรณีค่าใช้จ่าย

สูง และจ่ายเป็นค่าพาหนะในการรับ-ส่งผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

สำหรับการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง คณะกรรมการได้กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ไว้ในปี พ.ศ.2558 จนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตามการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ตามกลุ่มรายการไม่ได้ครอบคลุมโรคจิตเวช การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ต้องได้รับชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นในอัตราที่กำหนดก่อน ส่วนเกินจึงจะได้รับความคุ้มครองจากกองทุนนี้ ผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม การผ่าตัดแปลงเพศการกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกรณี การเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะ อุปรกรณ์หรืออวัยวะเทียมที่นอกเหนือชุดสิทธิประโยชน์การทำฟันปลอม โรคต้องห้ามมิให้อยู่ในราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง เมื่อตรวจพบภายหลังว่ามีระยะ/อาการหรือลักษณะที่ต้องห้าม (ต้องผลักดันส่งกลับ)

ดังนั้น จึงควรมีการศึกษารายการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว โดยเลือกใช้กรณีศึกษาการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว ปี พ.ศ.2560 – ปี พ.ศ.2562 ด้วยรูปแบบวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา หรือบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันว่ามีข้อเท็จจริงอย่างไร จะได้นำข้อมูลไปตีความอธิบาย ประเมินผล และเปรียบเทียบ หาแนวโน้มค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมคู่ขนาน (parallel mixed methods) ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา

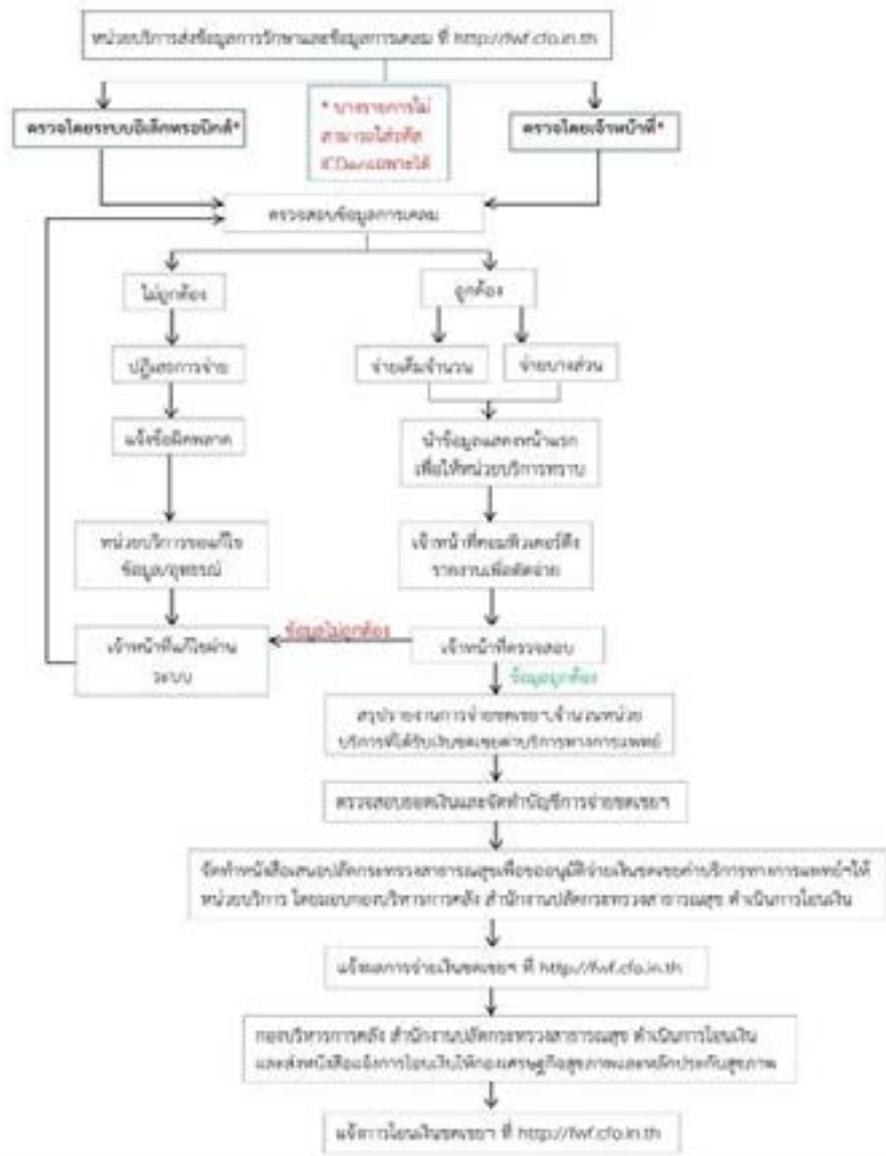
ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการควบคู่กัน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample) โดยการศึกษาประชากรจากข้อมูลรายการการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว ปี พ.ศ.2560 – ปี พ.ศ.2562 ผ่านระบบของกองทุนประกันสุขภาพ คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว <http://fwf.cfo.in.th/> ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ในการศึกษานี้จะมุ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรของปรากฏการณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเลือกใช้กรณีศึกษา (Case Study) การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว ปี พ.ศ.2560-ปี พ.ศ.2562 ได้แก่ (1) ข้อมูลรายงานการขึ้นทะเบียนคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวผ่านระบบของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว <http://fwf.cfo.in.th/> (2) การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพแยกเป็นรายการตามสิทธิประโยชน์ผ่านระบบของกองทุนประกัน

สุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว (3) หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาจะนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ เพื่อคำนวณค่าสถิติต่างๆ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการแจกแจงหรืออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของข้อมูล (Mean) ค่าสูงสุดของข้อมูล (Maximum) ค่าต่ำสุดของข้อมูล (Minimum) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล (Standard Deviation)

ผลการศึกษา

การศึกษาการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว ครั้งนี้ มีขั้นตอนการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว และมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้



ข้อมูลพื้นฐานของประชากรต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน

จาก ข้อมูล การ ขึ้น ทะ เบี ย น ใน ระ บ บ <http://fwf.cfo.in.th/> ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าว และแรงงานต่างด้าว พบว่าในประเทศไทยมีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่ในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 769,388 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.7 และเพศหญิง ร้อยละ 42.3 ประชากรต่างด้าวทั้งหมดกระจายในวัยเด็กอายุ 0 - 7 ปี ร้อยละ 2.7 ทำงานตอนต้น อายุ 15 - 39 ปี ร้อยละ 43.9 ในเพศชาย และ 32.1 ในเพศหญิง (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม จำนวนคนต่าง

ด้าวที่ขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นในปี 2561 และลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจนในปี 2562

ตารางที่ 1 จำนวนคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน

ปี พ.ศ.	จำนวนคน
2560	769,388
2561	1,376,072
2562	396,527

ตารางที่ 2 ร้อยละของประชากรต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ (ปี)	ปี พ.ศ. 2560 (n=769,388)		ปี พ.ศ. 2561 (n= 1,376,072)		ปี พ.ศ. 2562 (n= 396,527)	
	เพศชาย (ร้อยละ)	เพศหญิง (ร้อยละ)	เพศชาย (ร้อยละ)	เพศหญิง (ร้อยละ)	เพศชาย (ร้อยละ)	เพศหญิง (ร้อยละ)
0-7 ปี	2.79	2.47	1.77	1.59	4.77	4.32
8-14	0.10	0.08	0.26	0.22	0.24	0.19
15-24	20.16	14.88	14.69	12.23	11.97	10.97
25-39	23.76	17.33	25.66	21.31	24.14	20.91
40-59	7.30	5.39	7.96	6.65	8.51	6.99
60 ปีขึ้นไป	0.12	0.13	0.07	0.08	0.19	0.22
ไม่ระบุอายุ*	3.44	2.07	4.18	3.35	3.86	2.72

*วันเกิดในข้อมูลการขึ้นทะเบียนในระบบ <http://fwf.cfo.in.th/> ไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ระบุวันเกิด

ประชากรต่างด้าวที่อาศัยในประเทศไทยเป็นผู้มีสัญชาติเมียนมาสูงสุด ร้อยละ 65.95 ตามด้วย สัญชาติกัมพูชา

และอื่นๆ ร้อยละ 28.37 และร้อยละ 5.57 ตามลำดับ และไม่ทราบสัญชาติ/ไม่ระบุสัญชาติ ร้อยละ 0.08 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของประชากรต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน พ.ศ. 2560-2562 จำแนกตามสัญชาติ

สัญชาติ	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กัมพูชา	416,206	29.57	305,024	26.89	721,230	28.37
เมียนมา	926,775	65.85	749,580	66.07	1,676,355	65.95
ลาว	124	0.01	489	0.04	613	0.02
อื่นๆ	63,591	4.52	78,120	6.89	141,711	5.57
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	781	0.06	1,297	0.11	2,078	0.08

เมื่อพิจารณาจำนวนการขึ้นทะเบียนของคนต่างด้าวและประเภทสถานพยาบาล พบว่า คนต่างด้าว ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ร้อยละ 22.9, ร้อยละ 26.3 และ ร้อยละ 40.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละผู้ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว จำแนกตามสถานพยาบาล และปี พ.ศ. 2560-2562

ประเภทสถานพยาบาล	ปี พ.ศ. 2560	ปี พ.ศ. 2561	ปี พ.ศ. 2562	รวม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	5,255	26,481	6,773	38,509
โรงพยาบาลศูนย์	245,384	270,157	66,684	582,225
โรงพยาบาลทั่วไป	225,706	319,382	123,257	668,345
โรงพยาบาลชุมชน	219,434	631,910	184,627	1,035,971
รพ.นอก สป.สธ	65,813	108,669	7,050	181,532
นอก สธ.	865	13,923	6,931	21,719
รพ.เอกชน	7,046	6,052	1,303	14,401
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2	40	15	57



จากตารางที่ 1 - 4 จำนวนคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว พบว่า มีการดำเนินการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ในกรณีลดผลกระทบจากการบังคับใช้พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560 โดยมีแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม รวมทั้งคนต่างด้าวซื้อบัตรประกันสุขภาพในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 761,639 คน และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2560 มีการขยายระยะเวลาการใช้บังคับบทกำหนดโทษบางมาตราเพื่อให้ นายจ้างและคนต่างด้าวมีระยะเวลาในการดำเนินการให้ถูกต้องครบถ้วนตามพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560 ออกไปอีก 6 เดือน จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2561 ประกอบกับมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2561 เรื่องการบริหารจัดการการทำงานของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ

1. กลุ่มแรงงานต่างด้าวสัญชาติกัมพูชา ลาว เมียนมา ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ 1) แรงงานต่างด้าวที่ได้ดำเนินการตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 33/2560 ลงวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 เรื่อง มาตรการชั่วคราวเพื่อแก้ไขข้อขัดข้องในการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว 2) แรงงานต่างด้าวที่ถือบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย (บัตรสีชมพู)

2. กลุ่มแรงงานต่างด้าวสัญชาติกัมพูชา ลาว เมียนมาที่ยังไม่ได้ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ 1) แรงงานต่างด้าวที่ทำงานในกิจการประมงทะเล และกิจการแปรรูปสัตว์น้ำ 2) แรงงานต่างด้าวที่ได้ดำเนินการตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 33/2560 ลงวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 เรื่อง มาตรการชั่วคราวเพื่อแก้ไขข้อขัดข้องในการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว 3) แรงงานต่างด้าวที่ถือบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย (บัตรสีชมพู)

ทำให้ในปี พ.ศ. 2561 มีแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม รวมทั้งคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวกลุ่ม MOU ซื้อบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 1,376,072 คน ในปี พ.ศ. 2562 มีแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม รวมทั้งคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวกลุ่ม MOU ซื้อบัตรประกันสุขภาพ 391,192 คน เนื่องจากตามมติคณะมนตรีเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2562 เรื่อง แนวทางการบริหารจัดการการทำงานของแรงงานต่างด้าว ปี 2562 - 2563 นั้น มีการขยายระยะเวลาดำเนินการถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 ทำให้มีแรงงานต่างด้าวดำเนินการตรวจสุขภาพและซื้อบัตรสุขภาพจำนวนน้อยในช่วงระยะเวลาดังกล่าว

การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง คณะกรรมการได้กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและ

อัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง ไว้ในปี พ.ศ.2558 จนถึงปัจจุบัน ดังนี้

1. กรณีการบริการผู้ป่วยในที่มีราคาสูง

หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีค่า RW ≥ 4 ในอัตราตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่คณะกรรมการกำหนด ซึ่งคำนวณอัตราการจ่ายจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามจำนวนวันนอนในอัตรา Adj.RW = 10,300 บาท

2. กรณีการบริการค่าใช้จ่ายสูงเฉพาะบางรายการ

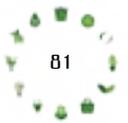
2.1 รายการที่เป็นการรักษาผู้ป่วยในทั้งราย กองทุนส่วนกลางจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการทั้งรายแม้ค่า RW < 4 ในอัตราตามระบบ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่คณะกรรมการกำหนด ซึ่งคำนวณอัตราการจ่ายจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามจำนวนวันนอนในอัตรา Adj.RW = 10,300 บาท ในการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ประกอบด้วย 1) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา 2) การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองด้วยการผ่าตัด 3) การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องผ่าตัด 4) การทำหัตถการของเส้นเลือดหัวใจ ได้แก่ 4.1) การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 4.2) การรักษาโรคลิ้นหัวใจ โดยใช้บอลูนผ่านทางผิวหนัง 4.3) การรักษาผู้ป่วยด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลูนหรือการแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจด้วยหัตถการ 5) เด็กแรกเกิดที่คลอดกับมารดาต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพที่มีภาวะผิดปกติ ต้องรักษาต่อเนื่องจากวันคลอดไม่เกิน 28 วัน (ต่อเนื่องนับจากวันคลอด ไม่ครอบคลุมการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังจากวันคลอด)

2.2 รายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการรักษาผู้ป่วย กองทุนส่วนกลางจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการเป็นค่า Lab/ ค่ายา/ ค่าอุปกรณ์/ ค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาตามจริงแต่ไม่เกินเพดานที่กำหนด โดยการเบิกค่าชดเชยดังกล่าวเป็นการเบิกส่วนเพิ่มขึ้นมา ได้แก่ 1) การให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 4,000 บาท/Visit 2) การให้ยารักษาการติดเชื้อราในสมองสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV 2.1) กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 3,000 บาท/Visit 2.2) กรณีผู้ป่วยใน ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาท/Admission 3) การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลาไม่เกิน 60 วัน 3.1) กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 2,000 บาท/Visit 3.2) กรณีผู้ป่วยใน ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาท/admission

2.3 รายการที่เป็นอุปกรณ์/อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรคให้เรียกเก็บตามจริง กองทุนส่วนกลางจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการตามจริงไม่เกินราคากลางที่กำหนด

2.4 ARV

2.5 การให้วัคซีนขั้นพื้นฐาน (ในเด็ก 0-15 ปี)



ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยต่างด้าวที่มีมารับบริการกรณีผู้ป่วยนอกทั้งหมด จำแนกตามปี พ.ศ. และสัญชาติ

ปี พ.ศ.	กัมพูชา	ลาว	เมียนมา	อื่นๆ	รวม
2560	3,255	10,160	689	42	14,146
2561	3,513	13,748	947	49	18,257
2562	2,806	13,387	925	62	17,180

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วย จำนวนการรับบริการและอัตราการใช้บริการของประชากรต่างด้าว กรณีผู้ป่วยนอกทั้งหมด

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย (คน)	จำนวนรับบริการ (ครั้ง)	อัตราการใช้บริการ
2560	14,146	14,696	1.0389
2561	18,257	20,781	1.1382
2562	17,180	20,217	1.1768

ตารางที่ 7 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยใน แยกตามรายการ ปี พ.ศ. 2560 – 2562

รายการ	ปี พ.ศ. 2560 จำนวน(ร้อยละ)	ปี พ.ศ. 2561 จำนวน(ร้อยละ)	ปี พ.ศ. 2562 จำนวน(ร้อยละ)
กรณีการบริการผู้ป่วยในที่มี ราคาสูง (RW>=4.0)			
- ผู้ป่วยในที่มีน้ำหนัก RW >=4 (10,300/adj.rw)	97,044,607.92 (43.89)	97,539,529.02 (35.55)	89,481,212.41 (36.32)
รวม	97,044,607.92 (43.89)	97,539,529.02 (35.55)	89,481,212.41 (36.32)
กรณีการบริการค่าใช้จ่ายสูง เฉพาะบางโรค(RW<4.0)			
- การให้เคมีบำบัด(Chemotherapy)และหรือรังสีรักษา(Radiotherapy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง(10,300/rw)	11,628,941.02 (5.26)	11,376,291.29 (4.15)	6,769,493.72 (2.75)
- การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองด้วยการผ่าตัดสมอง (Head injury with craniotomy)(10,300/rw)	1,363,738.10 (0.62)	847,720.66 (0.31)	403,933.04 (0.16)
- การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด(Open heart Surgery) (10,300/rw)	1,268,136.00 (0.57)	594,114.30 (0.22)	20,613.39 (0.01)
- การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ(Coronary Bypass) (10,300/rw)	111,383.17 (0.05)	93,072.86 (0.03)	14,690.89 (0.01)
- การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้บอลูนผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Balloon Valvuloplasty)(10,300/rw)	58,699.70 (0.03)	159,563.48 (0.06)	
- การรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลูน(Balloon)/การแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจด้วยหัวใจ(10,300/rw)	307,829.92 (0.14)	497,905.09 (0.18)	36,116.95 (0.01)
- ค่ายาในการรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (10,300/rw)	130,813.09 (0.06)	88,044.40 (0.03)	159,755.06 (0.06)
- ผู้ป่วยในเด็ก0-7ปีที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว	104,328,402.11 (47.18)	157,964,731.51 (57.58)	146,328,045.92 (59.40)
- เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาทันทีมีฉะนั้นผู้ป่วยจะตาย หรือพิการอย่างถาวรในเวลาไม่กี่นาที ซึ่งภาวะฉุกเฉินมากที่ต้องวินิจฉัยและให้การตรวจรักษาทันที		15,396.44 (0.01)	
รวม	119,280,117.54 (53.94)	171,621,443.59 (62.55)	153,732,648.97 (62.40)
รายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการรักษาผู้ป่วย			
- การให้ยารักษาการติดเชื้อราในสมอง (Cryptococcus Meningitis) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV - กรณีผู้ป่วยใน ให้	54,076.50 (0.02)	40,300.00 (0.01)	113,890.50 (0.05)



ตารางที่ 7 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยใน แยกตามรายการ ปี พ.ศ. 2560 – 2562

รายการ	ปี พ.ศ. 2560 จำนวน(ร้อยละ)	ปี พ.ศ. 2561 จำนวน(ร้อยละ)	ปี พ.ศ. 2562 จำนวน(ร้อยละ)
เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาท/admit			
- การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน(peritoneal and hemodialysis for acute renal failure) ที่มีระยะเวลาไม่เกิน 60 วัน - กรณีผู้ป่วยใน ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาท /admit acute renal failure) ที่มีระยะเวลาไม่เกิน 60 วัน	195,202.50 (0.09)	115,000.00 (0.04)	98,500.00 (0.04)
รวม	249,279.00 (0.11)	155,300.00 (0.06)	212,390.50 (0.09)
รายการที่เป็นอุปกรณ์/อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค	4,549,259.54 (2.06)	5,025,032.23 (1.83)	2,931,506.04 (1.19)
รวม	4,549,259.54 (2.06)	5,025,032.23 (1.83)	2,931,506.04 (1.19)
รวมทั้งหมด	221,123,264.00	274,356,701.28	246,357,757.92

ตารางที่ 8 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยนอก แยกตามรายการ ปี พ.ศ. 2560 – 2562

รายการ	ปี พ.ศ. 2560 จำนวน(ร้อยละ)	ปี พ.ศ. 2561 จำนวน(ร้อยละ)	ปี พ.ศ. 2562 จำนวน(ร้อยละ)
รายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการรักษาผู้ป่วย			
- การให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 4,000 บาท/Visit	5,363,910.51 (22.50)	6,049,480.25 (22.05)	5,647,361.90 (20.83)
- การให้ยาการรักษาการติดเชื้อราในสมอง(Cryptococcus Meningitis) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV - กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 3,000 บาท/ Visit	1,177,468.25 (4.94)	1,004,992.00 (3.66)	786,724.00 (2.90)
- การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (peritoneal and hemodialysis for acute renal failure) ที่มีระยะเวลาไม่เกิน 60 วัน - กรณีผู้ป่วยนอก ให้เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 2,000 บาท/Visit acute renal failure) ที่มีระยะเวลาไม่เกิน 60 วัน		100,000.00 (0.36)	
รวม	6,541,378.76 (27.44)	7,154,472.25 (26.08)	6,434,085.90 (23.74)
รายการที่เป็นอุปกรณ์/อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค	14,200.00 (0.06)	4,046.00 (0.01)	22,600.00 (0.08)
รวม	14,200.00 (0.06)	4,046.00 (0.01)	22,600.00 (0.08)
กลุ่มเคมียา ARV	13,931,219.61 (58.45)	15,642,210.43 (57.02)	16,141,044.89 (59.55)
รวม	13,931,219.61 (58.45)	15,642,210.43 (57.02)	16,141,044.89 (59.55)
กลุ่มเคมีแลป ARV	2,385,878.70 (10.01)	2,666,553.72 (9.72)	2,557,678.00 (9.44)
รวม	2,385,878.70 (10.01)	2,666,553.72 (9.72)	2,557,678.00 (9.44)
กลุ่มส่งเสริมป้องกันโรค	129,210.00 (0.54)	650,383.00 (2.37)	466,740.00 (1.72)
รวม	129,210.00 (0.54)	650,383.00 (2.37)	466,740.00 (1.72)
กลุ่มวัคซีน	834,559.00 (3.50)	1,313,849.50 (4.79)	1,485,131.00 (5.48)
รวม	834,559.00 (3.50)	1,313,849.50 (4.79)	1,485,131.00 (5.48)
รวมทั้งหมด	23,836,446.07	27,431,514.90	27,107,279.79

ตารางที่ 9 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงและการจ่ายชดเชย ปี พ.ศ. 2560 -2562

รายการ	ปี พ.ศ. 2560		ปี พ.ศ. 2561		ปี พ.ศ. 2562	
	IPD	OPD	IPD	OPD	IPD	OPD
ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง	353,439,387.22	94,489,246.55	414,784,786.38	90,493,493.60	354,261,088.20	94,359,823.41
การจ่ายชดเชย	221,123,264.00	23,836,446.07	274,356,701.28	27,431,514.90	246,357,757.92	27,107,279.79

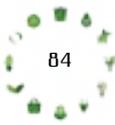
รายการที่มีการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง มากที่สุด ผู้ป่วยใน ได้แก่ ผู้ป่วยในเด็ก 0-7 ปีที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างดาว โดยเป็นทารกเดี่ยว เกิดในโรงพยาบาล หรือภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ไม่ระบุรายละเอียด สำหรับผู้ป่วยนอก ได้แก่ รายการวัคซีนขึ้นพื้นฐานในเด็ก 0-7 ปี และรายการ ยาต้านไวรัสเอดส์ (ยาARV) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab ARV) จะเห็นได้ว่า จากการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างดาวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพครอบครัวสมรสแล้ว (พรรณรัตน์ อารณพิศาล, 2561) สอดคล้องกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างดาวชาวเมียนมาในจังหวัดสมุทรสาคร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการประกันสุขภาพ การได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ การได้รับนโยบายรัฐ และความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ โดยเหตุผลของการทำประกันสุขภาพคือ เจ็บป่วยมาก ค่ารักษาพยาบาลสูงจึงค่อยทำประกันสุขภาพ (ทัศนวรรณ ภูมิไชยโชติ, 2560) จึงทำให้การเข้ารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นเด็กอายุ 0-7 ปี ซึ่งจะมีตั้งแต่แรกเกิดตลอดจนการรับวัคซีนขึ้นพื้นฐาน เมื่อเทียบกับราคาบัตรประกันสุขภาพของ เด็กกลุ่มนี้แล้วถือว่าคุ้มค่า ทั้งนี้ ค่ารักษาทั้งหมดในกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ.2560 – พ.ศ.2562 มีสัดส่วน 1 ต่อ 2 แต่การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จากกองทุนส่วนกลาง มีสัดส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก ในอัตราส่วน 1 ต่อ 1.12 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างค่ารักษาทั้งหมดกับการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จากกองทุนส่วนกลาง พบว่า มีการจ่ายชดเชยตามเงื่อนไขน้อยกว่ากึ่งหนึ่งเมื่อเทียบกับค่ารักษาทั้งหมด อย่างไรก็ตาม การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง ตามกลุ่มรายการ ไม่ได้ครอบคลุมโรคจิตเวช การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ต้องได้รับชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้น ในอัตราที่กฎหมายกำหนดก่อน ส่วนเกินจึงจะได้รับความคุ้มครองจากกองทุนนี้ ผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามที่ กรมควบคุมโรคกำหนด การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม การ

ผ่าตัดแปลงเพศ การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกกรณี การเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะ อวัยวะหรืออวัยวะเทียมที่นอกเหนือชุดสิทธิประโยชน์การทำฟันปลอม โรคต้องห้ามมิให้อยู่ในราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง เมื่อตรวจพบภายหลังว่ามีระยะ/ อาการหรือลักษณะที่ต้องห้าม (ต้องผลักดันส่งกลับ)

อภิปรายผล

จากการศึกษาในรายงานฯ จำนวนคนต่างดาวและแรงงานต่างดาวที่มีบัตรประกันสุขภาพ ปี พ.ศ.2560-พ.ศ. 2562 พบว่า จำนวนคนต่างดาวและแรงงานต่างดาวที่ซื้อประกันสุขภาพแรงงานต่างดาว/คนต่างดาวเป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรีและกระทรวงแรงงานในการบริหารจัดการการทำงานของแรงงานต่างดาวของประเทศไทยในแต่ละปี จึงมีทั้งแรงงานต่างดาวกลุ่มเดิมที่เคยซื้อบัตรประกันสุขภาพและกลุ่มใหม่ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย จึงมีสัดส่วนที่ไม่คงที่ อย่างไรก็ตาม สังเกตได้ว่าจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพแรงงานต่างดาว/คนต่างดาวลดลงเป็นอย่างมากในปี 2562 เนื่องจาก นโยบายการผลักดันให้แรงงานต่างดาวขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และ ขายบัตร ให้ เฉพาะ ผู้ติดตาม ใน ระยะเวลา 3 เดือน จนถึง 2 ปี

ผลการวิเคราะห์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง แยกตามรายการปี พ.ศ.2560-พ.ศ. 2562 พบว่า เป็นรายการผู้ป่วยในของกลุ่มเด็ก0-7 ปี ที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างดาวที่มีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างดาว ที่ส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิงที่สมรสแล้ว (พรรณรัตน์ อารณพิศาล, 2561) ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างดาวชาวเมียนมา คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการประกัน



สุขภาพ การได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ การได้รับนโยบายรัฐ และความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ โดยเหตุผลของการทำประกันสุขภาพ คือ ทำบัตรประกันสุขภาพเพื่อให้เข้าถึงวัคซีนขั้นพื้นฐาน การคลอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศน์วรรณ ภูมิไชยโชติ ที่พบว่าแรงงานส่วนใหญ่มีแนวโน้มในการซื้อบัตรประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (ทศน์วรรณ ภูมิไชยโชติ, 2560) โดยเมื่อเทียบกับราคาบัตรประกันสุขภาพถือว่าคุ้มค่า

สำหรับผู้ป่วยนอก พบว่า การเบิกยา ARV มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากการตรวจคัดกรองแรงงานต่างด้าวที่ทำการซื้อประกันสุขภาพรับการตรวจ HIV เมื่อมีการตรวจพบจึงให้การรักษาทันที และแนวโน้มค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อใช้ในการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และราคาคู่มือของบัตรประกันสุขภาพ เนื่องด้วยโรงพยาบาลแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงเกินกึ่งหนึ่งของค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับการชดเชยจากทางกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ประกอบกับรายงานผลการศึกษาศึกษาทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ เห็นควรให้กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพปรับปรุงสิทธิประโยชน์ รวมถึงการเพิ่มมาตรการด้านการเงินอื่น ๆ เพื่อให้สอดคล้องหรือเพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายใต้สิทธิประโยชน์

โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการด้านสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ให้ชัดเจน เช่น กรณีโรคจิต และสร้างความเข้าใจร่วมกันกับโรงพยาบาลเพื่อให้การให้บริการเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยให้หน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลร่วมจัดทำแผนเกี่ยวกับการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และสร้างเสริมสุขภาพในคนต่างด้าวด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ดร.จิราลักษณ์ นนทารักษ์นักวิจัย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) นายแพทย์ถาวร สกฤตพาณิชย์ ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิด้านวิจัย ดร.นายแพทย์ วัฒนชัย จรุงวรรณะ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ คุณธมลพรท์ จินต์พงศ์ กลุ่มงานบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว คุณกนกดา อ่วมประเสริฐ กลุ่มงานสารสนเทศและพัฒนาองค์กร รวมทั้งบุคลากรกลุ่มงานบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว และกลุ่มงานสารสนเทศและพัฒนาองค์กร กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน ตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558.
- กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน ตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558.
- กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน ตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559.
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). มาตรการ ตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562.
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). มาตรการ ตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563.
- กิจฐเขต ไกรวาส (2557). สภาพปัญหาด้านการคุ้มครองแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยและแนวทางแก้ไข. วารสารรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์, 5(1), 40-53
- ขวัญมนัส พรณสมุผล, วนิตา ตูรงค์ฤทธิชัย, กมลทิพย์ ชลัธธรรมเนียม (2558). ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ในสถานประกอบการ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 1(2), 49 - 62
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, ธนพร บุชบาโล, ดนัย ชินคำ, ศรวณีย์ อวนศรี, มณีโชติรัตน์ สันธิ, ศุภวรรณ เพิ่มผลสุข (2563). การศึกษาทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว ของกระทรวงสาธารณสุข. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

- จิรัฐม ศิริรัตนบัลล์, สุภัทลยา คงสวัสดิ์ (2544). ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพเพื่อความ เป็นธรรม ประสิทธิภาพ และ คุณภาพบริการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชฎาภรณ์ ชื่นตา (2560). การจัดระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าข้ามเขตบริการ ภายในจังหวัดระหว่างหน่วยบริการประจำ จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2557-2559. กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดยโสธร.
- เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, วีรวัดย์ ไพบูลย์จิตต์อารี, ธารทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ, พรชัย ฟิลหาเวสส (2556). การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบ หลักประกันสุขภาพ. รายงานฉบับสมบูรณ์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
- ทัศน์วรรณ ภูมิไชยโชติ (2560). การตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาจังหวัดสมุทรสาครตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 3(1), 16-30
- นภัสสรณ์ สุพัฒน์อัญพร, ณรงค์ กุลนิเทศ , สุดาวรรณ สมใจ (2561). ความสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าออกของแรงงาน การขาดแคลน แรงงานไทย กฎหมายเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าว และสุขภาพแรงงาน ที่มีผล ต่อการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว ในจังหวัด ชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัย ราชภัฏสวนสุนันทา*, 10(2), 1-12
- บุรินทร์ เลิศไพบูลย์, ญัฐฐา ยนตรจิตภักดี (2561). ระบบการจัดทำรายงานเพื่อการบริหารจัดการตามกลุ่มสิทธิผู้ป่วย Patient Segmentation. เอกสารประกอบการประชุม THAILAND QUALITY CONFERENCE & The 19th Symposium on TQM Best-Practices in Thailand
- พรรณรัตน์ อารมณ์พิศาล, จิตาภา ธิรศิริกุล, พรเทพ ศิริวันรังสรรค์ (2561). ปัจจัยการจัดการสาธารณสุขส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ สุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, 11(3), 307-316
- พัชรี ประไพพิน, วงศ์พันธ์ ธิมปเสนีย์, ชวนันท์ สุมนะเศรษฐกุล (2561). การใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2561 มหาวิทยาลัยนวมินทราชูราช, 89-100
- เพ็ญประภา พรศรีเมตต์, กนกรัตน์ ไสยเลิศ (2559). การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบ Diagnosis Related Groups. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(5), 865-871
- มนตรี พรหมวัน (2562). การจัดการแรงงานต่างด้าวกับการพัฒนาเศรษฐกิจไทย. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 2(3), 179-193
- ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, คณงค์ คันธมธูพงษ์ (2562). การตอบสนองของนโยบายและผลลัพธ์ของบัตร ประกันสุขภาพคนต่างด้าวและผู้ติดตามในประเทศไทย. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, สิรินาฏ นิภาพร, หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, สดพร จุลสุข, พิกุลแก้ว ศรีนาม, วราภรณ์ ปวงกันทา, มธุดารา ไพอารมณ, วีระศักดิ์ พุทธาศรี (2562). การจัดระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีสิทธิประโยชน์การ ป้องกันและรักษาโรคเอดส์/ไอวี/เอดส์ สำหรับประชากรต่างด้าวในประเทศไทย. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.)
- วรรณวดี พูนพอกสิน (2562). หลักประกันสุขภาพเพื่อการคุ้มครองแรงงานต่างด้าว: มุมมองจากต้นทุนของสังคมไทย. *วารสารสังคม สงเคราะห์ศาสตร์*, 26(1), 1-33.
- สมเดช มุงเมือง (2557). การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงราย. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, 7(2), 1-18
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) (2555). การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาใน ประเทศไทย : กรณีศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) (2556). การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. รายงาน วิจัยฉบับสมบูรณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563). **คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563**. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สิรินทร์ ภักดีพันธ์ (2556). **สถานะทางการเงินและคุณภาพการรักษาของโรงพยาบาลภายใต้กลไกการจ่ายแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกจากมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, สิรินาฏ นิภาพร, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, ประภาพร นพรัตน์ภรณ์, วราภรณ์ ปวง กันทา, วีระศักดิ์ พุทธาศรี (2561). การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณและสถานการณ์การให้วัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กต่าง ด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 404-419
- อาจินต์ สงทับ, วุฒิชัย ทองสามสี (2560). การพัฒนาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(2), 191-206



ผลการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้าน
ตึกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

The results of the practice guideline of planning the D/C of the broken thigh bone elderly
wearing a weighted traction machine at home. Surgery Ward, Kuchinarai Crown Prince
Hospital, Kalasin province.

(Received: June 4,2020; Accepted: July 2,2020)

ณัฐพัชร ไชยนาเมือง

Nattapat Chainamueang

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Professional Nurse , Kuchinarai Crown Prince Hospital Kalasin province.

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานะสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคแนวทางการวางแผนการจำหน่ายและศึกษาผลการใช้แนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้าน ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 12 คน และ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักที่เลือกการรักษาด้วยวิธีการดึงถ่วงน้ำหนักที่นอนรักษาในตึกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 5 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินผู้ป่วย และแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้าน ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่ การประเมินสภาพ กำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกับสหวิชาชีพและผู้ดูแล วางแผนติดตามประเมินผล การปฏิบัติตามแนวทางพบว่า ด้านที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติสำหรับพยาบาล ได้แก่ การสอนวิธีผ่อนคลายความปวดโดยไม่ใช้ยา การติดตามผู้ป่วย และการดูแลทั่วไปขณะใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก ด้านที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ การใช้วิธีผ่อนคลายความปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลทั่วไปขณะใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก โดยการดึงถ่วงตลอดเวลา และตรวจสอบความแน่นของผ้าพันไม่ให้นิ่มหรือหลวมเกินไป

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้าน

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied health status , problem , D/C guideline and studied The results of the practice of planning the D/C of the broken thigh bone elderly wearing a weighted traction machine at home. Surgery building , Kuchinarai Hospital Crown Prince Hospital Kalasin province. Sample size were 12 nurse of Surgery building and care giver of the broken thigh bone elderly wearing a weighted traction machine Surgery building , Kuchinarai Hospital Crown Prince Hospital Kalasin province. Data were collected by patient evaluation forms and Record form of guideline the practice of planning the D/C of the broken thigh bone elderly wearing a weighted traction machine. Data were analyzed by content analysis , mean and percentage.

The study found that guideline the practice of planning the D/C of the broken thigh bone elderly wearing a weighted traction machine at home Surgery building , Kuchinarai Hospital Crown Prince Hospital Kalasin province namely Condition assessment , Establish corrective actions with multidisciplinary and moderators , Plan, follow up, and evaluate. Following the guidelines, it was found that problematic aspects of practice for nurses including General care while wearing a weighted puller , the use of pain relieving methods without drugs and patient monitoring. Problematic aspects of practice for care giver including General care while wearing a weighted puller ,

Make sure the tightness of the wrap is not too tight or too loose , Using a pain reliever without medication And taking care of the daily routine.

Keyword : practice guideline of planning the D/C of the broken thigh bone elderly wearing a weighted traction machine at home

บทนำ

กระดูกสะโพกหัก (hip fracture) หมายถึง การหักของกระดูกต้นขาบริเวณสะโพก ทำให้ส่วนหัว และก้านของกระดูกต้นขาแยกจากกัน แบ่งตามตำแหน่งที่หักได้ 3 บริเวณ คือ การหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ (femoral-neck fracture) การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (intertrochanteric fracture) และการหักของกระดูกใต้อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก subtrochanteric fracture) บริเวณที่พบว่าการหักมากที่สุด ได้แก่ การหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ และการหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก ซึ่งพบมากกว่า ร้อยละ 90 ของการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ โดยจำนวนนี้พบว่าเฉพาะผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหักมีโอกาสหักซ้ำ 6-8% และจากการศึกษาของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เกี่ยวกับ Burden of osteoporosis in Thailand ปี 2542 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุคนไทยจะสูงขึ้นปีละ 180 รายต่อแสนประชากรผู้สูงวัย เป็น 450-780 รายต่อแสนประชากรผู้สูงวัยในปี 2568 ทั้งยังมีผลการศึกษาจากต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้กว่า 20% จะเสียชีวิตภายในปีแรกหลังกระดูกสะโพกหัก 40% ไม่สามารถเดินด้วยตัวเองได้ และมากถึง 80% ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ (นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์) 60% ภาวะเสี่ยงดังกล่าวจะลดลงถ้านำส่งโรงพยาบาลเร็ว และทางโรงพยาบาลให้การรักษาที่รวดเร็ว ภาวะกระดูกสะโพกหักนั้นเป็นเรื่องใกล้ตัวมากทั้งจากประสบการณ์ตรงกับคนรู้จัก หรือจากแหล่งข้อมูลต่างๆ กระดูกสะโพกหักสามารถเกิดได้ตลอดเวลา และส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักนั้น มีอัตราการเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีกระดูกหัก และยังพบว่ามีความแทรกซ้อนต่างๆ อีกมากมายที่ทำให้เสียชีวิตได้อีกด้วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวค่อนข้างมาก และยังมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตสาเหตุของกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ มักเกิดจากการลื่นหกล้มธรรมดา ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่มักพบว่ามี ความรุนแรงและซับซ้อนในการรักษา เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ นื่องอก หรือติดเชื้ในกระดูก ปัจจัยเสี่ยง คือ 1) อายุมากทำให้กระดูกพรุน กระดูกบาง และมวลกล้ามเนื้อลดลง นอกจากนี้ปัญหาการมองเห็น การเคลื่อนไหว สมดุลการเดินที่ผิดปกติเสี่ยงต่อการล้ม 2) 70 % เป็นเพศหญิง จากมวลกระดูกลดลงอย่างรวดเร็วหลังหมดประจำเดือน 3) โรคเรื้อรังบางชนิด เช่น

ไตรอยด์เป็นพิษ ความผิดปกติของลำไส้ในการดูดซึมแคลเซียมและวิตามินดี 4) การได้รับยาบางชนิดในระยะเวลานานหรือยาที่ทำให้ง่วง มึนงง 5) การขาดสารแคลเซียมและวิตามินดีสะสมในวัยหนุ่มสาว 6) การขาดการออกกำลังกายที่มีการลงน้ำหนักซึ่งช่วยให้กระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรง 7) การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้สูญเสียความแข็งแรงของกระดูก ภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในขาและปอดซึ่งทำให้เสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็ว การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดบวม แผลกดทับ การนอนติดเตียงเป็นเวลานานที่ทำให้เสียมวลกล้ามเนื้อและเสี่ยงต่อการล้มเพิ่มขึ้น ถ้าไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาอาจนอนติดเตียงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากการนอนนิ่งๆ เป็นระยะเวลานานได้ หากปล่อยไว้อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

จากสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และกระดูกต้นขาหัก ปี พ.ศ. 2560-2561 มีจำนวน 4, 7 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เลือกวิธีการรักษาด้วยวิธีการประคบประครองไม่ผ่าตัดโดยใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก ถึง 4 ราย คิดเป็นเกือบๆ ร้อยละ 50 เนื่องจากส่วนมากอายุมากกว่า 80 ปี และมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไตวายเรื้อรังระยะท้าย และโรคหัวใจระยะเวลานานนอนถึง 53 วัน เฉลี่ยวันนอน 34.7 วัน เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ แผลกดทับ และภาวะสับสนเฉียบพลัน ค่าใช้จ่ายในการรักษามากถึง 356,164 บาท เฉลี่ย 246,979.5 บาท และยังมีผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลับเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยการเกิดแผลกดทับ จากการทบทวนกระบวนการดูแลที่ผ่านมาพบว่าแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักยังไม่ชัดเจน ให้การดูแลผู้ป่วยตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน และอุปกรณ์สำหรับการใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้านมีจำนวนไม่เพียงพอ มีความยุ่งยากในการจัดหาอุปกรณ์เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

ดังนั้น จากปัญหาที่พบในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกหักของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ที่กล่าวมา ถึงแม้ว่าการรักษาที่เหมาะสมของภาวะกระดูกสะโพกหัก คือ การผ่าตัดแต่ยังมีผู้ป่วยและญาติอีกบางคนที่ไม่ผ่าตัดซึ่งอาจจะเนื่องจากการขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว อีกทั้งความเชื่อตามสมัยเดิมที่ว่าผู้ป่วยอายุมากแล้วกลัวในเรื่องของ



การผ่าตัด จึงตัดสินใจเลือกการรักษาแบบประคับประคอง ด้วยวิธีการดื่มน้ำหนักแทน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีภาวะฟุ้งฟิง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายๆ อย่างจากภาวะติดเชื้อ ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักที่บ้านตีกัลยกรรม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ที่สำคัญคือผู้ป่วยไม่ต้องกลับเข้ามารักษาในรพ.ด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักที่บ้าน ตีกัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักที่บ้าน ตีกัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักที่บ้าน ตีกัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีการศึกษา

การศึกษารั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักที่บ้าน และศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักที่บ้าน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตีกัลยกรรม จำนวน 12 คน และ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่เลือกการรักษาด้วยวิธีการดื่มน้ำหนักที่นอนรักษาในตีกัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย
 - 1.1 แบบประเมินอาการแรกรับตีกัลยกรรม ประกอบด้วยข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย
 - 1.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักตีกัลยกรรม

1.3 แบบบันทึกแผนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนัก

1.4 ใบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย (OPD card)

1.5 แผนการสอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนัก

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบประเมินอาการแรกรับ ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย และการใช้ยาของผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนัก โดยผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเพื่อประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนัก ประกอบด้วย 7 หัวข้อ โดยเป็นการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลขณะนอนรักษาในตีกัลยกรรม ประเมินก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

2.3 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนัก โดยให้พยาบาลบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักในแต่ละวันของการปฏิบัติตามแนวทาง ประกอบด้วย 12 หัวข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการ

ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการ

ศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุกะตุกต้นขาหัก โดยทบทวนจากเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่นอนรักษาในตีกัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2560-2561 จำนวนวันนอน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล อัตราการ Re-admit

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ตำรา

เอกสาร บทความวิชาการ ทบทวนวรรณกรรม ใน Web Site ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก การหักของกระดูกต้นขาบริเวณสะโพก การหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก และการหักของกระดูกได้อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก แผนยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (256-2564) ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2560 – 2564 ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนกระบวนการดูแล ระบบบริการ ปัจจุบันของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนัก เกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแล โดยการถอดบทเรียนจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน ที่ได้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนัก

ขั้นตอนที่ 3 ร่างแนวทางการปฏิบัติ ออกแบบวิจัย วางแผนการวิจัยประเมินผล กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพ บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 นำแนวทางสู่การปฏิบัติ โดยเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ ประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ในตึกผู้ป่วย ศัลยกรรมและแลกเปลี่ยนการปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนัก วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ การเก็บข้อมูล และมีการสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการใช้เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางการจำหน่ายต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

สรุปผลการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมจากแบบประเมินการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนัก และแบบบันทึกความสามารถของผู้ดูแลในดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนัก หลังจากนั้นนำข้อมูลเสนอรายงานการวิจัยให้คณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานี

ตารางที่ 1 ขั้นตอนของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานี ดังนี้

ผู้รับผิดชอบ	แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
พยาบาลเจ้าของไข้	แผนการจำหน่ายวันที่ 1 -การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย -การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย	แบบรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย
พยาบาล/ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	-การดูแลตามแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน	แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย
พยาบาล/ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	แผนการจำหน่ายวันที่ 2 -ให้ความรู้ โดยการสอน แนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน -ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและฝึก Breathing exercise	แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย ใบบันทึกข้อความขอยืมอุปกรณ์ ทางการแพทย์



<p>พยาบาลเจ้าของไข้</p>	<p>แผนการจำหน่ายวันที่ 3 -ประสานนักโภชนาการให้ความรู้เรื่องอาหารและประสานเภสัชกรให้ความรู้เรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ -บันทึกข้อความขอเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ -ติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและผู้สูงอายุตามแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน -ประสานทีมกายอุปกรณ์เพื่อประเมินความพร้อมสภาพบ้านและอุปกรณ์ที่ต้องใช้ให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย -ประสานทีม PCC เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง แผนวันที่จำหน่ายผู้ป่วย : การประเมินผล -ประเมินผลซ้ำ ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน -ส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อออกติดตามเยี่ยมตามแผนการจำหน่าย</p>	<p>แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย ใบ OPD card</p>
-------------------------	---	--

เป็นกระบวนการวางแผนการจำหน่าย ที่ใช้เป็นแนวทางการจัดการโดยการจัดการของพยาบาลเจ้าของไข้ และมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมย่อยบางกิจกรรมที่ไม่มีผลต่อภาวะคุกคามของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการสอนและสาธิตการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา และสามารถปรับแผนการประสานงานทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยที่ยืดหยุ่นได้ตามที่ประเมินสภาพของผู้ป่วยในแต่ละวัน

2. สถานะสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ใช้ตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน ตึกศัลยกรรม จำนวน 12 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 58 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่ตึกศัลยกรรม อายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี ร้อยละ 41.67 อายุเฉลี่ยประมาณ 30.33 ปี อายุมากที่สุด 41 ปีและน้อยสุด 24 ปีระยะเวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่ 3-5 ปี คิดเป็น ร้อยละ 58 ทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนัก ร้อยละ 100 แต่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนัก ร้อยละ 75

2) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย

ผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน จำนวน 5 คน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน จำนวน 5 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 60 อายุมากที่สุด 91 ปี (อายุเฉลี่ยประมาณ 82 ปี) นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 60 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 และส่วนมากมีโรคหัวใจเป็นโรคร่วม ร้อยละ 60 ระยะเวลานอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 11.2 วัน วันนอนนานสุด คือ 23 วัน และวันนอนน้อยสุด คือ 8 วัน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรคิดเป็น ร้อยละ 60 เป็นคู่สมรส ร้อยละ 40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100

3. ผลการนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่าพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน พบว่า การประสานทีมสุขภาพสามารถประสานทีมได้ ร้อยละ 100 การดูแลทั่วไปขณะใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนัก ปฏิบัติได้ร้อยละ 75 ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การใช้วิธีผ่อนคลายความปวดโดยไม่ใช้ยาและการโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการจากผู้ดูแลหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 1-3 วัน ผู้ป่วย ร้อยละ 60 สามารถใช้รถเข็นนั่งมาตามวันนัดของแพทย์ที่โรงพยาบาลได้ และร้อยละ 40 ที่เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง และได้ประสานทีมกายอุปกรณ์เพื่อจัดทำโครงรถแบบปรับขนาดตามขอบเตียงที่ผู้ป่วยใช้เนื่องจากขอบเตียงมีขนาดไม่เท่ากัน ร้อยละ 60

กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน พบว่า การดูแลกิจกรรมการรับประทานอาหาร/การให้

อาหารทางสายยาง ร้อยละ 100 และการฝึก Breathing Exercise สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 ส่วนการดูแลขณะใส่เครื่องดื่มน้ำหนักทั่วไปผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 75 กิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยสุด คือ การใช้วิธีผ่อนคลายความปวด โดยไม่ใช้ยา ส่วนการดูแลความสะอาดร่างกาย/เปลี่ยนเสื้อผ้าสามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 60 และระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาลพบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ร้อยละ 60

4. ปัญหา อุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักที่บ้าน จากการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักไปใช้ ที่ศึกษผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุกุฉินารายณ์ พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. อัตรากำลังไม่เพียงพอ โดยผลิภาพทางการพยาบาลของพยาบาลในตึกผู้ป่วยศัลยกรรม ร้อยละ 113.77 ซึ่งมีการะงานสูง ทำให้กิจกรรมบางกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมจะสามารถปฏิบัติได้น้อย และการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเจ้าของไข้แต่ละเวร เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องตามแนวทาง จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะที่ว่าควรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดควรมีความยืดหยุ่น เช่น การประสานทีมที่ดูแลผู้ป่วยเนื่องจากควรมีการประเมินสภาพผู้ป่วยในแต่ละวันว่ามีความพร้อมในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลหรือไม่ การบริหารอัตรากำลังในเวรพยาบาลหัวหน้างานควรมีสันับสนุนเรื่องอัตรากำลัง และกำกับเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

2. อุปกรณ์สำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีจำนวนไม่เพียงพอ เช่น เตียงปรับระดับ รอก และตุ้มสำหรับถ่วงน้ำหนัก เป็นต้น เนื่องจาก อุปกรณ์ดังกล่าวเตรียมไว้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักเฉพาะในโรงพยาบาล และโครรอกที่ใช้เป็นโครรอกที่ทำขึ้นสำหรับเตียงเฉพาะรุ่น แต่โรงพยาบาลมีเตียงสำหรับผู้ป่วยหลายรุ่นทำให้โครรอกไม่สามารถสวมกับเตียงรุ่นอื่นได้ จึงได้ประสานทีมกายอุปกรณ์ เพื่อจัดทำโครรอกที่สามารถปรับขนาดความกว้างตามขอบเตียงที่ผู้ป่วยใช้ได้

การอภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักที่บ้าน ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุกุฉินารายณ์ เป็นกระบวนการวางแผนการจำหน่าย ที่ใช้เป็นแนวทางการจัดการโดยการจัดการของพยาบาลเจ้าของไข้ และมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมย่อยบางกิจกรรมที่ไม่มีผลต่อภาวะคุกคามของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการสอนและสาธิตการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา

โพธิศาสตร์ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มงานศัลยกรรม โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดลีน โรงพยาบาลลำพูนที่ว่ากระบวนการจำหน่ายหลังการพัฒนากระบวนการทำงานที่ประยุกต์แนวคิดลีนสามารถนำไปใช้ได้ลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานและคงไว้ซึ่งมาตรฐานการบริการ และการประสานทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสามารถที่จะยืดหยุ่นได้ปรับแผนการประสานในการดูแลผู้ป่วยตามที่พยาบาลเจ้าของคนไข้ประเมินสภาพของผู้ป่วยได้ในแต่ละวัน

2. สถานะสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักที่บ้าน ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุกุฉินารายณ์ พยาบาลที่ใช้แนวทางปฏิบัติงานที่ตึกศัลยกรรม ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ รวมทั้งบางช่วงเวลามีผู้ป่วยด้านอายุรกรรมที่ต้องได้เข้ารักษาในตึกนี้เช่นกัน ส่วนพยาบาลที่ดูแล ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี เคยดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนัก แต่ยังไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก กระดูกต้นขาหัก ซึ่งไม่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนโรงพยาบาล และส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นตามมาได้ดังเช่นการศึกษาของฤดี แก้วคำไสย์ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการปฏิบัติตามกระบวนการจำหน่าย ได้แก่ การรับรู้บทบาทด้านการปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย จำนวนพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องดื่มน้ำหนักที่บ้าน มีจำนวน 2 คนที่เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการวางแผนการจำหน่าย ต้องประสานหาผู้ดูแลที่จะต้องมาร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เช่น มีลูกแต่อยู่ต่างหมู่บ้าน หรือบางครั้งบุตรของผู้ป่วยมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูหลานที่อายุยังไม่ถึงขวบปี ต้องได้อาศัยทีม PCC ในการนัดคุยเพื่อร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพูลสุข จันทโรตตร ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่ว่าการกำหนดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถพัฒนาความรู้ และทักษะ



ของผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข 4 ด้าน ที่สังคมไทยกำลังเผชิญกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ให้บรรลุเป้าประสงค์ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย ผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้านพบว่า การปฏิบัติตามแนวทางภาพรวม คิดเป็น ร้อยละ 77.78 และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถลดระยะวันนอนจากเฉลี่ย 34.7 วัน เป็น 11.2 วัน ลดค่ารักษาจาก 356,164 บาท เหลือ 137,795 บาท ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งทำให้พยาบาลมีความตระหนักรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเองสามารถประเมิน การประสานทีมสุขภาพสามารถประสานทีมได้ ร้อยละ 100 โดยพยาบาลจะประเมินสภาพผู้ป่วยในแต่ละวันก่อนที่จะประสานทีมในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ ปานอุทัย ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ที่ว่าปัจจัยด้านการจัดการทางพยาบาลซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถจัดการได้ในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายและการประสานการดูแล ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพภายหลังจำหน่ายที่ดีซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมให้ผู้ป่วยพร้อมในการจำหน่าย โดยการสอนก่อนจำหน่ายและการประสานการดูแลทั้งก่อนและหลังจำหน่าย

ดูแลทั่วไปขณะใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนัก ปฏิบัติได้ร้อยละ 75 ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การใช้วิธีผ่อนคลายความปวดโดยไม่ใช้ยาและการโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการจากผู้ดูแลหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 1-3 วัน ผู้ป่วยร้อยละ 60 ทั้งนี้จากการทบทวนกระบวนการดูแลร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติตามแนวทาง เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการสอนและสาธิต จึงเลือกการจัดการอาการปวดโดยใช้ยามากกว่า ซึ่งสะดวกและรวดเร็ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจในการได้รับยาแก้ปวดมากกว่า การไม่ใช้ยา ดังนั้นจึงเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ไม่จำเป็นในการจัดการภาวะคุกคามของผู้ป่วยในขณะนั้น การจัดการอาการปวดโดยการให้ยาสามารถลดปวดได้เร็ว ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธนาวรรณ แสนปัญญาและคณะ ที่ศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุ หลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ที่ว่าการจัดการอาการปวดให้สามารถบรรเทาอาการปวดได้ ส่งผล

ให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถนอนหลับ และสามารถฟื้นฟูสภาพจากการผ่าตัดได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

เครื่องมืออุปกรณ์ที่ไม่พอ เช่น เตียงได้นำเสนอทีมพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและเสนอหน่วยงานที่รับผิดชอบจัดระบบบริหารจัดการสำรองเตียงเก่าจากหน่วยบริการเพื่อหมุนเวียนใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และโครงการที่จัดทำขึ้นสำหรับขอเตียงเสนอจัดทำสำรองไว้ให้เพียงพอสำหรับใช้ทั้งในโรงพยาบาลและสำหรับนำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้านต่อไป

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ร้อยละ 60 คือภาวะสับสนเฉียบพลันและภาวะ Alcohol withdrawal หลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อและไม่เกิดแผลกดทับ และไม่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักต่อ และผู้ป่วยจำนวน 3 คนสามารถให้รถเข็นนั่งในการเคลื่อนย้าย อีก 2 คนเป็นผู้ป่วยติดเตียงทีม PCC ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของกมลวรรณ นิลลักษณ์ ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก ผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องในทีมผู้ป่วยศัลยกรรม ดังนั้นควรมีการขยายผลแนวปฏิบัตินำไปใช้ในหน่วยงานอื่นที่ได้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักต่อไป
2. ควรมีการบริหารจัดการเตียง และโครงการให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และจัดระบบการจองเตียงไว้ตั้งแต่ผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน
3. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย รวมถึงผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดง้างน้ำหนักที่บ้าน

ด อ ไ ป

เอกสารอ้างอิง

- Kruman JD, Bolanber ME, Bunta AD, Edwards BJ, Fitzpatrick LA, Simonelli C, (2003). Barriers and solutions to osteoporosis care in patient with hip fracture. The Journal of Bone and Joint Surgery 2003; 85(9):1837-1843.
- กองทิพย์ ปิณะกาโน. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมรัตน์;
- บุญชู อนุศาสนนันท์ และคณะ. (2558). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทง ศัลยกรรมในโรงพยาบาลตติยภูมิ; Nursing Journal Volume 42. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/57297>
- ทิพนตร งามกาละและคณะ. (2561). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ รักษาใน โรงพยาบาล; Rama Nurse Journal.
- ธนาวรรณ แสนปัญญาและคณะ. (2554). ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด กระดูกสะโพก; วารสารโรงพยาบาลแพร่: ปีที่ 19 ฉบับที่ 2: 18-27.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.), (2561). รูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จังหวัดแพร่; ปีที่ 4 ฉบับที่ 18 :1-4.
- ศรัณยา สายสวรรค์และคณะ. (2559). อุบัติการณ์และสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดของงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร; <http://www.chainathospital.org/chainatweb/assets/research/research30.pdf>
- อมรตา อาษาพิทักษ์และคณะ. (2009). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดโรคกระดูกและข้อ; https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2552/issue_02/08.pdf
- ฤดี แก้วคำไสย์.(2549).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี; <http://www.esanpedia.oar.ubu.ac.th/e-research/?q=node/428>



ผลของการใช้ศิลปะบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้บำบัดยาเสพติดในระบบ Matrix ในโรงพยาบาลพิจิตร The effects of Art Therapy on Depression of Substance Use Disorders in Matrix Program at Phichit Hospital.

(Received: October 22, 2020; Accepted: November 22, 2020)

ภริญา ราชสันเทียะ พบ., อัญชลี ฉัตรแก้ว พยม.

Piraya Rajsanthia M.D., Anchalee Chatkaew M.N.S.

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพิจิตร

Psychiatry and Addiction Division Phichit Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดยาเสพติดในระบบ Matrix ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้ศิลปะบำบัด 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้ศิลปะบำบัด เก็บข้อมูลจากผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในระบบ Matrix ที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร จำนวน 31 ราย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่มโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายจัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุม 16 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน เพื่อประเมินเปรียบเทียบผลของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้บำบัดทั้งสองกลุ่มทั้งก่อนและหลังการใช้ศิลปะบำบัด

ผลการศึกษา : ผู้บำบัดในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับศิลปะบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนได้รับศิลปะบำบัดและต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ : ศิลปะบำบัด , ภาวะซึมเศร้า , ผู้รับการบำบัดยาเสพติด

Abstract

This Quasi - Experimental Research aim to 1) Compare the depression scores of substances use disorders in Matrix Program of the experimental group before and after receiving art therapy. 2) compare the depression scores of substances use disorders in Matrix Program between the experimental group and the control group before and after receiving art therapy. The study was conducted in 31 substances use disorders in Matrix Program in Phichit hospital . The samples of 15 were randomized by systematic purposive sampling and assigned to be an experimental group that received art therapy . The rest samples of 16 were assigned to be the control group that participated in usual Matrix Program. This study used The 9Q scale of Department of mental health to assess the depression level on both groups which were before and after the experiment.

Results : After received art therapy the substances use disorders in the experimental group had significantly lower the mean depression score than before the experiment ($p < 0.01$) and lower than did the control group. ($p < 0.01$)

Keywords : Art therapy , Depression , Substances use disorders

บทนำ

จากสถานการณ์และสภาพปัญหาหายาเสพติดในภาพรวมที่ผ่านมาของจังหวัดพิจิตร พบว่าผู้ใช้ยาเสพติดของจังหวัดพิจิตรที่เข้าสู่ระบบบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข สุขเพิ่มขึ้น โดยใน

ปีงบประมาณ 2560 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา 336 คน ปีงบประมาณ 2561 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับ การบำบัดรักษา 430 คน ปีงบประมาณ 2562 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา 486 คน สำหรับใน ปี 2563 (ต.ค.62-

ธ.ค.62) มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแล้วทั้งสิ้น 71 คน (กระทรวงสาธารณสุข ,2563) โดยภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบ บ่อยในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด ,2533) โดยภาวะซึมเศร้านั้นส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม(Beck, A.T. ,1967 ; ดวงใจ กษานติกุล ,2542) หากปล่อยเอาไว้โดยไร้ซึ่งความตระหนัก และหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธีอาจ นำมา ซึ่งการสูญเสียในระยะยาวทั้งต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตได้(สมภาพ เรื่องตระกูล ,2542) หาก ภาวะซึมเศร้านั้นได้รับการค้นพบและ ได้รับการ ดูแลรักษาตั้งแต่ในช่วงแรกๆจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย ยาเสพติดเองและทำให้การรักษา มี ประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น ซึ่งศิลปะบำบัดก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัดโดยการใช้ศิลปะเป็นเครื่องมือในการบำบัด(ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา ,2550) ศิลปะ บำบัดเกิดขึ้นจากความคิดที่ว่าศิลปะเป็นการ เยียวยาและเป็นสื่อสารความคิดความรู้สึกใน รูปแบบที่ปราศจากคำพูดเช่นเดียวกับการบำบัด ทางจิตวิทยา รูปแบบ อื่นๆ (Alain de Botton ,2013) ศิลปะบำบัดนั้นสามารถช่วย ให้บุคคลเกิดความผ่อนคลายจากความเจ็บป่วย ช่วยคลี่คลาย ความขัดแย้งรวมทั้งปัญหาต่างๆที่ได้พบเจอมาและ สร้างคุณค่าให้กับชีวิตทำให้มองเห็นคุณค่าของ ตัวเองและรู้สึกถึงสภาวะสมดุลทางอารมณ์(สถาบัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ ,2558) ศิลปะบำบัดจึงนับเป็นอีกหนึ่งตัวเลือกที่ น่าสนใจในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสารเสพติด และเนื่องด้วยศิลปะเป็นเครื่องมือที่สามารถ เข้าถึงจิตใจได้ง่ายเหมาะกับการเข้าถึงประเด็น ความอ่อนไหวทางด้านจิตใจซึ่งจะช่วยลดกลไกทาง จิตและเนื่องจากยังไม่เคยมีงานวิจัยในเรื่องการนำ ศิลปะบำบัดมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดใน ระบบ Matrix Program(ชูทิพย์ รัตนพลแสนย์ ,2554) ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะ ทำการศึกษาในเรื่องนี้

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่ง ทดลอง (Quasi - Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่มแบบวัดก่อนและหลังทดลอง Two Groups (Pre – Post test design) โดยกลุ่มประชากรที่ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามปกติมีจำนวน 31 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่ม แบบ บ่ง่าย(Simple random sampling) โดยการ จับสลากเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุมให้ได้ จำนวน 16 คน แล้ว สุ่มสำหรับเป็นกลุ่มทดลองให้ได้ จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมศิลปกรรมบำบัดที่ใช้ใน การศึกษาครั้งนี้ได้ปรับปรุงมาจากงานวิจัยของ ชู วิทย์ รัตนพลแสนย์¹⁰ในการศึกษาผลของการใช้ ศิลปกรรมบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่ง ได้รับอนุญาตให้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 กิจกรรม

2. แบบประเมิน โรคซึมเศร้า (9Q) ของกรม สุขภาพจิต โดยมีคะแนนการแปรผล 9Q ดังนี้

คะแนน < 7 แปรผลได้ว่า ไม่มีอาการของ โรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้ารระดับน้อย มาก

คะแนน 7 – 12 แปรผลได้ว่า มีอาการของ โรคซึมเศร้า ระดับน้อย

คะแนน 13 - 18 แปรผลได้ว่า มีอาการของ โรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

คะแนน \geq 19 แปรผลได้ว่า มีอาการของโรค ซึมเศร้า ระดับรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิง พรรณนา แจกแจงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบ คะแนนภาวะซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลอง



ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติเชิง
อนุมาน Fisher 's exact test และ Mann -
Whitney U test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน
แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 16
คน โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศชายทั้งหมด ร้อยละ
100 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 93.33
ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุน้อยกว่าหรือ
เท่ากับ 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 และร้อยละ
81.25 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองสถานภาพ
สมรสโสด ร้อยละ 46.67 ส่วนกลุ่มควบคุม
สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 ทั้งกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60.01
และร้อยละ 43.75 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว เมื่อทดสอบความ

แตกต่างของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Fisher's
exact test พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ไม่แตกต่างกัน

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า
(9Q) ของผู้บำบัดยาเสพติดในระบบ Matrix ใน
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและ
หลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า
ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองไม่
แตกต่างกันคือ 9.73 และ 9.25 ตามลำดับ หลัง
การทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของ
กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองคือ
9.25 ส่วนกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า
ลดลงจากก่อนการทดลอง คือ 7.00

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของ
คะแนนระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่ม
ทดลองโดยสถิติ Mann-Whitney U Test

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean Rank	Z	p-value
Posttest-pretest experimental	15	10.97	-3.02	.002
Posttest-pretest control	16	20.72		
Total	31			

$P < 0.01$

จากตารางที่ 1 คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อน
และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะ
ซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์(นฤมล อินทหมื่น ,2555) ที่
ศึกษาผลของการใช้ศิลปกรรมบำบัดที่มีต่อภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งทดลองกับกลุ่มทดลองกับ
กลุ่มตัวอย่าง 12 คน พบว่าศิลปกรรมบำบัดมีผล
ทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับ
การศึกษาของ นฤมล อินทหมื่น(รัฐ ลอยสงเคราะห์
,2552) ที่ศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการลดภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
ถึงปานกลางในกลุ่มตัวอย่าง 22คน พบว่าผู้บำบัด

ในกลุ่มทดลองหลังได้รับศิลปะบำบัดมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับศิลปะบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของศูนย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของรัฐ ลอย สงเคราะห์ (Wilson.H. ,1983) ที่ศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดสารเสพติดชาย สถาบันธัญญารักษ์ ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองหลังจากได้รับศิลปะบำบัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าก่อนได้รับศิลปะบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wilson (1983) (อำไพ ขนิษฐ สมานวงศ์ไทย ,2549) พบว่ากิจกรรมศิลปะบำบัดช่วยลดความกดดันในใจ ช่วยกระตุ้นจินตนาการ ทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นอิสระ ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง และมีความสุข

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าศิลปะบำบัดสามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยได้หลายประเภท (เลิศศิริ บวรกิตติ ,2553) โดยผ่านงานศิลปะที่ผู้ป่วยถ่ายทอดออกมาจากตัวตนของผู้ป่วยเองและใช้เป็นสื่อกลางในการพูดคุยและแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงออกมาเป็นคำพูดได้ (เลิศศิริ บวรกิตติ ,2553) กิจกรรมนี้ทำโดยไม่มี การเน้นผลลัพธ์ที่ดูสวยงาม ไม่มีการตัดสิน ไม่มีถูกไม่มีผิด ผู้ป่วยสามารถแสดงออกผ่านภาพวาดระบายสีอย่าง เป็นอิสระ สะท้อนถึงความคิดภายในจิตใจเป็นเรื่องราวของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งในบางเรื่องราวตัวผู้ป่วยอาจลืมไปแล้วแต่กลับ

สามารถถ่ายทอดผ่านภาพวาดระบายสีได้นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีกิจกรรมที่เข้าร่วมแบ่งปันถ่ายทอดโดยการเล่าเรื่องราวความรู้สึกจากภาพระบายสีที่ผู้ป่วยวาดขึ้นเองให้กับกลุ่มผู้ร่วมกิจกรรมคนอื่นๆร่วมรับฟังด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น และรู้สึกถึงการยอมรับโดยไม่ถูกตัดสิน นำมาซึ่งความสุขสบายใจ เห็นคุณค่าในตัวเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังแสดงออกโดยการให้กำลังใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่มบำบัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจ (Helen B .,1981)

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีเฉพาะเพศชาย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรเพศหญิง
2. การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของผู้บำบัดยาเสพติด ควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีปัญหาทางจิตเวชอย่างอื่นเช่น ภาวะเครียด สติปัญญาบกพร่อง ผู้ป่วยสมองเสื่อม
3. ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ศิลปะบำบัดในระยะเวลาที่แตกต่างกันเช่น 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวิทย์ รัตนพลแสนย์ ที่ได้อนุญาตให้ใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดที่ใช้ศึกษาวิจัยผลของการใช้ศิลปกรรมบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และขอขอบคุณคุณ อัญชลี ฉัตรแก้วที่ให้คำแนะนำทางด้านวิจัยและสถิติ

เอกสารอ้างอิง

- ระบบข้อมูลการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ศูนย์อำนวยการและป้องกันปราบปรามยาเสพติด;กระทรวงสาธารณสุข. antidrugnew.moph.go.th.สืบค้นเมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2563
- คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ลักษณะของยาเสพติด. กรุงเทพฯ:สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2533).
- Beck, A.T. Depression : Clinical , experimental and theoretical aspects. New York ; Hoeber Medical Division , (1967).



- ดวงใจ กสานติกุล .โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์; (2542).
- สมภพ เรืองตระกูล .โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย.กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์ ; (2542).
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. ศิลปะบำบัดศาสตร์และศิลป์แห่งการบำบัด. กรุงเทพฯ : ศรุสภาลาดพร้าว; (2550).
- Alain de Botton . Art as Therapy. New York; Phaidon ;(2013)
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข .คู่มือปฏิบัติงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม Matrix Program . ปทุมธานี; (2558)
- ชูทิพย์ รัตนพลแสนย์. ผลของการใช้ศิลปกรรมบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า. วารสารเกษตรศาสตร์ 32 น. 191-200. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต).กรุงเทพฯ: มหาลัยจุฬาลงกรณ์ ;(2554).
- นฤมล อินทหมีน. ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) .กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; (2555).
- รัฐ ลอยสงเคราะห์. ผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดยาเสพติดชาย สถาบันธัญญาลักษณ์.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต .กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ;(2552).
- Wilson.H. Increase Challenge with the Elderly. Journal of Psychological Association . 10 (31) : 26-30. (1983).
- อำไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทย, เลิศศิริร์ บวรกิตติ. ศิลปกรรมบำบัด. **ธรรมศาสตร์เวชสาร**. 6: 243-7 (2549)
- เลิศศิริร์ บวรกิตติ. **ศิลปกรรมบำบัดสังเขป**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; (2553).
- Helen B . Landgarten. Clinical Art Therapy: A Comprehensive Guide. New York: Brunner-Routledge;(1981).

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ Model of chronic psychiatric patients care Khammuang Hospital Network Kalasin Province.

(Received: November 12,2020; Accepted: December 15,2020)

ธนธร กานตาภา
Tanatorn Kantaapa
โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์
Khammuang Hospital Kalasin Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง รูปแบบการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลคำมวง โดยมีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือนกันยายน 2562 ถึง ตุลาคม 2563 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ภาควิชาเครือข่าย และญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งสิ้น 1,009 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\bar{x}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และ Dependent t –test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ภาควิชาเครือข่าย และญาติหรือผู้ดูแล เครือข่ายโรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied the situation of chronic psychiatric patients care. Model for assessing the severity of symptoms and guidelines of chronic psychiatric patient care. The duration of the study is from September 2019 to October 2020 totaling 12 months. Sample size were 1,009 health personnel Network partners And relatives or carers. Data were collected by questionnaire and analyzed by Frequency Distribution , Percentage , mean , S.D. and Dependent t –test . Qualitative data analysis including content analysis.

The study found that the ability to screen chronic psychiatric patients Of relevant health personnel. The ability to care for chronic psychiatric patients Network partners And relatives or carers Khammuang Hospital Network Kalasin Province found that there was a statistically significant difference at the .05 level. By after more average than before the operation.

Keyword : Model of chronic psychiatric patients care

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคนมีปัญหาด้านจิตเวชในช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาด้านจิตเวชนั้นเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตการอยู่ร่วมกับในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า โรคซึมเศร้า โรคสุรา และยาเสพติด โรคจิตเภทติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้

ให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด (YLD) ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง การเป็นภาระทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่า การเข้าถึงบริการของโรคจิต และโรคซึมเศร้า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.75 และร้อยละ 36.76 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 67.80 และร้อยละ 44.14 ในปี 2558 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2560)

สถานการณ์การป่วยด้านจิตเวช จากผลการสำรวจระบบสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี 2556 พบว่า ความชุกตลอดชีพของโรคจิตเวชที่สูงที่สุด คือ

4.21 – 5.00	เหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	เหมาะสม
2.61 – 3.40	พอใช้
1.81 – 2.60	ต้องปรับปรุง
1.00 - 1.80	ไม่เหมาะสม

2.2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของญาติหรือผู้ดูแล เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	เหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	เหมาะสม
2.61 – 3.40	พอใช้
1.81 – 2.60	ต้องปรับปรุง
1.00 - 1.80	ไม่เหมาะสม

2.3 แบบประเมินความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	เหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	เหมาะสม
2.61 – 3.40	พอใช้
1.81 – 2.60	ต้องปรับปรุง
1.00 - 1.80	ไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .834 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของญาติหรือผู้ดูแล ได้ค่า

ความเที่ยง เท่ากับ .800 และ แบบประเมินความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .799 (รายละเอียดในภาคผนวก)

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง

2. กำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

2.1 การกำหนดแนวทางในการคัดกรองประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โดยการระดมแนวคิดในการคัดกรองและประเมินสภาพจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องด้วยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การซักซ้อมแนวทางการดูแลผู้ป่วย

2.2 การกำหนดรูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในโรงพยาบาล ร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างความเข้าใจในการประเมินระดับความรุนแรงและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

2.3 การกำหนดรูปแบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในชุมชน ร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ญาติ ผู้ใกล้ชิดและภาคีเครือข่ายในชุมชน

3. การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Dependent t –test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วงปี 2557 - 2562 พบว่า ผู้รับบริการด้านจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิต(F20-F29) โรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1 และ F38, F39) โรควิตกกังวล (F40-F49) Dementia (F00, F01, F02 ,F03) ภาวะปัญญาอ่อน (F70-79) โรคสมาธิสั้น (F 90 – F90.9) ภาวะออทิสติก (F84-F84.9) การเรียนรู้บกพร่อง (F80-



F83) Suicide Ideation/Attempt Suicide complete และศูนย์ช่วยเหลือสังคม(OSCC)

2. ความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

2.1 ความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยรวมและทุกข้อ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ยกเว้น Conceptual disorganization อยู่ในระดับพอใช้

2.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและทุกข้ออยู่ในระดับต้องปรับปรุง

2.3 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของญาติหรือผู้ดูแล โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ยกเว้น การกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย อยู่ในระดับพอใช้

3. การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินสภาพ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (รายละเอียด) การชักซ้อมแนวทางการดูแลผู้ป่วย การกำหนดรูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาล และการกำหนดรูปแบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

4. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ

4.1 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

โดยรวมและทุกข้อ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้น somatic concern, Conceptual disorganization, Guilt feeling, Hostility, Auditory Hallucination, Unusual thought content และ Disorientation ที่อยู่ในระดับเหมาะสม

4.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและทุกข้ออยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้น การรวบรวมและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน การดูแลการกินยาต่อเนื่อง ประสานการส่งต่อ และช่วยดูแลต่อเนื่อง การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวและวัตถุประสงค์ขณะเยี่ยมบ้าน การชวนสนทนาโดยมีจุดประสงค์ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตใจ อารมณ์และสอบถามปัญหา และการสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อปัญหาทาง สุขภาพจิตและจิตเวชการรักษา

4.3 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของญาติหรือผู้ดูแลโดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้น การกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย ญาติไม่ควรตำหนิตีตนผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้รบกวนผู้อื่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆในบ้าน และสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วย

5. ความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่าย และญาติหรือผู้ดูแล เครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบ ความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่าย และญาติหรือผู้ดูแล เครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
บุคลากร	2.31	0.25	4.27	0.23	17	-18.140	.000	-2.22573	-1.76193
ภาคีเครือข่าย	2.31	0.31	4.20	0.31	425	-69.709	.000	-1.97761	-1.86914
ญาติ	2.33	0.27	4.26	0.3	564	-88.335	.000	-1.97379	-1.88792

จากตาราง 1 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการด้านจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิต(F20-F29) โรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1 และ F38, F39) โรควิตกกังวล (F40-F49) Dementia (F00, F01, F02 ,F03) ภาวะปัญญาอ่อน (F70-79) โรคสมาธิสั้น (F 90 – F90.9) ภาวะออทิสติก (F84-F84.9) การเรียนรู้อ่อน (F80-

F83) Suicide Ideation/Attempt Suicide complete และศูนย์ช่วยเหลือสังคม(OSCC) ซึ่งจะต้องมีการดูแลอย่างถูกต้องและใกล้ชิด และเมื่อพิจารณาความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องของเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยรวมและทุกข้อ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ยกเว้น Conceptual disorganization อยู่ใน ระดับ พอใช้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและทุกข้ออยู่ในระดับต้องปรับปรุง และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของญาติหรือผู้ดูแล โดยรวมและรายชื่อ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ยกเว้น การกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย อยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้น จึงได้กำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกันระหว่าง สหวิชาชีพในโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องของเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ และญาติหรือผู้ดูแล โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเวทีถอดบทเรียน ตามแนวคิดการมีส่วนร่วม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินสภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (รายละเอียด) การซักซ้อมแนวทางการดูแลผู้ป่วย การกำหนดรูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาล และการกำหนดรูปแบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและทุกข้อ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้น somatic concern , Conceptual disorganization , Guilt feeling , Hostility , Auditory Hallucination , Unusual thought content และ Disorientation ที่อยู่ในระดับเหมาะสม ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและทุกข้ออยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้น การรวบรวมและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน การดูแลการกินยาต่อเนื่อง ประสานการส่งต่อและช่วยดูแลต่อเนื่อง การสร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำตัวและวัตถุประสงค์ขณะเยี่ยมบ้าน การชวนสนทนาโดยมีจุดประสงค์ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตใจ อารมณ์และสอบถามปัญหา และการสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อปัญหาทาง สุขภาพจิตและจิตเวชการรักษา ความสามารถ

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของญาติหรือผู้ดูแลโดยรวมและรายชื่อ อยู่ในระดับ เหมาะสมมาก ยกเว้น การกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย ญาติไม่ควรตำหนิตีเียนผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้รบกวนผู้อื่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆในบ้าน และสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วย และความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องของภาคีเครือข่าย และญาติหรือผู้ดูแล เครือข่ายโรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของวินัย รอบคอบ และคณะ (2562) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในประชาชนของจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย Application รู้เท่าทันโรคซึมเศร้า คู่มือการให้ความรู้โรคซึมเศร้า และ แนวทางการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 2) รูปแบบฯ มีคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี และคุณภาพรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดีถึงดีมาก 3) ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯพบว่า หลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทันโรคซึมเศร้าสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา วัฒนศิริ (2556) ได้ทำการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำและอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการใช้ยาและสารเสพติดลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยและพัฒนากระบวนการดูแลดังกล่าว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง ดังนั้น ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นตัวอย่างกระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานบริการอื่น ๆ ทุกระดับ



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ควรมีการประเมินสถานการณ์ และความพร้อมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในทุกระดับเพื่อ นำไปสู่การสร้างโอกาสในการพัฒนา
2. ในการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินสภาพ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (รายละเอียด) การชักซ้อมแนวทางการดูแลผู้ป่วย การกำหนดรูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิต

เวชเรื้อรังในโรงพยาบาล และการกำหนดรูปแบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างเวทีเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง สหวิชาชีพในโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเครือข่ายโรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาควิชาเครือข่ายโรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ และญาติหรือผู้ดูแล เพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่เหมาะสมกับบริบทและสามารถปฏิบัติได้จริงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลคำมวง ในระยะยาวเพื่อความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580). กองยุทธศาสตร์และ แผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560
- โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. รายงานผลการให้บริการงานสุขภาพจิต ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ปี 2561 ของจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2561.
- วินัย รอบคอบ, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และ วรภรณ์ ทินวัง. รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทัน สุขภาพจิต เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในประชาชนของจังหวัดลำปาง. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(3); 11-22
- อรสา วัฒนศิริ เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนืองผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและ เครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556; 40(1); 67-83

การบริหารจัดการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19)

Administrative mission group management Maharat Nakhon Ratchasima Hospital in an
emergency case of coronavirus disease 2019 (COVID 19).

(Received: October 22,2020; Accepted: November 25,2020)

นฤมล ศรีสรพร

Narumon Srisun

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Chief of the General Administration workgroup

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการ และบริหารจัดการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ทั้งหมด จำนวน 378 คน เก็บข้อมูลจากรายงานผลการปฏิบัติงาน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า มีกิจกรรมการพัฒนาเพื่อจัดเตรียมความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ของกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ประกอบด้วย จุดคัดกรองARI clinic การรับส่งเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) การบริหารจัดการวัสดุทางการแพทย์ และความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐาน การป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร ภายในกลุ่มภารกิจอำนวยการ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีความรู้ความเข้าใจและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดีกว่าก่อนดำเนินงาน

คำสำคัญ : การบริหารจัดการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ , โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied situation of service and management Administrative Mission Group Maharat Nakhon Ratchasima Hospital in emergency situation case of COVID 19. Sample size were 378 officer of in emergency situation case of COVID 19. Data were collected by operation record and questionnaire. Data were analyzed by Frequency Distribution , Percentage , Mean , S.D. , Inferential Statistics and content analysis.

The study found that There were development activities to prepare for emergency situation of Administrative Mission Group Maharat Nakhon Ratchasima Hospital consists of ARI clinic screening point, specific transmission for patients with COVID-19 (COVID 19), medical material management. And Knowledge and comprehension of diseases, how to prevent disease and perform their duties according to standards and Self-efficacy for disease prevention. And perform duties in accordance with infection prevention standards in officer ofAdministrative Mission Group before and after operation. There was a statistically significant difference at the .05 level. By knowledge and comprehension of diseases and Self-efficacy after operation more than before operation.

Keyword : Administrative mission group management , COVID 19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19) เป็นโรคติดต่อในกลุ่มโรคอุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาทางการแพทย์และ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างมาก เป็นโรคติดเชื้ออันเกิดจากไวรัสโคโรนาในกลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง 2 (SARS-CoV-2) มี อาการทั่วไป ได้แก่ ไข้ ไอ และหายใจลำบาก



อาการอื่น ๆ อาจรวมถึงอ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ท้องร่วง
เจ็บคอ ภาวะเสียการรับรู้กลิ่นและภาวะเสียการรูดรส แม้ผู้ป่วย
ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง แต่บางรายตกลงเป็นกลุ่มอาการ
หายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19) ติดเชื้อจาก
ละอองเสมหะการไอ จาม อาการที่พบบ่อย ไข้ ไอ และหายใจ
ลำบาก ยังไม่มีวัคซีนที่ได้รับอนุญาตหรือยาต้านไวรัสจำเพาะ
แต่กำลังมีการวิจัยอยู่ในขณะนี้ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19) เกิดผลกระทบรุนแรงทั้ง
ทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม จิตวิทยา
และความมั่นคงของประเทศ สร้างความสูญเสียอย่างมหาศาล
จึงต้องดำเนินการควบคุมและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (Covid 19) จากสถานการณ์ดังกล่าวรัฐบาลจึงได้กำหนด
นโยบายเร่งด่วนให้การแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (Covid 19) เป็นวาระแห่งชาติเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาด
ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19) โดยมุ่งเน้นมาตรการ
ป้องกัน คือ สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ Physical Distancing
มาตรการต่าง ๆ เหล่านี้เป็น New Normal Medical Service
ในโรงพยาบาลมาราชนครราชสีมาจึงต้องแยกทุกกอง่างเพื่อ
การป้องกันและรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid
19) โดยมีการตั้งจุดคัดกรองผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (Covid 19) และมีการจัดตั้ง ARI Clinic (Acute
Respiratory Illness Clinic : คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ)
จัดตั้งหอผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19)
และจากการคาดการณ์การระบาดของโรคจะยาวนาน เพราะยัง
ไม่มียารักษาและไม่มีวัคซีน การรักษาเป็นแบบประคับประคอง
จึงทำให้เกิดการวางแผนเพื่อเตรียมการรองรับผู้ป่วยติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19) เฉพาะทาง ซึ่งในฐานะของ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มภารกิจผู้อำนวยการ จึงมี
หน้าที่สนับสนุนให้การดำเนินการต่าง ๆ บรรลุวัตถุประสงค์
และเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น (กรม
ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (Covid 19) ณ วันที่ 24 พฤษภาคม 2563 พบผู้ป่วย
ยืนยัน 3,040 ราย และกระจายใน 68 จังหวัด (สำนักบริหาร
กรมควบคุมโรค, 2563) จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยยืนยัน
19 ราย และรักษาหายแล้ว 19 ราย

ผู้วิจัยจึงมองเห็นโอกาสและต้องการที่จะศึกษา
เกี่ยวกับ โรงพยาบาลประเมินผลการบริหารจัดการภายในภาวะ
วิกฤตของงานสนับสนุน กลุ่มภารกิจผู้อำนวยการ กรณีโรค
ระบาดอุบัติใหม่ ไวรัสสายพันธุ์ใหม่โคโรนา 2019 โดยผ่านการ
วิเคราะห์จากมุมมองของผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์และแนวทาง
ในการจัดการภาวะวิกฤตของงานสนับสนุน กลุ่มภารกิจ
ผู้อำนวยการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์การให้บริการของกลุ่มภารกิจ
ด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมาราชนครราชสีมา ต่อ โรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19)
2. ศึกษาการบริหารจัดการกลุ่มภารกิจด้าน
อำนวยการ โรงพยาบาลมาราชนครราชสีมา ในสถานการณ์
ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19)
3. ศึกษาผลของการบริหารจัดการกลุ่มภารกิจด้าน
อำนวยการ โรงพยาบาลมาราชนครราชสีมา ในสถานการณ์
ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19)

วิธีดำเนินการวิจัย

การบริหารจัดการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
โรงพยาบาลมาราชนครราชสีมา ในสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) มีวัตถุประสงค์เพื่อ
ศึกษาสถานการณ์การให้บริการ และบริหารจัดการกลุ่ม
ภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมาราชนครราชสีมา ใน
สถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID19) ระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พ.ค. 2563 –
31 ส.ค. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรกลุ่มภารกิจด้าน
อำนวยการ โรงพยาบาลมาราชนครราชสีมา
กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรกลุ่มภารกิจด้าน
อำนวยการ โรงพยาบาลมาราชนครราชสีมา ทั้งหมด
จำนวน 378 คน แบ่งเป็น กลุ่มงานการเงิน จำนวน 36
คน กลุ่มงานบริหารทั่วไป จำนวน 212 คน กลุ่มงาน
บัญชี จำนวน 10 คน กลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา
จำนวน 57 คน กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและ
วิศวกรรมทางการแพทย์ จำนวน 63 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การบริหาร
จัดการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมาราชน
ครราชสีมา ในสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโร
นา 2019 (COVID19) ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการ
การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการซักซ้อมการปฏิบัติงาน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
2.1 รายงานผลการปฏิบัติงาน

2.2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้น นำข้อมูลไปวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .879 และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .946

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาความพร้อมของบุคลากรในกลุ่มภารกิจด้าน อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในสถานการณ์ โควิด-19
2. จัดเตรียมความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ โควิด-19 ของ กลุ่มภารกิจด้าน อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
3. ประเมินผลการบริหารจัดการกลุ่มภารกิจด้าน อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในสถานการณ์ โควิด-19

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA และ Dependent t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ความพร้อมของบุคลากรในกลุ่มภารกิจด้าน อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในสถานการณ์ โควิด-19 ก่อนดำเนินการ

1.1 ระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและวิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ น้อย โดยข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ การทำความสะอาดห้องแยกโรค/หอผู้ป่วยแยกโรค การเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อในบุคลากร และการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ทุกครั้ง เมื่อต้องพูดคุยกับคนอื่น หรือออกไปในที่สาธารณะ ตามลำดับ

1.2 ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการ ติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ น้อย โดยข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ การสวม หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง เมื่อต้องพูดคุยกับคน อื่น หรือออกไปในที่สาธารณะ และการเฝ้า ระวังการแพร่กระจายเชื้อในบุคลากร ตามลำดับ



1.3 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร ภายในกลุ่มภารกิจอำนวยการ ที่มีกลุ่มงานต่างกัน ได้แก่ กลุ่มงานการเงิน

กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานบัญชี กลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา และกลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value เท่ากับ .062 และ .974 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร ภายในกลุ่มภารกิจอำนวยการ ที่มีกลุ่มงานต่างกัน(One way ANOVA)

ตัวแปร	แหล่งที่มา	SS	df	MS	F	p-value
ความรู้ความเข้าใจ	Between Groups	.674	4	.169	2.264	.062
	Within Groups	27.777	373	.074		
	Total	28.452	377			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	Between Groups	.041	4	.010	.122	.974
	Within Groups	30.993	373	.083		
	Total	31.033	377			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การจัดเตรียมความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ของกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ประกอบด้วย จุดคัดกรองARI clinic การรับส่งเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) การบริหารจัดการวัสดุทางการแพทย์ และบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและวิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

2.1 จัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (Business Continuity Plan BCP)โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

2.2 กิจกรรมการพัฒาเพื่อจัดเตรียมความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ของกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

3. ความพร้อมของบุคลากรในกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษในสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) หลังดำเนินการ

3.1 ระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและวิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการ

ติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด โดยมีบางข้อที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ แนวปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย การทำความสะอาดโรงพยาบาล ระเบียบปฏิบัติการอยู่ในสถานที่แยกกันเพื่อสังเกตอาการ (Quarantine) การสร้างระยะห่างระหว่างบุคคล (Social Distancing) และการรับประทานอาหารและใช้ภาชนะร่วมกับผู้อื่น

3.2 ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด มีบางข้อที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ แนวปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย การทำความสะอาดโรงพยาบาล ระเบียบปฏิบัติการอยู่ในสถานที่แยกกันเพื่อสังเกตอาการ (Quarantine) การสร้างระยะห่างระหว่างบุคคล (Social Distancing) และการรับประทานอาหารและใช้ภาชนะร่วมกับผู้อื่น

3.3 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรควิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร ภายในกลุ่มภารกิจอำนวยการ ที่มีกลุ่มงานต่างกัน ได้แก่ กลุ่มงานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานบัญชี กลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา และกลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทาง

การแพทย์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value เท่ากับ .325 และ .547 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร ภายในกลุ่มภารกิจอำนวยการ ที่มีกลุ่มงานต่างกัน(One way ANOVA)

ตัวแปร	แหล่งที่มา	SS	df	MS	F	p-value
ความรู้ความเข้าใจ	Between Groups	.167	4	.042	1.167	.325
	Within Groups	13.357	373	.036		
	Total	13.524	377			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	Between Groups	.019	4	.005	.767	.547
	Within Groups	2.311	373	.006		
	Total	2.330	377			

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร ภายในกลุ่มภารกิจอำนวยการ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีความรู้ความเข้าใจและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดีกว่าก่อนดำเนินงาน (t มีค่าเป็นลบทุกค่า) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร ภายในกลุ่มภารกิจอำนวยการ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจ	2.25	0.28	4.21	0.19	377	-90.640	.000	-2.00622	-1.92103
ความสามารถ	2.14	0.31	4.25	0.07	377	-112.11	.000	-2.09470	-2.02249

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และวิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยการ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับน้อย และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร ภายในกลุ่มภารกิจอำนวยการ ที่มีกลุ่มงานต่างกัน ได้แก่ กลุ่มงานการเงิน

กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานบัญชี กลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา และกลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังขาดความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สุระเชษฐ์ ภูลวรรณ พบว่า ภาพรวมประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันตนเองร้อยละ 75.7 กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ ได้แก่ กลุ่มงานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานบัญชี กลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา และกลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ จึงได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้สอดคล้องกันกับการรับรู้ความสามารถของ



ตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยความสะดวกในการซักซ้อมการดำเนินงานในการจัดเตรียมความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ของกลุ่มภารกิจด้านอำนวยความสะดวก โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ประกอบด้วย จุดคัดกรอง ARI clinic การรับส่งเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) การบริหารจัดการวัสดุทางการแพทย์ และบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยความสะดวกมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและวิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยความสะดวก ทำให้มีแผนดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (Business Continuity Plan BCP) โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา และกิจกรรมการพัฒนาเพื่อจัดเตรียมความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ของกลุ่มภารกิจด้านอำนวยความสะดวก โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ตามแนวคิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้ ระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและวิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยความสะดวก พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยความสะดวก พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบกับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร ภายในกลุ่มภารกิจอำนวยความสะดวก ได้แก่ กลุ่มงานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานบัญชี กลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา และกลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value เท่ากับ .325 และ .547 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร ภายในกลุ่มภารกิจอำนวยความสะดวก ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีความรู้ความเข้าใจและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดีกว่าก่อนดำเนินงาน (t มีค่าเป็นลบทุกค่า) สอดคล้องกับการศึกษา

ของ พุทธิมนต์ ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภอพุทธรักษา ในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากดำเนินงาน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอพุทธรักษา เกี่ยวกับโรค COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับ 5 และ 4 และตำแหน่งต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ บุคลากรจากโรงพยาบาลและบุคลากรจาก รพ.สต. มีค่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้านมากที่สุด และเดือนมิถุนายน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอพุทธรักษา เกี่ยวกับโรค COVID-19 มากที่สุด มีการปฏิบัติตัวของประชาชนในการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อ COVID-19 มากที่สุดคือ การสวมหน้ากาก รองลงมา คือ การล้างมือ และกลุ่มเสี่ยง ทั้งหมด 40 ราย ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สงสัยการติดเชื้อ COVID-19 (PUI) จำนวน 15 ราย ไม่มีผู้ป่วยผู้ติดเชื้อ COVID-19 กักตัว Home Quarantine จำนวน 22 ราย และ ไม่มี Local Quarantine

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในเตรียมความพร้อมสำหรับการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ของภารกิจด้านอำนวยความสะดวก โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ควรดำเนินการดังต่อไปนี้

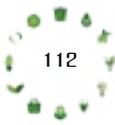
- 1.1 ศึกษาโครงสร้างบทบาทหน้าที่ การบริหารจัดการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยความสะดวก โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ตลอดจนความพร้อมของบุคลากรในกลุ่มภารกิจเพื่อสามารถตอบสนองภารกิจ โดยเฉพาะการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.2 จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มพูน องค์ความรู้ ความเข้าใจสามารถรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคและปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร กลุ่มภารกิจอำนวยความสะดวก และขอความช่วยเหลือ ตลอดจนการซักซ้อมแผนปฏิบัติงานให้สามารถตอบโต้สถานการณ์ เมื่อเกิดขึ้นจริงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะในส่วนของการกิจด้านอำนวยความสะดวก โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพโดยรวมของโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ควรศึกษาร่วมกับกลุ่มภารกิจอื่น และศึกษาระยะยาวเพื่อความยั่งยืนในการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย, 2563.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1)
- ปริพนธ์ จุลเจิม. (2563) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภอพุทธมณฑล ในการเฝ้าระวัง โรค COVID-19. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 13(2) หน้า
- สุรเชษฐ์ ภูธรธรณ. (2563). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอหนองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 13(2) หน้า
- Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D, Chuich T, Dreyfus I, Driggin E, และคณะ (2020). "COVID-19 and Thrombotic or Thromboembolic Disease: Implications for Prevention, Antithrombotic Therapy, and Follow-up". Journal of the American College of Cardiology.
- Velavan TP, Meyer CG (2020). "The COVID-19 epidemic". Tropical Medicine & International Health. 25 (3): 278–280.



ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

Results of application of the Guidelines for care of patients with chronic Kidney Disease Non Sung Hospital Nakhonratchasima Province

(Received: December 7,2020; Accepted: December 25,2020)

บุญสม คุ่มกลาง*

Mrs. Boonsom Kumklang

บุญญา วิจลละอนันท์

Ms.Poonyisa Wajcharaanunt*

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของ เดมมิ่ง PDCA ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2563 – 30 พฤศจิกายน 2563 แบ่งเป็น 3 ระยะ **ระยะแรก** ดำเนินการศึกษาศาสนาการณ กลุ่มเป้าหมาย คือ ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 463 คน ทำการสุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจง วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลแบบทดสอบความพึงพอใจ ประเมินการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นจากแนวปฏิบัติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยไปใช้ ประเมินจากเครื่องมือ ของ AGREE ได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่น ตามมิติทั้ง 6 ด้านของ AGREE วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาผลการวิจัย ได้พัฒนาจากแนวปฏิบัติจนได้ประกาศใช้รูปแบบ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของเดมมิ่ง PDCA ประกอบด้วย คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง ตัวชี้วัดผลลัพธ์การประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังโดยใช้รูปแบบแนวคิด ทฤษฎีระบบของเดมมิ่ง PDCA **ระยะที่ 2** ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง และ**ระยะที่ 3** ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่เฉพาะเจาะจง คือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรับการรักษาที่ แผนกคลินิกชะลอไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 30 ราย ให้การดูแลรักษาโดยใช้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 30 ราย โดยใช้แบบวัดผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและร้อยละ ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test การแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ ใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired T-test) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย ทีมสุขภาพความพึงพอใจในระดับดี ประเมินแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังการนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับดี ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าการกรองของไต ค่าความดันโลหิต การทำงานของไต ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะการวิจัยชี้ให้เห็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ส่งผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลโนนสูง

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง, โรคไตวายเรื้อรัง, ทฤษฎีระบบ PDCA

Abstract

This research and development aims to study the effect of application of the guideline for chronic renal failure patients. Non Sung Hospital Nakhon Ratchasima Province Using the Deming system theory concept of PDCA, a research model Research from 1 June 2020 - 30 November 2020 divided into 3 phases. The first phase is to study the situation. The target group was the health team and 463 patients with chronic renal failure treated at Non Sung Hospital. How we collect information Satisfaction test Evaluate the application of the guideline for patients with chronic renal failure developed from the guideline of the Nephrology Society of Thailand. Evaluated from the AGREE tool, the confidence score was obtained according to the six dimensions of AGREE. The data was analyzed by using content analysis. Has

developed from practice until the Using the Deming System Theory concept, PDCA consists of guidelines for the care of patients with chronic renal failure. Non Sung Hospital Outcome indicators, application of the guideline for chronic renal failure patients using the conceptual model Deming System Theory of PDCA Phase II: Develop guidelines for chronic renal failure patients. Non Sung Hospital and Phase III study the effect of application of guidelines for chronic renal failure patients. Select a non-specific sample. Is that patients with chronic renal failure receiving treatment at Clinical department delay renal failure Nonsung Hospital, 30 patients provided care by using clinical care of 30 chronic renal failure patients using clinical outcome measures. The data were analyzed using descriptive statistics and percentage. Test the distribution of data using Kolmogorov-Smirnov test The distribution is a normal curve. The paired T-test was used to compare mean differences of clinical outcomes and quality of life before and after the trial at a statistically significant level of 0.05.

Research results, health team, satisfaction at a good level. Evaluate guidelines for chronic renal failure patient care and apply them to their effectiveness at a good level. The results of the application of the guideline for chronic renal failure patients were found. Patients had clinical outcomes including glomerular filtration values. Blood pressure Kidney function The experiments were statistically significant ($p < 0.05$).

บทนำ

โรคไตเรื้อรังจัดเป็นปัญหาสำคัญ ของระบบสาธารณสุขทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ในปัจจุบันมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มากกว่า 35,000 ราย ในประเทศไทย และมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในแต่ละปีเกือบหมื่นราย ซึ่งรัฐต้องสูญเสียทรัพยากรจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยปัจจัยที่สำคัญของการที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมากขึ้น คือ ผู้ป่วยไม่รู้ว่าป่วยเป็นโรคไตวายระยะเริ่มแรกที่พอรักษาได้ ผู้ป่วยที่มีโรคเดิมอยู่แล้วดูแลตนเองไม่ถูกต้อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไตวายระยะสุดท้าย มาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ไม่ดีตามเป้าหมายหรือได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม ข้อมูลสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้จัดอันดับโรคไตเรื้อรังเป็นอันดับที่ 2 สำหรับการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ที่เกิดจากระบบทางเดินปัสสาวะจนเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง จะทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของไต ในการรักษาความสมดุลของเกลือแร่และกรดต่าง ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างของเสียทางช่องท้องหรือการเปลี่ยนไต ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงมุ่งที่จะประคับประคองให้สามารถควบคุมอาการได้ ชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตไม่ให้กลายเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น สถานการณ์โรคไตวายของอำเภอโนนสูงที่ได้รับการบริการในโรงพยาบาลโนนสูง มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 กลุ่มโรค มีเพียงโรค DM , HT ที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองร้อยละ 98.43 ผู้ป่วย HT ได้รับการคัดกรองร้อยละ 98.88

และจากการคัดกรองพบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วย DM มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 1,2 18 คน ที่มีอัตราร้อยละผู้ป่วยเป็นเป็นไตวายเรื้อรังแบ่งเป็นไตรระยะที่ 3 ร้อยละ 13.5 1 ไตรระยะที่ 4 ร้อยละ 2.57 ไตรระยะที่ 5 ร้อยละ 1.58 และ ผู้ป่วย HT มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 784 คน ที่มีอัตราร้อยละผู้ป่วยเป็นเป็นไตวายเรื้อรังในร้อยละ 3 ร้อยละ 14. 15 ระยะที่ 4 ร้อยละ 2.70 ระยะที่ 5 ร้อยละ 1.44 โดยจัดให้มีคลินิกรักษาโรคไตเฉพาะ (CKD Clinic) มีการจัดคลินิกดูแลในแต่ละสัปดาห์แบ่งตามระดับความรุนแรงระดับ 3b-5 พบว่า CKD ผู้ป่วยไตวายระยะ 3-4 ค่า eGFR ที่ ที่ลดลง น้อยกว่าร้อยละ 4 ผลการรักษา ร้อยละ 52.8 ยังมีผู้ป่วยร้อยละ 48.2 คือ CKD ระยะที่ 3-4 เปลี่ยนเป็นระยะ ในผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด จากสถิติข้อมูลการรายงาน ของ DHC กระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าไตวายระยะ 3-4 ค่า eGFR ที่ ที่ลดลง น้อยกว่าร้อยละ 4 ปี 2560-2562 ร้อยละ 62.7 1 7 1.77 และ 62. 17 ที่ต้องชะลอการลดลงของไตในผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด

ในงบประมาณ ปี 2563 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนCKD ทั้งหมด 1,0 19 ราย ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต และได้รับการรักษาโดยวิธีการบำบัดทดแทนไตการล้างไตทางช่องท้อง(CAPD) 50 ราย วิธีฟอกเลือด 8 ราย การให้ความรู้ทางวิชาการโรคไตวายเรื้อรังแก่พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลและรพสต.จัดทำทุกปียังต้องการความรู้ความเข้าใจในเทคนิคการให้คำปรึกษา การดูแล

วิเคราะห์ผลการดำเนินการที่ ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายปี 2563 สิ่งที่มีผลกระทบต่อการทำงานที่ผ่านมา คือ 1.การชะลอความเสื่อมของไต อัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาใช้บริการในปี 2558 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนCKD ทั้งหมด 463 ราย ได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยการทำให้ CAPD 34 ราย และทำให้ HD 8



ราย ปัญหาผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนทางไต จนเกิดเป็นโรคไตวายเรื้อรังและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค จากกรณีวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยควบคุมโรคประจำตัวไม่ดี ยังขาดความรู้ในการรักษาโรคในรายใหม่ รับประทานอาหารเค็ม ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับยาโรคไตวาย ได้รับการส่งต่อพบอายุรแพทย์โรคไตน้อยกว่าร้อยละ 75 เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่องเกลือแร่สูง ใช้ยา ACEIs /กลุ่มARBs NSAID, Colchicine ให้เลือด ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (CAPD) พบมีการติดเชื้อ peritonitis ปี 2558 ร้อยละ 8.6 ปี 2559 ร้อยละ 8.6 มีภาวะน้ำเกิน ปี2559 ร้อยละ 18 ร้อยละ 18 และมีการติดเชื้อในช่องท้องซ้ำร้อยละ 40 จากข้อมูลที่พบดังกล่าวพบประเด็นสำคัญที่มสุขภาพยังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน และไม่มีแนวปฏิบัติที่ไปทางเดียวกัน ที่ทีมสุขภาพเข้าใจตรงกันและสามารถจะนำไปใช้ในการดูแลพัฒนาแก้ไขเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังและการเข้าถึงบริการรักษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพมาตรฐานจึงได้จัดทำวิจัยเพื่อเพื่อศึกษา แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยนำมาการประยุกต์ใช้ และปรับให้เหมาะสมกับบริบท จากทีมสุขภาพทุกคนที่ดูแล เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ประกาศใช้ใน โรงพยาบาลโนนสูง เพื่อนำมาพัฒนาระบบการดูแลโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูงขึ้นไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ดำเนินการศึกษาศาสนาการณ กลุ่มเป้าหมายคือ ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 463 คน ทำการสุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจง

ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง ได้แก่ ทีมสุขภาพ โรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 20 คน

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง คือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรับการรักษาที่ แผนกคลินิกชะลอไตวายเรื้อรัง

โรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 30 ราย ให้การดูแลรักษาโดยใช้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา โรคร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง
2. แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบวัดระดับความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังแบบประเมินประสิทธิผลของการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

วิธีดำเนินการศึกษา

1. การวางแผน (Plan) หรือ P จะอธิบายความจำเป็นและสร้างความเข้าใจในการแก้ปัญหา ซึ่งอาศัยการร่วมแรงร่วมใจจากทุกหน่วยงานในการปรับปรุงแก้ไขอุปสรรค และข้อบกพร่องต่าง ๆ ขององค์กรให้หมดไปอย่างเป็น โดยที่การวางแผนการสร้างคุณภาพจะมี 4 ขั้นตอน ต่อไปนี้

1.1 ตระหนักและกำหนดปัญหา ที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยสมาชิก

แต่ละคนจะร่วมมือในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะร่วมกันทำการศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขต่อไป

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา เพื่อใช้ในการปรับปรุง หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งควรจะวางแผนและดำเนินการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ เข้าใจง่าย และสะดวกต่อการใช้งาน เช่น ตาราง ตรวจสอบ แผนภูมิแผนภาพ หรือแบบสอบถาม

1.3 อธิบายปัญหาและกำหนดทางเลือกแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง การดูแลโดยทีมสหสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแสดงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งนิยมใช้วิธีการเขียนและวิเคราะห์แผนภูมิหรือแผนภาพ เช่น แผนภูมิแกงปลา เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกทุกคนเกิดความเข้าใจในสาเหตุและปัญหาอย่างชัดเจน แล้วร่วมกันระดมความคิด (Brainstorm) เพื่อมาทำการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดตามคำเนิงานเลือกวิธีการแก้ไข ปัญหา โดยร่วมกันวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยทีมสหสุขภาพ วิธีการแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมที่สุดซึ่งอาจจะต้องทำวิจัยและหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือกำหนดทางเลือกใหม่ที่มีความน่าจะเป็นในการแก้ปัญหาได้มากกว่าเดิม

2. การปฏิบัติ(Do) หรือ D นำทางเลือกที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน (Action Plan) และลงมือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพได้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจากสมาคมโรคไตแห่ง

ประเทศไทยที่ได้ปรับกับที่มสุขภาพแล้ว การดูแลโดยทีมสห
สุขภาพที่เหมาะสมชัดเจนสะดวกนำไปใช้ได้จริง

3. การตรวจสอบ (Check) หรือ C ติดตาม ตรวจสอบ
และประเมินผลงานที่ปฏิบัติโดยการเปรียบเทียบผลก่อนการ
ปฏิบัติงาน และหลังปฏิบัติงานว่ามีความแตกต่างกันมากน้อย
เพียงใด ถ้าผลลัพธ์ออกมาตามเป้าหมายก็จะนำไปจัดทำเป็น
มาตรฐาน แต่ถ้าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่
กำหนด โดยอาจจะสูงหรือต่ำกว่าที่ต้องการ ก็ต้อง
ทำการศึกษาและวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุง
ให้มีประสิทธิภาพขึ้น ประเมินจากเครื่องมือ AGREE ได้ค่า
คะแนน ตามมิติ 6 มิติของ AGREE

4. การปรับปรุง (Action) หรือ A กำหนดมาตรฐาน
จากผลการดำเนินงานใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติใน
อนาคต หรือ ทำการแก้ไขปัญหาต่างๆ ทั้งที่เกิดจากความไม่
สอดคล้องกับความต้องการ ปัญหาที่ไม่ได้คาดหวังและปัญหา
เฉพาะหน้า จนได้ผลลัพธ์ที่พอใจ และได้รับการยอมรับจากทุก
ฝ่ายแล้วจึงจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่
ได้ปรับแล้ว การดูแลโดยทีมสหสุขภาพ เป็นมาตรฐานจะเห็น
ว่า วงจร PDCA จะไม่ได้หยุดหรือจบลง เมื่อหมุนครบรอบ แต่
วงจร PDCA จะหมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ โดยจะทำงานในการ
แก้ไขปัญหาในระดับที่สูงขึ้น ซับซ้อนขึ้น และยากขึ้น หรือเป็น
การเรียนรู้ที่ไม่สิ้นสุด ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของการพัฒนา
อย่างต่อเนื่อง (continuous improvement)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติแจกแจงเป็น
จำนวนร้อยละ ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้
Kolmogorov-Smirnov test การแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ
ใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired T-test) เปรียบเทียบความ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง

การนำไปประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง N=30

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	p-value
ความดันโลหิต			
ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure)	147.47 ± 31.81	129.00 ± 12.65	4.78*
ความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure)	82.87 ± 16.14	79.81 ± 15.27	3.60*
การทำงานของไต			
บี ยู เอ็น BUN	10.3 ± 31.81	27.00 ± 22.65	4.28*
ครีเอตินิน Creatinin	1.67 ± 0.25	1.22 ± 0.65	1.29*
ค่าระดับการกรองของไต GFR	35.45 ± 5.3	46.45 ± 3.3	4.68*

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง คือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรับการรักษา

แตกต่างค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตก่อน
และหลังการทดลอง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารรับรอง
โครงการวิจัยแบบเร็ว เลขที่ NRPH 054

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวาย
เรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง

1.1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.23 มีอายุในช่วง 60-65 ปี อายุเฉลี่ย
63.2 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.80 มีอาชีพเกษตรกร
ร้อยละ 75.5 รับจ้าง ร้อยละ 20.5 มีสิทธิเข้าถึงระบบบริการ
สุขภาพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.24 ใช้สิทธิการรักษาของประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ร้อยละ 11.47 โรค
ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.2 และเป็นทั้งโรคเบาหวาน และ
ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.5 มีความพึงพอใจในการนำไปใช้
ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระดับดี ระดับ
ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวาย
เรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้น ระดับดี ประเมินประสิทธิผลของการ
นำไปใช้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังประเมิน
จากเครื่องมือ AGREE ได้ค่าคะแนน ตามมิติ 6 มิติของ AGREE
ระดับดี

2. ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
โรคไตวายเรื้อรัง คือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรับการรักษาที่
แผนกคลินิกชะลอไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง

ที่ แผนกคลินิกชะลอไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง ผู้ป่วย
โรคไตวายเรื้อรัง มีค่า ความดันโลหิต ความดันโลหิตตัวบน

(systolic blood pressure) ความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) การทำงานของไต บี ยู เอ็น BUN ครีอาตินิน Creatinin
ค่าระดับการกรองของไต GFR ดีขึ้นกว่าก่อนใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นคุณภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการโดยใช้แนวคิดของวงจรเดมมิ่ง PDCA และสร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ร่วมกันให้ความคิดเห็น และความต้องการในการนำแนวคิดของวงจรเดมมิ่ง PDCA ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล และจัดทำพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (CPG, Clinical Pathway, CNPG) ในการบริการ พยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมตั้งแต่ในโรงพยาบาลและชุมชน อีกทั้งยังมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน ทำให้ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมในแนวทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน จนส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การ ดูแลตามที่ตั้งเป้าหมาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้อง กับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ประเมินจากเครื่องมือ AGREE ได้ค่าคะแนน ตามมิติ 6 มิติ ในการนำไปใช้ระดับความเป็นไปได้แนวปฏิบัติ 6 มิติของ AGREE 6 ด้านมีดังนี้ 1 มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (scope and purpose) วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ. ปัญหาทางคลินิกที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแนวปฏิบัติและกลุ่มผู้รับบริการเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2 มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder involvement) ระบุถึงผู้ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มผู้รับบริการที่เป็น ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 3 มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (trigor of development) แนวปฏิบัติต้องระบุกระบวนการ รวบรวมและการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการสร้างแนวปฏิบัติ วิธีการสร้างข้อสรุปวิธีปฏิบัติที่แนะนำ และวิธีการทำให้แนวปฏิบัติมีความทันสมัย 4 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (clarity and presentation) ด้านรูปแบบการนำเสนอแนวปฏิบัติและภาษาที่ใช้ . มิติด้านการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (applicability) ต้องมีการระบุเกี่ยวกับองค์กรที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ อุปสรรคและค่าใช้จ่าย พฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจาก การนำแนวปฏิบัติไป 6 มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดแนวปฏิบัติ (editorial independence) มีความเกี่ยวข้องกับการ กำหนดข้อเสนอแนะ และการยอมรับความคิดเห็นที่ ขัดแย้ง ซึ่งอาจเกิดขึ้นระหว่างกลุ่มบุคคลที่ร่วมกันพัฒนา แนวปฏิบัติการ

พยาบาลได้ การประเมินความเชื่อมั่นจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 มิติ การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้โดยเจ้าหน้าที่บุคลากร โรงพยาบาลโนนสูง หลังจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำการประกาศใช้

การดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ที่ประกอบด้วย การจัดระบบบริการสุขภาพ การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การจัดระบบข้อมูลทาง คลินิก แหล่งสนับสนุนจากชุมชน ทำให้เห็นถึงรูปแบบ การดูแลที่มีความเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง รวมทั้งสามารถเชื่อมต่อกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อเสริม สร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถจัดการ ปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมยั่งยืน โดยแต่ละ หน่วยงานมีความเชื่อมโยง เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน แม้จะ มีบทบาทและศักยภาพที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับงานวิจัยของนงลักษณ์ ไคว์ตระกูล และภัคพร กอบพิงตันและคณะที่ได้มีการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แผนการดูแล(Clinical Pathway) และมีการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หลังการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง คือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรับการรักษาที่ แผนกคลินิกชะลอไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง มีค่า ความดันโลหิต ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) การทำงานของไต บี ยู เอ็น BUN ครีอาตินิน Creatinin ค่าระดับการกรองของไต GFR ดีขึ้นกว่าก่อนใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ราณี อรรณพานุรักษ์ และอนัญญา มานิตย์ (2558) ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่ลำปางใต้ทางหน้าห้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี พบว่าแนวคิด จัดการรายกรณี ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่การทำหน้าที่ ของไต (BUN, Creatinine) ระดับความดันโลหิต (Systolic and Diastolic blood pressure) และ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ดีขึ้นกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

การใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้นใหม่ประเมินคุณภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระดับดี ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้นใหม่วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินคุณภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระดับดี พัฒนาระบบ

บริการพยาบาล ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น หลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติงานวิจัยนี้ พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและสิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระบบบริการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีเนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลการจัดการดูแลตนเอง และการรับประทานอาหารและออกกำลังกายรวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จนมีความมั่นใจในการล้างไตทางหน้าท้องและการจัดการดูแลตนเองแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรูปแบบการจักระบบบริการพยาบาลที่ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พัฒนาขึ้นนี้ นอกจากมีการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางปฏิบัติ (CPG, Clinical Pathway, CNPG) ที่เป็นแนวทางเดียวกันแล้วยังง่ายและสะดวกในการนำไปใช้เหมาะสมกับบริบทมากขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลให้หลังการทดลองคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง การทำงานของไตหลังการทดลองดีขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แนวทางการดูแลรักษา (CPG, Clinical Pathway, CNPG) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่สอน-สาธิต แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 3 ครั้งเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเอง การป้องกัน การสังเกตภาวะแทรกซ้อน และมีการประสานงานให้ให้นักโภชนาการสอนเรื่อง อาหารโรคไตวายเรื้อรัง โดยผู้ป่วยต้องผ่านเกณฑ์การ สอน จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาในการสอนและควิสิทัศน์ ครั้งละ 45-60 นาที จนมั่นใจว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะ สามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค

เช่น การรับ ประทานอาหารรสจืด โปรตีนต่ำ การได้รับยาต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดการกับปัญหาต่างๆ การวางแผนและช่วยเหลือ แก่ปัญหาด้านต่างๆให้ผู้ป่วย เช่น การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ส่งปรึกษาเภสัชกร การรับ ประทานอาหารไม่ถูกต้องส่งปรึกษาโภชนาการ เป็นต้น เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ โดยการโทรศัพท์ปรึกษาเมื่อมี ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามผลของการจักระบบบริการพยาบาลฯ นี้ ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ต้องควบคุมอาหารอยู่แล้ว ทำให้ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ (Mean S.D.= 17.46 , 7.96) หลังจากการจักระบบบริการพยาบาลนี้ มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานกับ นักโภชนาการเพื่อให้ความรู้ในการควบคุมอาหารไขมัน และแบ่งส่งผลให้ดัชนีมวลกายไม่เปลี่ยนแปลง ประกอบกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักเบื่ออาหารและต้องควบคุมอาหาร ประเภทไขมัน แบ่ง และจำกัดโปรตีนส่งผลให้ดัชนีมวลกายไม่เปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในพื้นที่อื่นๆ และโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากการ พัฒนาระบบบริการดังกล่าว ทำให้เกิดความ รู้สึกเป็นเจ้าของ ประกอบกับมีการประยุกต์ใช้แนวคิด การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมด้วย ทำให้มีพยาบาล เป็นแกนนำในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วย ทำให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งด้านคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกควรขยายผลงานวิจัย โดยการเก็บผลลัพธ์ อื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ เป็นต้น เพื่อ ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบริการ พยาบาลดังกล่าวข้างต้น และการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมด้วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ พูนพานิชย์. (2549).ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตวายที่รักษาแบบประคับประคอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต 40(5): 5-18.
- จิราภรณ์ ศรีไทย (2543) ผลของการจัดการรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต .วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยลัย 40(5): 5-18
- จันจิรา ฉายส่อง.(2551).ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาลัยธุรกิจบัณฑิต เชียงใหม่.



- จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2543). **Clinical Practice Guidelines: การจัดทำและการนำไปใช้**. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- จินตนา ตั้งมั่น และโยทยา ภคพงศ์.(2555).การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมิน ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.สารนิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน,คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ฉวีวรรณ ธงชัย . (2548). **การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline development)**. วารสารการพยาบาล, 20(2), 63-74.
- ธัญญารัตน์ อีรพรเลิศรัฐ. (2556).**ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน** โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิคนรินทร์. กรุงเทพฯ: บริษัทเฮลท์เวิร์คจำกัด.
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก (2547) **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี** วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย12(1): 50-56.
- ประจวบ สุขสัมพันธ์, ประภา ลิ้มประสูตร และประนอม โอทกานนท์. (2551).**ผลของระบบการ พยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง** วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยนเรศวร 2(ฉบับพิเศษ):52-64
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558).**สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย**. วารสารกรมการแพทย์, 40(5): 5-18.
- ปญญิตา วัจนละอานนท์ (2563) . **การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง** โรงพยาบาลโนนสูง วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 5 (2) ; 147-154
- ราณี อรรถพานุรักษ์ และอนัญญา มานิตย์ .(2558) **การพัฒนาบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี** โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี วารสารพยาบาลหัวใจและทรวงอกปีที่26ฉบับที่1 มกราคม-มิถุนายน2558 ; 133-148
- สุภาพร องค์สุริยานนท์. (2551).**การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง** โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 6(1): 32-38.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2555).**แนวทางการคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.**
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559).**สถิติสาธารณสุข ปี 2559**.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ 2545 **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย** .เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง
- AmericanKidney Fund. (2012). **Kidney Disease Statistics** (A. K. Foundation, Trans.).
- Dorothea E. Orem, Susan G. Taylor, &Kathie McLaughlin Renpenning. (2001). **Nursing Concept of Practice** (6 ed.). St. Louis, Missouri: A Harcourt HealthSciences Company.
- Jacob Cohen.(1988).**StatisticalPower-Analysis fortheBehavioralSciences**. New York: Department of Psychology New York University.
- National Center forChronic Disease Prevention and Health Promotion. (2014). **National Chronic Kidney Disease Fact Sheet**: CDC.
- Yue-Xian Shi, Xiao-Yan Fan, Hui-Juan Han, Qiu-Xia Wu, Hong-Jun Di, Ya-Hong Hou, & YueZhao. (2013). **Effectiveness of a nurse-led intensive educational programme on chronic kidney failure patients with hyperphosphataemia: randomised controlled trial**. Journal of clinical Nursing, 22, 1189-1197.
- Zarica Kauric-Klein. (2012). **Improvingblood pressure control in end stage renal disease througha supportive educative nursingintervention**. Nephrology NursingJournal, 39, 217-228.

ผลของการให้ erythropoietin กับการให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาล สามพราน จังหวัดนครปฐม

Effects of erythropoietin and Blood transfusion in chronic kidney disease patients stage 4th and 5th Samphran Hospital Nakhon Pathom Province.

(Received: October 12,2020; Accepted: November 20,2020)

อัญชณา มณีงาม พ.บ.

Anchana Maneengam M.D.

โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

Samphran Hospital Nakhon Pathom Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และเปรียบเทียบผลของการให้ erythropoietin และการให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือน กันยายน 2563 จำนวน 65 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า การเปรียบเทียบค่า eGFR และ Hct ก่อนและหลังการให้ erythropoietin ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ค่า Hct มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value มีค่าเท่ากับ .003) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการให้ erythropoietin ส่วนค่า eGFR ไม่พบความแตกต่างกัน และก่อนและหลังการให้ เลือด ค่า eGFR และ Hct ไม่มีความแตกต่าง นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการให้ erythropoietin และการให้เลือด ค่า Hct มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value มีค่าเท่ากับ .004) โดยที่ ค่า Hct หลังการให้ erythropoietin มีค่ามากกว่า หลังการให้เลือด

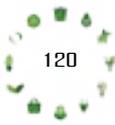
คำสำคัญ : ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 , eGFR และ Hct

ABSTRACT

This research was retrospective research aimed to studied and compare Effects of erythropoietin and Blood transfusion in chronic kidney disease patients stage 4th and 5th Samphran Hospital Nakhon Pathom Province. Sample size were 65 chronic kidney disease patients stage 4th and 5th who received service at Samphran Hospital Nakhon Pathom Province between October 2019 and September 2020. Data were collected by medical record. Data were analyzed by Frequency Distribution , Percentage , Mean , Standard Deviation and Inferential Statistics namely Dependent t-test and Independent t-test

The study found that comparison of eGFR and Hct values before and after treatment by erythropoietin in chronic kidney disease patients stage 4th and 5th of Samphran Hospital Nakhon Pathom Province, Hct values were different with statistical significance at the .05 level (p-value = .003). With a higher average than before erythropoietin. The eGFR value did not find any difference. And before and after blood transfusion eGFR and Hct values were not different. It was also found that after treatment by erythropoietin and blood transfusion Hct values differed statistically at a .05 level (p-value = .004) Hct values after treatment by erythropoietin more than after blood transfusion.

Keyword : chronic kidney disease patients stage 4th and 5th , eGFR and Hct



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง chronic kidney disease เป็นปัญหาที่สำคัญของโลก และของประเทศไทย เพราะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการศึกษาจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีความชุกของโรคจาก 12.3% ของประชากรในปีพ.ศ.2531-2537 เพิ่มขึ้นเป็น 14% ของประชากรในปีพ.ศ.2548-2553 (U.S. Renal Data System, 2013) ในทวีปเอเชีย จากการศึกษาในประเทศไต้หวัน ปี 2549 (Hsu CC and other, 2006) พบความชุกโรคไตเรื้อรัง (ระยะ 3-5) 6.9% จากการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ ปี 2552 (Kim S and other, 2009)

ประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคไตจากข้อมูลการศึกษาผู้ป่วยโรคไตในระยะก่อนการฟอกเลือดในประเทศไทย (Chittinandana A and other, 2006; Perkovic V and other, 2008; Ong-ajyooth L and other, 2009) พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังพบได้ตั้งแต่ 4.6% จนถึง 17.5% สำหรับโรคไม่ติดต่อกรรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคนเทียบได้ว่าใน 100 คนพบคนที่เป็โรคไตเรื้อรังถึง 17 คนในจำนวนนั้นเป็นผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 200,000 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 2.5 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด แนวโน้มของผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีละกว่า 7,800 รายโดยมีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตถึง 70,000 ราย

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบจึงได้ทำการศึกษาผลของการให้ erythropoietin กับกาให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม เพื่อทราบถึง ผลของการให้ erythropoietin และผลของการให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 และเป็นทางเลือกในการเพิ่มค่า eGFR และ ค่า Hct ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา ผลของการให้ erythropoietin ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษา ผลของการให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

3. เพื่อเปรียบเทียบ ผลของการให้ erythropoietin กับกาให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยผลของการให้ erythropoietin กับกาให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective research) เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือน กันยายน 2563 ทำการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือน กันยายน 2563 จำนวน 65 คน โดยแบ่งเป็น

2.1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่ได้รับ erythropoietin จำนวน 33 คน

2.2 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่ได้รับเลือด จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยผลของการให้ erythropoietin กับกาให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective research) เก็บข้อมูล จากเวชระเบียนโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. เก็บข้อมูลผลการให้ erythropoietin กับกาให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือน กันยายน 2563
2. วิเคราะห์ข้อมูลผลการให้ erythropoietin กับกาให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือน กันยายน 2563
3. สรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ Dependent t-test และ Independent t-test

การพหุคูณสิทธิ์

การวิจัยเรื่องผลของการให้ erythropoietin กับการให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม มีการพหุคูณสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักการของจริยธรรมงานวิจัย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่า eGFR และ Hct ก่อนและหลังการให้ erythropoietin ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม (Dependence t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
eGFR	11.76	7.62	11.94	8.79	32	-.286	.776	-1.425	1.074
Hct	26.89	3.71	29.55	4.38	32	-3.239	.003	-4.328	-.9861

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่า eGFR และ ก่อนและหลังการให้ erythropoietin ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า ค่า Hct มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value มีค่าเท่ากับ .003)โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการให้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับ erythropoietin ส่วนใหญ่ เป็นเพศ หญิง (ร้อยละ 69.7) ป่วยเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 39.4) ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 100.0) และมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 69.5 ± 13.5 ปี ส่วน กลุ่มตัวอย่างที่รับ เลือด ส่วนใหญ่ เป็นเพศ หญิง (ร้อยละ 57.6) ป่วยเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 57.6) ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 97.0) และมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 67.7 ± 16.2 ปี

2. การเปรียบเทียบค่า eGFR และ Hct ก่อนและ หลังการให้ erythropoietin และการให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

2.1 การเปรียบเทียบค่า eGFR และ Hct ก่อน และหลังการให้ erythropoietin ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

erythropoietin (t มีค่าเท่ากับ -3.239) ส่วนค่า eGFR ไม่พบความแตกต่างกัน

2.2 การเปรียบเทียบค่า eGFR และ Hct ก่อน และหลังการให้ เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

ตาราง 4.3 การเปรียบเทียบค่า eGFR และ Hct ก่อนและหลังการให้ เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม (Dependence t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
eGFR	10.64	8.45	11.28	9.19	31	-1.022	.315	-1.909	.63485
Hct	25.22	4.54	25.98	5.19	31	-.785	.438	-2.667	1.1844

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.3 การเปรียบเทียบค่า eGFR และ Hct ก่อนและหลังการให้ เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า ค่า eGFR และ Hct ไม่มีความแตกต่าง

3. การเปรียบเทียบค่า eGFR และ Hct ระหว่าง การให้ erythropoietin และการให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ก่อนและหลัง

ตาราง 4.4 การเปรียบเทียบค่า eGFR ระหว่างการให้ erythropoietin และการให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ก่อนและหลัง (Independence t-test)

ตัวแปร	erythropoietin		การให้เลือด		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ก่อน	11.76	7.62	10.64	8.45	63	.563	.576	-2.885	5.1109
หลัง	11.94	8.79	11.28	9.19	63	.296	.768	-3.787	5.1194

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.4 การเปรียบเทียบค่า eGFR ระหว่างการให้ erythropoietin และการให้เลือด ใน

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ก่อนและหลัง พบว่า ไม่มีความ

แตกต่างกัน

ตาราง 4.5 การเปรียบเทียบค่า Hct ระหว่างการให้ erythropoietin และการให้เลือด ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ก่อนและหลัง (Independence t-test)

ตัวแปร	erythropoietin		การให้เลือด		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ก่อน	26.89	3.71	25.22	4.54	63	1.625	.109	-3.841	3.72371
หลัง	29.55	4.38	25.98	5.19	63	3.010	.004	1.2052	5.96639

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.5 การเปรียบเทียบค่า Hct ระหว่าง การให้ erythropoietin และการให้เลือด ในผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัด นครปฐม ก่อน และ หลัง พบว่า หลัง การให้ erythropoietin และการให้เลือด ค่า Hct มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value มีค่าเท่ากับ .004) โดยที่ ค่า Hct หลังการให้ erythropoietin มีค่ามากกว่า หลังการให้เลือด (t มีค่า เท่ากับ 3.010)

อภิปรายผล

จากข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับ erythropoietin ส่วนใหญ่ เป็นเพศ หญิง (ร้อยละ 69.7) ป่วยเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 39.4) ป่วยเป็นความดันโลหิต สูง (ร้อยละ 100.0) และมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 69.5 ± 13.5 ปี ส่วน กลุ่มตัวอย่างที่รับ เลือด ส่วนใหญ่ เป็นเพศ หญิง (ร้อยละ 57.6) ป่วยเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 57.6) ป่วยเป็น ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 97.0) และมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 67.7 ± 16.2 ปี ซึ่งตรงข้อมูลของ การศึกษาของ Thai SEEK Project (2010) โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี 2552 ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไต วายเรื้อรังได้แก่ อายุ เพศ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยความชุกของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุเทพ จันทร์เมธิกุล (2554 :

1-42) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตเรื้อรังใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในโรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 209 ราย พบว่าอายุ เฉลี่ย 58 ปี ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 8 ปี อัตรา การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 62 ค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 7.6 % สามารถควบคุมระดับ HbA1c <7% ร้อยละ 43.5 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ <130/80 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 76.6 สามารถควบคุม ระดับ LDL cholesterol < 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 48.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดไตเรื้อรัง ได้แก่ ความ ดันโลหิตตัวบน (OR 1.03; 95% CI, 1.01 - 1.05) ความ ดันโลหิตตัวล่าง (OR 0.96; 95% CI, 0.93 - 0.99) ค่า cholesterol total (OR 1.02; 95% CI, 1.01-1.04) ค่า LDL cholesterol (OR 0.98; 95% CI, 0.97-0.99) ค่า HbA1c (OR 1.25; 95% CI, 1.04-1.51)

การให้ erythropoietin ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของ Hct เพราะ หลังการให้ erythropoietin ในผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โรงพยาบาลสามพราน จังหวัด นครปฐม พบว่า ค่า Hct มีความแตกต่างกัน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value มีค่าเท่ากับ .003) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการให้ erythropoietin และ หลังการให้ erythropoietin และ การให้เลือด ค่า Hct มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ค่า Hct หลังการให้

erythropoietin มีค่ามากกว่า หลังการให้เลือด ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีการสูญเสียเซลล์ และการทำงานของไตลดลงอย่างมาก ทำให้มีเซลล์ที่สร้าง erythropoietin ในไตไม่เพียงพอในการสร้าง erythropoietin ในเลือด ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ดังนั้น การให้ erythropoietin จึงส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของ Hct

การให้ erythropoietin และการให้เลือด เพื่อเพิ่ม Hct ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ทำให้ลดอาการจากภาวะซีด แต่ไม่ส่งผลเรื่อง eGFR ที่ดีขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อโรคไตวายเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

1. Erythropoietin มีผลต่อ Hct ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีดดีขึ้น แต่ทั้งนี้ไม่มีผลด้าน eGFR ที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรพิจารณาความเหมาะสมเป็นรายบุคคล
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อ eGFR และ Hct ร่วมกับการให้ erythropoietin ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- U.S. Renal Data System, USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2013.
- Hsu CC, Hwang SJ, Wen CP, Chang HY, Chen T, Shiu RS, et al. High prevalence and low awareness of CKD in Taiwan: a study on the relationship between serum creatinine and awareness from a nationally representative survey. *Am J Kidney Dis* 2006; 48: 727-38.
- Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study , Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan A, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, Ongaiyooth L, Vanavanan S, Sirivongs D, Thirakhupt P, Mittal B, Ajay K. Singh, the Thai-SEEK Group, *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 25, Issue 5, May 2010, Pages 1567–1575
- Kim S, Lim CS, Han DC, Kim GS, Chin HJ, Kim SJ, et al. The prevalence of chronic kidney disease (CKD) and the associated factors to CKD in urban Korea: a population-based cross-sectional epidemiologic study. *J Korean Med Sci* 2009; 24: S11-21.
- Perkovic V, Cass A, AA Patel AA, Suriyawongpaisal P, Barzi F, Chadban S, MacMahon S, Neal B, on behalf of the InterASIA Collaborative Group. High prevalence of chronic kidney disease in Thailand. *Kidney Int* 2008 ; 73 : 473-9.
- Ong-ajyooth L, Vareesangthip K, Khonputsa P, Aekplakorn W. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults : a national health survey. *BMC Nephrol* 2009 ; 10 : 35.
- Chittinandana A, Chailimpamontree W, Chaloeiphap P. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adult population. *J Med Assoc Thai* 2006 ; 89 (Suppl 2) : S112-20.
- Sookprasert A, Chansung K, Sirijerachai C.(2000). Clinical Use of Erythropoietin, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen

ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) Factors affecting to Cephalopelvic disproportion (CPD)

(Received: October 26,2020; Accepted: November 25,2020)

นนทพงษ์ ยศวิจิตร พ.บ.

Nontapong Yossavijit

โรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

Nam Yuen Hospital Ubon Ratchathani Province

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่โรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ที่มาคลอดระหว่าง เดือน มิถุนายน 58 – กันยายน 61 จำนวน 129 คน เก็บรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียนการคลอด วิเคราะห์ข้อมูล โดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ logistic regression

ผลการศึกษา พบว่า สภาวะสุขภาพมารดาโดยการผ่าคลอด ตอนตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ อายุต่ำกว่า 24 ปี (ร้อยละ 5.35) ส่วนสูงระหว่าง 150 – 159 ซม. (ร้อยละ 53.5) การคลอดครั้งแรก (ร้อยละ 64.8) น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่าง 12 – 22 กก. (ร้อยละ 63.4) และ Height of fundus ต่ำกว่า 34 (ร้อยละ 43.4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) ได้แก่ ส่วนสูง ต่ำกว่า 150 ซม. มีโอกาสเสี่ยง CPD 1.463 เท่า การคลอดครั้งแรก มีโอกาสเสี่ยง CPD 6.206 เท่า และ Height of fundus มากกว่า 34 ซม. มีโอกาสเสี่ยง CPD 4.671 เท่า

คำสำคัญ : Cephalopelvic disproportion (CPD)

ABSTRACT

This research was retrospective aimed to studied Factors affecting to Cephalopelvic disproportion (CPD). Sample size were 129 Pregnant women who came to give birth at Nam Yuen Hospital Ubon Ratchathani Province between June 2015 - September 2018. Data were collected by birth medical record. Data were analyzed by Frequency Distribution , Percentage and Inferential Statistics namely logistic regression.

The study found that maternal health conditions by caesarean section during most pregnancies age under 24 years (5.35 percent) height between 150 - 159 cm (53.5%), first birth (64.8%), weight gain during pregnancy between 12-22 kg (63.4%) and Height of fundus lower than 34 (43.4%). Factors affecting to Cephalopelvic disproportion (CPD) were Height under 150 cm was 1.463 times more likely to be at risk of CPD. First birth was 6.206 times more likely to be at risk of CPD. And Height of fundus greater than 34 cm., 4.671 times more likely to risk CPD.

Keyword : Cephalopelvic disproportion (CPD)

บทนำ

ปัญหาเชิงกรานแคบเป็นภาวะฉุกเฉินและปัญหาแทรกซ้อนที่พบมากอันดับ 1 ในการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และขณะนี้ประเทศไทยมีหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรปีละประมาณ 8 แสนคน ซึ่งหากตรวจพบช้า จะส่งผลให้ทารกมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในขณะคลอดและเสียชีวิตได้ ส่วนแม่อาจ

ทำให้เจ็บครรภ์เนิ่นนานกว่าปกติ อัตราการเจ็บป่วย การตายของมารดาสูงขึ้น และมารดาที่มีภาวะนี้ มีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับการคลอดของตนเองว่าจะสามารถคลอดได้เองทางช่องคลอดได้หรือไม่ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) เป็นภาวะที่มีความแตกต่างของขนาดศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอด

ได้ หรืออาจเกิดจากการที่ทารก มีการบิด หรืองอทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางของศีรษะใหญ่เกินกว่าจะผ่านช่องเชิงกรานลงมาได้ (Kovavisarach E, Buddeewong P, 2010) การดูแลภาวะการผิดส่วนของศีรษะทารกและอุ้งเชิงกรานเป็นสิ่งที่ทำหายในการดูแลมารดาและทารก เนื่องจากต้องตัดสินใจระหว่างการรอสำหรับการคลอดทางช่องคลอดต่อหรือตัดสินใจผ่าตัดคลอด ในปัจจุบันแม้การผ่าตัดจะปลอดภัยมากขึ้น แต่ความเสี่ยงในการผ่าตัดคลอดและการดมยาสลบก็ยังคงสูงกว่าการคลอดเองทางช่องคลอด หากแต่การตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมร่วมกับการเกิดผลลัพธ์ของการดูแลคลอดที่ไม่ดี มารดาหรือทารกเสียชีวิต การฟ้องร้องก็จะติดตามมาและส่งผลกระทบต่อชีวิตการเป็นแพทย์ให้ผู้บริการการคลอด การระงับถึงสาเหตุ การวินิจฉัยและแนวทางการดูแลการคลอดยากหรือการคลอดติดขัดจึงเป็นสิ่งที่เป็นที่แพทย์ควรต้องศึกษา และปรึกษาผู้ที่มีความชำนาญกว่าในกรณีมีปัญหาในการตัดสินใจ (Mancuso, M.S. and D.J. Rouse, 2008)

โรงพยาบาลน้ำเย็นเป็นโรงพยาบาลชุมชน ที่ไม่ได้มีสูติแพทย์ประจำ การให้บริการการคลอดทำได้เฉพาะการคลอดตามปกติ หากมีภาวะแทรกซ้อนหรือต้องได้รับการรักษาด้วยการช่วยคลอด ทางโรงพยาบาลน้ำเย็นจำเป็นต้องส่งต่อคนไข้ไปที่โรงพยาบาลที่ใหญ่ขึ้น จากสถิติของโรงพยาบาลน้ำเย็น มีการคลอดประมาณ 500 คนต่อปี มีการส่งตัว ต่อประมาณ 70 คนต่อปี และ การวินิจฉัยที่ต้องส่งต่อด้วยภาวะ CPD มีจำนวนประมาณ 20-50 คนต่อปี เห็นได้ว่าการส่งตัวด้วย CPD พอควร ประมาณ 10 % ของผู้ที่มาคลอด ซึ่งการวินิจฉัย CPD ให้แม่นยำนั้นทำได้ยากและต้องอาศัยประสบการณ์ ความชำนาญในการรักษาเพื่อที่จะให้การวินิจฉัย ซึ่งการให้การวินิจฉัยที่ล่าช้าทำให้มีการคลอดที่ยากและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่นการคลอดติดไหล่ หรือการคลอดขณะส่งต่อ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) เพื่อทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) เพื่อนำไปกำหนดรูปแบบในการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD)

รูปแบบงานวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) มีรูปแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective) ระหว่าง เดือน มิถุนายน 58 – กันยายน 61 โดยศึกษาปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) ได้แก่ อายุของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนสูง การตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์ Height of fundus และผลการคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี ที่มาคลอดระหว่างเดือน มิถุนายน 58 – กันยายน 61 จำนวน 129 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียนการคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD)
2. เก็บรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี ที่มาคลอดระหว่างเดือน มิถุนายน 58 – กันยายน 61 ซึ่งเป็นปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) ได้แก่ อายุของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนสูง การคลอด น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์ Height of fundus และติดตามผลการคลอด
3. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจก



แจ้งความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ logistic regression

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ อายุต่ำกว่า 24 ปี (ร้อยละ 58.1) ส่วนสูง

ระหว่าง 150 – 159 ซม. (ร้อยละ 56.6) การคลอดครั้งแรก (ร้อยละ 58.1) น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่าง 12 – 22 กก. (ร้อยละ 62.8) Height of fundus ต่ำกว่า 34 (ร้อยละ 43.4) และ ผ่าคลอด (ร้อยละ 55.0)

2. สภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอด โดยการผ่าคลอด พบว่า มารดาหลังคลอด ตอนตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ อายุต่ำกว่า 24 ปี (ร้อยละ 5.35) ส่วนสูงระหว่าง 150 – 159 ซม. (ร้อยละ 53.5) การคลอดครั้งแรก (ร้อยละ 64.8) น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่าง 12 – 22 กก. (ร้อยละ 63.4) Height of fundus ต่ำกว่า 34 (ร้อยละ 43.4)

3. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD)

ตัวแปร	level	ODDs ratio	p-value	95%CI	
				lower	upper
อายุของหญิงตั้งครรภ์	ต่ำกว่า 24 ปี	.654	.240	.321	1.329
	ระหว่าง 25-34 ปี อายุ	.977	.076	.931	4.209
	มากกว่า 34 ปี	.517	.326	.139	1.929
	มากกว่า 24 ปี	.971	.941	.448	2.106
ส่วนสูง	ต่ำกว่า 150 ซม.	4.427	.008	1.463	13.397
	ระหว่าง 150 – 159 ซม.	.757	.437	.375	1.528
	สูงกว่า 159 ซม.	.704	.419	.301	1.649
	ต่ำกว่า 159 ซม.	.920	.419	.606	3.323
การคลอด	ครั้งแรก	6.206	.000	2.453	15.701
น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์	น้อยกว่า 12 กก.	.984	.965	.469	2.062
	ระหว่าง 12 – 22 กก.	.706	.345	.342	1.456
	มากกว่า 22 กก.	3.337	.286	.364	30.607
	มากกว่า 12 กก.	.917	.955	.485	2.131
Height of fundus	ต่ำกว่า 34 ซม.	.793	.516	.394	1.597
	34 ซม.	.927	.952	.437	2.411
	มากกว่า 34 ซม.	4.671	.002	1.800	12.123
	34 ซม.ขึ้นไป	.789	.516	.626	2.540

ตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) ได้แก่ ส่วนสูงต่ำกว่า 150 ซม. มีโอกาสเสี่ยง CPD 1.463 เท่า การคลอดครั้งแรก มีโอกาสเสี่ยง CPD 6.206 เท่า และ Height of fundus มากกว่า 34 ซม. มีโอกาสเสี่ยง CPD 4.671 เท่า

การอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) พบว่า ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ อายุต่ำกว่า 24 ปี (ร้อยละ 58.1) ส่วนสูงระหว่าง 150 – 159 ซม. (ร้อยละ 56.6) การคลอดครั้งแรก (ร้อยละ 58.1) น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่าง 12 – 22 กก.

(ร้อยละ 62.8) Height of fundus ต่ำกว่า 34 (ร้อยละ 43.4) และ ผ่าคลอด (ร้อยละ 55.0) สำหรับสภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอด โดยการผ่าคลอด พบว่า มารดาหลังคลอด ตอนตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ อายุต่ำกว่า 24 ปี (ร้อยละ 5.35) ส่วนสูงระหว่าง 150 – 159 ซม. (ร้อยละ 53.5) การคลอดครั้งแรก (ร้อยละ 64.8) น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่าง 12 – 22 กก. (ร้อยละ 63.4) Height of fundus ต่ำกว่า 34 (ร้อยละ 43.4) และ ผ่าคลอด (ร้อยละ 40.8) สภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอด โดยการผ่าคลอด พบว่า มารดาหลังคลอด ตอนตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ อายุต่ำกว่า 24 ปี (ร้อยละ 5.35) ส่วนสูงระหว่าง 150 – 159 ซม. (ร้อยละ 53.5) การคลอดครั้งแรก (ร้อยละ 64.8) น้ำหนักที่เพิ่มระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่าง 12 – 22 กก. (ร้อยละ 63.4) Height of fundus ต่ำกว่า 34 (ร้อยละ 43.4) และ ผ่าคลอด (ร้อยละ 40.8) ปี จ จ ย ที่ ส ง ผล ต อ ภ า ว ะ Cephalopelvic disproportion (CPD) ได้แก่ ส่วนสูง ต่ำกว่า 150 ซม. มีโอกาสเสี่ยง CPD 1.463 เท่า การคลอดครั้งแรก มีโอกาสเสี่ยง CPD 6.206 เท่า และ Height of fundus มากกว่า 34 ซม. มีโอกาสเสี่ยง CPD 4.671 เท่า สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วันชัย เวียนวิเศษ (2011) ได้ศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของการผ่าตัดคลอดจากภาวะผิวดัดส่วนระหว่างศีรษะทารกและเชิงกรานในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยคลอดบุตร ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงสำหรับการผ่าตัดคลอดจากภาวะผิวดัดส่วนระหว่างศีรษะทารกและเชิงกรานที่พบว่ามีนัยสำคัญ คือ คือความสูงของมารดาที่เท่ากับ หรือน้อยกว่า 154 เซนติเมตร (OR 2.89, 95%CI 2.12-3.95) น้ำหนักที่

เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ 16 กิโลกรัม ขึ้นไป (OR 0.51, 95%CI 0.36-0.73) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ที่มากกว่า 25 กก/ม.2 (OR 0.61, 95%CI 0.47-0.80) ดัชนีมวลกายก่อนคลอดที่มากกว่า 25 กก/ม.2 (OR 0.48, 95%CI 0.38-0.60) และความสูงระหว่างกระดูกหัวหน้าถึงยอดมดลูกตั้งแต่ 33 เซนติเมตรขึ้นไป (OR 0.37, 95%CI 0.27-0.50) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ ศักดิ์สว่างษ์ (2018) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและคะแนนความเสี่ยงของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะผิวดัดส่วนระหว่างศีรษะทารกและเชิงกราน ที่โรงพยาบาลกุมภวาปี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญต่อการเกิดภาวะ CPD คือ ความสูงของมารดา < 150 ซม. (OR = 9.52, 95% CI = 2.29-39.50) การตั้งครรภ์ครั้งแรก (OR = 3.78, 95% CI = 1.21-11.86) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ \geq 15 กก. (OR = 5.03, 95% CI = 1.65-15.38) ความสูงของยอดมดลูก \geq 35 ซม. (OR =80.77, 95% CI = 25.01-260.81) น้ำหนักของทารก \geq 3,500 กรัม (OR = 9.78, 95% CI = 3.33-28.69)

ข้อเสนอแนะ

- 1.การเฝ้าระวัง ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) มีปัจจัยที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ส่วนสูง ต่ำกว่า 150 ซม. การคลอดครั้งแรก และ Height of fundus
2. ควรมีการศึกษาแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัย ได้แก่ ส่วนสูง ต่ำกว่า 150 ซม. การคลอดครั้งแรก และ Height of fundus เพื่อป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์

เอกสารอ้างอิง

- Kovavisarach E, Buddeewong P. (2010) Diagnosis of Cephalopelvic Disproportion or Failure to Progress of Labor in Rajavithi Hospital Compare with The Criteria of Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology Vol 18: p. 77-81.
- Mancuso, M.S. and D.J. Rouse, Cesarean delivery for abnormal labor. Clin Perinatol, 2008. 35(3): p. 479-90, ix.
- วันชัย เวียนวิเศษ (2011). ปัจจัยเสี่ยงของการผ่าตัดคลอดจากภาวะผิวดัดส่วนระหว่างศีรษะทารกและเชิงกรานในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยคลอดบุตร ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol. 19, pp. 158-164
- สมบัติ ศักดิ์สว่างษ์ (2018). ปัจจัยเสี่ยงและคะแนนความเสี่ยงของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะผิวดัดส่วนระหว่างศีรษะทารกและเชิงกราน ที่โรงพยาบาลกุมภวาปี J Med Health Sci Vol.25 No.2 30 – 42

แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Nursing Practice Guideline for Cancer Pain Management with Palliative care of Community Hospital, Kalasin Province

(Received: October 14,2020; Accepted: November 23,2020)

มนตร์รัตน์ ภูทองชัย พย.ม

Monrat Phukongchai MSN.

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Professional nurse Nongkungsri Hospital Kalasin Province.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (2000) เป็นกรอบแนวคิด ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรายงานอาการปวดไม่ถูกต้องทำให้ได้รับการจัดการอาการปวดไม่เหมาะสมระบบบริการไม่มีแนวทางการจัดการความปวด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจน สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 14 เรื่อง เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 3 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 2 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย 2 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2 เรื่อง แนวปฏิบัติทางคลินิก 4 เรื่อง ได้แนวปฏิบัติประกอบการประเมินความปวด การจัดการอาการปวด การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลการจัดการอาการปวด การให้ความรู้การจัดการอาการปวด ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลและการดูแลต่อเนื่อง และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.93 ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงร้อยละ 100 ต่อผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเป็นระบบ คะแนนความปวดลดลงภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ จาก 7.32 เป็น 2.20 ความรุนแรงของระดับความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งหลังใช้แนวปฏิบัติระดับสูงมากผู้ป่วยและครอบครัว มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

This study aims to develop a clinical nursing practice guideline for cancer pain management with palliative care of community hospital. The model of the center for advanced nursing practice evidence-based practice by Soukup (2000) was used a conceptual framework. Result show that older persons with cancer pain behaviors were inappropriate and nursing care was lacked of clinical practice guideline for pain management with palliative care, Fourteen studies were including three systematic review and meta-analysis, two randomized controlled trial, two descriptive, one quasi-experimental study, two CNPGs and four CPGs. The content of this guideline was validated by five experts and the index of content validity was 0.93 and the evaluations of clarity of clinical nursing practice guideline feasibility were 100 %. The findings were revealed that severity of pain were improved and very satisfaction. Further improved and update, outcome research to test the effectiveness of the clinical nursing practice guideline are suggested.

Keywords: clinical nursing practice guideline, cancer pain management, palliative care

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และของประเทศไทย ข้อมูลองค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายลำดับ 2 ของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ,2561) ประเทศไทย พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน โรคมะเร็งเป็นอันดับ 4 อัตรา 3,190.57 และเป็นสาเหตุของการตายอันดับแรก ในอัตรา 117.7 ต่อแสนประชากร² สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์พบอัตราการตายโรคมะเร็งปี 2558-2560 ในอัตรา 79.94 ,87.58,86.2 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราการตายที่สูงส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในขณะที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามและแพร่กระจายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้อาการ และอาการแสดงของโรครุนแรงมากขึ้นจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และระยะสุดท้าย คือ อาการปวด หอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด สับสน ท้องผูก ปากแห้ง นอนไม่หลับ ซึ่งการรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับบอกรวมถึงเคมีบำบัด รังสีรักษา และการผ่าตัด เหล่านี้ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยเช่นกัน โดยพบอาการปวดร้อยละ 66.3(Lanker VA, Velghe A, Hecke VA ,2015) อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยี ก้าวหน้าในการรักษาแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (American Cancer Society-ACS ,2018)

การศึกษาปัญหาผู้ป่วยมะเร็งจากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์รายงานผู้ป่วยมะเร็ง ปีพ.ศ. 2558 - 2560 พบว่ามี จำนวน 455 ราย 560 ราย 730 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความทุกข์ทรมานจากปัญหาปวดโดยที่การจัดการความเจ็บปวดยังไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลไม่พึงพอใจต่อการบรรเทาความเจ็บปวด จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้บริการด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งยังไม่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติ โดยการนำความรู้ที่ได้จากผลการวิจัย ตำรา เอกสารวิชาการที่ผ่านการประเมินคุณภาพและระดับความเป็นไปได้ในการไปปฏิบัติมาใช้

อ้างอิงในการทำคู่มือ หรือ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล และต่อเนื่งที่บ้านซึ่งจะช่วยทำให้รูปแบบการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งเสริมให้การบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีส่วนร่วมและมีความพึงพอใจเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ด้านการลดความปวดของผู้ป่วย ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ขึ้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน ทีมผู้ปฏิบัติมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะสามารถแก้ปัญหาความหลากหลายในการปฏิบัติ และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตลอดจนเป็นการปรับปรุงคุณภาพการดูแลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย
 - 1.1 แบบประเมินระดับความปวด
 - 1.2 แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
 - 1.3 แบบแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ใช้เกณฑ์การใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์(ฟองคำ ติลกสกุลชัย ,2551)(. Melnyk BM, 2011) เพื่อประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ มีความตรงกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข ความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ที่จะนำ

แนวปฏิบัติไปใช้ รวมทั้ง ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการนำไปใช้

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการจัดการกับความเจ็บปวดที่พัฒนาขึ้น โดยโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ,2557)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ .แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้แบบแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

วิธีการดำเนินการศึกษา

การดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน 4 ระยะ

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence –trigger phase) ดำเนินการเดือนตุลาคม 2560โดยศึกษาขนาดของปัญหาผู้ป่วยโรคมะเร็งสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 20 ราย เพื่อทราบการรับรู้ปัญหาความปวด การจัดการบรรเทาอาการปวด การรับรู้การช่วยเหลือการบรรเทาอาการปวดสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ศึกษากระบวนการบริการปัญหาและความต้องการของบุคลากร โดยวิธีสำรวจความคิดเห็น สทนากลุ่มย่อย เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองรวมทั้งสังเกตแนวทางการปฏิบัติงานศึกษาจากแหล่งความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน โดยการทบทวน ตำรา งานวิจัยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแนวปฏิบัติทางคลินิก บทความงานวิจัย สังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานงานวิจัย

ระยะที่ 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence supported phase) ดำเนินการเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2560 กำหนด คำถามการทบทวน (review questions)เพื่อนำไปสู่การสืบค้น และคัดเลือกหลักฐาน สืบค้นรายงานการวิจัย (search strategy) หลักฐานเชิงประจักษ์จากผลงานวิจัย และแนวปฏิบัติที่มีอยู่เดิมกำหนดขอบเขตการสืบค้น กรอบการสืบค้นใช้ PICO framework(Melnyk BM ,2011) กำหนดแหล่งข้อมูลสืบค้นจากฐานข้อมูลสารสนเทศฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ สืบค้นด้วยมือ จากรายการเอกสารอ้างอิงงานหรือบรรณานุกรมของบทความงานวิจัย ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ กำหนดคำสำคัญ คือ Pain assessment & Pain instrument ,Pain management, Pain management &

complementary therapy, Pain management & CPG & CNPG, Palliative care, End of life care, Cancer pain ,Nursing practice guideline กำหนดเกณฑ์คัดเข้า(inclusion criteria) งานวิจัยได้แก่ งานทบทวนอย่างเป็นระบบหรืองานวิเคราะห์เมตา งานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยเชิงบรรยาย แนวปฏิบัติทางคลินิก แนวปฏิบัติการพยาบาลปี ค.ศ. 2014 - 2017 ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เกณฑ์คัดออก(exclusion criteria) คือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับเท้าเบาหวาน ตีพิมพ์ก่อนปี ค.ศ. 2014 ได้หลักฐานที่คัดเลือก 14 ฉบับ แบ่งออกเป็นหลักฐานระดับ 1 จำนวน10ฉบับ ระดับ 2 จำนวน3 ฉบับระดับ 7 จำนวน1ฉบับ แล้วนำมาประเมินระดับของข้อเสนอแนะตามความสามารถของการนำหลักฐานไปประยุกต์ใช้ ประยุกต์ใช้ (Grade of Recommendation) ตามเกณฑ์ของ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2009) สรุปว่าหลักฐานที่คัดสรรมาเป็นระดับ A จำนวน 11 เรื่อง ระดับ B จำนวน 3 เรื่อง ประเมินและวิเคราะห์คุณภาพของหลักฐาน/งานวิจัย (critical appraisal)ตามชนิดของหลักฐาน ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานตามเกณฑ์ของ เมลนิก และไฟเอท์-โอเวอร์ฮอลท์⁹ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ของโพลีท และคณะประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้ Appraisal of Guidelines for Research &Evaluation: AGREE¹⁰ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (evidence observed phase) ดำเนินการเดือน ธันวาคม 2560-เมษายน 2561 ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อชี้แจงขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและสร้างความเข้าใจ จากนั้นพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลยางตลาด โรงพยาบาลห้วยเม็ก โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี และโรงพยาบาลท่าคันโท 10 รายศึกษานำแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ไปทดลองใช้จริง 30 รายประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เกี่ยวกับความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสอดคล้อง ความเป็นจริง ความสะดวก

ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติจริง ประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามเกณฑ์ของ Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREE (The AGREE Collaboration ,2001) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการจัดการกับความเจ็บปวด

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence based phase) ดำเนินการเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2561 นำเสนอผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ ความชัดเจนและความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติ ข้อเสนอแนะและการปรับปรุง ต่อที่ประชุมโรงพยาบาลหนองกุงศรี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ โรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงมีนโยบายให้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลการนี้ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่มีการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติที่ยั่งยืน

ผลการศึกษา

1. ปัญหาผู้ป่วยมะเร็งที่ ขึ้นทะเบียนรับการรักษา โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2558 - 2560 พบว่ามี จำนวน 455 ราย 560 ราย และ 730 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากมีอาการปวดจากมะเร็ง จำนวน 229 ราย 250 ราย และ 300 รายตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ร้อยละ 83.88 เป็นผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการรับรู้ การรายงานอาการปวด และการบรรเทาอาการปวดไม่ถูกต้องทำให้ต้องทนทุกข์ทรมาน และกลัวปวดผลกระทบจากความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าใช้เวลารักษานาน เฉลี่ย 7 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (High Cost) เฉลี่ยต่อราย จาก 11,362 บาท เป็น 14,810 บาท มีความต้องการการดูแลเฉพาะแบบรายกรณี ผลกระทบ ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน กลัวความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ทำกิจวัตรประจำวัน เคลื่อนไหวประจำวันลดลง มีภาวะฟุ้งซัน ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลต้องหยุดงาน ทำให้เสียเวลา ขาดรายได้ เกิดความเครียด นอนไม่หลับ หน่วยงานไม่มีแนวทางการจัดการความปวด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจนจึงต้องการมีแนวปฏิบัติการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทางการพยาบาล

2. ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ 10 ฉบับ ประกอบด้วยหลักฐานที่ได้มาจากการหลักฐานที่ได้วรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์เมต้าของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 5 เรื่อง (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2561, GBD ; 2015 , Lanker VA, Velghe A, Hecke VA ; 2015, Wilkinson, S., Barnes, K., & Storey, L. ; 2008 ,อดิธยาณ์ ศรีเกษตรริน, เบญจพร รัชตารมย์, รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลป์กะ ,2557)งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง (วรรณพร พัฒนิบูลย์, จีรพันธ์ ประทุมอ่อน, จุฬาลักษณ์ แก้วมะไฟ. , 2555) งานวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง (Kravitz, R. L., Tancredi, D. J. ,2915) แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 4 เรื่อง (สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงค์. ; 2552, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. ; 2554 ,ภาวดี วิมลพันธ์ และคณะ. ; 2555 ,สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. ; 2558) แนวปฏิบัติทางคลินิก 3 เรื่อง (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. ;2556 ,สถาพร สีสานันท์กิจและคณะ ,2547) ประเมินระดับของหลักฐาน การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์ของ Agency for Healthcare Research and Quality (Agency for Healthcare Research and Quality ,2009) เป็นระดับ A จำนวน 11 เรื่อง ระดับ B จำนวน 3 เรื่อง วิเคราะห์และสรุปเป็นประเด็นหลักได้ 7 ประเด็น คือ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายต้องได้รับการประเมินอาการปวดแบบองค์รวม (Total pain) ทุกครั้งที่มาติดตามการรักษา 2) การประเมินอาการปวด การซักประวัติ ประเมินระดับความปวดชนิดของอาการ ลักษณะ ความหมายของความปวดและการตรวจร่างกาย 3) การจำแนกระดับความปวด (Pain scale) และบันทึกระดับคะแนนปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 4) แนวทางการจัดการอาการปวด 5) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลการจัดการความปวด 6) การให้ความรู้การจัดการอาการปวดแก่ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล 7) การดูแลต่อเนื่อง นำมาสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ พร้อมคู่มือการใช้แนวปฏิบัติมีรายละเอียดเนื้อหา ดังนี้

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

คำจำกัดความ



1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการปวด หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งมีอาการปวดอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง อาจปวดแบบเฉียบพลัน / เรื้อรัง หรือ ทั้ง 2 อย่าง อาการปวดสัมพันธ์กับการดำเนินโรค

2. การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง การจัดการความปวดแบบใช้ยา (Drug Pain relief) และ การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (Non - Drug Pain relief) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวด ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตามแนวปฏิบัติทางพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลสามารถดูแลจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่พัฒนาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ เป็นมาตรฐานเดียวกันเชื่อถือได้ ส่งผลให้มีการพัฒนาเชิงวิชาชีพและเป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการ

3. โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์มีแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นมาตรฐาน และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทำให้เกิดคุณภาพในการดูแลจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4. อัตราการรับเข้ารักษาในรพ. ด้วยปัญหาปวดลดลง ระยะเวลาอนรรพ. ลดลง

5. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองลดลง

ขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ 7 ขั้นตอนคือ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายต้องได้รับการประเมินอาการปวดแบบองค์รวม (Total pain) ทุกครั้งที่มาติดตามการรักษา 2) การประเมินความปวด ประกอบด้วย การซักประวัติ ประเมินระดับความปวด ชนิดของอาการ ลักษณะ ความหมายของความปวดและการตรวจร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เช่นวิตกกังวล กลัวถูกทิ้ง กลัวการสูญเสียบทบาท กลัวเสียชีวิต

3) การจำแนกระดับความปวด (Pain scale) และบันทึกระดับคะแนนปวดในใบ Graphic sheet (ฟอร์มปรอท) เป็นสัญญาณชีพที่ 5 เพื่อสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 4) แนวทางการจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยา/ แบบใช้ยา 5) ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลการจัดการความปวด

6) การให้ความรู้การจัดการอาการปวด ผู้ป่วย และญาติ ผู้ดูแล 7) การดูแลต่อเนื่อง

3. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ โดยผ่านการพิจารณาความเป็นไปได้ ผ่านการเตรียมความพร้อมของผู้ใช้แนวปฏิบัติ เครื่องมือ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน แนวปฏิบัติสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน อีกทั้งแนวปฏิบัติและชุดคู่มือการใช้แนวปฏิบัติมีความชัดเจน ภาษาที่เข้าใจง่าย ทำให้ลดอุปสรรค (Barriers) เกิดความร่วมมือที่ดีในการนำใช้แนวปฏิบัติ พบว่าผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจ ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายได้รับการบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ระดับความปวดลดลงอย่างชัดเจนจากปวดรุนแรง 7.32 คะแนน เมื่อประเมินความปวดซ้ำหลังการบรรเทาปวด ระดับความปวดลดลงเหลือเล็กน้อยเฉลี่ย 2.27 คะแนน ได้รับความสุขสบายไม่ทุกข์ทรมาน

4. การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน จากผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติที่มาจากกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ความชัดเจนของแนวปฏิบัติสามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือ ชิมขับเคลื่อนเปลี่ยนแปลงนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติที่ยั่งยืนเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

1. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ใช้กรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของชูคัพ 4 ระยะ คือ การค้นหาปัญหาทางคลินิกโดยใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ประสพการณ์ ความชำนาญทางคลินิกและความต้องการของผู้สูงอายุ (ฟองคำ ติลกสกุลชัย ,2551; Melnyk BM ,2011) ทำให้ปรากฏการณ์ที่ชัดเจน การสืบค้นอย่างเป็นระบบทำให้ได้หลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือ มีคุณภาพและทันสมัย เนื้อหาครอบคลุม นำมาสู่การสร้างแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ศิริบุรณนทร์(ศิริพร ศิริบุรณนทร์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, วรณีย์ สัตยวิวัฒน์ ,2551) ที่พบว่า การสืบค้นอย่างเป็นระบบจะทำให้ได้หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหามากที่สุด แนวปฏิบัติผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน การนำลงสู่การปฏิบัติใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ส (Roger LC ,2010) ผู้ศึกษาเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจโดยการอบรม (training) เตรียมพร้อมด้านเครื่องมือ

ได้แก่ จัดทำคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ แผนผังการไหลของงาน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชรัสนิกุล ยิ้มบุญณะ และคณะ(ชรัสนิกุล ยิ้มบุญณะ และคณะ ,2550) ที่พบว่า การสื่อสารผลงานวิจัยที่เป็นมิตร (friendly) ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ผู้บริหารให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการนำเสนอผลการพัฒนา ประกาศนโยบายส่งเสริมการนำผลวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติ การพยาบาล สร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ ส่งเสริมการปฏิบัติงานโดยทีมสหสาขาเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้เกิดการยอมรับในการนำผลวิจัยมาใช้มากยิ่งขึ้น เห็นผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง จึงเกิดการนำใช้แนวปฏิบัติที่ยั่งยืน

2.ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับระดับความปวด วิธีการ

บรรเทาปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดการกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก บุคลากรมีความพึงพอใจ หน่วยงานมีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน น่าเชื่อถือ ทำให้มีผลงานคุณภาพและหลักฐานการประกันคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความปวด ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

และนำไปใช้ได้จริง เนื่องจากมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากผลลัพธ์ด้านคุณภาพของแนวปฏิบัติ เนื้อหา มีความชัดเจน ครบถ้วน ภาษาเหมาะสม ความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ

1.สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของพยาบาล การจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ด้วยพยาบาลเป็นแกนหลักที่จะช่วยจัดการให้บรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวัง ตลอดจนพัฒนาความรู้ และทักษะเพื่อพัฒนาความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และเป็นแหล่งประโยชน์

2. ทำศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เทียบเคียงโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์

3.นำผลการพัฒนาไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายสุขภาพ เช่น รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องด้วยเป็นเครือข่ายรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- รายงานประจำปี. ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและการบำบัดโรคมะเร็ง หน่วยมะเร็งวิทยาสาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.(2561).
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข ปี 2560. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก.(2560).
- Lanker VA, Velghe A, Hecke VA, Verbrugghe M, Noorgate VN, Grypdonck M, et al. (2015). Prevalence of Symptoms in Older Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Systematic Review and Meta-Analysis, .47(1), 90-104.
- American Cancer Society-ACS.(2014). Cancer Facts & Figures. Retrived 2018, from <http://www.cancer.org>
- จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, สงวนรัตน์เลิศ & เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. Clinical Practice Guideline: การจัดทำและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.(2543).
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidenced based practice model. *Nursing Clinic of North America*, 35 (2), 301-309.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ (2557).
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พร-วัน; 2551.



- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-Based Practice in Nursing & Health care a Guide to Best Practice. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. [online] 2001[cited 2009 July 25] Available from: <http://www.agreetrust.org/instrument.htm>
- Barbro,B.,Marie,S.,Dag.,L.,et al.(2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. School of Social and Health Sciences, Halmstad University.
- Beck, S. L., Towsley, G. L., Berry, P. H., Lindau, K., Field, R. B., & Jensen, S. (2010). Core aspects of satisfaction with pain management: cancer patients' perspectives. *Journal Pain Symptom Manage*, 39(1) : 100-15.
- Biegler, K. A., Alejandro, C. M., & Cohen, L. (2009). Cancer, cognitive impairment and meditation. Retrieved May,2,2017,, from <http://web.ebscohost.com>.
- Gara, G., Singer, A. G., Taira, B.R., Chohan, J., Cardoz, H., Chisena, E., & Thode, H.C. (2010). Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in pediatric emergency department patient. *Academic Emergency Medicine*, 17(1) : 50-54.
- GBD (2015). Risk Factors Collaborators. Global,regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environment and occupational, and metabolic risk or clusters of risks,1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study ,388(10053):1659-1742
- International Association for the study of Pain.(2009).The cancer patient with anxiety and chronic Pain. Retrived May,2,2017, from<http://www.iasp-pain.org>.
- Kravitz, R. L., Tancredi, D. J., Grennan, T., Kalauokalani, D., Street, Jr. R. L., Slee, C. K., Wun, T., Oliver, J.W., Lorig, K., & Franks, P. (2015). Cancer health empowerment for living without pain (Ca-HELP): Effects of a tailored education and coaching intervention and impairment. *Pain*,152: 1572-1582.
- Lanker VA,Velghe A,Hecke VA, Verbrugghe M,Noorgate VN, Grypdonck M,et al.(2015). Prevalence of Symptoms in Older Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Systematic Review and Meta-Analysis, .47(1), 90-104.
- National Comprehensive Center Network. (2015). NCCN clinical practice guidelines in oncology adult cancer pain. Retrived May,2, 2017, from <http://www.nccn.org>.
- Patrick C, Carol M, N, Judith A. Paice. (2018). Pain Management at the End of Life. American Society for Pain Management Nursing and Hospice and Palliative Nurses Association Position Statement. *Pain Management Nursing*, Vol 19, No 1 (February), 3-7.
- Wilkinson, S., Barnes, K., & Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer : systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5) : 430-9.
- World Health Organization. (2007). Cancer control:knowledge into action :WHO guide for effective programmes: Geneva,Switzerland. World Health Organization
- วรรณพร พัฒนิบุญย์, จีรพันธ์ ประทุมอ่อน, จุฬาลักษณ์ แก้วมะไฟ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30 (3), 68-77ประเทศไทย.(2555).
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ, เบญจพร รัชตารมย์, รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลละ.การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็ง : การวิเคราะห์ห่อภิมาน Nursing Interventions for Relief Pain in Cancer Patients: Meta-Analysis. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2),203-209. (2557).
- Agency for Healthcare Research and Quality. Grading quality of evidence and strength of recommendation [online] 2009 [cited 2011 August 30] Available from: <http://www.ahrq.gov>.

- ศิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2552).
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง (Clinical Practice Guideline for Cancer Pain). กรุงเทพฯ:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2556).
- วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง Best Practice Nursing Practice in Cancer Care. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. (2554).
- ภาวดี วิมลพันธ์ และคณะ. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 5 (3), 2-15. (2555).
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง (Clinical Practice Guideline for Cancer Pain). กรุงเทพฯ:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2556).
- สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยผู้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง จำกัด (2558).
- สถาพร ลีลานันทกิจและคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกรุงเทพฯ :ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด (2547).
- ศิริพร ศิริบุรานนท์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, วรณี สัตยวิวัฒน์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลใน การจัดการความปวด ผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง. Journal of Nursing Science 2551; 27(3): 33-41.
- Roger LC. Understanding the Consensus recommendations for diabetic foot ulcer care. Podiatry Management [online] 2010 [cited 2011 February 1] Available from: <http://www.Podiatrym.com>
- ชรัสนิกุล ยิ้มบุญระ และคณะ. การนำผลงานวิจัยมาใช้และอุปสรรคของการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลศิริราช 2550; 1(2): 11-26.

ผลการรักษาภาวะ Respiratory distress syndrome โดยใช้ Surfactant ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Effect of respiratory distress syndrome treatment by surfactant therapy in

King Narai Hospital

(Received: October 13,2020; Accepted: November 23,2020)

จูไรรัตน์ ตริวัฒนาวงศ์

Jurairut Triwatanawong

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Professional Medical Doctor , Pediatrics Division , King Narai Hospital.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้ Surfactant ในการรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS ทำการศึกษาแบบย้อนหลังในทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัย เป็น moderate to severe RDS และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทั้งทารกที่เกิดในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หรือถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลพบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2562 จำนวน 240 คน รวบรวมข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และข้อมูลการรักษาด้วย Surfactant วิเคราะห์ข้อมูลด้วย logistic regression และ Multiple logistic regression ในการประเมิน odd ratio โดยค่า $p < 0.05$

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น moderate to severe RDS และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 137 คน (57.08%) อายุครรภ์เฉลี่ย 30.83 ± 2.80 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1611.31 ± 510.68 กรัม คะแนนแอ็พการ์ที่ 1 นาที 5.74 ± 1.85 คะแนน แอ็พการ์ที่ 5 นาที 7.33 ± 1.37 ทารกรอดชีวิตจำนวน 205 คน (85.42%) ทารกเสียชีวิตจำนวน 35 คน (14.58%) สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ คือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (77.14%) ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 17.47 ± 7.62 วัน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 44.25 ± 26.26 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย $199,451 \pm 602,433.78$ บาท ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ อายุครรภ์ < 30 สัปดาห์ (OR 4.98, 95%CI 2.09-11.85) มารดามีภาวะ pre eclamsia (OR 9.89, 95%CI 2.32-42.04) การผ่าตัดคลอด (OR 2.28, 95%CI 0.99-5.24) ปัจจัยที่ลดโอกาสการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ การได้รับ Surfactant หลังคลอดไม่เกิน 2 ชั่วโมง (OR 0.47, 95%CI 0.16-0.67)

คำสำคัญ : ภาวะ Respiratory distress syndrome, Surfactant

Abstracts

Objective: To study the effects of surfactant in the treatment of premature infants with respiratory distress syndrome (RDS) and the risk factors affecting the mortality of RDS premature infants. A retrospective study was conducted on all premature infants diagnosed with moderate to severe RDS and treated with Surfactant in King Narai Hospital. Both babies born in King Narai Hospital or from a community hospital in Lopburi Province Between October 1, 2016 and September 30, 2019, there are 240 people. Collection of fundamental factor, common risk factors, risk factors for pregnancy complications. The data were analyzed using logistic regression and multiple logistic regression in the odd ratio evaluation with $p < 0.05$.

Results: Premature infant patients who were moderate to severe RDS and who received surfactant were male, mean gestational age 30.83 ± 2.80 weeks Mean birth weight 1611.31 ± 510.68 grams, Appgar score at 1 minute, 5.74 ± 1.85 , Appgar score at 5 minutes, 7.33 ± 1.37 . Survival rate was 85.42%, 35 infant deaths (14.58%). The most common cause of death was sepsis (77.14%), mean duration of ventilator use 17.47 ± 7.62 days, average days in hospital, 44.25 ± 26.26 days, average medical expenses $199,451 \pm 602,433.78$ baht. The risk factor that significantly increased the possibility of mortality in RDS premature infants ($p < 0.05$) was < 30 weeks gestation (OR 4.98, 95% CI

2.09-11.85). Maternal pre eclamsia (OR 9.89, 95% CI 2.32-42.04), caesarean section (OR 2.28, 95% CI 0.99-5.24). A factor that significantly reduced the possibility of mortality in premature infants with RDS ($p < 0.05$) was surfactant exposure no later than 2 hours after birth (OR 0.47, 95% CI 0.16-0.67).

Keyword: Respiratory distress syndrome, Surfactant

บทนำ

อัตราการตายของทารกปรีกำเนิดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์(กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข , 2562) ปี พ.ศ. 2561 พบว่าอัตราการตายของทารกปรีกำเนิดรวมสูงขึ้น จาก 6.9 ต่อ 1000 การเกิดทั้งหมด เป็น 7.1 ต่อ 1000 การเกิดทั้งหมด โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดอัตราการตายของทารกปรีกำเนิดน้อยกว่า 9 ต่อ 1000 การเกิดทั้งหมด จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มักเกิดจากสภาวะของมารดา รวมถึงการดูแลในขณะตั้งครรภ์ และระหว่างการคลอด ตลอดจนสภาวะของทารกที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ การบริบาลและการดูแลทารกแรกเกิด ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome, RDS)(สุดาพร ไพโรคนะรัตน์ .,2553 ;นันทวัลย์ ตันดิธวัฒน์ ,2555 ;เสียมรัตน์ ผลาลินธุ์ ,2555) โดย Respiratory distress syndrome เกิดจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ซึ่งเป็นสารสำคัญที่เคลือบอยู่บริเวณ alveolar surface ทำให้มีการขยายตัวของถุงลม เพิ่มความยืดหยุ่นของปอด (lung compliance) ลดแรงการหายใจ (work of breathing) ช่วยให้ถุงลมที่ขยายตัวคงขนาดอยู่ได้ (alveolar stabilization) และลดแรงดันที่ทำให้ถุงลมขยายตัว (opening pressure) ทารกที่เป็นโรค RDS จะมีอาการหายใจลำบาก ต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น หากอาการรุนแรงทารกอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษา โดยอาการมักปรากฏทันทีหรือภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด(Bahadue FL, Soll R. ,2012)

อุบัติการณ์ของ RDS แปรผกผันตามอายุครรภ์ ในทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์หรือในทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม อาจเกิดได้ร้อยละ 60-80 เมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด เกือบไม่พบ RDS เลย(สุนทร ฮ้อเฝ้าพันธุ์ ,2550 ; Rodriguez JR , Martin RJ, Fanaroff AA. ,2012) การรักษา RDS ประกอบด้วยการรักษาเฉพาะโรคโดยการให้ Surfactant ในรายที่มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ซึ่งมีการนำมาใช้เป็นครั้งแรกในการรักษาที่ประเทศญี่ปุ่น โดย Fujiwara และคณะเมื่อปี ค.ศ.1981 (Fujiwara T, Chida S, Watabe Y, Maeta H, Morita H, Abe T. ,1980) และการรักษาแบบประคับประคองด้านการหายใจปัจจุบันการรักษา RDS ด้วย Surfactant เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายและถือเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำคัญอย่างหนึ่ง โดยอาจให้

เพื่อป้องกัน (prophylactic treatment) หรือให้เพื่อรักษา (selective treatment) ซึ่งพบว่าช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของทารก รวมถึงช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ pneumothorax, pulmonary interstitial emphysema อีกด้วย (Rodriguez JR , Martin RJ, Fanaroff AA. ,2016 ; Bhakta KY. ,2012)

จากสถานการณ์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช อัตราการตายของทารกปรีกำเนิด ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่าอัตราการตายของทารกปรีกำเนิด 14.07, 9.45, และ 9.35 ต่อ 1000 การเกิดทั้งหมด ทารกกลุ่มหนึ่งเป็นทารกที่มีภาวะหายใจลำบากและต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยงานทารกป่วย (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ,2562) ผลของทารกป่วยนอกจากผลเสียต่อร่างกายทารก ยังส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลแก่บิดา มารดา ผู้ปกครอง รวมไปถึงค่าใช้จ่ายของครอบครัว และโรงพยาบาล ในภาพรวมแม้จะมีการพัฒนาความรู้ ทักษะและเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของทารก จำนวนทารกป่วยด้วยภาวะ RDS ที่มีจำนวนมากจึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เริ่มนำ Surfactant มาใช้รักษาทารกที่มีปัญหา RDS เมื่อปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา โดยพิจารณาใช้แบบ selective therapy ในทารกที่เป็น moderate to severe RDS ซึ่งภายหลังจากนำ Surfactant มาใช้ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลถึงผลการรักษา อัตราการรอดชีวิตของทารกและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้ Surfactant ในการรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารก เพื่อวางแผนควบคุมความเสี่ยงเหล่านั้น และนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหา RDS ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้ Surfactant ในการรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการวินิจฉัย RDS ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2562 จำนวน 374 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัย RDS และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็น moderate to severe RDS เกิดในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หรือถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลพบุรี มีการบันทึกในเวชระเบียนครบสมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ สถานที่ที่เกิด เพศ อายุครรภ์ วิธีการคลอด น้ำหนักแรกเกิด คะแนน APGAR score ที่ 1 นาที, ที่ 5 นาที

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป ได้แก่ อายุมารดา อาชีพ จำนวนการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ เบาหวานขณะตั้งครรภ์, PROM, Antepartum hemorrhage, Pre eclamsia

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรักษาด้วย Surfactant ได้แก่ การได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด ระยะเวลาที่ได้รับสาร surfactant หลังคลอด ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาอนโรโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล การรอดชีวิตของทารก สาเหตุการเสียชีวิต

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) = 0.84 และค่าความเที่ยงโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดแบบปัจจัยเดียว ด้วย logistic regression และครวลาหลายปัจจัยด้วย Multiple logistic regression ในการประเมิน odd ratio โดยค่า $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จากการศึกษาทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัย moderate to severe RDS และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2562 จำนวน 235 คน ทารกรอดชีวิตจำนวน 205 คน (85.42%) ซึ่งในทารกกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นทารกที่เกิดในโรงพยาบาลจำนวน 175 คน (85.37%) เป็นทารกเพศชายจำนวน 114 คน (55.61%) อายุครรภ์เฉลี่ย 31.00 ± 2.66 สัปดาห์ คลอดปกติจำนวน 136 คน (66.34%) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย $1,626.70 \pm 486.77$ กรัม คะแนนแอ์พการ์ที่ 1 นาที 5.75 ± 1.65 คะแนน แอ์พการ์ที่ 5 นาที 7.34 ± 1.22 ระยะเวลาที่ได้รับสาร surfactant หลังคลอดเฉลี่ย 2.52 ± 0.48 ชั่วโมง ระยะเวลาใส่เครื่องช่วยหายใจ 17.22 ± 7.68 วัน ระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลเฉลี่ย 46.86 ± 27.42 วัน ทารกเสียชีวิตมีจำนวน 35 คน (14.58%) เป็นทารกที่เกิดในโรงพยาบาลจำนวน 27 คน (77.14%) เป็นทารกเพศชายจำนวน 23 คน (65.71%) อายุครรภ์เฉลี่ย 29.85 ± 3.43 สัปดาห์ คลอดปกติจำนวน 16 คน (45.71%) ผ่าตัดคลอดจำนวน 16 คน (45.71%) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย $1,521.14 \pm 633.80$ กรัม คะแนนแอ์พการ์ที่ 1 นาที 5.68 ± 2.77 คะแนน แอ์พการ์ที่ 5 นาที 7.25 ± 2.07 ระยะเวลาที่ได้รับสาร surfactant หลังคลอดเฉลี่ย 2.82 ± 0.34 ชั่วโมง ระยะเวลาใส่เครื่องช่วยหายใจ 18.88 ± 7.18 วัน ระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลเฉลี่ย 18.64 ± 7.42 วัน (ตารางที่ 1 - 5)

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนด (n=240)

ปัจจัยพื้นฐาน	กลุ่มรอดชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	Odd Ratio (95%CI)	p-value
สถานที่ที่เกิด				
เกิดในโรงพยาบาล	175 (85.37)	27 (77.14)	Reference	0.23
ส่งต่อมาจาก ร.พ.อื่น	30 (14.63)	8 (22.86)	1.72 (0.71-4.16)	
เพศ				

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนด (n=240)

ปัจจัยพื้นฐาน	กลุ่มรอดชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	Odd Ratio (95%CI)	p-value
ชาย	114 (55.61)	23 (65.71)	Reference	0.26
หญิง	91 (44.39)	12 (34.29)	0.65 (0.31-1.38)	
อายุครรภ์ Mean ± SD (min-max)				
> 30 สัปดาห์	11 (5.37)	6 (17.14)	Reference	0.00*
31-34 สัปดาห์	121 (59.02)	5 (14.29)	0.84 (0.30-2.12)	
28-30 สัปดาห์	28 (13.66)	8 (22.86)	0.12 (0.04-0.34)	
< 28 สัปดาห์	45 (21.95)	16 (45.71)	1.53 (0.48-4.82)	
วิธีการคลอด				
Normal labor	73 (35.61)	24 (68.57)	Reference	0.00*
C/S	132 (64.39)	11 (31.43)	2.34 (1.13-4.83)	
น้ำหนักแรกเกิด Mean ± SD (min-max)				
≥2,000 กรัม	37 (18.05)	7 (20.00)	Reference	0.18
1,500-1,999 กรัม	82 (40.00)	8 (22.86)	0.59 (0.18-1.92)	
1,000-1,499 กรัม	64 (31.22)	13 (37.14)	0.30 (0.10-0.93)	
< 1,000 กรัม	22 (10.73)	7 (20.00)	0.63 (0.23-1.80)	
APGAR score ที่ 1 นาที				
>7	42 (20.49)	14 (40.00)	Reference	0.00*
4-7	109 (53.17)	8 (22.86)	0.30 (0.12-0.78)	
< 4	54 (26.34)	13 (37.14)	1.38 (0.58-3.25)	
APGAR score ที่ 5 นาที				
>7	97 (47.32)	19 (54.29)	-	-
4-7	108 (52.68)	13 (37.14)	-	-
< 4	-	3 (8.57)	-	-

*p<0.05

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยเสี่ยงทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนด (n=235)

ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป	กลุ่มรอดชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	Odd Ratio (95%CI)	p-value
อายุมารดา Mean ± SD (min-max)				
35 ปี ขึ้นไป	141 (68.78)	13 (37.14)	Reference	0.00*
17-34 ปี	59 (28.78)	18 (51.43)	0.38 (0.92-1.57)	
< 17 ปี	5 (2.44)	4 (11.43)	0.12 (0.02-0.48)	
อาชีพ				
รับจ้าง	155 (75.61)	26 (74.29)	Reference	0.11
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	27 (13.17)	2 (5.71)	0.17 (0.32-0.87)	
เกษตรกรกรรมและอื่นๆ	20 (9.76)	4 (11.43)	0.07 (0.01-0.63)	
นักเรียน	3 (1.46)	3 (1.46)	0.20 (0.29-1.37)	
จำนวนการตั้งครรภ์				
2-4 ครั้ง	152 (74.15)	24 (68.57)	Reference	0.49
1 ครั้ง	53 (25.85)	11 (31.43)	0.76 (0.34-1.65)	

*p<0.05

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ (n=235)

ปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์	กลุ่มรอดชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	Odd Ratio (95%CI)	p-value
เบาหวานขณะตั้งครรภ์				
ไม่ใช่	196 (95.61)	31 (88.57)	Reference	0.03*
ใช่	9 (4.39)	4 (11.43)	3.32 (1.16-9.55)	
PROM				
ไม่ใช่	190 (92.68)	29 (82.86)	Reference	0.08
ใช่	15 (7.32)	6 (17.14)	2.62 (0.94-7.30)	
Antepartum hemorrhage				
ไม่ใช่	201 (98.05)	34 (97.14)	Reference	0.74
ใช่	4 (1.95)	1 (2.86)	1.47 (0.16-13.62)	
Pre eclamsia				
ไม่ใช่	201 (98.05)	28 (80.00)	Reference	0.00*
ใช่	4 (1.95)	7 (20.00)	12.56 (3.45-45.66)	

*p<0.05

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการรักษาด้วย Surfactant (n=240)

ข้อมูลการรักษาด้วย Surfactant	กลุ่มรอดชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	Odd Ratio (95%CI)	p-value
การได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด				
ได้รับ	199 (97.07)	33 (94.29)	Reference	0.43
ไม่ได้รับ	6 (2.93)	2 (5.71)	0.49 (0.09-2.57)	
ระยะเวลาที่ได้รับสาร surfactant หลังคลอด Mean ± SD (min-max)				
< 2 ชั่วโมง	79 (38.54)	1 (2.86)	Reference	0.00*
2-4 ชั่วโมง	126 (61.46)	34 (97.14)	-0.47 (0.01-0.35)	
ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)				
Mean ± SD (min-max)	17.22±7.68	18.88±7.18	-	
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)				
Mean ± SD (min-max)	46.86±27.42	18.64±7.42	-	
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)				
Mean ± SD (min-max)	199,941±125,559.95	52,888±45,312.84	-	

*p<0.05

ตารางที่ 5 แสดงภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา

ภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา	จำนวน	ร้อยละ
Patent ductus arteriosus (PDA)	42	17.50
Ventilator associated pneumonia	81	33.75
Retinopathy of prematurity (ROP)	18	7.50
Bronchopulmonary dysplasia (BPD)	34	14.16

สาเหตุการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น moderate to severe RDS ส่วนใหญ่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 27 คน (77.14%) Pneumonia จำนวน 6 คน (17.14%) Pneumothorax จำนวน 2 คน (5.72%) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด (n=35)

สาเหตุการเสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
Neonatal sepsis (positive blood culture)	12	34.29
Neonatal sepsis (negative blood culture)	15	42.85
Pneumonia	6	17.14
Pneumothorax	2	5.72

ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด เมื่อวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง	Odd Ratio (95%CI)	p-value
อายุครรภ์ < 30 สัปดาห์	4.98 (2.09-11.85)	0.00*
การผ่าตัดคลอด	2.28 (0.99-5.24)	0.04*
ระยะเวลาที่ได้รับสาร surfactant < 2 ชั่วโมง	-0.05 (0.01-0.36)	0.00*
มารดามี Pre eclamsia	9.89 (2.32-42.04)	0.02*

*p<0.05

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น moderate to severe RDS ได้แก่ อายุครรภ์ วิธีการคลอด คะแนนแอสการ์ที่ 1 นาที อายุครรภ์มารดา มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มารดามีภาวะ Pre eclamsia การได้รับ Surfactant หลังคลอด เมื่อวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) คือ อายุครรภ์ < 30 สัปดาห์ (OR 4.98, 95%CI 2.09-11.85) มารดามีภาวะ pre eclamsia (OR 9.89, 95%CI 2.32-42.04) การผ่าตัดคลอด (OR 2.28, 95%CI 0.99-5.24) ปัจจัยที่ลดโอกาสการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) คือ การได้รับ Surfactant หลังคลอดไม่เกิน 2 ชั่วโมง (OR -0.47, 95%CI 0.16-0.67)

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการใช้ surfactant ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น moderate to severe RDS ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบทารกรอดชีวิตร้อยละ 85.42 สูงกว่าการศึกษาของ นพวรรณ พงศ์โสภาน(นพวรรณ พงษ์โสภาน ,2558) ที่มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 75.4 สูงกว่าการศึกษาของ วไลพร โจรจน์สง่า(วไลพร โจรจน์สง่า ,2560) พบทารกรอดชีวิตร้อยละ 52.1 และสูงกว่าการศึกษาของ Wang H.(Wang H, Gao X, Liu C, et al. ,2012) มีอัตราการรอดชีวิตของทารก ร้อยละ 79.9 อัตราการรอดชีวิตทารกใกล้เคียงกับการศึกษาของ Horpaopan S.(Chotigeat U, Promwong N, Kanjanapattanakul W, Khorana M, Sangtawesin V, 2008) ที่มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 81.3 สาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจาก neonatal sepsis, pneumonia และ pneumothorax ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา (นพวรรณ พงษ์โสภาน ,2558 ;Chotigeat U, Promwong N, Kanjanapattanakul W, Khorana M, Sangtawesin V, ;2008)ระยะเวลาที่ทารกรอดชีวิตได้รับสาร surfactant หลังคลอดเฉลี่ย 2.52 ชั่วโมง ซึ่งเร็วกว่าการศึกษาของ ชนิตา พจน์พิศุทธิพงศ์ และพรมนัส พันธุ์สุจริตไทย(ชนิตา พจน์พิศุทธิพงศ์ และ พรมนัส พันธุ์สุจริตไทย ,2556) มีระยะเวลาการได้รับสาร surfactant 3-20 ชั่วโมง และการศึกษาของ Wang H. ที่เวลาเฉลี่ยของการได้รับสาร surfactant คือ 5 ชั่วโมง (2.1-12 ชั่วโมง) โดยเมื่อเทียบกับแนวทางการรักษาแบบ early rescue (ไม่เกิน 2 ชั่วโมงหลังคลอด) มีเวลาเกินมาไม่มากนัก ทั้งนี้เนื่องจากทารกส่วนใหญ่เกิดในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชและทารกที่คาดว่าจะเกิดก่อนกำหนด มารดาจะถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมาคลอดที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทำให้การส่งตรวจทางรังสี การวินิจฉัยและการรักษาเร็วยิ่งขึ้น

ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ได้แก่ Pneumonia, PDA และ BPD ยังคงเกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษานี้ พบ PDA และ BPD ร้อยละ 17.50 และ 14.16 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ Horpaopan S ที่เกิด PDA และ BPD ร้อยละ 67 และ ร้อยละ 46.1 ตามลำดับ และการเกิด pneumothorax ของการศึกษานี้พบร้อยละ 5.72 น้อยกว่าการศึกษาของ Aguar M และคณะ(Aguar M, Cernada M, Brugada M, Gimeno A, Gutierrez A, Vento M. ,2014) คือ ร้อยละ 6.8 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลทารกที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะเครื่องช่วยหายใจมีเทคโนโลยีความทันสมัยและประสิทธิภาพมากกว่าในอดีต อีกทั้งในการศึกษานี้ น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 1611.31 กรัม ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Aguar M และคณะ ที่มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,250 กรัม



เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจของการศึกษานี้กับการศึกษาของ ซินดา พจน์พิศุทธิ พงศ์และพรหมนัส พันธุ์สุจริตไทย ในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยในการศึกษานี้สั้นกว่าคือ 17.47 วัน ขณะที่การศึกษาของโรงพยาบาล สระบุรีเท่ากับ 21.5 วัน ส่วนระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของการศึกษานี้มากกว่าโรงพยาบาลสระบุรี โดยระยะเวลานอนโรงพยาบาลรวมเท่ากับ 44.25 วัน ในขณะที่ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของโรงพยาบาลสระบุรีเท่ากับ 29.4 วัน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมจากการศึกษานี้เฉลี่ย 199,451 บาทต่อราย ส่วนโรงพยาบาลสระบุรีเท่ากับ 153,502 บาทต่อราย เนื่องจากการศึกษานี้มีจำนวนทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัมมากกว่าเฉลี่ย 32.08 ถึงแม้จะสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจจากทารกได้เร็วกว่าแต่เนื่องด้วยทารกกลุ่มนี้น้ำหนักตัวน้อยและอาจจะมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเฝ้าระวัง จึงยังคงต้องรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนกว่าน้ำหนักตัวและอาการทางคลินิกจะคงที่พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารก ได้แก่ อายุครรภ์ < 30 สัปดาห์ การผ่าตัดคลอด มารดามี Pre eclamsia ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา โดยเฉพาะระยะเวลาที่ทารกได้รับ surfactant พบว่าทารกที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีอัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (นพวรรณ พงษ์โสภา ,2558 ; Chotigeat

U, Promwong N, Kanjanapattanakul W, Khorana M, Sangtawesin V, Horpaopan S. ,2008) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Cochrane review และแนวทาง การให้ surfactant ในปัจจุบันซึ่งพยายามให้เร็วที่สุด เพื่อลดการเกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อปอด (lung injury) ที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คณะแผนกแพทย์มีผลต่อการรอดชีวิตของทารก จากการศึกษาของ Forsblad¹⁹ พบว่าคณะแผนกแพทย์ที่ 1, 5 และ 10 นาที สัมพันธ์กับการรอดชีวิต โดยเฉพาะคณะแผนกที่ 5 นาทีที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด ต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่าคณะแผนกแพทย์ที่ 1 นาที มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น แต่เมื่อนำเข้าสมการไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

สรุป

จากผลงานวิจัยนี้ พบว่าการให้ surfactant ในผู้ป่วยที่เป็น moderate to severe RDS สามารถลดอัตราการเสียชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาจากการรักษาได้ และปัจจัยที่ลดอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การได้รับ Surfactant หลังคลอดไม่เกิน 2 ชั่วโมง ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกที่มีภาวะ RDS จำเป็นต้องจัดทำแนวทางการส่งตรวจทางรังสี การวินิจฉัยและการรักษารวมถึงให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาโดยเร็วที่สุด นอกจากนี้การเพิ่มมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมารดาาระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะ pre eclamsia จะลดอัตราการเสียชีวิตของทารกได้

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สหประชาชาติ สาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี; 2562
- สุดาพร ไพระคุณะรัตน์. อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยมาก ในโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการ แพทย์ เขต 6-7. 2553; 24: 601-12
- นันทวัลย์ ดันดิชนวัฒน์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม ในโรงพยาบาลแพร่. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2555; 51: 296- 303
- เจียมรัตน์ ผลสินธุ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรอดชีวิตและอัตราการรอดชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2555; 51: 304-13.
- Bahadue FL, Soll R. Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome. Cochrane database of systematic reviews 2012; 14(11)
- สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. Respiratory distress and respiratory distress syndrome. ใน: วราภรณ์ แสงทวีสิน, วิบูลย์ กาจนพัฒน์กุล, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, บรรณาธิการ. ปัญหาทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาพรเส; 2550
- Rodriguez JR , Martin RJ, Fanaroff AA. Respiratory distress syndrome and its management. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, editors. Neonatal-Perinatal Medicine. 8th ed. Philadelphia: Mosby. 2006 :1097-107.
- Fujiwara T, Chida S, Watabe Y, Maeta H, Morita H, Abe T. Artificial surfactant therapy in hyaline membrane disease. Lancet. 1980; 1: 55-9
- Halliday HL. Respiratory distress syndrome. In: Greenough A, Milner AD, editors. Neonatal respiratory disorders. 2nd ed. London: Arnold. 2003; 247-64

- Chotigeat U, Ratchatanoravut S, Kanjanapattanakul W. Compare severity of bronchopulmonary dysplasia in neonates with respiratory distress syndrome treated with surfactant to without surfactant. *J Med Assoc Thai.* 2011; 94: 35-40
- Bhakta KY. Respiratory distress syndrome. In: Cloherty JP, Eichenwald EC, Hansen AR, Stark AR, editors. *Manual of neonatal care.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams. 2012: 406-16
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานกุมารเวชกรรม. รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ; 2562
- นพวรรณ พงษ์โสภณ. ผลการรักษาภาวะ Respiratory distress syndrome โดยใช้ Surfactant ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11.* 2558; 29: 505-513
- วไลพร โรจน์สง่า. ผลของการใช้ Surfactant ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น Respiratory distress syndrome ของโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.* 2560; 26(1); 56-63
- Wang H, Gao X, Liu C, et al. Morbidity and mortality of neonatal respiratory failure in China : Surfactant treatment in immature infants. *Pediatrics.* 2012; 129: 731-40
- Chotigeat U, Promwong N, Kanjanapattanakul W, Khorana M, Sangtawesin V, Horpaopan S. Comparison outcomes of surfactant therapy in respiratory distress syndrome in two periods. *J Med Assoc Thai.* 2008; 91: 109-14
- ชนิดา พจน์พิศุทธิพงศ์ และ พรหมนัส พันธุ์สุจริตไทย. ผลของการใช้ surfactant ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น Respiratory distress syndrome ของโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารกุมารเวชศาสตร์.* 2556; 236-41
- Aguar M, Cernada M, Brugada M, Gimeno A, Gutierrez A, Vento M. Minimally invasive surfactant therapy with a gastric tube is as effective as the intubation, surfactant, and extubation technique in preterm babies. *Acta Paediatr.* 2014; 103: 229- 33.
- Forsblad K, Kallen K, Marsal K, Hellstrom-Westra - sL. APGAR Score predicts short term outcomes in infants born at 25 gestational weeks. *Acta Paediatr.* 2007; 96: 166-71



การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of Pneumonia Patients with Acute Respiratory Failure and Sepsis:

Two Case Studies

(Received: October 21,2020; Accepted: November 18,2020)

อุไร มิตรปราสาท

Urai Mitprasart

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย การศึกษาเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Majorj Gordon) เพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 69 ปี มีโรคประจำตัวเป็น Diabetes Mellitus type II, Hypertension และ Dyslipidemia มาด้วยอาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ หอบ ระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน มีอาการทรุดลงจึงถูกส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาปฏิชีวนะ จนอาการดีขึ้นสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ให้การฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 14 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 79 ปี มีโรคประจำตัว เป็น Diabetes Mellitus type II, Hypertension และ CKD stage 3 ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยอาการ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ หายใจหอบ และมีปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ ไม่บวม ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาปฏิชีวนะ ยาขับปัสสาวะ จนผู้ป่วยมีอาการคงที่พ้นภาวะวิกฤต สามารถถอดท่อช่วยหายใจและถูกส่งตัวกลับไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 7 วัน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาลโรคปอดอักเสบ (Pneumonia), ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Respiratory failure), ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

Abstract

Objective: To study nursing care guidelines for pneumonia patients with acute respiratory failure and sepsis through two case studies. A case study approach was conducted to compare nursing processes between two pneumonia patients with acute respiratory failure and sepsis throughout critical care, continuous care, and discharge planning phases. The concept of Gordon's 11 functional health patterns was used as a guide to assess a patient problem, define a nursing diagnosis, plan for nursing care, and evaluate nursing care outcomes.

Results: *Case Study 1:* A 69-year-old Thai male patient, having diabetes mellitus type II, hypertension, and dyslipidemia, presented at the hospital due to having fever, cough, shortness of breath three days prior to admission. During admission at a community hospital, his symptoms worsened and, then, he was transferred to Khon Kaen Hospital for further treatment. The patient was intubated and mechanically ventilated, as well as received antibiotics. When his condition had improved, tracheal intubation was removed and rehabilitation was provided. The patient was discharged with a total hospitalization period of 14 days. *Case Study 2:* A 79-year-old Thai male patient with diabetes mellitus type II, hypertension, and chronic kidney disease stage 3 was transferred from a community hospital due to symptoms

including low fever, cough, shortness of breath and less urine output, but not swelling, 3 hours prior to admission. The patient was intubated and mechanically ventilated. He also received antibiotics and diuretics. When his symptoms were stabilized, tracheal intubation was removed. The patient was referred back to the initial hospital to continuously received antibiotic treatment for seven days. The total hospitalization period at Khon Kaen Hospital was four days.

Keywords: Pneumonia nursing care, Acute respiratory failure, sepsis

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal และ respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และในผนังถุงลมหรือเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitium) การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด (lobar pneumonia) หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส ถ้าอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันที่ การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรงแม้จะได้รับออกซิเจนอยู่ก็ตามซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวไปด้วย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด รองลงมาเป็นการสูดสูดสำลักวันหรือสารเคมี อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจ และระบบภูมิคุ้มกัน โดยพบว่าโรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล (community-acquired pneumonia; CAP) และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ (asthma, COPD) ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (congestive heart failure; CHF) โรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัวหรือสมรรถนะร่างกายที่แย่ง เป็นต้น โดยประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชนิดรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 ดังนั้นจึงถือว่าโรคปอดอักเสบมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) เนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่ภาวะ Hypo perfusion และ Organ dysfunction หากไม่ได้รับการประเมินและติดตามการดำเนินโรครวมถึงการให้การรักษาย่างทันที่ที่สามารถเพิ่มระดับความรุนแรงเป็น septic shock จนทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงาน

ของอวัยวะหลายระบบล้มเหลว (Multiple organ system dysfunction) และเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด 1 ใน 4 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (Rhodes et al., 2017) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560 พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 32.03 (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ดังนั้นการค้นหามาตรการระยะแรกที่จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตให้มากขึ้น

โรงพยาบาลขอนแก่น จากสถิติ ปีพ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 7,756 ราย 7,469 ราย และ 6,557 ราย ตามลำดับ โดยประมาณร้อยละ 45-50 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดปีพ.ศ. 2560-2562 พบว่าโรคปอดอักเสบมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 11.49, 14.76 และ 12.17 ตามลำดับ นอกจากนี้ในปีพ.ศ. 2559-2561 ยังพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2,123 ราย, 2,077 ราย และ 2,113 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 68.8, 47.9 และ 43.6 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วยเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการให้การรักษาย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย



วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 79 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2563 เวลา 14.43 น. โดยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยอาการ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ต่ำ ไอ หายใจหอบ และมีปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ ไม่บวม ระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน มีอาการหายใจหอบมากขึ้น หายใจเร็ว 36 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/97 มิลลิเมตรปรอท ค่า O₂ sat 77 % แพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ activate sepsis protocol แล้วจึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น อาการแรกแรกที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเริ่มปลุกตื่น รู้สึกตัว E₄V₇M₆ Pupil 2 mm. react to right both eye อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/107 มิลลิเมตรปรอท ค่า O₂ sat 92 % ใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.5 นิ้ว ความลึก 24 นิ้ว Cuff pressure 22 ผล lactate 9.92 mmol/L แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia with Acute respiratory failure with Sepsis ได้เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยปลุกตื่น E₄V₇M₆ Pupil 2 mm. react to right both eye ผู้ป่วย On ET tube with On carina PCAC mode Pi 14, PEEP 8, RR 16, FIO₂ 0.5, I:E 1:2 ผู้ป่วยหายใจตามเครื่องแพทย์ให้ Fentanyl 50 mg IV stat then (10:1) IV rate 5 cc/hr อุณหภูมิ 38.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอท

SOS score 5 คะแนน ผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ 169 mg% เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Po, Mg, LFT, PT, PTT INR, lactate x 2 q 6 hr. เก็บ TSC, G/S ส่ง UA, U/C Retained Foley's catheter ผล chest X-ray พบ bilateral reticular infiltration of both lung แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm + NSS 100 ml IV drip in 3 hr. stat และให้ยา Tazocin 4.5 gm + NSS 100 ml IV drip in 3 hr. stat then 3.375 gm IV drip ทุก 6 ชั่วโมง และ Omeprazole 40 mg vein OD หลังให้ยาไม่มีอาการแพ้ยา แพทย์ให้ NPO และ off IVF (Day 2) ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ทำตามคำบอกได้ แพทย์จึง off ยา fentanyl และ ตั้ง setting เป็น PCV mode IP 20 PEEP 8 FIO₂ 0.6 ฟัง lung clear ผล lactate 8.90 mmol/L ให้ตรวจซ้ำทุก 6 ชม. DTX = 58 แพทย์ให้ 50% glucose 50 ml IV slowr push และให้ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderized diet (1.2:1) 150 ซีซี วันละ 4 feed น้ำตาม 50 ml/feed ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Potassium 5.10 mmol/L ได้ยา Kalimate 30 gm + น้ำ 50 ml ทุก 3 ชั่วโมง x3 dose และ replete หลังแก้ครบ Potassium ลดลง 4.61 mmol/L (Day 3) ปรับตั้ง setting เป็น PSV mode PS 8 PEEP 5 FIO₂ 0.4 ฟังปอด clear ไช้ลง ประเมิน off ET- tube รวมวันใส่ท่อช่วยหายใจ 3 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจแพทย์ให้ on high flow cannular flow 60 LPM FIO₂ 0.4 ให้เริ่มจิบน้ำได้ รับประทานอาหารอ่อนสูตรเบาหวาน และจำกัดน้ำดื่ม < 800 ml/day (Day 4) ไม่มีไข้ ฟังปอด clear แพทย์ให้ off High flow เปลี่ยนเป็น O₂ mask with bag 10 LPM keep O₂ sat ≥ 95% และ off Foley Cath ปัสสาวะออกดี ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายโดยส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนเมื่อวันที่ 26 กันยายน 2563 เวลา 13.30 น. เพื่อให้ยา antibiotic ต่อจนครบ 7 วัน และนัดมาติดตามการรักษาวันที่ 28 กันยายน 2563 รวมอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่น 4 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2563 เวลา 14.44 น. โดยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยอาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ หายใจไม่อิ่ม มีเสมหะ ระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน มีอาการเหนื่อยมากขึ้น หายใจเร็ว 36 ครั้งต่อนาที ขณะ on O₂ mask with bag 10 LPM ค่า O₂ sat 93 % แพทย์จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจให้ และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น อาการแรกแรกที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเริ่มปลุกตื่น รู้สึกตัว E₄V₇M₆ Pupil 2 mm. react to right both eye อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/107 มิลลิเมตรปรอท ค่า O₂ sat 98 % ใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.5 นิ้ว ความลึก 21 นิ้ว Cuff pressure 22 ผล lactate 2.50 mmol/L แพทย์

วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia with Acute respiratory failure with Sepsis ได้เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยปลุกตื่น E4V7M5 Pupil 2 mm. react to right both eye ผู้ป่วย On ET tube with On carina PCV mode PS 18, PEEP 5, TV 450, RR 16, FiO₂ 0.4, I:E 1:2 ผู้ป่วยหายใจผ่านเครื่องแพทย์ให้ Fentanyl 50 mg IV stat then (5:1) IV rate 10 cc/hr อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 146/75 มิลลิเมตรปรอท SOS score 6 คะแนน ผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ 167 mg% และให้ตรวจซ้ำก่อนมื้ออาหาร ผล lactate 2.40 mmol/L ให้ตรวจซ้ำทุก 6 ชม. และให้ activate sepsis protocol ให้ Acetar 300 ml IV load in 15 min then rate 80 cc/hr ให้เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Po, Mg, LFT, PT, PTT INR, lactate x 2 q 6 hr. เก็บ TSC, G/S ส่ง UA, U/C Retained Foley's catheter ฟังปอดได้ยินเสียง fine crepitation right lower lung แพทย์ให้เก็บเลือดและเสมหะส่งเพาะเชื้อ ก่อนให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ Meropenem 2 gm + NSS 100 ml IV drip in 3 hr. stat then 1 gm vein drip ทุก 8 hr หลังให้ยาไม่มีอาการแพ้ยา และ Azithromycin 250 mg 2 tab NG feed วันละ 1 ครั้ง แพทย์ให้ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderized diet (1:1) สูตร DM 250 ซีซี วันละ 4 feed น้ำตาม 100 ml/feed ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวทำตามคำบอกได้ (Day 2) ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ทำตามคำบอกได้ แพทย์จึง off ยา fentanyl และ Try weaning โดยตั้ง setting เป็น PSV

mode PS 8 PEEP 5 FiO₂ 0.4 ฟังปอด rhonchi both lung ให้พ่นยา Beradual 1 NB ทุก 6 hr ผล lactate 1.70 mmol/L (Day 3) ปรับตั้ง setting เป็น PCMV mode PC 20 PEEP 6 FiO₂ 0.4 RR 16 ฟังปอด clear DTX 248 ได้ RI 6 unit sc stat ถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 9 มีนาคม 2562 เวลา 9.20 น. (Day 4-6) ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้อง แพทย์ให้ Losec 40 mg IV stat ปรับตั้ง setting ventilator PCV mode Pi 20, PEEP 6, FiO₂ 0.4 (Day 7-8) ให้ยาพ่น Seretide 4 puff ทุก 12 ชั่วโมง DTX 294 mg% ให้ NPH 6 unit sc ผู้ป่วยไอเองไม่ออกจึงส่ง consult PT เคาะปอด (Day 9) ให้ NPO และ Try wean T-piece flow 10 LPM keep O₂ ≥ 95% ถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 8 กันยายน 2563 รวมวันใส่ท่อช่วยหายใจ 9 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจแพทย์ให้ on High flow O₂ canular flow 40 LPM FiO₂ 0.4 Temp 34 (Day 10) แพทย์ให้ off High flow เปลี่ยนเป็น on O₂ canular flow 3-5 LPM keep O₂ ≥ 95% ให้เริ่มจิบน้ำได้ รับประทานอาหารอ่อนเบาหวาน ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ฟังเสียงปอด clear ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อยข้างเตียง พยาบาลได้เตรียมความพร้อมเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้านวันที่ 13 กันยายน 2563 เวลา 10.00 น. และนัดมาติดตามการรักษาวันที่ 28 กันยายน 2563 รวมอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคประจำตัว เป็น Diabetes Mellitus type II, Hypertension และ CKD stage 3	โรคประจำตัว เป็น Diabetes Mellitus type II, Hypertension และ Dyslipidemia มา 10 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาจากโรงพยาบาลใกล้บ้านไม่เคยขาดยา ปี 2562 เคยป่วยเป็นโรคปอดอักเสบเรื้อรัง ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านจนหายดี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร	ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร
แผนการรักษาของแพทย์	ใส่ท่อช่วยหายใจ Endotracheal tube ต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร setting PCAC mode Pi 14, PEEP 8, RR 16, FiO ₂ 0.5, I:E 1:2 activate sepsis protocol มาจากโรงพยาบาลชุมชน ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm + NSS 100 ml IV drip in 3 hr. stat และให้ยา Tazocin 4.5 gm + NSS 100 ml IV drip in 3 hr. stat then 3.375 gm IV drip ทุก 6 ชั่วโมง	ใส่ท่อช่วยหายใจ Endotracheal tube ต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร setting PCV mode PS 18, PEEP 5, TV 450, RR 16, FiO ₂ 0.4, I:E 1:2 activate sepsis protocol ที่ ER โรงพยาบาลขอนแก่น ให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem 2 gm + NSS 100 ml IV drip in 3 hr. stat then 1 gm vein drip ทุก 8 hr และ Azithromycin 250 mg 2 tab NG feed วันละ 1 ครั้ง เจาะเลือดตรวจน้ำตาลปลายนิ้วก่อนมื้ออาหาร



	ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderized diet (1.2:1) 150 ซีซี วันละ 4 feed น้ำตาม 50 ml/feed	ให้ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderized diet (1:1) สูตร DM 250 ซีซี วันละ 4 feed น้ำตาม 100 ml/feed
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	WBC 9.6 10 ³ /uL, Neutrophil 78.2 %, Hematocrit 26.8% และ Hemoglobin 8.5 g/dL lactate 9.92 mmol/L Arterial Blood Gas (ABG) pH 7.31, pCO ₂ 31.7 mmHg, pO ₂ 65.9 mmHg, HCO ₃ 16.1 mmHg BUN 19 mg/dL Creatinine 1.89 mg/dL, e GFR 33.01 mL/min/1.73m ² Sodium 136 mmol/L, Potassium 4.26 mmol/L Phosphorus 5.2 mg/dL, Chloride 94 mmol/L, HCO ₃ 17.6 mmol/L, ผล chest X-ray พบ bilateral reticular infiltration of both lung	WBC 13.6 10 ³ /uL, Neutrophil 75.4 %, Hematocrit 29.1% และ Hemoglobin 9.6 g/dL lactate 2.51 mmol/L Arterial Blood Gas (ABG) pH 7.44, pCO ₂ 44.6 mmHg, pO ₂ 152.7 mmHg, HCO ₃ 30.7 mmHg BUN 10 mg/dL Creatinine 1.10 mg/dL Sodium 139 mmol/L, Potassium 3.86 mmol/L Phosphorus 8.3 mg/dL, Chloride 106 mmol/L, HCO ₃ 20.7 mmol/L, Calcium ต่ำ 7.8 mg/dL, ผล chest x-ray: Right Lower Lobe Patchy infiltration
รวมระยะเวลานอนเพื่อรักษา	4 วัน (นอนโรงพยาบาลชุมชนต่ออีก 3 วัน)	14 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดติดเชื้อที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลสำคัญในระยะเวลาวิกฤติ ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ 1. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการติดเชื้ออย่างรุนแรง ของเนื้อปอด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ประเมินสัญญาณชีพ และประเมิน SOS score ทุก ½ -1 ชั่วโมง หากพบอาการผิดปกติที่สำคัญให้รีบแก้ไขและรายงานแพทย์ทันที ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วในช่วงแรกและช้าลงในช่วงหลัง หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรคล้ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย และอาการแสดงของภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ได้แก่ ง่วงซึม มีน้ิรระ เหงื่อออก มือสั่น ตามัว ความดันโลหิตสูง หมดสติ 2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา กรณีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลการตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาและบันทึกการเปลี่ยนแปลงสังเกตการทำงานของเครื่อง ventilator เช่น VT FIO ₂ อัตราการหายใจ mode ของ ventilator การใช้ PEEP และการตั้งสัญญาณเตือน เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศขณะหายใจเข้าเพื่อช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก โดยผู้ป่วยควรมีระดับออกซิเจนในเลือด (O ₂ Saturation) มากกว่า 95% ถ้า O ₂ saturation ต่ำลงมากกว่า 2% ประเมินอาการผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันที 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3.1 ดูดเสมหะเท่าที่จำเป็น โดยประเมินจากการฟังเสียงปอด ใช้การดูดเสมหะระบบปิดโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ เปิดความดันในการดูดเสมหะ 80-120 mmHg เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10-15 วินาที เลือกขนาดของสาย suction ให้เหมาะสม คือ มีขนาด 1/2 หรือ 2/3 ของท่อช่วยหายใจ 3.2 ฝึการวางน้ำที่ตกค้างจากเครื่องช่วยหายใจไหลเข้าสู่ท่อช่วยหายใจ 3.3 เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะไหลออกได้ดี

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และการจัดการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>4. ลดการใช้ออกซิเจน โดยการวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในรายที่มี SpO2 ลดลงค่อนข้างเร็วอาจงดกิจกรรมบางอย่างที่เพิ่มการใช้ออกซิเจน เช่น ผู้ป่วยอาจไม่ต้องอาบน้ำเช็ดตัว จนกว่าภาวะพร้อมออกซิเจนจะดี หรือการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติพร้อมกันได้มา ปฏิบัติในคราวเดียว</p> <p>5. จัดท่าที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่ ท่านอนหงายศีรษะสูง (fowler's position) 30-45 องศา เพื่อให้กะบังลมยกตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอกและปอดสามารถขยายตัวได้ดี โดยประเมินผลการจัดทำ จากค่า O2 Saturation</p> <p>6. การประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจไม่หอบเหนื่อย ลักษณะการเคลื่อนไหวของทรวงอกไม่ใช้ กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ความสามารถในการไอขับเสมหะลักษณะปริมาณเสมหะ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะค่าไปตัสซีม และผลตรวจ ABG</p> <p>7. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (ABG), ผลตรวจเพาะเชื้อ และผล chest X-ray</p>
<p>2. เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด</p>	<p>1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนี้</p> <p>1.1 ประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกรับ โดยใช้ qSOFA score และ SOS score</p> <p>1.2 ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแบบประเมิน KKH Sepsis protocol หากประเมินพบว่าผู้ป่วยเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ให้รายงานแพทย์ภายใน 15 นาที และเจาะ lab lactate ทันที</p> <p>1.3 ติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามระดับคะแนนของ SOS score ที่ประเมินได้เมื่อแรกรับ หากผู้ป่วยมีค่าคะแนน SOS score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ให้ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรก ประเมินทุกๆ 30 นาทีในช่วงที่ 2 แล้วเป็นทุกๆ 2-4 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่ เพื่อดูแลให้ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท หาก MAP น้อยกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอทให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด (Vasopressor) แล้วปรับเพิ่มขนาดครั้งละ 0.02 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที จนได้ระดับความดันโลหิตตามต้องการ</p> <p>1.4 การส่งเลือดเพาะเชื้อ (Haemoculture) ส่งตรวจภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย</p> <p>1.5 การบริหารยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาหลังการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง พร้อมกับเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาปฏิชีวนะ เช่น การแพ้อย่างรุนแรงเฉียบพลัน (Anaphylactic Shock)</p> <p>1.6 การบริหารจัดการสารน้ำเพื่อป้องกันภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำชนิดคริสตัลลอยด์ เช่น NSS และ lactated ringer ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำรวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจ ไตวาย และประเมินการให้สารน้ำเกิน เช่น อาการบวมของใบหน้า มือเท้า เสี่ยงหายใจครืดคราดฟังปอดมีเสียงกรอบแกรมีเสมหะเป็นฟอง</p> <p>2. ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างมีประสิทธิภาพ โดยดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา จัดทำให้อุณหภูมิร่างกายสูง 30 องศา ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตอาการเหนื่อยหอบ เียวหรือซีดตามปลายมือ ปลายเท้า ชีวมลง สับสน และค่า SpO2 ทุก 15 นาที</p> <p>3. ลดปัจจัยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน</p> <p>4. ติดตามอาการของการติดเชื้อ ได้แก่ วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หากมีไข้สูงและหนาวสั่น ดูแลให้ยาลดไข้ก่อน เมื่อผู้ป่วยร้อนหรือมีเหงื่อจากการออกฤทธิ์ของยาแล้วจึงเช็ดตัวเพื่อลดไข้ และติดตาม</p>



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาการติดเชื้อต่างๆ ตามแผนการรักษา เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) โดยดูจากเม็ดโลหิตขาว (WBC) และคานิวโทรฟิล (neutrophil) และการตรวจเพาะเชื้อต่างๆ</p> <p>5. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินและจดบันทึกปัสสาวะทั้งลักษณะ สี จำนวนปัสสาวะ ของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง โดยดูแลให้ปัสสาวะออกมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต หากมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์</p>
<p>3. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหายที่</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมสูง คือ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต หัวใจวาย สับสน เพ้อคลั่ง ไม่รู้สึกตัว คลื่นไส้อาเจียน ถ้าใส่หยุดทำงาน หัวใจเต้นเร็ว และเต้นช้าจนหยุดเต้น ถ้ามีอาการให้รายงานแพทย์ 2. ดูแลให้ผู้ป่วย On Monitor EKG เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยหากพบ peaked T-wave ให้รีบรายงานแพทย์ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะกลายเป็น sine-wave pattern และ asystolic cardiac arrest ได้ 3. บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะชีพจร และอัตราการเต้นของหัวใจเพื่อติดตามการเต้นของหัวใจ 4. ดูแลให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ เพื่อลดระดับโปแตสเซียมในเลือดลง และแก้ไขภาวะความเป็นกรดของร่างกายดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 4.1 ดูแลการให้ 10% Calcium gluconate 10 ml IV push และ 50% glucose 50 ml+ RI 10 unit IV Stat เพื่อให้โปแตสเซียมเข้าสู่เซลล์โดยเร็ว โดยทำให้โปแตสเซียมที่อยู่ในกระแสเลือดลดลง ด้วยการให้ Insulin ผสมกับ 50% glucose 50 ml ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ Insulin จะเป็นตัวนำโปแตสเซียมเข้าสู่เซลล์ และให้ 10% Calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำช้าๆ เพื่อลดพิษของโปแตสเซียมต่อหัวใจ ป้องกันภาวะหัวใจวาย 4.2 ดูแลการให้ Kalimate 30 gm + น้ำ 50 ml oral ทุก 2 ชั่วโมง x 3 dose เพื่อขับโปแตสเซียม ออกจากร่างกาย สังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา Kalimate ที่จะทำให้ระดับโซเดียมในร่างกายสูงขึ้น อาจเกิดภาวะบวมและหัวใจล้มเหลวได้ 4.3 ดูแลการให้ 7.5% NaHco3 2 Amp IV push then 2 Amp IV drip in 1hr เพื่อลดภาวะกรดในกระแสเลือด 5. ติดตามผล Electrolyte โดยเฉพาะค่าโปแตสเซียม เนื่องจากไตเสียหายที่ ไม่สามารถขับโปแตสเซียมออกทางปัสสาวะได้ ประกอบกับร่างกายมีสภาพเป็นกรดมาก (Severe Metabolic Acidosis) มีการทำลายเนื้อเยื่อมาก 6. ติดตามผล Arterial Blood Gas เพื่อประเมินสภาพความไม่สมดุลของความเป็นกรดและด่างในร่างกาย 7. ติดตามผลการตรวจ Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine(Cr) เพื่อติดตามการทำงานของไต
<p>2) การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง</p> <p>4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหาร และน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง และร่างกายอยู่ในภาวะเครียด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้สารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อมักจะมีสูญเสียน้ำ และโซเดียมจากไข้ เหงื่อออกมาก และติดตามประเมินภาวะโภชนาการเป็นระยะโดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ และภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดสารอาหาร เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง แผลหายช้า เป็นต้น 2. จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยเริ่มให้เร็วที่สุดหรือภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานตามเป้าหมายที่กำหนด (target calories) โดยระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยวิกฤติ (Acute phase) ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยต้องได้รับประมาณ 25-30 kcal/kg/day

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (nasogastric tube) ขณะให้อาหารควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา และมีการตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารก่อนเริ่มให้อาหารทุกครั้งเพื่อป้องกันการสำลัก</p> <p>4. ตรวจสอบอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหารทุก 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดการสำลักอาหารจากการมีปริมาณอาหารที่เหลือค้างจำนวนมาก และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การได้รับอาหารเร็วเกินไป การได้รับอาหารไม่เพียงพอตามกำหนด การสำลักและท้องเสียจากการให้อาหารเร็วเกินไป และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p>
<p>การพยาบาลผู้ป่วยระยะวางแผนจำหน่าย</p> <p>5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤตและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพ และประเมินความวิตกกังวลของญาติจากสีหน้า ท่าทาง อากาแสดง พร้อมทั้งพูดคุย และเปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึกต่างๆ และสังเกตท่าทีและปฏิกิริยาที่ญาติแสดงออกมาจากการพูดคุย</p> <p>2. ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย และแผนการรักษาของผู้ป่วยแก่ญาติด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายเป็นระยะๆ</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัย รวมถึงแผนการรักษาของผู้ป่วยกับแพทย์ และกำหนดแนวทางการ รักษา ร่วมกัน</p> <p>4. ให้กำลังใจญาติผู้ป่วยด้วยการพูดคุย สัมผัสเพื่อ ลดความวิตกกังวลที่มีอยู่ และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลและดูแลอย่างเต็มความสามารถ แนะนำความก้าวหน้าและอาการของผู้ป่วยเป็นระยะตามความจำเป็น</p> <p>5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>6. อนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม</p>

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเหมือนกัน แต่มีความรุนแรงของโรคต่างกันตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ได้เริ่ม activate sepsis protocol ในทันทีที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแล้ว จึงถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลขอนแก่น ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือดสูง ได้เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน 3 วัน เมื่ออาการทรุดลงจึงถูกส่งตัวมาและเริ่ม activate sepsis

protocol ที่ ER โรงพยาบาลขอนแก่น ทำให้ผู้ป่วยรายที่ 2 ต้องเข้ารับการรักษายาวนานกว่า จากการศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญจากระบบการหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย และผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคเป็นอย่างดี มีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วย และวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตดังกล่าวตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวมทั้งควรได้เข้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินความต้องการครอบคลุมทุกด้าน มีการส่งต่อข้อมูลที่เพียงพอเพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดอัตราการเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

Lionel A et al. Infectious Disease Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Clinical Infectious Disease 2007; 44: 27-72.

Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Dellinger, P. (2017). **Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock**: 2016. Crit Care Med, 45(3), 486-552.

จริยา พันธุ์วิทยากุล, จิราพร มณีพราย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. ว.กองการพยาบาล 2561;45(1):86-104.



- ทิฏฐิ ศรีวิสัย, วิมล อ่อนเส็ง. **ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน.** ว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2560;9(2):152-163.
- ปราณี ทัพไพเราะ. **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจากความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนและขนส่งออกซิเจน.** ใน วารสาร เอี่ยมสวัสดิ์กุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผันแปรของออกซิเจน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2556: 80-87.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา และพรรณนิภา สืบสุข. **การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ.** ใน ปราณี ทัพไพเราะ และคณะ ,บรรณาธิการ. **การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2.** กรุงเทพฯ:หจก. เอ็นพีเพรส; 2555:44-59.
- เพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์. **ผลของกิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรกต่อความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ Sepsis.** ว.พยาบาลศาสตร์ 2554;29(2):102-110.
- โรงพยาบาลขอนแก่น. (2562). **รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี.** ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก. **การจัดการทางเดินหายใจและเครื่องช่วยหายใจ.** ใน วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, บรรณาธิการ. **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ : แบบองค์รวม.** ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์ ; 2560 : 95-156.
- วีรพงศ์ วัฒนาวณิช. **การบริหารยาในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ฉบับปรับปรุง).** กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (2560). **KPI 3 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชาติ คณิตทรัพย์. **ปอดอักเสบในผู้สูงอายุ.** ใน ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง และคณะ,บรรณาธิการ. **อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2561:201-202.
- อภิญา กุลทะเล. **การป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤติ.** ใน วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, บรรณาธิการ. **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ : แบบองค์รวม.** ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ , สหประชาพานิชย์ ;2560 : 521-524.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ.2563 (กรณีศึกษา 2 ราย)

Nursing of cerebrovascular disease patients receiving thrombolytic drugs Kuchinarai Crown Prince
Hospital Kalasin Province. (2 Case study)

(Received: October 16,2020; Accepted: November 19,2020)

วิระวรรณ ทับคำภา

Wirawan Thapkampha

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Professional nurse , Kuchinarai Crown Prince Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยศึกษาในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกทางการพยาบาล ระหว่างเดือน เดือนมกราคม2563 - มีนาคม 2563

ผลการศึกษา พบว่า จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนของ Gordon กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถดำเนินการได้ แต่พบปัญหาที่เหมือนกันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ คือ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากความสามารถดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง และขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

Abstract

This study was case study aimed to studied Nursing of cerebrovascular disease patients receiving thrombolytic drugs to make patients safe. Studied in 2 case study cerebrovascular disease patients receiving thrombolytic drugs Kuchinarai Crown Prince Hospital Kalasin Province. Data were collected by nursing record between January 2020 - March 2020.

The study found that based on Gordon's conventional nursing diagnosis, both cases were able to be run. But the same problem was found in stroke patients in Kuchinarai Crown Prince Hospital were The risk of IICP , Risk of complications from thrombolytic drugs , Risk of complications , Risk of harm from impaired self-care ability due to weak limbs and lack of knowledge and understanding of behavior when discharged from the hospital.

Keyword : cerebrovascular disease patients receiving thrombolytic drugs

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease ,stroke) หรืออัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจากรายงานสถิติสาธารณสุขในรอบ 10 ปี (พ.ศ. 2546-2555) ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อประชากร 100,000 คนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายปีได้ดังนี้ ปี 2553=271.85 ปี 2554 =254.48 ปี 2555 =318.83 และจากข้อมูลสถิติการให้บริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ปี 2560-2562 มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง/หลอดเลือดสมองอุดตันเข้ารับการรักษาดังนี้ ปี 2560=169/143 ราย ปี 2561 =142 /120 รายปี 2562 =177 /159รายซึ่ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีที่ตั้งห่างไกลจากโรงพยาบาลทั่วไป มากกว่า 80 กิโลเมตร แม้ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาเร็วแต่ถ้าต้องส่งต่อเพื่อรับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลจังหวัดจะไม่ทัน ทางโรงพยาบาลจึงได้พัฒนาระบบช่องทางด่วนในการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง



อุดตัน (Stroke fast tract) เพื่อผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอภูผินารายณ์และอำเภอใกล้เคียงเข้าถึงการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ในปี 2560 = 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.6 ปี 2561 = 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.8 ปี 2562 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.9 ซึ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือด มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน จากติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ และแผลกดทับปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 4.7 ปี 2561 คิดเป็นร้อยละ 7.0 คิดเป็นร้อยละ 7.3 ดังนั้น เพื่อให้ การดูแลรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองให้ มีคุณภาพ ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันที่รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (กรณีศึกษา) ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล จำนวน 2 ราย เปรียบเทียบ เพื่อ นำผลการศึกษามาพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ได้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์ให้มีคุณภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้ผู้ป่วยปลอดภัย
2. เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนมกราคม 2563 - มีนาคม 2563

สาระสำคัญ

1. ข้อมูลประวัติสุขภาพ อาการสำคัญ การเจ็บป่วย ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวพบว่า

กรณีศึกษาที่ 1 เป็นเพศชายกรณีศึกษาที่ 2 เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่เป็นกำลังหลักในการหารายได้ของครอบครัว การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ทั้ง 2 ราย สามารถรับทราบข้อมูลด้านสุขภาพของตนเองรวมทั้งแผนการรักษาได้ดี สัมพันธภาพในครอบครัวดีมีบุคคลในครอบครัว ดูแลขณะนอน รพ. เมื่อได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ด้านสุขนิสัยมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่มั่นคง สามารถปรับตัวได้ ไม่มีข้อจำกัดการรับประทานอาหาร กรณีศึกษาที่ 1 สูบบุหรี่ และดื่มสุราซึ่งอาจทำให้มีภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันได้ รูปแบบการออกกำลังกายไม่ชัดเจนกรณีศึกษาที่ 2 มีเวลา

พักผ่อนน้อยประกอบกับเป็นคนเจ็บขริมน อาจมีผลต่อสุขภาพได้

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมาด้วยอาการ ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ มีแขนขาอ่อนแรง ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด สอดคล้องกับอาการสำคัญที่ระบุในอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เนื่องจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้มีอาการทางระบบประสาท โดยเหตุที่พยาธิสภาพของสมองจะทำงานเป็นปกติได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยพลังงานจากสารอาหารและออกซิเจนที่อยู่ในกระแสเลือด ซึ่งส่งมาจากหัวใจผ่านทางหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง เช่น เกิดการอุดตันหรือหลอดเลือดสมองแตกอย่างทันทีทันใด จะส่งผลให้สมองไม่ได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ จึงเกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองตาย สมองแต่ละส่วนมีหน้าที่ในการทำงานแตกต่างกัน เมื่อสมองส่วนที่เกิดการขาดเลือดและตายไป ส่วนของร่างกายที่ถูกควบคุมด้วยสมองส่วนนั้น ก็จะเกิดความผิดปกติ จึงพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน มักจะพบความผิดปกติของการเคลื่อนไหว มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีความผิดปกติด้านการสื่อสาร บางรายผิดปกติด้านการรับรู้ จึงสอดคล้องกับสาเหตุของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้

การตรวจร่างกายพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความผิดปกติของระบบประสาท คล้ายกันแตกต่างกันที่ความผิดปกติที่ซีกของร่างกาย และระดับความรุนแรง กรณีศึกษาที่ 1 พบแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง motor power ระดับ 0 แขนขาซีกขวา ระดับ 5 ซีมมีปากซ้ายตก แสดงว่ามีความผิดปกติที่สมองซีกขวา ร่วมกับซีพจรเต้นผิดจังหวะ ผลตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าพบหัวใจเต้นผิดปกติชนิด Atrial fibrillation สอดคล้องกับทฤษฎีสาเหตุการเกิดหลอดเลือดสมองผิดปกติ กรณีศึกษาที่ 2 พบว่าแขนขาซีกขวาอ่อนแรง motor power ระดับ 3 แขนขา ซีกซ้าย ระดับ 5 ซีมมีปากขวาตก แสดงว่ามีความผิดปกติที่สมองซีกซ้าย และจากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบสมองขาดเลือดไปเลี้ยงอาจเกิดจากภาวะหลอดเลือดในสมองตีบอุดตัน

ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษา ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะ หลอดเลือดสมองอุดตัน มีระดับไขมัน (LDL) ในเลือดสูง กรณีศึกษารายที่ 1 มีระดับ โปแทสเซียมในเลือดต่ำ ต้องได้รับการแก้ไข กรณีศึกษารายที่ 2 พบว่า ส่วนประกอบของเลือดพบ เม็ดเลือดขาวในเลือดเกินกว่าค่าปกติ อาจมีมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ไม่มีขีด ค่าแสดงกลไกการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าแสดงการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลตาม ของกรณีศึกษา 2 ราย

11 แบบแผนของ Gordon ขณะอยู่โรงพยาบาล

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลตาม 11 แบบแผนของ Gordon ขณะอยู่โรงพยาบาล

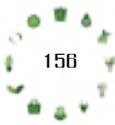
แบบแผนของ Gordon	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
1 การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)จากเส้นเลือดสมองตีบ 2.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ 4.เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก 5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและโรคที่เป็นอยู่ 6.ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)จากเส้นเลือดสมองตีบ 2.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ 4.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและโรคที่เป็นอยู่ 5.ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
3. การขับถ่าย	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	7 ความสามารถดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขา ด้านซ้ายอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ	6.ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขา ขวาอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ
5 การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
6 สติปัญญาและการรับรู้	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	8.มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเนื่อง จากภาวะเจ็บป่วย 9.ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล	7.มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเนื่อง จากภาวะเจ็บป่วย 8.ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล
8 บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
9 เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
10 ความเครียดและความทนต่อความเครียด	10.ผู้ป่วยมีความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่กำลังดำเนินอยู่	9.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่กำลังดำเนินอยู่
11 คุณค่าและความเชื่อ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา

จากการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลตาม 11 แบบแผนของ Gordon ขณะอยู่โรงพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์และรวมปัญหาที่คล้ายเป็นข้อเดียว

เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)จากเส้นเลือดสมองตีบ	1. ชักประวัติ อาการที่เป็นและเวลาที่มีแขน ขาอ่อนแรงอย่างชัดเจน 2. ประเมินข้อบ่งชี้ ข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด 3. ประเมิน NIHSS, GCS, V/S ทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน หรือระดับความดันโลหิต > 180/110 mmHg รายงานแพทย์ทันที 4. ติดตามผลเลือดโดยเฉพาะค่า CBC, PT, PTT, INR, Platelet ถ้าพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที 5. ดูแลให้ O ₂ canular 3 LPM ตามแผนการรักษา 6. จัดทำนอนราบ คอไม่หักพับอง สะโพกงอไม่มากกว่า 90 องศา



ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>7. ดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA โดยคำนวณขนาดยา 0.9 mg x BW kg. ของผู้ป่วย จะเท่ากับ ขนาดยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับ โดยแบ่งให้ 10% แรกของขนาดยาทั้งหมดที่คำนวณได้ใน 1 นาที และหลังจากนั้นให้อีก 90% ของขนาดยาที่เหลือโดยใช้ Infusion pumpให้ภายใน 1 ชั่วโมง</p> <p>กรณีศึกษาชายที่ 1 น้ำหนัก 55 kg.ได้รับยาขนาด 49.5mg แบ่งให้ 4.95 mg iv bolus in 1 min then 44.55 mg iv drip in 60 min</p> <p>กรณีศึกษาชายที่ 2 น้ำหนัก 48 kg. ได้รับยาขนาด 43.2 mg. แบ่งให้ 4.32 mg iv bolus in 1 min then 38.88 mg iv drip in 60 min</p> <p>8. Monitor EKG เพื่อประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าพบผิดปกติให้รายงานแพทย์</p> <p>9. ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารทางปาก 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก</p> <p>10. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะ DTX q 6 hr. If < 80 mg% ให้ 50% glucose 50 cc. iv push. If > 200 mg% ให้ RI scale</p> <p>11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนตามแผนการรักษา คือ 0.9%NSS 1,000 cc iv drip 80 cc/hr.</p>
<p>2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p>	<p>1. ประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติในระบบต่างๆ เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ในกล้ามเนื้อ หรือตำแหน่งอื่นๆ</p> <p>2. ประเมินอาการทางระบบประสาทโดยใช้เครื่องมือ NIHSS, GCS ระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือดทุก 15 นาที และหลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>3. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที x 2 ชั่วโมง ทุก 1 ชม. x 16 ชั่วโมง ถ้า SBP > 185 mmHg หรือ DBP >110 mmHg ภายใน 24 ชั่วโมงรายงานแพทย์ทันที ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง หรือมี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน รายงานแพทย์ทันที 4. Monitor O2 saturation if <95% รายงานแพทย์ทราบทันที</p> <p>5. Monitor EKG เพื่อประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าพบผิดปกติให้รายงานแพทย์</p> <p>6. บันทึกสารน้ำเข้า-ออก (I/O)</p> <p>7. ดูแลให้ยา Omeprazole 40 mg. iv q 12 hr. เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา</p> <p>8.งดกิจกรรมการพยาบาลหลังให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง ดังนี้</p> <p>8.1 ใส่ NG tube, Central line</p> <p>8.2 เจาะ ABG หรือ เจาะหลอดเลือดแดง</p> <p>8.3 หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะ</p> <p>8.4 ให้ Heparin /warfarin /antiplatelet</p> <p>9.ถ้าสงสัยมีเลือดออกในสมอง เช่น มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น ปฏิบัติดังนี้</p> <p>9.1หยุดยา rt-PA ทันทีและรีบรายงานแพทย์</p> <p>9.2Repeat CBC ,PT, PT , INR, G/M จอง Cryo precipitate 10 unit or FFP 6-8 unit 2.10.3 เตรียมส่งผู้ป่วย CT brainด่วน</p> <p>9.3 Consult neurosurgeon</p> <p>9.4 พิจารณา Hyperventilation ผู้ป่วย</p> <p>9.5 ส่งผู้ป่วย CT brain ซ้ำ หลังได้ยาละลายลิ่มเลือดครบ 24 ชั่วโมง</p>
<p>3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลัก</p>	<p>1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว คะแนนต้องได้มากกว่า 11 คะแนน สามารถสื่อสารและทำตามบอกได้</p> <p>2. จัดท่านั่งศีรษะสูง 90 องศาและนั่งทรงตัวได้</p> <p>3. ประเมินการกลืน (swallowing test)</p> <p>3.1 ประเมินการควบคุมลิ้น การกลืน การไอ โดย 1) ปิดปากได้สนิท สามารถกลืนไวน้ำได้ตามคำสั่ง เช่น ยกลิ้น ขึ้นลง ซ้ายขวา เสริมฝีปาก 2) กลืนน้ำลายได้ 3) ไอได้ตามคำบอก</p> <p>3.2 water swallow test : ทดสอบการกลืนน้ำประมาณ 5 ml โดยใช้ช้อนวางบนลิ้นด้านที่แข็งแรงของผู้ป่วย ถ้าผ่านแล้วให้ผู้ป่วยประเมินอีก ทำแบบนี้ไป 2 ครั้ง หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ประเมินครั้งที่ 1 ไม่สามารถกลืนน้ำได้ น้ำไหลออกจากปาก ให้หยุดทดสอบและรายงานแพทย์เพื่องดน้ำและอาหารก่อน กรณีถ้าผ่านครั้งที่ 1 ประเมินครั้งที่ 2 สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีไอ สำลัก มีน้ำไหลออกจากปาก หายใจไม่สะดวก หายใจช้าลง มีเสียงน้ำในลำคอ ให้หยุดการทดสอบ แล้วรายงานแพทย์ เพื่องดน้ำและอาหารและเพื่อประเมินเพิ่มเติม</p>

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>4. กรณีกลืนไม่ผ่านให้ใส่สายยางให้อาหารเหลวทางสายยางตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา ขณะให้อาหารทางสายยางและหลังให้อาหารเป็นเวลานาน 15-30 นาที</p> <p>5. สังเกตอาการสำคัญ</p> <p>6. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมงและประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้ มากกว่า หรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียสหรือสัญญาณชีพผิดปกติรายงานแพทย์</p>
<p>4 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก</p>	<p>1. ประสานทีมเภสัชกรในการตรวจเยี่ยมประเมินความเสี่ยงจากการได้รับยาให้ผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการใช้ยา warfarin แก่ผู้ป่วยและญาติ และออกสมุดรับยา warfarin ให้ผู้ป่วย</p> <p>2. พยาบาลสอนแนะนำผู้ป่วยและญาติ เน้นย้ำให้ทราบอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังระหว่างการให้ยาและอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลและแพทย์ทราบ ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น จุดจ้ำเลือดตามลำตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด ป้องกันระงับการทกล้ม</p> <p>3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเช่นเวลา off iv fluid เเจาะเลือดกดหลอดเลือดนาน10-15 นาทีเพื่อป้องกันจุดเลือดออก</p>
<p>5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและโรคที่เป็นอยู่</p>	<p>1. ประเมินปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล ระดับของภาวะวิตกกังวล</p> <p>2. พุดคุยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ป่วยเพื่อเกิดความไว้วางใจ</p> <p>3. ให้ข้อมูลที่ญาติและผู้ป่วยต้องการทราบ</p> <p>4. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้พุดถึงความรู้สึก เช่น</p> <p>4.1 ต้องการความหวัง</p> <p>4.2 ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย</p> <p>4.3 ต้องการความมั่นใจในการรักษา</p> <p>4.4 ต้องการระบายความรู้สึก</p> <p>4.5 ต้องการซักถามพุดคุยกับแพทย์</p> <p>4.6 ต้องการที่จะเข้าเยี่ยมได้บ่อยและการดูแลผู้ป่วย</p> <p>5. ก่อนให้การพยาบาลแต่ละครั้งต้องอธิบายให้ทราบถึงเหตุผล วิธีให้การพยาบาลเพื่อความเข้าใจและความร่วมมือในการพยาบาล</p> <p>6. หาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย การยอมรับภาวะเศร้าโศกของญาติ การให้คำอธิบายโดยใช้คำพุดที่ง่าย เกี่ยวกับการรักษา ให้ข้อมูลที่ปัจจุบัน บอกสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติ</p> <p>7. หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวลกับญาติ การช่วยเหลือญาติในการตัดสินใจ พยาบาลควรให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะแก่ญาติในการประกอบการตัดสินใจ</p> <p>8. ให้โอกาสผู้ป่วยและญาติได้ทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการได้ เช่น พิธีกรรมทางศาสนา</p> <p>9. แนะนำให้ญาติมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย</p> <p>10. เปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมนอกเวลาตามความเหมาะสม</p> <p>11. เปิดโอกาสให้ญาติได้พุดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการ การดำเนินของโรค การรักษาเป็นระยะ</p> <p>12. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดหน้า การพุดคุย กระตุ้นประสาทรับความรู้สึกของผู้ป่วย</p> <p>13. การจับมืออย่างมีความหมาย Passive ROM exercise ส่งเสริม ให้กำลังใจ ผู้ป่วยและญาติในการเผชิญปัญหาต่างๆ พุดคุยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้พุด ยกแขน ขาช้างซ้ายที่อ่อนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่า แขน ขา เริ่มดีขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีกำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น</p>
<p>6 ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค บอกปัจจัยที่ส่งเสริมการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือตีตัน คือ การมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ถึงแม้ผู้ป่วยจะตรวจไม่พบภาวะดังกล่าว ควรหลีกเลี่ยง และปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ดังนี้</p> <p>1.1 อาหาร ลดเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกหมักดอง อาหารกระป๋อง อาหารแปรรูป ใช้น้ำปลาหรือซอสปรุงรสให้น้อยลง รับประทานผักผลไม้หลากหลายทุกวัน หลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานมากๆ ลดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น น้ำมันหมู เครื่องในสัตว์ทุกชนิด อาหารทะเล กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม ควรรับประทานเนื้อปลา ไก่ไม่ติดหนัง งด้าหัวแทน วิธีปรุงอาหาร หลีกเลี่ยงการทอดหรือผัด</p> <p>1.2 การออกกำลังกาย ควรทำเป็นประจำต่อเนื่อง เช่น การฝึกโยคะ การเดิน เป็นต้น</p> <p>1.3 การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่หยุดยาเอง และมาตรวจตามนัด</p>



ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>1.4 การสังเกตอาการผิดปกติ หากพบให้รีบมาพบแพทย์ทันที ดังนี้ 1) อ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีกขาครึ่งซีก 2) เวียนศีรษะร่วมกับเดินเซ 3) ตามัว หรือ มองเห็นภาพซ้อน 4) พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง 5) ปวดศีรษะ อาเจียน 6) ซึม ไม่รู้สึกตัว</p> <p>1.5 กรณีฉุกเฉิน ไม่สามารถนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้ ให้โทร. 1669</p> <p>2. แนะนำญาติ โดยเฉพาะสามีของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ปฏิบัติดังนี้</p> <p>2.1 การฟื้นฟูทางด้านร่างกาย</p> <p>1) การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร เป็นต้น โดยควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด ญาติคอยให้กำลังใจ</p> <p>2) การบริหารร่างกายอย่างต่อเนื่อง ให้ญาติได้เรียนรู้การบริหารกับนักกายภาพบำบัด เพื่อสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้</p> <p>2.2 การฟื้นฟูทางด้านจิตใจ และอารมณ์ จากปัญหาทางด้านสุขภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด กังวล รู้สึกด้อยค่า ญาติควรให้กำลังใจ เข้าใจผู้ป่วยให้มาก คอยสนับสนุนการทำสิ่งต่างๆ</p> <p>3. ส่งข้อมูลของผู้ป่วยให้ทีมเยี่ยมบ้านเพื่อออกติดตามอาการ และแจ้งผู้ป่วย ญาติ รับทราบถึงการติดตามเยี่ยมบ้านของทางเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอุ่นใจ คลายกังวล</p>
<p>7 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากความ สามารถดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ</p>	<p>1. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน</p> <p>2. คอยพยุงผู้ป่วยลุกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้จะลุกนั่งหรือหัดเดิน</p> <p>3. สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมกายภาพบำบัด</p> <p>4. การจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ผู้ป่วย เช่น ผ้าปูที่นอน เสื้อผ้า โดยเน้นถึงความสะอาด ไม่มีปมหรือเงื่อนที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ แนะนำญาติให้เตรียมดูแลดังนี้</p> <p>4.1 ที่นอนผู้ป่วยควรเป็นที่นอนแน่น ไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป หรือฟูกหนาเพื่อช่วยกระจายแรงกดบริเวณต่างๆของร่างกาย</p> <p>4.2 ผ้าปูที่นอนสะอาด ไม่ยับขึ้น ต้องเรียบตึง ไม่มีรอยยับย่น เพื่อป้องกันไม่ให้ถูไปกับผิวหนังของผู้ป่วยจนเกิดแผลกดทับได้</p> <p>4.3 เสื้อผ้าไม่มีตะขอหรือเข็มกลัดที่อาจทำให้เกิดแผลได้</p> <p>4.4 ดูแลและจัดท่าของร่างกายของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยให้ศีรษะ ข้อไหล่ ข้อสะโพก และข้อต่างๆอยู่ในท่าที่ถูกต้องเหมาะสม</p> <p>4.5 ดันปลายเท้าด้วยหมอนหรือไม้ยันเท้า รักษาระดับให้อยู่แนวเดียวกับขา และจัดสันเท้าไม่ให้กดทับที่นอน</p> <p>4.6 ในท่านอนหงาย จัดท่านอน ใช้ผ้าฉนวนสอดคานอกสะโพก ป้องกันการหมุนของข้อสะโพก</p> <p>4.7 จัดแขนและมือให้อยู่ในท่าที่สามารถใช้งานได้ต่อไปคือ ข้อศอกงอเล็กน้อย ข้อมือเหยียด มือกำม้วนผ้าหรือลูกบอลยาง และวางมือไว้บนหมอนให้สูงกว่าระดับหัวใจเพื่อป้องกันการบวม</p> <p>4.8 ดูแลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุก 2-4 ชั่วโมง</p> <p>4.9 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเองบนเตียง หรือฝึกลุกนั่งเองช่วยตัวเองบ่อยๆ</p> <p>4.10 สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอนและเพิ่มขึ้นตามความสามารถ</p> <p>4.11 แนะนำ สาธิต และฝึกให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดโดยมีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ฝึกปฏิบัติ แนะนำญาติให้ช่วยทำ Passive exercise ให้งอแขนเข้า เหยียดแขนออก งอขาเข้า เหยียดขาออก ให้ฝึกบ่อยๆทำอย่างน้อยวันละ 15-20 นาทีต่อวัน</p>
<p>8 มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเนื่อง จากภาวะเจ็บป่วย</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความกังวล</p> <p>2. ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ แผนการรักษา และการปฏิบัติตัว</p> <p>3. เปิดโอกาส กระตุ้น ให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง เพื่อลดความรู้สึกบงการในการดูแลตนเอง และเกิดความภาคภูมิใจ</p> <p>4. จัดหาอุปกรณ์เสริมที่เหมาะสม</p> <p>5. ส่งเสริมให้ครอบครัว และบุคคลที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวร่วมเสริมพลังให้รู้สึกมีคุณค่า</p>

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นการศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธราชอุสินารายณ์ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Recombinant tissue

Plasminogen Activator ; rt-PA) ภายในเวลา 270 นาที แต่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อชีวิตและก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว ถ้าไม่สามารถปรับตัวในด้านอัตโนมัติศน์ ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างยิ่งพบว่า ผู้ป่วยและญาติจะ

มีความวิตกกังวล มีความเครียด ขาดความมั่นใจในสถานการณ์ ความเจ็บป่วยที่ครอบครัวกำลังเผชิญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังอยู่ในวัยทำงาน เป็นกำลังสำคัญของครอบครัว จะส่งผลต่อการปรับตัวต่อบทบาททางสังคมอย่างยิ่ง พยาบาลมีบทบาทสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากความบกพร่องทั้งทางร่างกาย และจิตใจ พยาบาลยังต้องให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ดูแลตลอดจนญาติผู้ป่วย ประคับประคองบุคคลเหล่านั้น ให้สามารถปรับตัวเผชิญปัญหา แสดงบทบาทและดำรงชีวิตของตนเองได้ตามปกติอย่างเหมาะสม การให้คำแนะนำปรึกษาการปฏิบัติตัว การให้ความรู้เรื่องโรค การสนับสนุนให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การให้กำลังใจ เพื่อบรรเทาคลายความเครียด ความวิตกกังวล ให้มีสุขภาพจิตที่ดี และเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะพักรักษาในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพการดำเนินการของโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและวินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยได้ถูกต้อง วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาลทุกครั้ง เพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาปัญหาของกรณีศึกษา 2 ราย ตาม 11 แบบแผนของ Gordon ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์และรวมปัญหาที่คล้ายเป็นข้อเดียว เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และนำสู่การวางแผนการพยาบาลต่อไป จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าปัญหาที่เหมือนกันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในโรงพยาบาลสมเด็จฯ อยุธยาฯ อยุธยาฯ คือ

1. ปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) จากการศึกษ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ เนื่องจากความดันในกะโหลกศีรษะ (intracranial pressure : IICP) เป็นผลรวมของความดันจากส่วนประกอบ 3 สิ่งที่อยู่ในกะโหลกศีรษะ ได้แก่ เนื้อสมอง เลือด และน้ำไขสันหลัง โดยทั่วไปร่างกายจะพยายามปรับตัวให้มี ICP คงที่แม้ว่าจะมีพยาธิสภาพในสมองโดยกลไกต่างๆในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมองเมื่อสมองขาดเลือดจะทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองตาย ความดันในกะโหลกศีรษะอาจสูงขึ้นได้ เนื่องจากเนื้อสมองที่ตายอาจมีการบวม ทำให้ปริมาตรของสมองเพิ่มขึ้น ถ้าความดันในกะโหลกศีรษะสูงกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นถ้าไม่ได้รับการแก้ไขโดยเร็วอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (นิภาพร บุตรสิงห์ 2562:20) การให้การพยาบาลสามารถป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้โดยการปรับระดับเตียงให้ผู้ป่วยศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ดูแลจัดท่าให้ศีรษะลำคอและสะโพกไม่พับงอ เพื่อให้การไหลเวียนของ

เลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวกและการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง ดูแลระดับปวด ดูแลอุณหภูมิกายให้อยู่ในช่วงปกติ ดูแลการหายใจแลกเปลี่ยนก๊าซให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินและเฝ้าระวังอาการทางประสาททุก 1 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกต อาการเตือนของ IICP ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กำลังกล้ามเนื้อผิดปกติ ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน การมองเห็นและรูม่านตามผิดปกติ สัญญาณชีพเริ่มเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงร่วมกับความดันชีพจรกว้าง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง และหายใจช้าลง ส่วน late signs ของ IICP ได้แก่ รูม่านตาเปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงมากขึ้น รูปแบบการหายใจผิดปกติร่วมกับมีความผิดปกติของค่า arterial blood gas(ABG) พยาบาลควรแจ้งแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดูแลระบบหายใจและการไหลเวียนของเลือดให้คงที่ จากปัญหาที่พบได้หลังจากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า กรณีศึกษาชายที่ 1 มีอาการแขนขาอ่อนแรง อ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด motor power แขนขาอ่อนแรงระดับ 0 แขนขาอ่อนแรงขวา ระดับ 5 ส่งตรวจ CT scan สมองพบว่า มีภาวะสมองขาดเลือดจากเส้นเลือดในสมองตีบ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของกำลังกล้ามเนื้อแขนขาจากสมองมีพยาธิสภาพของโรค กรณีศึกษาชายที่ 2 ผลตรวจ CT scan สมองพบ มีภาวะเนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากเส้นเลือดสมองตีบ ทำให้มีอาการมินชา แขนขาอ่อนแรง อ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ส่งผลให้มีอาการทางระบบประสาท และโดยเหตุที่พยาธิสภาพของสมองจะทำงานเป็นปกติได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยพลังงานจากสารอาหารและออกซิเจนที่อยู่ในกระแสเลือด ซึ่งส่งมาจากหัวใจผ่านทางหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง เช่น เกิดการอุดตันหรือหลอดเลือดสมองแตกอย่างทันทีทันใด ส่งผลให้สมองไม่ได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ จึงเกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองตาย ส่วนของร่างกายที่ถูกควบคุมด้วยสมองส่วนนั้น ก็จะเกิดความผิดปกติตามมา หลังจากแพทย์ได้วินิจฉัยโรคและให้การรักษามาตรฐานการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับแพทย์ และให้การพยาบาลอย่างสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาที่กำหนด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางจมูก มีการติดตามประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินอาการทางระบบประสาท และสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและจำนวนปัสสาวะที่ออก พบว่า ทั้ง 2 รายปลอดภัยจากภาวะดังกล่าว

2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด จากการศึกษพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค



หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน มีการประเมิน NIHSS ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทุกข้อ พุดคุยกับผู้ป่วยและญาติถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด ก่อนให้การรักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) โดยผู้ป่วยจะต้องอยู่บนเตียงตลอด (absolute bed rest) ขณะให้ยาห้ามทำหัตถการกับผู้ป่วย ขนาดยาที่ให้คือ 0.9 mg/kg. มากสุดต้องไม่เกิน 90 mg. ผสมยาต้องไม่เขย่าขวด ให้ใช้วิธีหมุนขวดยา แบ่งให้ยาร้อยละ 10 ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำใน 1 นาที และอีกร้อยละ 90 หยดเข้าทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง ระวังไม่ให้ยาซึมออกนอกเส้นเลือด ขณะให้ยามีการเฝ้าสังเกตอาการ วัดความดันโลหิตทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นวัดทุก 30 นาที เป็นเวลา 6 ชั่วโมง จากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง ประเมินอาการแสดงทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว เป็นระยะ ระหว่างให้ยาให้ประเมินทุก 15 นาที จากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง รวมถึงอาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน กระสับกระส่าย สับสน ซึม ประเมินภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่น เช่น การมีเลือดออกทางเดินอาหารทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อ งดการให้ยา aspirin, clopidogrel, warfarin, heparin หรือ LMWH จนกว่าจะครบ 24 ชั่วโมงและทราบผล CT scan สมอง (กรณีการ คบบุญเกียรติ ,2562) การดูแลผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรกไม่ทำหัตถการที่เสี่ยงกับเลือดออก เช่น การเจาะเลือดจากหลอดเลือดแดง การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายยางให้อาหารทางกระเพาะอาหาร ระมัดระวังการกระทบกระเทือน รวมทั้งให้ผู้ป่วยพักอยู่บนเตียง ดังนั้น การรักษาที่มีประสิทธิภาพขึ้นกับความรู้ ทักษะและประสบการณ์ของพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยา มีการประเมินตามเกณฑ์ร่วมกับแพทย์ผู้ดูแลอย่างครบถ้วน ทุกการดูแลคือขณะให้ยาและหลังได้รับยา สามารถดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามมาตรฐาน บันทึกสัญญาณชีพ ผลการประเมินอาการทางระบบประสาทในเวชระเบียนได้ครบถ้วน ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังให้การพยาบาลไม่พบปัญหาที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา สามารถให้ยาได้ตามแผนการรักษา

3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบ จากการศึกษ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จะพบภาวะการถ่วงลำบาก ทำให้เสี่ยงต่อการสูดสำลักอาหาร ลงปอดและติดเชื้อในปอดได้ ซึ่งจะทำการพยากรณ์โรคแย่งหรือนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการประเมินการกลืนก่อนได้รับน้ำ อาหารหรือยารับประทานทางปาก บทบาทของพยาบาลคือการประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง หลังเข้าอนรรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งจากการให้การปฏิบัติทางการพยาบาลของ

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ประเมินการกลืนไม่ผ่าน ได้รับการใส่สายยางให้อาหารหลังครบ 24 ชั่วโมงที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้รับยาและสารอาหารทางสายยางให้อาหารและได้ฝึกกลืนจนสามารถประเมินการกลืนผ่านและสามารถรับประทานอาหารได้เองทางปากก่อนจำหน่ายกลับบ้าน กรณีศึกษารายที่ 2 เมื่อครบ 24 ชั่วโมงได้ประเมินการกลืนผ่าน รับประทานยาและอาหารทางปากได้เองไม่มีไอหรือสำลักจากการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่มีภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก

4. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากความสามารถดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า กล้ามเนื้อแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงเนื่องจากสมองมีพยาธิสภาพของโรคซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย พยาบาลควรมีการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามต้องให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงใน 24 ชั่วโมงแรกจนกว่าอาการทางระบบประสาทจะคงที่ ถ้าอาการทางระบบประสาทและระบบไหลเวียนเลือดคงที่แล้ว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยการลุกนั่งหรือลงจากเตียง ที่สำคัญพยาบาลต้องประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยก่อนว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทที่แย่งภายหลังจากการเปลี่ยนจากท่านอนเป็นนั่งหรือไม่ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการเคลื่อนไหว การประเมินผิวหนัง ตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ในบางสถานการณ์การใช้ที่นอนลมอาจช่วยลดการเกิดแผลกดทับได้ กรณีศึกษารายที่ 1 พบกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายกำลังระดับ 0 ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง ระยะเวลาแรกพยาบาลต้องพลิกตะแคงตัวให้ ทุก 2 ชั่วโมง ญาติได้รับการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือพลิกตะแคงตัวและให้การดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ กรณีศึกษารายที่ 2 แขนขาข้างขวา กำลังระดับ 2-3 ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตัวเองในการตะแคงเปลี่ยนท่านอนและพยุงตัวเองลุกนั่งได้บ้างโดยมีญาติช่วยประคอง และกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังการปฏิบัติทางการพยาบาลและฝึกกำลังกล้ามเนื้อแขนขาจากนักกายภาพบำบัด หลังได้รับการรักษาและการปฏิบัติทางการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่พบปัญหาหรืออันตรายจากแขนขาอ่อนแรงประเมิน ADL แรกรับ กรณีศึกษารายที่ 1 ได้ 50 คะแนน ก่อนจำหน่าย 65 คะแนนกรณีศึกษารายที่ 2 ADL แรกรับ 55 คะแนน ADL ก่อนจำหน่าย 70 คะแนน

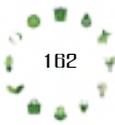
5. ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน พบว่า สิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือ การให้แนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เข้าใจ ถึงความสำคัญ

ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดตามมา พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่จะต้องให้การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเป็นปกติที่สุด จากการประเมินปัญหาด้านการพยาบาลในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 หลังได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ไม่มีภาวะสมองบวมหรือภาวะเลือดออกในสมองเพิ่ม แต่กำลังแขนขาข้างที่อ่อนแรงยังไม่กลับมีแรงปกติ มีภาวะที่ง่วงงุน ทำให้กังวลใจ ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายภาพบำบัดต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีโอกาสในการเกิดหลอดเลือดสมองตีบซ้ำจากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จึงได้รับยาต้านความแข็งตัวของเลือดรับประทานอย่างต่อเนื่อง โดยทีมแพทย์และพยาบาลได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การทำกายภาพบำบัด การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ควรรับประทานอาหารที่เคี้ยวง่าย อ่อนนุ่ม เพื่อลดการสำลัก การจัดที่นั่งหรือศีรษะสูง ก่อนและหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30-60 นาที การสังเกตอาการผิดปกติ ถ้าผู้ป่วยมีอาการ แขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง เดินเซ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง และแผ่ววังการเกิดเลือดออกง่ายหยุดยากจากการรับประทานยา warfarin หลีกเลี่ยงการรับประทานผักผลไม้ การนวด อุจจาระสีดำมีกลิ่นคาวหรือเป็นเลือดสด ถ้ามีอาการผิดปกติควรรีบพบแพทย์ก่อนนัด กรณีศึกษาที่ 2 หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา มีกำลังแขนขาอ่อนแรง ระดับ 2-3 แรงยังไม่ฟื้นตัวปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนโดยอาศัยกำลังจากแขนขาอีกด้านที่ยังมีแรงปกติ ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความดันโลหิตที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติได้รับประทานยาลดความดันโลหิตและต้องรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด การฝึกปฏิบัติทำกายภาพบำบัด สามารถทำกายภาพบำบัดได้ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแต่ยังคงมีความกังวลใจ จากต้องพึ่งพิงญาติบางส่วนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พยาบาลเสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติและเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับบ้าน จะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจะเกิดการกระทบกับหลายระบบ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้การดูแลด้านจิตใจตั้งแต่แรกรับการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย ให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการจำหน่ายร่วมกันตั้งแต่วินิจฉัยในโรงพยาบาล โดยให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ อธิบายขั้นตอนการดูแลรักษา สิทธิบัตรการรักษ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย สาธิตการพลิกตะแคงตัว การลูกนั่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพของกล้ามเนื้อที่เหลืออยู่ เช่น การรับประทานยา การรักษา

สุขภาพอนามัยส่วนบุคคลการแต่งตัว หลีกเลี่ยง การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การติดต่อ สื่อสารกับผู้อื่น การเปลี่ยนอิริยาบถ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดัดแปลงสภาพแวดล้อมที่บ้าน ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ดำรงชีวิตอย่างอิสระมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาที่ต้องการและสามารถทำกิจกรรมนั้นอย่างปลอดภัยและสำเร็จในเวลาไม่นานเกินไป และการทำกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ เช่น การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดในบ้าน ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิต การดูแลอย่างบูรณาการและเข้าใจสภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงภาวะทางจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความพึงพอใจหรือการที่ต้องตกเป็นผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลใดก็ตามไม่อาจช่วยเหลือตนเองได้ ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น จะทำให้บุคคลนั้นสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้มีความรู้ สามารถ รวบรวมข้อมูล การเจ็บป่วยให้ครบถ้วน ประเมินคัดกรองผู้ป่วย ถูกต้อง รวดเร็ว ทั้งสัญญาณชีพ ตรวจสอบอาการทางระบบประสาทโดยใช้ NIHSS (neurological assessment) ให้การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลได้ตรงกับความต้อง การของผู้ป่วย มีความรู้เรื่องยาที่ใช้ในการรักษา มีทักษะในการให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA อาการข้างเคียงและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา มีทักษะในการใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยชีวิตและอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการประสานงานกับแพทย์และ ทีมสหวิชาชีพ
2. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยใน ให้มีความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา ช่วยผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเครียดคุกคามชีวิต มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ต้องการความช่วยเหลือจากระบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเครียดและรอดชีวิตได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายรุนแรง มีการประเมิน เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทั้ง สัญญาณชีพ การเปลี่ยนของอาการทางระบบประสาท สังเกตและรักษาสมดุลของสารน้ำที่เข้า ออกจากร่างกาย เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ญาติหรือบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้ การดูแลรักษาพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพ



3. การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมในการบริการ เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในการตรวจหาพยาธิสภาพที่สมอง เครื่องตรวจทางห้องปฏิบัติการ เครื่องชั่งน้ำหนัก ชนิดซึ่งรถเข็นนั่งและเปลนอนได้ เครื่องติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่อง เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า เครื่องควบคุมปริมาตรสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump) เป็นต้น

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันแม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด แล้ว แต่ความสามารถในการดูแลตนเองยังบกพร่อง ผู้ป่วยบางรายอาจมีโรคร่วม มีความซับซ้อนในการดูแล เพื่อลดความพิการ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณค่าในตนเอง มีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมจึงควรมีระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันทั้ง แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์

เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตลอดจนบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล

5. การพัฒนาระบบบริการสู่เครือข่ายจากการศึกษาพบว่า สิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือดต้องสามารถให้ยาได้ภายใน 270 นาที โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานี ซึ่งเป็นแม่ข่ายโรงพยาบาล เขาวงโรงพยาบาล ห้วยผึ้ง โรงพยาบาลนาคู รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการควรมีการวางระบบ คัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยที่เสี่ยงหรือสงสัยว่ามีภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ได้ถูกต้อง รวดเร็ว มีระบบ ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง(stroke fast track) ในเครือข่ายบริการเป็นรูปธรรม มีการประชุมทบทวนความรู้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เหตุการณ์สำคัญ ผลการดำเนินงาน ในเครือข่ายอยู่เสมอ

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ และคณะ(2562) .**แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพ เขตบริการที่ 7.ขอนแก่น :หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.**
- กลุ่มการพยาบาลสถาบันประสาทวิทยา. (2545). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล.กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา.**
- คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพแห่งชาติ. (2552). **คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตามบัญชี ยาหลักแห่งชาติเล่ม1 ยาระบบทางเดินอาหาร: Thai National Formulary 2008 Volume 1 Gastro-intestinal system. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.**
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2548). **แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.**
- งานเวชสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานี. (2562). **รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานี ปี 2560-2562.**
- รฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน. **การประเมินอย่างง่ายในห้องฉุกเฉิน (easy assessment in emergency room).** รฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, ปรีวัฒน์ ภูเงิน, กมลวรรณ เอี้ยงฮองและคณะ. **Essential knowledge in emergency care: Easy ER. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2558. 105-106.**
- ปานศิริ ไชยรังษฤกษ์. (2561). **Acute Ischemic Stroke. ใน สมชาย พัฒนอาจกุล, ประเชษฐ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, กานดิษฐ์ ประยงค์รัตน์, ชนิดิ สิริวรรณ, และพงศ์ธร ณรงค์ฤกษ์ นาวิน (บรรณาธิการ), Review in Internal Medicine. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร: กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.**
- ปราณี ทุไพบระ. **คู่มือยา ปรับปรุงครั้งที่ 6. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: N P Press Limited Partnership; 2552.**
- เพลินตา ศิริการ และคณะ. (2551). **การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต.พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.**
- วิจิตรา กุสมน์ และคณะ .**การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม.พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์; 2556. 345-370**
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ (Clinical Practice Guideline for Ischemic Stroke) พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: บริษัท ชนาเพรส จำกัด; 2562.**
- สุวิญญา ธนสีลังกูล. **เครื่องมือที่ใช้วัดความปวด. 2560. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2560. เข้าถึงได้ จาก <https://www.gotoknow.org/posts/301625>**
- Gordon, M. (1992). **Nursing Diagnosis : Process and Application. New York : McGraw-hill**

S-A-M-NG-A-M : ระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย
S-A-M-NG-A-M : Inventory management system and an accounting system regulated by network technology

(Received: October 22,2020; Accepted: December 4,2020)

สมบุญ สิมพ์พร

Somboon Singprom

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสามง่าม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Professional General Manager , General Administration Workgroup , Sam Ngam Hospital

Phichit Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย โรงพยาบาลสามง่าม ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 โดยศึกษาในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสามง่าม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน รวม 30 คน เก็บข้อมูลโดย แบบทะเบียน และรายงานผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย โรงพยาบาลสามง่าม สามารถลดภาระงานของบุคลากรวิชาชีพด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำยากลับมาหมุนเวียนใช้ภายในอำเภอ และข้อมูลที่ต้องใช้ในการจัดทำรายงานทางการเงินของทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ตามการใช้จริง

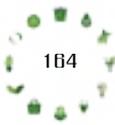
คำสำคัญ : ระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย

ABSTRACT

This research was action research aimed to development of Inventory management system and an accounting system regulated by network technology Sam Ngam Hospital between October 2019 to September 2020. Sample size were 30 Sam Ngam Hospital and tambol health promotion hospital officers. Data were collected by registration form and performance report. Data were analyzed by content analysis and descriptive statistic.

The study found that after development of Inventory management system and an accounting system regulated by network technology Sam Ngam Hospital could reduce the workload of Public health Officers in Sam Ngam Hospital and tambol health promotion hospital , Bring drugs to circulate within the district. And the information needed to prepare the financial reports of both the hospital and the Tambon Health Promoting Hospital is accurate and complete according to actual use.

Keyword : Inventory management system and an accounting system regulated by network



บทนำ

การบริหารแบบรวมศูนย์งานสนับสนุน เป็นอีกแนวทางที่ช่วยลดภาระงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีภารกิจหลักในการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการทำงานด้านบริหาร หากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถจะช่วยลดการเจ็บป่วยของประชาชนได้และจะส่งผลถึงการลด ค่าใช้จ่ายด้านการรักษา ค่ายา และค่าใช้จ่ายๆ อื่นอีกมากมาย รวมถึงการมีสุขภาพที่ดีส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย (จุฑามาศ นันทะเนตรและคณะ, 2560) ในแนวคิดนี้เป็นการพิจารณาพร้อมกับความรู้ด้านต้นทุนในการให้บริการด้วย แนวคิดที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การทำงานที่มองว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล เราต้องทำงานร่วมกันดูแลกันไม่แยกส่วน แต่เป็นการแบ่งความรับผิดชอบในแต่ละบทบาทเท่านั้นคือ Primary กับ Secondary ส่วนงบประมาณที่ได้รับเป็นงบประมาณที่เข้ามาเพื่อดูแลประชาชนทั้งอำเภอร่วมกัน หากการทำงานคิดแบบนี้การพัฒนาระบบงานต่างๆ จะพัฒนาระบบไปพร้อมๆ กัน ช่วยเหลือกันสุดท้ายจะได้ผลลัพธ์ที่เป็นภาพการเชื่อมงานกัน สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้อย่างคุ้มค่ามากที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552)

ปัญหาที่สำคัญมาจากต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกสูง คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังได้วิเคราะห์สาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่าอัตราครองเตียงผู้ป่วยใน, อัตรา CMI และ SumAdjRW ต่ำ เพราะเดิมโรงพยาบาลสามง่ามมีประชากรประมาณ 60,000 คน เมื่อมีการปรับแยกอำเภอชวบารมี ทำให้ปัจจุบันเหลือประชากรประมาณ 30,000 คน แต่ยังได้รับการประเมินโดยใช้เกณฑ์ รพ.ขนาด 60 เตียง ทำให้อัตราครองเตียงต่ำไม่ถึง 50% ไม่สามารถ Admit ผู้ป่วยในได้ถึง 80% ตามเกณฑ์ขนาดเตียงของโรงพยาบาล ด้านผู้ป่วยนอก พบว่า ค่าใช้จ่ายในการให้บริการกลุ่มผู้ป่วย NCD มีมูลค่าการใช้จ่ายสูงมีแนวโน้ม ที่ผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (โรงพยาบาลออกให้บริการผู้ป่วย NCD ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 1 วัน โดยทีมแพทย์) ปัญหาคือจะทำอย่างไรให้ประชาชนในอำเภอสามง่ามมีสุขภาพดี ประหยัดต้นทุนในการรักษาพยาบาล และทำให้เงินกองทุน UC ที่ได้รับมาแบบเหมาจ่ายรายหัวเพียงพอต่อการบริหารจัดการภายในอำเภอที่มีต้นทุนบริการสูง ทำให้เกิดแนวคิดในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่ายขึ้นในอำเภอสามง่าม โดยมีเป้าหมายคือ

ลดภาระงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสามง่ามจำนวน 7 แห่ง ลดการเก็บวัสดุคงคลังประเภทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและที่ห้องจ่ายยาของโรงพยาบาลที่ต้องมีคลังยาอยู่ลด นำยาที่มีอยู่จากหน่วยบริการต่างๆ ในอำเภอสามง่ามมาหมุนเวียนใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ โดยไม่จำเป็นต้องจัดซื้อยามาเก็บไว้มากเกินไปจนความจำเป็นลดภาระหนี้ค่ายา และการคืนบุคลากรด้านสาธารณสุข(วิชาชีพ)ให้มีเวลาในการปฏิบัติงานตามความชำนาญเพื่อดูแลประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเต็มที่ มีข้อมูลทางการเงินที่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นจริง สามารถนำมาใช้จัดทำงบประมาณรวมของอำเภอสามง่ามได้อย่างน่าเชื่อถือ และมีประโยชน์ในการใช้วิเคราะห์สถานการณ์การเงินของทุกแห่งได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และการบริหารที่สามารถรู้ข้อมูลได้อย่างรอบด้าน ครบถ้วน ช่วยให้เห็นถึงศักยภาพของแต่ละแห่งในการปฏิบัติงาน สร้างความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ เนื่องจากการปฏิบัติงานของทุกแห่ง ข้อมูลสามารถเข้าถึงได้ (ดูได้แต่แก้ไขไม่ได้) หากมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น สามารถทักท้วงได้ทุกช่องทาง เครื่องมือต่างๆ ที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาระบบคำนึงถึงความคล่องตัว ทันสมัย แล้วเป็นการช่วยลดขั้นตอนที่ต้องทำซ้ำๆ และที่สำคัญต้องประหยัดต้นทุนจึงใช้เครื่องมือที่มีอยู่เดิม เพิ่มเติมเพียงโปรแกรมที่เขียนขึ้นมาเพิ่มเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลให้สะดวกขึ้น ดังนั้น จึงไม่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องมือเพิ่มขึ้น

การนำแนวคิด Lean Management มาใช้โดยแนวคิดแบบลีน (Lean Thinking) จะเน้นการสร้างคุณค่า และขจัดความสูญเปล่า (Wastes) ทั้ง 8 ประการ โดย Jeffrey Liker ที่ได้นำเสนอไว้ในหนังสือวิถีแห่งโตโยต้า (The Toyota Way) ได้แก่ งานที่ต้องแก้ไข (Defect) การผลิตสินค้ามากเกินไปจนความจำเป็น (Over production) การรอคอย (Waiting) ความคิดสร้างสรรค์ของทีมงานที่ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ (Non-utilized Talent) การขนย้ายบ่อยๆ (Transportation) สินค้าคงคลังมากเกินไป (Inventory) การเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น (Motion) ขั้นตอนซ้ำซ้อนไม่ถูกต้อง (Excess Processing) การนำเทคโนโลยีเข้าใช้เพื่อลดขั้นตอนการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเป็นส่วนหนึ่งของการนำแนวคิดแบบลีนเข้ามาใช้ (เกียรติขจร โสมมานะสิน, 2550; ประดิษฐ์ วงศ์มณีรุ่ง และคณะ, 2552).

จากข้อมูลด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลสามง่าม ซึ่งมีฐานะเป็นแม่ข่ายให้แก่หน่วยบริการสุขภาพระดับตำบล ในปีงบประมาณ 2561 และปีงบประมาณ 2562 มีระดับวิกฤตทางการเงินอยู่ในระดับ 4 และระดับ 2 ตามลำดับ โดยมีเงินบำรุงคงเหลือ ในปีงบประมาณ 2561 และปีงบประมาณ 2562 อยู่ที่ -5.7 ล้านบาทและ -2.8 ล้านบาทตามลำดับ ในส่วนของเงินทุนหมุนเวียนอยู่ที่ -1.18 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2561 และ 1.27 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2562

จากบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในการเป็นหัวหน้า
กลุ่มงานบริหารโรงพยาบาลชุมชน ที่ต้องรับผิดชอบด้าน
บุคลากร การเงิน การบัญชี และงานพัสดุ การเป็นเลขาธิการ
กรรมการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลสามง่าม
รวมถึงการเป็นประธานคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม ที่มีหน้าที่ในการดูแล
สถานการณ์การเงินการคลัง เสนอแนวคิดและแนวทางต่างๆ ที่
จำเป็นเพื่อให้ทั้งอำเภอสามง่าม มีสถานการณ์ด้านการเงินที่ดี
ไม่ประสบกับปัญหาวิกฤติทางการเงิน รวมถึงการเป็นคณะ
กรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่ามที่ต้อง
ร่วมกันดูแลรับผิดชอบในทุกๆ เรื่องร่วมกับกรรมการใน
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์
และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย
โรงพยาบาลสามง่าม
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการบริหารจัดการคลัง
เวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย
โรงพยาบาลสามง่าม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)
ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินสภาพปัญหา โดย
การสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม 2) การ
ออกแบบพัฒนาระบบ 3) ปฏิบัติตามแผน 4) การประเมินผล
การพัฒนา ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนตุลาคม 2562
ถึงเดือนกันยายน 2563 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสามง่าม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จำนวน รวม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบ
ทะเบียน รายงานผลการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการการออกแบบพัฒนา ระบบการ
บริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วย
เทคโนโลยีเครือข่าย โรงพยาบาลสามง่าม ได้แก่ การสัมภาษณ์
กึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนในการดำเนินการจะประกอบด้วย

1. การประเมินสภาพปัญหา โดยศึกษาข้อมูล วิเคราะห์
สถานการณ์การดำเนินงาน โดยการสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง
และการสนทนากลุ่ม

2. การออกแบบพัฒนา การวางแผนการดำเนินงาน
ระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับ
ดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย โรงพยาบาลสามง่าม

2.1 กำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ โดยการ
ชี้ให้เห็นซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อ มีการพัฒนาระบบงานและ
ขั้นตอนในการดำเนินงานพร้อมด้วยทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้
ให้ผู้บริหารระดับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่ามและผู้
ที่เกี่ยวข้องรับทราบ

2.2 ออกแบบระบบที่ควรจะเป็นโดยกำหนด
รายละเอียดต่างๆ สอดคล้องกับระเบียบที่เกี่ยวข้องและ
พิจารณากิจกรรมการควบคุมควบคุมไปกับการออกแบบ
ระบบงาน

2.3 พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล กับ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสามง่ามจำนวน 7
แห่ง ทั้งโปรแกรมการให้บริการคือ HOSxP PCU และโปรแกรม
บัญชีสำเร็จรูป Express ผ่าน LAN

3. ปฏิบัติตามแผน

3.1 ดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลบริการที่เกิดจากการ
ให้บริการจริงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและออกแบบ
ระบบรายงานที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลจาก HOSxP PCU แบบ
Auto Sync Data

3.2 ปรับระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์เป็น
แบบรวมศูนย์ และกำหนดผู้รับผิดชอบโดยกลุ่มงานบริหาร
ทั่วไปของโรงพยาบาลสามง่ามเป็นผู้ดำเนินการทั้งระบบ

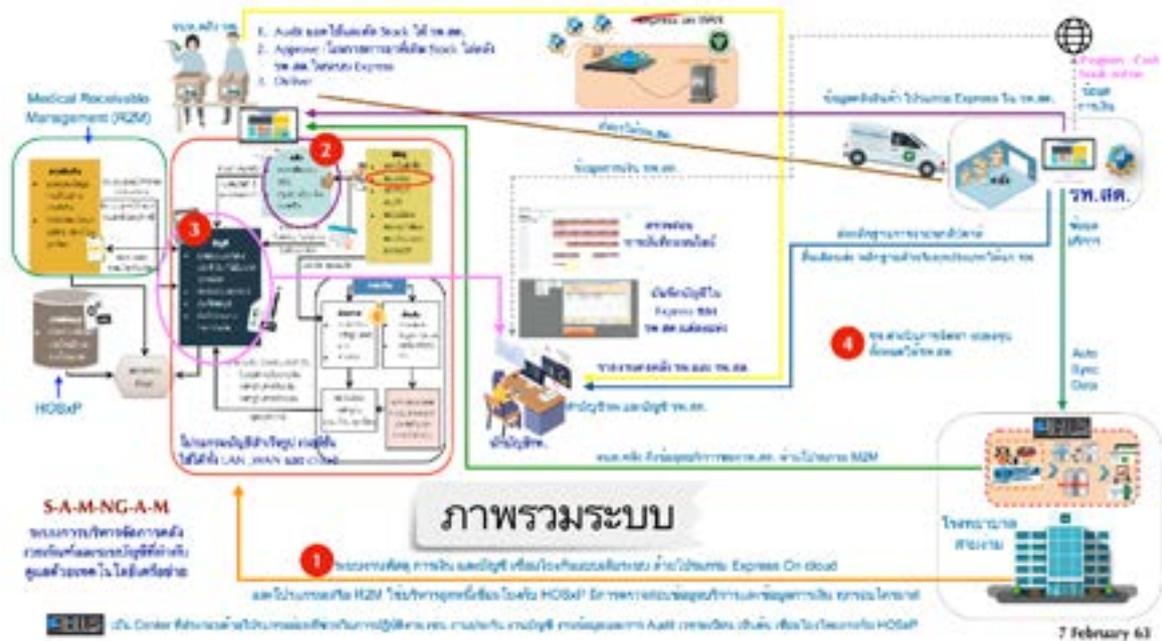
4. การประเมินผลการพัฒนา

4.1 ติดตามและประเมินผลทุกขั้นตอนของการ
ดำเนินการ และสรุปรายงานความก้าวหน้าและผลลัพธ์แก่
ผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม

ผลการวิจัย

1. การประเมินสภาพปัญหา โดยศึกษาข้อมูล
วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงานระบบการ
บริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ สามารถนำมาเขียนเป็นภาพรวม
ของระบบที่เชื่อมกับ ระบบของโรงพยาบาลสามง่ามเดิมดังภาพ
ที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงานระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์

จากภาพที่ 1 เส้นหมายเลข 1 เป็นการเริ่มต้นที่ระบบงานสนับสนุนของโรงพยาบาลสามง่ามมีการใช้โปรแกรมบัญชีสำเร็จรูป Express แบบเต็มระบบเชื่อมโยงกับทุกงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระบบการกักเก็บผู้กัก (การออกไปสั่งซื้อ) ตรวจสอบพัสดุ พักสต็อกเข้าคลัง การควบคุมคลังวัสดุ และทะเบียนทรัพย์สิน การจ่ายเงิน การบันทึกบัญชี และการออกรายงานต่างๆ โดยใช้แนวคิดคือ ผู้รับผิดชอบงานเป็นผู้บันทึกข้อมูลเองและส่งต่อข้อมูลให้แก่งานอื่นๆ ตามที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการควบคุม สร้างความโปร่งใสและตรวจสอบได้

การปฏิบัติงานของระบบคลังเริ่มจากเส้นหมายเลข 2 คือ เจ้าหน้าที่คลังดึงข้อมูลจากโปรแกรม M2M ที่เป็นโปรแกรมเสริมเข้ามาช่วยในการนำข้อมูลบริการจากทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 7 แห่งมาใช้ประกอบในการจัดการเตรียมยา เจ้าหน้าที่คลังจะต้องมีการตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดการใช้ยาก่อนที่จะมีการเติมยาให้แก่ห้องจ่ายยาในทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมื่อจัดการด้านเอกสารเรียบร้อยเจ้าหน้าที่คลังนำส่งยาให้แก่ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เส้นหมายเลข 3 เป็นการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างที่ใช้โปรแกรมบัญชีสำเร็จรูป Express ที่เชื่อมโยงทุกงานที่เกี่ยวข้องเป็นระบบใหญ่ที่ออกแบบและจัดวางระบบ โดยคำนึงถึงการควบคุมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ในกระบวนการปฏิบัติงาน โปรแกรมบัญชีดังกล่าวใช้ในการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสามง่ามทั้ง 7 แห่งด้วย ซึ่งการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลนั้น ได้มีการพัฒนาโปรแกรมขึ้นมาช่วยในการให้ข้อมูลแก่นักบัญชีของโรงพยาบาล โปรแกรมดังกล่าวเรียกว่า สมุดเงินสดออนไลน์ ช่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งสามารถบันทึกบัญชีเงินสดได้สะดวก ทุกที่ทุกเวลา โปรแกรมดังกล่าวถูกวิเคราะห์และออกแบบโดยผู้ขอรับการประเมิน และเขียนโดยโปรแกรมเมอร์ของ โรงพยาบาลสามง่าม ดังนั้นรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องนำมาใช้ประกอบการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างจึงได้มาอย่างครบถ้วน (เฉพาะข้อมูลที่ได้จากการบันทึกสมุดเงินสดเท่านั้น ส่วนรายละเอียดที่เหลือที่ต้องใช้จะได้รับการรายงาน ณ สิ้นเดือน) นักบัญชีของโรงพยาบาลสามารถตรวจสอบปฏิทินบันทึกการจัดทำบัญชีเงินสดของทุกแห่งได้ตลอดเวลา ว่าในแต่ละแห่งบันทึกบัญชีถึงวันที่เท่าไรเพื่อนำข้อมูลมาจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างได้ และกำหนดให้ส่งหลักฐานประกอบการบันทึกบัญชีทุกสัปดาห์เพื่อใช้ในการสอบทานความถูกต้องอีกครั้ง

2. การออกแบบพัฒนา การวางแผนการดำเนินงานระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย โรงพยาบาลสามง่าม

2.1 กำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ ในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่ายขึ้นในอำเภอสามง่าม ผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้คิดระบบทั้งหมดเนื่องจากบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมีหน้าที่ปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยหลังจากมีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบงานใหม่ ต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้บริหารของอำเภอสามง่าม เพราะต้องมีการ

ปรับปรุงแบบการทำงานใหม่ เพิ่มบุคลากรที่ต้องมาปฏิบัติงานในระบบดังกล่าว และต้องคำนึงถึงภาระด้านการเงินของอำเภอด้วย

2.2 ออกแบบระบบที่ควรจะเป็น เมื่อแนวคิดผ่านความเห็นชอบ ต้องกำหนดขั้นตอนในการพัฒนาให้ชัดเจนเพื่อผู้ที่ต้องปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีการสอนการปฏิบัติงานกับเครื่องมือใหม่ ๆ ให้แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสานงานกับงานคอมพิวเตอร์ที่รับผิดชอบในการจัดการข้อมูลบริการจากทุกโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเพื่อกำหนดรูปแบบของรายงานที่ต้องการ และการเชื่อมข้อมูลจากทุกหน่วยบริการมายังโรงพยาบาล

2.3 การพัฒนาการเชื่อมข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำหนดความต้องการข้อมูลที่ต้องใช้ที่ได้มาจากการออกแบบระบบงานในขั้นตอนที่ 2 เพื่อนำไปสื่อสารกับผู้รับผิดชอบด้าน Data Center ของโรงพยาบาล เมื่อได้ข้อมูลต้องมีการสอบถามความครบถ้วน ถูกต้อง โดยการเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้จากการเชื่อมข้อมูลนั้น ครบถ้วน ถูกต้องตรงกันหรือไม่

2.4 การปรับระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์เป็นแบบรวมศูนย์ การปรับระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์แบบรวมศูนย์ หมายความว่า กำหนดให้ในอำเภอมีคลังเพียงคลังเดียว ที่รับผิดชอบในการควบคุมวัสดุที่ต้องใช้ในการให้บริการ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นกลุ่มงานบริหารทั่วไปของโรงพยาบาลสามง่าม ซึ่งใช้บุคลากรในการปฏิบัติงานเป็นกลุ่มสนับสนุน ไม่ใช่บุคลากรทางด้านวิชาชีพสาธารณสุข เพราะต้นทุนของบุคลากรด้านนี้สูง อีกทั้งถูกจำกัดด้วยกรอบอัตราค่าจ้าง จึงปรับมาใช้บุคลากรในกลุ่มงานสนับสนุนแทน การรวมคลังนั้นเดิมกลุ่มงานบริหารทั่วไปของโรงพยาบาลสามง่ามรับผิดชอบในการควบคุมวัสดุคลังประเภทเวชภัณฑ์ไม่ใช่

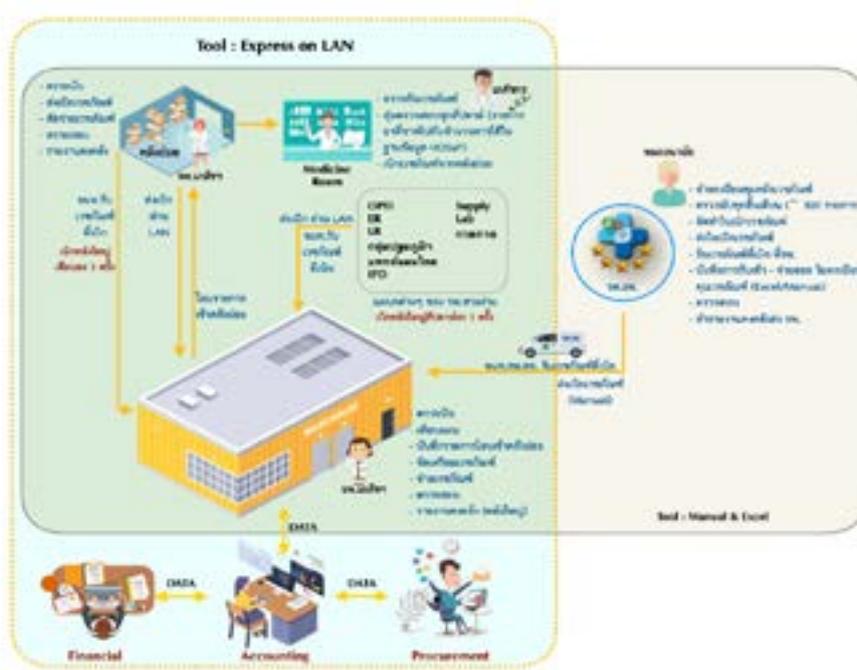
ยา วัสดุการแพทย์ และวัสดุทั่วไป หลังจากปรับระบบ จะรับผิดชอบเพิ่มอีก 1 ประเภท คือ คลังยา ในการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบนั้น จำเป็นต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ชื่อยา รายการยาต่างๆ แต่เนื่องจากบุคลากรในกลุ่มงานบริหารได้เคยปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเภสัชกรรมมาก่อน 1 คน และกำหนดให้บุคลากรนั้นเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการควบคุมคลังยา ร่วมกับจ้างเหมาบริการ 1 คน ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี เหตุผลที่สำคัญประการหนึ่งในการกำหนดผู้รับผิดชอบจบสาขาการบัญชี เนื่องจาก เครื่องมือที่ใช้ในการควบคุมคลัง คือโปรแกรมบัญชีสำเร็จรูป ที่ทำงานเชื่อมโยงกับทุกงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางบัญชี และคลังเป็นส่วนหนึ่งของระบบ การมีความรู้ด้านบัญชี ช่วยให้การใช้เครื่องมือและการตรวจสอบข้อมูลหากมีความคลาดเคลื่อนในระบบจะเข้าใจได้ดีกว่า และกำหนดให้หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไปทำหน้าที่หัวหน้าหน่วยคลังยา คลังเวชภัณฑ์ไม่ไชยา และคลังวัสดุทั่วไป

เมื่อมีการรวมคลังไว้ที่กลุ่มงานบริหารทั่วไปเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่คุมคลังเข้าใจรายการยาต่างๆ แล้ว ต่อไปจะเป็นการเริ่มดำเนินการตามขั้นตอนในการเตรียมให้แกห้องจ่ายยาทั้งในโรงพยาบาลสามง่ามและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วงแรกกำหนดให้เริ่มปฏิบัติเพียง 1 แห่งก่อนเพื่อประเมินผลต่างๆ ก่อนขยายผลไปยังหมู่ที่เหลือทั้งหมด

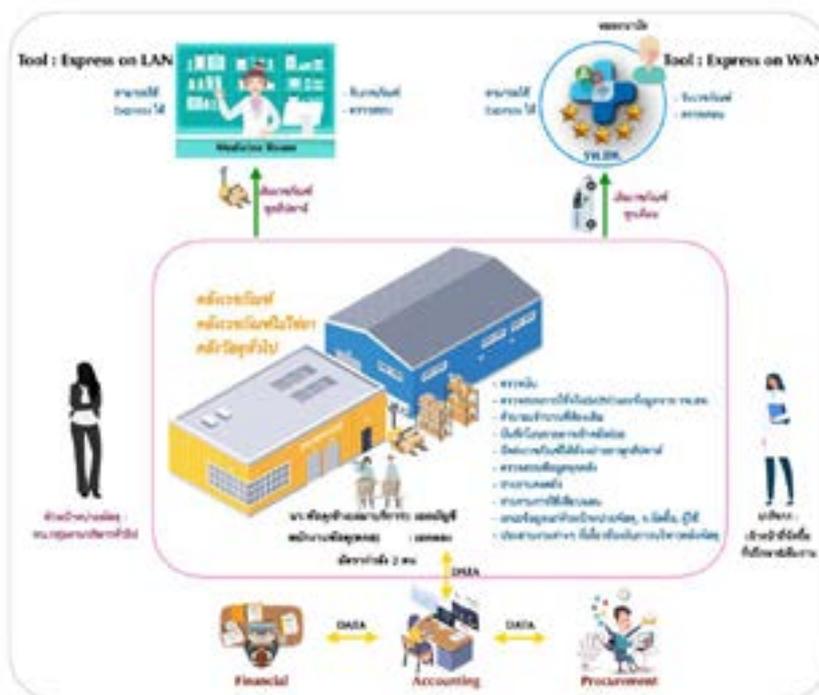
3. ผลการดำเนินงานตามระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย โรงพยาบาลสามง่าม

3.1 สถานการณ์ของบุคลากรวิชาชีพด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือนักวิชาการวิชาชีพด้านสาธารณสุขให้มีเวลาในการปฏิบัติงานตามความชำนาญเพื่อดูแลประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเต็มที่

ผลการเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีเดิม กับ ระบบใหม่ ดังภาพที่ 2 และภาพที่ 3 ตามลำดับ



ภาพประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีเดิม



ภาพประกอบที่ 3 ระบบระบบการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่าย โรงพยาบาลสามง่าม

จากภาพที่ 2 คือระบบเดิมที่ปฏิบัติก่อนการเปลี่ยนแปลง จะเห็นได้ว่า หมออนามัย (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการควบคุมคลังทั้งหมด 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1. การจัดทำทะเบียนคุมคลังเวชภัณฑ์ 2. ตรวจนับทุกสิ้นเดือน (รายการยาทั้งสิ้นประมาณ 300 รายการ) 3. จัดทำใบเบิกเวชภัณฑ์ 4. ส่งใบเบิกเวชภัณฑ์ 5. มารับเวชภัณฑ์ที่เบิกจากโรงพยาบาลสามง่าม 6. บันทึกการรับเข้า จ่ายออก คงเหลือ ในทะเบียนคุมคลังเวชภัณฑ์ 7. ตรวจสอบความถูกต้อง 8. จัดทำรายงานรับเข้า

จ่ายออก คงเหลือ ส่งให้แก่กับบัญชีของโรงพยาบาลสามง่าม เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เครื่องมือที่ใช้คือ Excel กับ Manual

สำหรับโรงพยาบาลสามง่าม คลังเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบ มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมและชุมชนจำนวน 3 คน รับผิดชอบคลังยาใหญ่ จำนวน 1 คน รับผิดชอบคลังยาย่อย จำนวน 1 คน และหน้าห้องจ่ายยา จำนวน 1 คน เครื่องมือที่ใช้คือระบบโปรแกรมบัญชีสำเร็จรูป Express ในส่วนของคลังสินค้า ที่เชื่อมโยงกับระบบการเงิน

(จ่ายเงิน) ระบบบัญชี และระบบพัสดุ (การจัดซื้อจัดจ้าง) คลัง ย่อยเบิกพัสดุจากคลังใหญ่เดือนละ 1 ครั้ง ส่วนแผนกอื่นๆ ที่ ต้องใช้ยาเบิกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเบิกพัสดุจากคลังใหญ่เดือนละ 1 ครั้ง รวมขั้นตอนในการ ปฏิบัติงานของคลังจ่ายย่อยและห้องจ่ายยาทั้งหมด 10 ขั้นตอน

จากภาพที่ 3 คือระบบที่พัฒนาใหม่ ด้วยการปรับให้ กลุ่มงานเภสัชกรรมเป็น ห้องจ่ายยา 1 ห้อง โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลอีก 7 แห่งเป็นห้องจ่ายยา ไม่มีคลังย่อย ดังนั้น มูลค่าในห้องจ่ายยาจะต้องมีมูลค่าไม่สูงเกินกว่าที่กำหนดไว้ เพื่อให้บริการตามการใช้จริง ขั้นตอนในการปฏิบัติงานสำหรับ ห้องจ่ายยาทั้ง 8 แห่ง จะเหลือเพียงแห่งละ 2 ขั้นตอนคือ การ รับเวชภัณฑ์และตรวจนับเวชภัณฑ์ และการบริหารคลังยา ทั้งหมดในอำเภอสามง่าม จะเป็นส่วนด้านล่างของภาพที่ 3 คือ ในกรอบจะแสดงจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลังจำนวน 2 คน และขั้นตอนในการปฏิบัติงานในคลังใหญ่ โดยการควบคุม จากหัวหน้าหน่วยพัสดุที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป (ผู้ ขอบรับการประเมิน) และมีเภสัชกรที่ทำหน้าที่จัดซื้อเป็นที่ ปรีกษา ใช้โปรแกรมบัญชีสำเร็จรูป Express เชื่อมโยงกับงาน บัญชี งานพัสดุและงานการเงิน

การปฏิบัติงานของคลังใหญ่ที่สำคัญคือ 1. ดึงข้อมูลจาก โปรแกรม M2M ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการเชื่อมฐานข้อมูลการ ให้บริการจากทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อนำ ข้อมูลการให้บริการจริง มาใช้ในการตรวจสอบ บันทึกการเบิก ใช้ และเติมยาให้กับทั้ง 8 ห้อง 2. กำหนดให้การเติมยาในห้อง จ่ายยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เดิมเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนของโรงพยาบาลสามง่าม เติมยาให้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดย เจ้าหน้าที่คลังจะเป็นผู้นำส่งให้ทุกแห่ง 3. ทุกสิ้นเดือน เจ้าหน้าที่คลังจะเป็นผู้สรุปรายงานการรับเข้า จ่ายออก คงเหลือ ส่งให้หัวหน้าหน่วยพัสดุตรวจสอบก่อนส่งหลักฐาน ให้แก่งานบัญชีเพื่อใช้ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลในระบบ บัญชี

-3.2 การนำยากลับมาหมุนเวียนใช้ภายในอำเภอเป็น ผลจากการที่นำมูลค่าของยาที่ห้องจ่ายยาทั้ง 8 แห่งมาไว้ใน โปรแกรมเดียวกัน ทำให้เห็นข้อมูลยาที่มีอยู่ในแต่ละแห่ง การ ซื่ออาจยังไม่จำเป็นหากยังมียาที่ต้องใช้เหลืออยู่ในห้องจ่ายยา แห่งอื่น และสามารถนำมาใช้ก่อนได้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าว เป็นการประสานงานร่วมกันระหว่างคลังใหญ่และห้องจ่ายยา ร่วมกับเจ้าหน้าที่จัดซื้อเวชภัณฑ์ จากการนำข้อมูลการจัดซื้อ เวชภัณฑ์ในช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อนเปรียบเทียบกับปี ปัจจุบัน พบว่า การจัดซื้อยาลดลงประมาณ 1.6 ล้านบาทใน ขณะที่จำนวนการใช้ยาในการให้บริการไม่ได้ลดลง ทำให้ภาระ หนี้ค่ายาลดลง โรงพยาบาลสามง่ามมีสภาพคล่องเพิ่มขึ้นโดย เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2563 มีเงินบำรุงคงเหลือจำนวน 6.6 ล้าน

บาท เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลสามง่ามมีเงิน บำรุงคงเหลือติดลบจำนวน 2.6 ล้านบาท

3.3 ข้อมูลที่ต้องใช้ในการจัดทำรายงานทางการเงินของ ทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความ ถูกต้อง ครบถ้วน ตามการใช้จริง ซึ่งได้รับการตรวจสอบจาก ตรวจสอบภายในและการตรวจสอบจากคณะกรรมการ ตรวจสอบบัญชีของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม แล้ว ผลลัพธ์ที่สำคัญตัวหนึ่งคือ ต้นทุนต่อหน่วยของการ ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่น่าเชื่อถือ ทำ ให้นำไปใช้ในการวิเคราะห์และประเมินประสิทธิภาพของแต่ละ แห่งได้ ทำให้การจัดสรรทรัพยากรต่างๆ มีความเหมาะสมมาก ขึ้น

อภิปรายผล

สรุป การลดภาระงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่ต้องใช้ในการจัดการเกี่ยวกับระบบการควบคุมพัสดุจาก เดิม 8 ขั้นตอน เหลือเพียง 2 ขั้นตอน เวลาที่ใช้ในการบริหาร เวชภัณฑ์ตามขั้นตอนที่ลดลง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล 7 แห่ง รวมทั้งสิ้น 63 ชั่วโมง (9 ชั่วโมงต่อ 1 โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อ 1 เดือน) ในแต่ละแห่ง ใช้เจ้าหน้าที่ ในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ทั้งจำนวนและตำแหน่งของ เจ้าหน้าที่ คิดมูลค่าต้นทุนด้านค่าแรง (LC) ของขั้นตอนที่ปรับ ลดได้จำนวน 98,104.09 บาทต่อเดือนใน 7 แห่ง (มูลค่าค่าแรง รวมทั้ง 7 แห่ง เท่ากับ 239,810 บาทต่อเดือน) คิดเป็น 41% ของค่าแรง เจ้าหน้าที่ที่บริหารคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 7 แห่ง 14 คน ส่วนของ โรงพยาบาลสามง่าม ลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานของกลุ่ม บุคลากรด้านวิชาชีพสาธารณสุขจากเดิม 10 ขั้นตอนเหลือเพียง 2 ขั้นตอน เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานตามขั้นตอนที่ได้ลดลง รวมทั้งสิ้น 204.5 ชั่วโมง ต่อเดือน เจ้าหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติงาน ดังกล่าวจำนวน 4 คน คิดมูลค่าต้นทุนด้านค่าแรง (LC) ของ ขั้นตอนที่ปรับลดได้ จำนวน 53,470 บาท คิดเป็น 36% ของ ค่าแรงเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน (ค่าแรงของเจ้าหน้าที่ที่ ปฏิบัติงานทั้ง 4 คน เท่ากับ 147,650 บาท) ต้นทุนค่าวัสดุ (MC) คือมูลค่าคลังย่อยที่ลดลงค่าเฉลี่ยของมูลค่าคลังย่อยต่อ เดือนประมาณ 200,000 บาท ต้นทุนค่าลงทุน (CC) ไม่มีการ ปรับลดหรือเพิ่มทรัพย์สินในการปรับปรุงระบบงานในครั้งนี้ รวม ต้นทุนทั้งสิ้นในการลดขั้นตอนการบริหารคลังเวชภัณฑ์ทั้งสิ้น 253,470 บาทต่อเดือน เมื่อรวมทั้งส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลและส่วนของโรงพยาบาลสามง่าม ในด้านขั้นตอน การปฏิบัติงาน จากเดิม 18 ขั้นตอน เหลือ 4 ขั้นตอน ลดลง จำนวน 14 ขั้นตอน ด้านต้นทุนของขั้นตอนที่มีการปรับลดลง จากเดิมมีต้นทุน 351,574.09 บาท เหลือ 21,000 บาท (เป็น ค่าแรงของเจ้าหน้าที่ที่ควบคุมคลังของกลุ่มงานบริหารทั่วไป)



คิดเป็นมูลค่าที่ลดลงเท่ากับ 330,574.09 บาท ทั้งนี้เกิดจากกระบวนการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบบัญชีที่กำกับดูแลด้วยเทคโนโลยีเครือข่ายเป็นการพัฒนาจากบริบทของอำเภอสามง่าม ที่มีองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประเด็น คือ 1. ต้องเข้าใจการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. งานสนับสนุนในโรงพยาบาลต้องมีความเข้มแข็ง กล่าวคือ การปฏิบัติงานการเงิน บัญชี และพัสดุต้องมีระบบงานที่ดี การควบคุมต้องมีและปรากฏอยู่ เครื่องมือมีความสะดวก การปฏิบัติงานต้องเชื่อมโยงกันทั้งระบบเพื่อใช้ในการตรวจสอบและป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การแก้ไขข้อมูลสำคัญ การกำกับงบประมาณ เป็นต้น 3. การทำงานเชื่อมกันระหว่าง โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นั้น สิ่งที่สำคัญคือ การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีมีแนวคิดในการทำงานที่คล้ายกัน โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยสนับสนุนให้การพัฒนาระบบดังกล่าวสำเร็จได้ด้วยดี

องค์ประกอบที่กล่าวไว้ข้างต้นนั้นเกิดจากการวิเคราะห์ของผู้ขอรับการประเมินหลังจากที่มีการพัฒนาระบบ ว่าการพัฒนาที่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้มีอะไรบ้างที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ ดังนั้นการนำไปใช้ประโยชน์กับหน่วยบริการในอำเภออื่นๆ ควรคำนึงถึงองค์ประกอบพื้นฐานเป็นสำคัญ การปฏิบัติงานที่ต้องเชื่อมกับหน่วยบริการอื่นภายนอกเป็นเรื่องยากเพราะการพัฒนาอาจกระทบการปฏิบัติงานที่คุ้นเคยอยู่ การเปลี่ยนแปลงจะกระทำได้ค่อนข้างยาก แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะทำได้ เพียงแต่ต้องเข้าใจ คำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อส่วนรวมเป็นสำคัญ

รูปแบบในการพัฒนาสามารถนำไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ได้ เช่น แนวคิดในการรวมศูนย์งานสนับสนุน หรือ การนำระบบ LEAN เข้ามาใช้ในการวิเคราะห์ระบบงานให้มีความกระชับ ลดความซ้ำซ้อน ก็สามารถสร้างประสิทธิภาพให้เกิดขึ้นได้เช่นกัน ไม่จำเป็นต้องนำไปใช้แบบเต็มระบบ การเปลี่ยนมุมมองความคิด การนำเทคโนโลยีเข้าช่วยในการปฏิบัติงาน การปรับระบบการทำงาน การบูรณาการงานร่วมกันของทุกส่วน ล้วนแล้วแต่จะช่วยสร้างให้การปฏิบัติงานของภาครัฐสร้างประโยชน์ให้เกิดแก่ประชาชนได้ทั้งสิ้น ด้วยข้อจำกัดของหน่วยงานภาครัฐ การปรับระบบและกระทบกับคน และเงินนั้น เป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก หากบุคลากรไม่สามารถปฏิบัติได้ จะหาบุคลากรใหม่เข้ามาปฏิบัตินั้นทำได้ยาก ต้องหาวิธีการที่จะทำอย่างไรให้บุคลากรที่มีอยู่สามารถปฏิบัติงานที่มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปแล้วนั้นให้ได้ จึงทำให้การพัฒนา ระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นเรื่องยากสำหรับหน่วยงานภาครัฐ รวมถึง การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของหน่วยงานเป็นสิ่งสำคัญ หากมีการนำระบบดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ที่ควรได้รับคือ

1. การใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า เนื่องจากการนำระบบ LEAN มาใช้ร่วมกับเทคโนโลยีที่ทันสมัย ลดการดำเนินการด้วยระบบ manual จากผลสำเร็จของการพัฒนาสามารถลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานลงได้มาก

2. หากมีการขยายการพัฒนา ต่อยอดในวงกว้าง จะยิ่งทำให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ยกตัวอย่างของอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร คือ 1 อำเภอ สามารถประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อได้ 1.6 ล้านบาท ในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ในขณะที่จำนวนการใช้ไม่ได้ลดลง และหากต่อยอดระบบด้วยการลดจำนวนการใช้ลงด้วยจะทำให้เกิดความคุ้มค่าเพิ่มขึ้น แต่จำนวนการใช้เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการ และถ้าจำนวนผู้ป่วยที่จะต้องมารับบริการลดลง ด้วยการที่เกิดจากการคืนเวลาการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีภารกิจด้านส่งเสริมป้องกันเป็นหลักจะยิ่งทำให้บรรลุเป้าหมายใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขคือ ประชาชนมีสุขภาพดี และการที่เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติงานในส่วนที่มีความรู้ความสามารถก็จะทำให้เจ้าหน้าที่มีความสุขได้เช่นกัน ประสิทธิภาพที่จะเกิดขึ้นหากขยายในวงกว้างอีกประเด็นคือภาพรวมของการใช้เงินราชการในการรักษาสุขภาพให้แก่ประชาชนจะลดลง ทำให้หน่วยบริการมีงบประมาณในการพัฒนาเรื่องอื่นๆได้ ไม่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพนอร บุญพิสิษฐ์ (2561) ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ไชยา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ ศึกษา บริบทการระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ไชยา จัดประชุมเชิงระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ไชยา การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมการดำเนินงานตามโครงการ/แผนงาน นิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน และ สังเกตการดำเนินงาน และสรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาใน วงรอบต่อไปและทำให้การจัดซื้อเป็นไปตามแผนจัดซื้อประจำปี ไม่เกินงบประมาณที่ตั้งไว้ มีผู้รับผิดชอบ ดำเนินการชัดเจน และช่วยลดปัญหาการเก็บเวชภัณฑ์ไม่ไชยาในหน่วยงาน เวชภัณฑ์ไม่เสื่อมสภาพ ไม่ หมดอายุ ขั้นตอนการเบิก -จ่าย เวชภัณฑ์ไม่ไชยาของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเฝ้าไรซ์ชัดเจน รวมถึง การรายงานผลและการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง เป็นไปตามกำหนดเวลา และถูกต้องตามเกณฑ์ สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ ควรมีการสะท้อนผลการดำเนินงาน กระบวนการวิเคราะห์หลัง ปฏิบัติการ รวมถึงถอดบทเรียนการดำเนินครั้งนี้ เพื่อนำผลมาวิเคราะห์เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องตลอดวงจร

ข้อเสนอแนะ

1. การทำความเข้าใจในระบบงานที่พัฒนากับคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล

2. การพัฒนาต้องการโปรแกรมที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลซึ่งต้องใช้โปรแกรมเมอร์ในการจัดการ อุปสรรคสำคัญคือการสื่อสารระบบให้โปรแกรมเมอร์เข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้ เป็นอุปสรรคที่ใช้เวลาในการจัดการนานที่สุดในพัฒนาระบบ

3. การทำงานเชิงบูรณาการ ร่วมกับหน่วยงานภายนอกช่องทางการสื่อสาร ขั้นตอนในการปฏิบัติต้องชัดเจน และปฏิบัติตามจึงจะลดปัญหา ข้อผิดพลาดลงได้ ระหว่างการดำเนินงานพบปัญหาในเรื่องขาดการสื่อสารที่รวดเร็ว และขาดการประสานงานกันทั้งส่วนของคลังและส่วนงานบริการ เช่น การให้บริการมีการปรับระบบนัดผู้ป่วย แต่ไม่ได้สื่อสารกับคลังใหญ่ คลังใหญ่เดิมยาเพียงพอจำนวนที่ใช้จริงตามระบบนัดเดิมทำให้ยาไม่เพียงพอในการให้บริการต้องมีการนำยาไปให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้ามารับยาที่โรงพยาบาลเองทำให้เกิดต้นทุนเพิ่มขึ้น เป็นต้น

4. การพัฒนาในรูปแบบการรวมศูนย์คลังวัสดุ ควรรวมทุกวัสดุในคลังเดียวทั้งอำเภอเพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติงาน

เช่น คลังเดียวทั้งอำเภอที่ประกอบด้วยคลังยา เวชภัณฑ์ไม่ใช่วัสดุทางการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุทั่วไป เป็นต้น

5. การบริหารจัดการคลังและการจัดซื้อจัดจ้างทุกประเภท ควรกำหนดให้กลุ่มงานบริหารทั่วไปที่ปฏิบัติงานสนับสนุนบริการ ให้บริการด้านงานพัสดุ คือการจัดซื้อจัดจ้างและการควบคุมคลัง เพื่อเป็นการมอบหมายภารกิจที่เหมาะสมกับวิชาชีพ

6. การกำหนดวิธีปฏิบัติ รูปแบบของการปฏิบัติงาน ยืดหยุ่น ภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องเป็นหลักร่วมกับการนำแนวคิดแบบลีน เข้ามาช่วยลดการทำงานซ้ำซ้อน และไม่สร้างคุณค่าออกจากขั้นตอนการปฏิบัติงาน

7. ต้องมีการประเมินผลจากการลดภาระงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หลังจากที่มีการลดภาระงานด้านสนับสนุนลง งานบริการ ส่งเสริมป้องกัน มีผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพเพิ่มขึ้นหรือไม่อย่างไร เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือประชาชนได้รับการส่งเสริมป้องกันอย่างเหมาะสม ได้รับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นจากเดิม

เอกสารอ้างอิง

จุฑามาศ นันทะเนตร, จุฑารัตน์ สมบูรณ์ธรรม, ณัฐนันท์ สุขสงวน, เมธาวดี เกื่อนขวัญ, วุฒิชัย อารักษ์โพชนงค์ (2560). การพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการ. 4 (2), 161-181.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2552). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด

เกียรติขจร โหมมานะสิน.(2550). LEAN: วิธีแห่งการสร้างคุณค่าสู่องค์กรที่เป็นเลิศ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ประดิษฐ์ วงศ์มณีรุ่ง, สมเจตน์ เพิ่มพูนธัญญะ,พรเทพ เหลือทรัพย์สุข และนพดล อิมเอ็ม. (2552). 1-2-3 ก้าวสู่ลีน Lean in Action. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย - ญี่ปุ่น).

พรรณนอร์ บุญพลีสุข. (2561). พัฒนาระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช่อยา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเฝ้าไร่. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 1(1) 39-53



ผลการใช้โปรแกรม You can do ต่อการป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวช หอผู้ป่วยนรีเวช ศัลยกรรมรวม โรงพยาบาลโสธร

Effect of You Can Do program on abdominal distention post transabdominal gynaecological surgery at Yasothon Hospital.

(Received: October 22,2020 ; Accepted: November 30,2020)

ชลภัศสรณ์ วิวรรณพงษ์

Chunputsom Wiwanpong

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโสธร

Registered Nurse , Yasothon Hospital.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรม You can do ต่อการป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกในหอผู้ป่วยนรีเวช ศัลยกรรมรวม ใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับบริการผ่าตัดมดลูกและหรือรังไข่ ในช่วงเวลา 1 พฤศจิกายน 2560 – 31 มีนาคม 2561 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ ซึ่งโปรแกรมป้องกันท้องอืด You can do เป็นการส่งเสริมใช้แรงจูงใจในการลุกเดินเร็วเพื่อป้องกันท้องอืด เครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการท้องอืด แบบบันทึกจำนวนวันนอน แบบบันทึกการรักษา แบบบันทึกความพึงพอใจของบุคลากร และแบบบันทึกความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษา: พบว่าการเกิดอาการท้องอืดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรม You can do มีผลป้องกันอาการท้องอืดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดปกติ และในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชในกลุ่มทดลองมีอาการท้องอืดในระดับต่ำ 1 ราย อีก 29 ราย ไม่มีอาการท้องอืด ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมทุกรายใช้ยารักษาอาการท้องอืดในวันที่ 1, 2 และ 3 รวมทั้งสิ้น 30 ราย คิดเป็นเงิน 4,620 บาท วันนอนเฉลี่ย 6.1 วัน ส่วนกลุ่มทดลองผู้ป่วยทั้ง 30 ราย ไม่ได้ใช้ยารักษาอาการท้องอืด และมีวันนอนเฉลี่ย 4 วัน ด้านความพึงพอใจของบุคลากรต่อการนำโปรแกรมมาใช้พบว่า มีความพึงพอใจในภาพรวมเท่ากับ 100% ความพึงพอใจของผู้ป่วยในภาพรวมเท่ากับ 95 %

คำสำคัญ: ท้องอืด, การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

Abstract

This study aims to investigate the effects of You Can Do program on abdominal distention after transabdominal hysterectomy or oophorectomy. Quasi experimental with randomization was used. Study was conducted from November 2018 to January 2019 among 60 the women who had transabdominal hysterectomy or oophorectomy at Yasothon Hospital. The general characteristics including age, bodyweight, height, operative time, and morphine usage were purposive sampling between 30 patients of the control and experimental groups. You Can Do program is a nursing intervention program to promote early ambulation by encouraging patient motivation. consisted of daily screen walking, step for walking, chewing gum and early step diet. Research instruments included general data record, abdominal distention evaluation scale, length of hospital stay record, and user satisfaction evaluation form.

Result: There was a significant difference of abdominal distention between experimental and control groups ($p < 0.001$). Only 1 patient in the experimental group had lower level of abdominal distention after the program whereas 29 patients had no abdominal distention. On the contrary, all patients in the control group experienced abdominal distention and needed medication from the first to the third days after the surgery resulting in the cost of 4,620 bahts and an average 6.1 days of hospital stay. The experimental group did not use medication for abdominal distention and had an average 4 days of hospital stay. Healthcare providers demonstrated high satisfaction of overall program utilization. The patients were high satisfaction of overall program utilization.

Keywords: abdominal distention, transabdominal gynaecological surgery.

บทนำ

การผ่าตัดสามารถแก้ไขสาเหตุของโรคได้ดีและการผ่าตัดเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรคของมดลูกและหรือรังไข่จะเห็นว่าการผ่าตัดจะมีประโยชน์ในการรักษาแต่ก็มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วย กรณีที่แพทย์ใช้วิธีการผ่าตัดมดลูกและหรือรังไข่ผ่านทางหน้าท้องในขั้นตอนขณะผ่าตัดแพทย์ต้องได้รับการใส่ผ้าซับเลือดหรือ swab pack กดบริเวณลำไส้เพื่อไม่ให้มีการรบกวนการผ่าตัดรวมถึงจะมีการจับต้องลำไส้ขณะผ่าตัด อีกทั้งการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) เป็นระยะเวลาานานขณะผ่าตัด ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ส่งผลให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวลดลงจากกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง ผลกระทบที่ตามมาคือเกิดมีอาการท้องอืดซึ่งอาการท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องเป็นอาการที่พบบ่อย โดยพบอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเกิดขึ้นใน 24 - 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด Craven & Hirnle (2003) อ้างถึงใน วิริยา ศิลา, 2560) เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและหรือรังไข่ผ่านทางหน้าท้องมีอาการท้องอืด ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สุขสบายแน่นอึดอัดท้อง ต้องได้รับการใส่สายระบายทางกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดมีความทุกข์ทรมาน เครียด นอนไม่หลับ ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้าลง ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและต้องใช้จ่ายช่วยรักษาอาการท้องอืดทำให้เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาล

โรงพยาบาลโยธธรมีแพทย์สูตินรีเวชทั้งหมด3ท่าน โดยแพทย์เลือกใช้วิธีการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องเท่านั้นยังไม่ได้นำการใช้วิธีการผ่าตัดส่องกล้องหรือวิธีการอื่นๆมาใช้ในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยนรีเวชศัลยกรรมรวมเป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโรคทางนรีเวชทุกช่วงอายุ มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีโดยพบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดทางนรีเวชดังนี้ ปี 2558, 2559 และ 2560 มีผู้รับบริการ293,205 และ327รายตามลำดับเป็นผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มโรค5โรคหลักของหอผู้ป่วยนรีเวชศัลยกรรมรวมเป็น High Volumeของหอผู้ป่วยนรีเวชศัลยกรรมรวมโรงพยาบาลโยธธรมี (สถิติบริการหอผู้ป่วยนรีเวช ศัลยกรรมรวม, 2560) ผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชเป็นการผ่าตัดใหญ่ (Major operation) และเป็นกลุ่มผู้ป่วย High Risk ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลต้องใช้ความรู้ความสามารถ และต้องมีความชำนาญในการดูแลตลอดระยะเวลาที่รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล

ที่ผ่านมาปี 2560 โรงพยาบาลโยธธรมีผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก จำนวนทั้งสิ้น 327 รายมีวันนอนเฉลี่ย5.7 วันและมี

อาการท้องอืดหลังผ่าตัดและต้องใช้ยารักษาอาการท้องอืดคิดเป็นร้อยละ85.7 ค่ายาที่ใช้ในการรักษาอาการท้องอืดรวมทั้งสิ้นเฉลี่ย165 บาทต่อราย (สถิติบริการหอผู้ป่วยนรีเวชศัลยกรรมรวม, 2560) การดูแลหลังผ่าตัดที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการดูแลอย่างมีแบบแผน เป็นเพียงการให้คำแนะนำโดยทั่วไป ขาดรูปแบบที่ชัดเจนเป็นขั้นตอน บุคลากรในหน่วยงานไม่มีการประเมินความพร้อมในการดูแล รวมถึงผู้ป่วยเอง ขาดแรงจูงใจในการดูแล

ผู้วิจัยมีการติดตามการให้ความรู้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชเป็นช่วงที่มีโครงการ “วิ่งคนละก้าว”โดยมีนักร้องตุนบอดีส์แลมเป็นผู้นำในการวิ่ง ในแต่ละวันทางหน่วยงานจะมีการเปิดข่าวสารทางโทรทัศน์ ให้ผู้ป่วยดูซึ่งจะมีความก้าวหน้าของโครงการ“วิ่งคนละก้าว” ผู้วิจัยจึงอธิบายให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเข้าใจเหตุผลในการดูแลรวมทั้งยกตัวอย่างการเดินอย่างมีเป้าหมายของนักร้องตุนบอดีส์แลม พบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจในการดูแลเร็วหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจึงสนใจในการสร้างแรงจูงใจในการดูแลเร็วโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ (อลิสซา อินทร์ประเสริฐ, 2560) ซึ่งแรงจูงใจที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม โดยเฉพาะการสร้างเอกลักษณ์และการเลียนแบบ (Identification and imitation) จากบุคคลที่ตนเองชื่นชมหรือคนมีชื่อเสียงในสังคมจะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงได้นำรูปของนักร้องตุนบอดีส์แลม ใส่ไว้ในโปรแกรมเพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย

การสร้างโปรแกรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องมีเป้าหมายเป็นการป้องกันอาการท้องอืดหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการสร้างโปรแกรมป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวช ในขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ผู้วิจัยทำสื่อโปรแกรมจัดทำแผ่นโปรแกรมให้น่าสนใจสวยงามทันสมัย ใช้ 1คนต่อ1แผ่น ซึ่งตามธรรมชาติของบุคคลถ้ามีเอกสารตัวหนังสือเป็นเล่มจะไม่ได้รับความสนใจ แต่ถ้าเป็นแผ่นเดียวและเป็นรูปภาพแสดงขั้นตอนในแต่ละวันและเป้าหมายในแผ่นโปรแกรมคือได้กลับบ้านหลังผ่าตัด3วันรวมวันนอนโรงพยาบาล 4วันนอน

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 6 ขั้นตอนซึ่งการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) เป็นวิธีการบูรณาการความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านสุขภาพในการหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยใช้วิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบ การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ นับเป็นหนึ่งในขั้นตอนที่จะทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแต่ละคนจะได้รับบริการที่ดีที่สุดการปฏิบัติตาม



หลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ของตน ร่วมกับ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนั้น มาใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย หรือ ผู้รับบริการ ซึ่งสามารถประหยัดเวลาและที่สำคัญที่สุด สามารถปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ และส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรม You can do ต่อการป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกในหอผู้ป่วยนรีเวช ศัลยกรรมรวม

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในเป็นผู้ป่วยโรคทางนรีเวชที่มีพยาธิสภาพของมดลูกและหรือท่อหน้าไข่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออกเพียงอย่างเดียวหรือการตัดรังไข่1ข้างหรือทั้ง2ข้างหรือการผ่าตัดเอามดลูกออกหมดรวมทั้งรังไข่1ข้างหรือทั้ง2ข้างออกทางหน้าท้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหลังผ่าตัดนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยนรีเวช ศัลยกรรมรวมโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลการศึกษาในกลุ่ม ควบคุมก่อนโดยการให้กรพยาบาลตามปกติ เมื่อครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงทำการศึกษาใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*PowerVersion 3.1.9.4 เลือกการทดสอบชนิด Independent t-test ใช้การทดสอบแบบทางเดียวคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยของ วิริยา ศิลา (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรีผลการวิจัยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 5.14 และ 0.29 คะแนน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 5.64 และ 0.89 ตามลำดับจากการคำนวณได้ค่า Effect size=0.74 กำหนดระดับนัยสำคัญ (α)=0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) =0.8 และอัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (Allocation ratio)=1 ได้ Total Sample sizes จำนวน 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 29 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 29 ราย ผู้วิจัยจึง

ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มให้เป็นจำนวนเต็มและกรณีมี ขอยุติการเข้าร่วมศึกษาวิจัยเป็นต้น จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) 1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารได้ดี การได้ยินปกติ 3) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของมดลูกและหรือรังไข่ที่รับไว้ในโรงพยาบาลก่อนวันผ่าตัด 1 วัน 4) ผู้ป่วยอายุระหว่าง 30-60 ปี ไม่มีโรคร่วมเข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2560 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2561 5) ไม่มีอุปสรรคในการเคี้ยว

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะช็อกเสียเลือดมากขณะผ่าตัด 2) ความดันโลหิตผิดปกติขณะผ่าตัด 3) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ปฏิเสธเข้าร่วมโปรแกรมหรือย้ายไปตึกพิเศษ

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณยา morphine ที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการท้องอืด ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรุนแรงอาการท้องอืดซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนำภาษาอีสานมาใช้ให้เข้าใจง่าย 2) แบบสอบถามการเรอ 3) แบบสอบถามการผายลม 4) ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกวันนอนเฉลี่ยซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกคำปรึกษาในการใช้ยารักษาอาการท้องอืด ซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการนำโปรแกรมมาใช้ผู้วิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยขึ้นคือ โปรแกรม You can do ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาทำสื่อโปรแกรมจัดทำแผนโปรแกรมให้นำสนใจใช้งานง่าย สวยงามเพิ่มแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยโดยผู้วิจัยใช้แนวคิด การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 6 ขั้นตอนตามการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้กรอบแนวคิด A Model for Change to Evidence Based Practice ของ Rosswurm & Lawabee 1999 (Rosswurm, M.A., Larraree, L.H. , 1999)

จากการเนิรการ6ชั้นตอน ผู้วิจัยนำมาสร้างโปรแกรมโดยมีหัวข้อรายละเอียดโปรแกรมดังนี้

1. การประเมินความพร้อมในการลุกเดิน มีการประเมินความพร้อมในการลุกเดินทุกครั้งก่อนให้ผู้ป่วยลุกเดินในตอนเช้าวันรุ่งขึ้นของวันที่1 วันที่2และวันที่3หลังผ่าตัดได้แก่ การดูสัญญาณชีพ การประเมินความรู้สึก อาการรบกวนได้แก่คลื่นไส้อาเจียนโดยในวันแรกหลังผ่าตัดจะเป็นการลุกนั่งยืนข้างเตียงก่อนในทันทีที่ผู้ป่วยลุกนั่งได้

2. การลุกเดินโดยเร็ว และการนับจำนวนก้าว โดยให้กลุ่มตัวอย่างลุกเดินตามกำหนดเวลาในแต่ละวันตามช่วงเวลาและจำนวนก้าวที่กำหนด โดยขณะเดินซักถามอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หากมีอาการให้หยุดพักจนกว่าอาการจะทุเลาจนสามารถเดินได้เองอย่างปลอดภัย โดยต้องมีญาติด้วยทุกครั้ง

การเดินทางวันที่ 1 หลังผ่าตัด ทั้งหมดเท่ากับ 150 ก้าว โดยแบ่งช่วงเวลาในการเดินเป็น3 ช่วงคือหลังอาหารในแต่ละมือได้แก่เวลา08.00 น. 50 ก้าว เวลา 12.00 น. 50 ก้าว เวลา 17.00 น.50 ก้าว

การเดินทางวันที่ 2 หลังผ่าตัด ทั้งหมดเท่ากับ 276 ก้าว โดยแบ่งช่วงเวลาในการเดินเป็น 3 ช่วง หลังอาหารในแต่ละมือได้ แก่เวลา 08.00 น. 224 ก้าว เวลา12.00 น. 224 ก้าว เวลา17.00 น. 224 ก้าว

การเดินทางวันที่ 3 หลังผ่าตัด ทั้งหมดเท่ากับ 376 ก้าว โดยแบ่งช่วงเวลาในการเดินเป็น 3 ช่วงหลังอาหารในแต่ละมือได้แก่ 08.00 น. 444 ก้าว เวลา12.00 น. 444 ก้าว เวลา 17.00 น. 444 ก้าว

3. การเคี้ยว หมายถึงหมากฝรั่งชนิดไม่มีน้ำตาล (เป็นน้ำตาลซอร์บิทอลและ/หรือไซลิทอล) และมีรสชาติที่ผู้ป่วยชอบ ตามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ด้วยจำนวนและเวลาตามที่กำหนดไว้ดังนี้ผู้ป่วยเริ่มเคี้ยวหมากฝรั่ง 1 ชิ้นติดต่อกันเป็นเวลา 30 นาทีวันละ 3 ครั้ง ตามเวลาอาหาร คือ 07.00–07.30 น., 11.00– 11.30 น. และ 15.00–15.30 น. หยุดพักได้เวลาสั้นๆ 1-2 นาที และปิดปากขณะเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อป้องกันการกลืนลมเพิ่มและหยุดการเคี้ยวหมากฝรั่งเมื่อครบ 3 ครั้งหรือครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือขณะที่ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่งขึ้นแรก และบันทึกลงในแบบบันทึกการดำเนินการวิจัย

4. การให้อาหารเร็วหลังผ่าตัด โดย หลังผ่าตัดเช้าวันรุ่งขึ้นเริ่มจิบน้ำเข้า (08.00น.) รับประทานอาหารเหลวตอนเที่ยง (12.00น.) รับประทานอาหารอ่อนตอนเย็น (16.00น.) (ภายใต้คำสั่งแพทย์)

การหาคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1. โปรแกรม You can do โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง โดยดูความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง3ท่านมาปรับปรุงก่อนทดลองใช้ ผลการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือดังกล่าว มีความครอบคลุมเหมาะสมโดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการประเมินคือ เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับกรวิจัยผลการประเมินผล AGREE II ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป AGREE II(2011) ซึ่งประกอบไปด้วย6หมวด 23ข้อ ผลการประเมินในหมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ได้91% หมวด2การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ 89% หมวด 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการทำ 98% หมวด4ความชัดเจนของการนำเสนอ 95% หมวด6 การนำไปใช้ 98% หมวด 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ 86% ผลการประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวมคือคุณภาพคือ6คะแนน แนะนำให้ใช้แนวทางปฏิบัติตน

2. แบบประเมินการเกิดอาการท้องอืดประกอบไปด้วย แบบประเมินความรู้สึกท้องอืด แบบประเมินการเรอแบบประเมินการผายลม แบบประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ แบบประเมินการขับถ่ายอุจจาระ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของคุณวิริยา ศิลา (2560) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนิเวหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรีโดยผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือแจ้งทางมหาวิทยาลัยในการดำเนินการใช้เครื่องมือวิจัย

3. แบบบันทึกวันนอนและแบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยารักษาอาการท้องอืดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นแบบบันทึกค่าที่ได้ดั่งนั้น ผู้วิจัยไม่ได้นำมาหาค่าความตรงและค่าความเที่ยงของข้อมูล

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงโดยการหาค่าความเหมาะสมของข้อคำถาม หรือประเด็นที่จะทำการรวบรวมข้อมูลจากการคำนวณ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อความเหมาะสมของคำถามหรือประเด็นที่จะใช้ถามกับตัวแปรการวิจัย ตามมาตราส่วนประเมิน ดังนี้ คะแนน 3 หมายถึงเหมาะสมมากที่สุด คะแนน 2 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง คะแนน 1 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด โดยตัดสินที่ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ตั้งแต่ 2.5 ขึ้นไปและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานน้อยกว่า 1 จากการคำนวณหาค่าเฉลี่ยความคิดเห็นและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร ได้ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้ 4.6 (S.D. =

.55) และ 4.8 (S.D. =.45) ตามลำดับ หลังจากนั้นจึงจัดทำเครื่องมือที่สมบูรณ์เพื่อนำไปตรวจสอบความเที่ยงต่อไป

2.การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรและความพึงพอใจของผู้ป่วยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรม You can do 10 คน แล้วนำคะแนนที่ได้จากการ

ตอบแบบสอบถาม มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับ ได้ค่า 0.81

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ น้ำหนัก ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณยามอร์ฟิน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ น้ำหนัก ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณยามอร์ฟินที่ได้รับเฉลี่ย

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ(ปี)					0.01	1.00
- 30-40	5	16.7	5	16.7		
-41-50	16	53.3	13	43.3		
- 51-60	9	30.0	12	40.0		
	Mean=46.73 , S.D.=7.35 , Max=60ปี Min=32ปี		Mean=47.13 S.D.= 6.01 Max= 58 ปี Min=36ปี			
น้ำหนัก(กก.)	Mean=73.83 , S.D.=9.88, Max=92กก. Min=56 กก.		Mean=71.73 S.D.= 9.2 Max= 90 กก. Min= 53 กก.		0.85	0.40
ส่วนสูง(ซม.)	Mean=163 , S.D.=7.66 , Max=180 ซม. Min= 145 ซม.		Mean=161 S.D.= 6.48 Max= 178 ซม. Min= 153 ซม.		1.09	0.279
ระยะเวลาผ่าตัด(นาที)	Mean=70 , S.D.=7.07 , Max=80 นาที. Min= 60 นาที		Mean=70 S.D.= 7.12 Max=80 นาที Min= 60 นาที		0.15	0.89
ปริมาณยามอร์ฟินที่ได้รับ(มก.)	Mean=10 , S.D.=2.52 , Max=16 มก. Min= 8 มก.		Mean=10.13 S.D.= 2.51 Max=16 มก. Min= 8 มก.		0.23	0.813

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลทั่วไป อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณยามอร์ฟินที่ได้รับเฉลี่ย ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน(p>0.05)

2. ข้อมูลอาการท้องอืดในแต่ละวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าพบว่าในวันที่1หลังผ่าตัดกลุ่มควบคุมมีอาการท้องอืดในระดับต่ำ,ปานกลางและสูงคือ 14ราย 10 รายและ 6 รายตามลำดับในกลุ่มทดลองมีอาการท้องอืดในระดับต่ำ 4 รายอีก 26 รายไม่มีอาการท้องอืด ในวันที่2หลังผ่าตัดกลุ่มควบคุมมีอาการท้องอืดในระดับต่ำ,ปานกลางและสูงคือ 10 ราย 12รายและ 8 รายตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงอาการท้องอืดระดับต่างๆในแต่ละวันหลังผ่าตัด (n=60)

วันที่หลังผ่าตัด	อาการท้องอืดกลุ่มควบคุม (n=30)				อาการท้องอืดกลุ่มทดลอง (n=30)			
	ไม่มี	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	ไม่มี	ต่ำ	ปานกลาง	มาก
วันที่1	0	14	10	6	26	4	0	0
วันที่2	0	10	12	8	28	2	0	0
วันที่3	0	13	12	5	29	1	0	0
วันที่4	6	12	10	2	29	1	0	0

ในกลุ่มทดลองมีอาการท้องอืดในระดับต่ำ 2 รายอีก 28 รายไม่มีอาการท้องอืดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดกลุ่มควบคุมมีอาการท้องอืดในระดับต่ำ,ปานกลางและสูงคือ 13 ราย 12

รายและ 5 รายตามลำดับในกลุ่มทดลองมีอาการท้องอืดในระดับต่ำ 1 รายอีก 29 รายไม่มีอาการท้องอืด (ตารางที่ 2)

3. ข้อมูลผลการใช้โปรแกรม You can do ต่อการป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวช โดย

เปรียบเทียบการเกิดอาการท้องอืดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบการเกิดอาการท้องอืดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง(n=60)

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value*
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
การเกิดอาการท้องอืด	2.33	0.73	3.90	0.21	11.43	<0.001*
ระดับอาการท้องอืด	ปานกลาง		ไม่มี			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พบว่า กลุ่มควบคุม เกิดอาการท้องอืดโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.33, S.D.= 0.73$)

กลุ่มทดลอง เกิดอาการท้องอืดโดยรวม อยู่ในระดับไม่มี ($\bar{x} = 3.9, S.D.= 0.21$) จากข้อมูลพบว่าการเกิดอาการท้องอืดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรม You can do มีผลป้องกันอาการท้องอืดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดปกติในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวช

4. ข้อมูลวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อติดตามวันนอนเฉลี่ยพบว่าในกลุ่มควบคุมมีวันนอนเฉลี่ย 6.1 วัน ส่วนกลุ่มทดลองผู้ป่วยมีวันนอนเฉลี่ย 4 วัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การนำโปรแกรม You can do มาใช้ในการป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชทำให้วันนอนเฉลี่ยลดลง 2.1 วัน

5. ข้อมูลการใช้ยารักษาอาการท้องอืดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมทุกรายใช้ยารักษาอาการท้องอืดในวันที่ 1, 2 และ 3 รวมทั้งสิ้น 30 รายคิดเป็นเงิน 4,620 บาท ส่วนกลุ่มทดลอง 30 รายไม่ได้ใช้ยาในการรักษาเลย

6. ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรต่อการนำโปรแกรม You can do มาใช้พบว่าความพึงพอใจของบุคลากรต่อการนำโปรแกรมมาใช้พบว่าความพึงพอใจ ในภาพรวมเท่ากับ 100%

7. ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้โปรแกรม You can do พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้โปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ในภาพรวมเท่ากับ 95%

อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณยามอร์ฟินที่ได้รับเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกัน

2. อาการท้องอืดในแต่ละวันพบว่าในกลุ่มควบคุมมีอาการท้องอืดระดับปานกลางในวันที่ 2 หลังผ่าตัดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมัทนา บัวเลิศ (2555) พบว่าในวันที่ 1 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการท้องอืดอยู่ในระดับต่ำ ส่วนในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มทดลองไม่มีอาการท้องอืดในวันที่ 2 ขณะเข้าโปรแกรมซึ่งผู้วิจัยได้มีการป้องกันการท้องอืดโดยเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวมากขึ้นซึ่งจะให้ผลดีเมื่อให้เคี้ยวภายใน 24 ชม.หลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยได้สอนการเคี้ยวมากขึ้นซึ่งถูกต้องคือ 30 นาทีทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองไม่มีอาการท้องอืดสอดคล้องกับการศึกษาของหนูเพียร ชาทองยศ (2550) ที่ทดลองให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไตเคี้ยวมากขึ้นซึ่งพบว่าในกลุ่มทดลองไม่มีอาการท้องอืดเช่นเดียวกับ Ozlem, A.& Hulya O. (2018) และ Wen, Z., Shen, M., Wu, C., Ding, J., Mei, B. (2017) ได้ทำการศึกษาการเคี้ยวมากขึ้นในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเคี้ยวมากขึ้นซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องอืดหลังผ่าตัด มีการฟื้นตัวเร็วขึ้น วันนอนโรงพยาบาลลดลง การเคี้ยวมากขึ้นผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเคี้ยว มากขึ้น 30 นาที

3. เมื่อติดตามผลการใช้โปรแกรม You can do ต่อการป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชโดยเปรียบเทียบการเกิดอาการท้องอืดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าพบว่าการเกิดอาการท้องอืดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรม You can do มีผลป้องกันอาการท้องอืด สูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ให้การพยาบาลปกติสอดคล้องกับการศึกษาของวิริยา ศิลา (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการ



ท้องอืดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นวิจัยกึ่งทดลองเช่นกัน ซึ่งจะแตกต่างกันในเรื่องในการศึกษานี้มีการจัดการความปวดร่วมด้วย ส่วนการศึกษาของของนุชจรี ธรรมพันธ์ (2558) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง หลังใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการท้องอืดมากกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งระยะเวลาร่วมผ่าตัดและขนาดผลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดนรีเวชที่ผู้วิจัยศึกษาจึงมีอาการท้องอืดเพียงเล็กน้อย ซึ่งในโปรแกรมการวิจัยมีการประเมินความพร้อมในแต่ละวันทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างครอบคลุมสอดคล้องกับพรหมทิพย์ เกียรติสิน (2552) ที่ได้สังเคราะห์วรรณกรรมองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งได้อธิบายถึงการประเมินความพร้อมในแต่ละวันว่าต้องประเมินอะไรบ้างส่วนการนับจำนวนก้าวในโปรแกรมสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพรรณ ภมรพล (2559) และ Lin JH, Whelan RL. Et al (2009) ซึ่งผู้วิจัยนำมาหาค่าเฉลี่ยของจำนวนก้าวที่เหมาะสมในการผ่าตัด

4. วันนอนเฉลี่ยพบว่าในกลุ่มควบคุมมีวันนอนเฉลี่ย 6.1 วัน ส่วนกลุ่มทดลองผู้ป่วยมีวันนอนเฉลี่ย 4 วันสอดคล้องกับการศึกษานุชจรี ธรรมพันธ์ (2558) พบว่าโปรแกรมที่ใช้ทำให้วันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มที่ทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

5. ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมทุกรายใช้ยารักษาอาการท้องอืดในวันที่ 1, 2 และ 3 รวมทั้งสิ้น 30 รายคิดเป็นเงิน 4,620 บาท การที่ผู้ป่วยท้องอืดจะต้องได้รับยาในการรักษาท้องอืด ทำให้ค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

6. เมื่อติดตามความพึงพอใจของบุคลากรต่อการนำโปรแกรมมาใช้พบว่าความพึงพอใจ ในภาพรวมเท่ากับ 100% ซึ่งศิริพรรณ ภมรพล (2559) ได้เขียนบทความวิชาการถึงบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงภายหลังผ่าตัด พบว่าปัจจัยด้านการทำงานถ้าในหอผู้ป่วยขาดแนวทางในการส่งเสริมการลุกเดินจะทำให้การทำงานของบุคลากรไม่มีความตระหนัก ซึ่งเมื่อผู้วิจัยจัดทำแนวทางหรือโปรแกรมขึ้น

ทำให้บุคลากรตระหนักขึ้น เปรียบเสมือนมีเส้นทางให้เดิน ทำให้บุคลากรทุกคนมีความมั่นใจ พึ่งพอใจ

7. เมื่อติดตามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้โปรแกรมพบว่าความพึงพอใจ ในภาพรวมเท่ากับ 95% สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ (2552) ศึกษาเรื่องภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืดและความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง พบว่าวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การลุกเดินบ่อยๆซึ่งในงานวิจัยนี้มีการกำหนดจำนวนก้าวในการลุกเดิน

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยครั้งนี้ทำให้หน่วยงานมีโปรแกรมในการป้องกันท้องอืดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดทางนรีเวชซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดเป็นการซักถามจากผู้ป่วยซึ่งข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยบอกการประเมินการเรอ การผายลม และการถ่ายอุจจาระ และมีการประเมินจากการตรวจร่างกายได้แก่ การฟังเสียง Bowel sound ในการประเมินการอาการท้องอืดจะช่วยให้เป็นข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจนมากขึ้น

2. การสร้างแรงบันดาลใจโดยการเปลี่ยนแบบบุคคลที่มีชื่อเสียง โดยคุณ ตูน บอดี้แอสลม และเป็นช่วงเวลาที่พักต่อเหตุการณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมการเสริมแรง “You Can Do” “คุณทำได้” เป็นการสร้างเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เกิดความสำเร็จในการใช้โปรแกรม

3. การสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรในการกระตุ้นการลุกเดินของผู้ป่วย ถ้ามีแนวทางปฏิบัติชัดเจน บุคลากรในหน่วยงานจะมีความเข้าใจ สามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้จริง บุคลากรเห็นผลจากการปฏิบัติชัดเจน มีความภูมิใจ ตีใจ เข้าใจ การปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

- นุชจรี ธรรมพันธ์. (2558). ผลของโปรแกรมลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
มันทนา บัวเลิศ. (2555). การจัดการภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและหรือรังไข่ออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
พรหมทิพย์ เกียรติสิน, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปรางทิพย์ เกษมกิจวัฒนา. (2552). การฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง: การสังเคราะห์วรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล, 25(2), 87-89.
วิริยา ศิล. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัด

และอาการท้องอืดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ศิริพรรณ กมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาล

สหราชอาณาจักร, 9(2), 14-23.

ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐกุล. (2552). ภาวะท้องอืดการจัดการกับภาวะท้องอืดและความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะ

ท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guidelines for Research &Evaluation II; AGREE II)**. URL <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf> สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2560.

สถิติบริการ. **หอผู้ป่วยนรีเวช ศัลยกรรมรวม**. พ.ศ.2560

หนูเพียร ชาทองยศ. (2550). **ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตโรงพยาบาล**

ขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อลิสา อินทร์ประเสริฐ. (2560). แรงจูงใจ. URL <https://www.gotoknow.org/posts/448618> สืบค้นเมื่อ 17

ตุลาคม 2560.

Lin, J.H., Whelan, R.L., Sakellarios, N.E., Cekic, V.M., Foude, K.K., Bank, J., Feinbold, D.L.

(2009). Prospective study of ambulation after open and laparoscopic colorectal resection. **surg Innov**, 16(1), 16-20.

Ozlem, A.& Hulya, O., (2018). Gum chewing and bowel function after Caesarean section under spinal anesthesia. **Pak J Med Sci**, 34(5), 1242-1247.

Rosswurm, M.A., Larraree, L.H. (1999). A Model of Evidence-Based Practice. **J Nurs Scholarship**, 31(4), 317-322.

Wen, Z., Shen, M., Wu, C., Ding, J., Mei, B. (2017). Chewing gum for intestinal function

Recovery after caesarean section. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 17(1), 1-9.

การพัฒนาแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

The Development of Cholangiocarcinoma Screening Model in High Risk Population at Mueang District, Yasothon Province

(Received: October 21,2020 ; Accepted: November 30,2020)

รัชดาภรณ์ แสงภักดิ์ พย.ม.

Ratchadaphon Saengphak M.N.S.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลยโสธร

Social Medicine Division Yasothon Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ดำเนินการช่วง ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561 ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สำรวจปัญหาและวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการคัดกรอง และระยะที่ 3 ประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า การคัดกรองด้วยตัววจาในประชากร 44,873 คน พบกลุ่มเสี่ยง 1,529 ราย ร้อยละ 3.41 ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ 1,301 คน ร้อยละ 85.09 ผลการตรวจ ปกติ ร้อยละ 24.44 PDF ร้อยละ 57.34 Fatty liver ร้อยละ 20.59 Liver mass ร้อยละ 1.08 และพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ระยะแรก (CCA) 1 คน มะเร็งตับ (HCC) 1 คน และรูปแบบที่ได้ คือ รูปแบบคำถามการคัดกรองด้วยวจาที่สามารถคัดกลุ่มเสี่ยงเข้ามาสู่กระบวนการอัลตราซาวด์ได้อย่างครอบคลุม การคืนข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงให้กับพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ปรับระบบการให้บริการตรวจอัลตราซาวด์ทั้งตั้งรับที่โรงพยาบาลแม่ข่าย และออกตรวจอัลตราซาวด์เชิงรุกถึงพื้นที่ ชุมชน ให้บริการทั้งวันราชการและวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ทำให้สามารถค้นพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรกได้

คำสำคัญ: การคัดกรอง, ประชากรกลุ่มเสี่ยง , มะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรก

Abstract

The study design of this study was research and development (R&D) and the research was conducted during October 2017 to August 2018. The included 3 phases, phase 1 was problem survey and analysis of working outcome, phase 2 development screening model, and phase 3 evaluate outcome. The statistical analysis was used descriptive statistics.

Results of 44,873 cases were interview, found 3.41 % (1,529 cases) were high risk, ultrasound examination 85.09 % (1,301 cases) normal 24.44 %, PDF 57.34%, Fatty liver 20.59%, Liver mass 1.08%, cholangiocarcinoma stage 1 one cases, and hepatocellular carcinoma one cases. The screening models of cholangiocarcinoma in high risk group were interview high risk cases and included to ultrasound examination, returning data of high-risk populations to primary health care units, development the ultrasound service system at the hospital and network hospital, ultrasound examination service in the community in official and non-official day to make high risk group peoples easy and convenient to access ultrasound examination service and can detected early stage of disease.

Keywords: Screening, high risk population, early stage of cholangiocarcinoma

บทนำ

วิทยาการระบาด มะเร็งตับมีสาเหตุการตายมากที่สุด เป็นอันดับสี่ของการตายจากมะเร็งทุกชนิดทั่วโลก โดยมีประมาณ 696,000 รายที่ตายจากโรคนี ในปี 2008 (Ferlay et al., 2010) อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

น้ำดีในประเทศตะวันตก ซึ่งมีเพียง 0.5 - 2 ต่อประชากรแสนคน แต่มีอุบัติการณ์สูงในภูมิภาคเอเชีย เช่น ประเทศญี่ปุ่น พบประมาณ 2.8 ต่อประชากรแสนคน ประเทศเกาหลีใต้ประมาณ 7.4 ต่อประชากรแสนคน และพบความชุกของมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดอยู่ในภูมิภาคเอเชีย

ตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบอุบัติการณ์สูงมากในประเทศไทย คือ อัตราป่วย 14.6 ต่อประชากรแสนคน เป็นที่น่าสังเกตว่ามะเร็งตับและท่อน้ำดีในประเทศไทยเมื่อแยกตามพหุวิทยา พบว่าอัตราส่วนของมะเร็งตับและท่อน้ำดีในจังหวัดภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนของมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่ามะเร็งเซลล์ตับ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง

สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย 5 ลำดับแรก ปี พ.ศ.2561 ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุจากการคมนาคมและขนส่ง อัตราต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 120.3, 47.1, 45.2, 39.4 และ 25.1 ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2561 กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ยิ่งกว่านั้นยังพบอีกว่ามะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตด้วยมะเร็งเป็นลำดับ 1 อีกด้วย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี รองลงมา คือ มะเร็งปอด ลูคีเมีย มะเร็งเต้านมในผู้หญิง และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ ข้อมูลการเสียชีวิตเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การสนับสนุนและการตัดสินใจในเชิงนโยบาย เพื่อการวางแผนพัฒนาด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ ให้คนไทยมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น สาเหตุการตายยังเป็นข้อมูลบ่งชี้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะการเสียชีวิตด้วยโรคที่ป้องกันได้และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma : CCA) พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ โดยพบในผู้ชาย 135 รายต่อประชากรแสนคน และในผู้หญิง 48 รายต่อประชากรแสนคน ประมาณ 14,000 ราย ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ ทำให้ช้าเกินกว่าจะรักษาได้ หากผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีตรวจพบหรือได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการ ปรากฏว่ามีโอกาสรักษาหายได้มากกว่ามาพบแพทย์ เมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลาม ผู้ป่วยมีอาการแสดงตัวเหลือง ตาเหลืองแล้วโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) เป็นมะเร็งที่อยู่บริเวณเยื่อบุผนังของท่อน้ำดีในภาคอีสานมีสาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งเป็นตัวปรสิตที่พบในปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ด เช่น ปลาตะเพียน ปลาขาว ปลาสวาย ปลากระสูบ ปลาแม่สะแตง ปลาชิว ปลาแก้มช้ำปลาทูนา เป็นต้น ปลาเหล่านี้ หาได้ทั่วไปตามแหล่งน้ำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อรับประทานปลาน้ำจืดเหล่านี้แบบสุกๆ ดิบๆ เช่น ทำเป็น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาร้าที่หมักไม่เกิน 1 สัปดาห์ โดยตัวอ่อนของพยาธิ

สามารถไชเข้าไปเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดีและมีชีวิตอยู่นานถึง 20 ปี และจะทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในท่อน้ำดีและเกิดเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดการติดเชื้อ เราจะยังไม่ได้เป็นมะเร็งในทันที แต่กระบวนการก่อมะเร็งที่บริเวณท่อน้ำดีในตับจะใช้เวลาอย่างน้อย 20-30 ปี จึงจะตรวจพบก้อนเนื้อร้าย ทำให้ประชาชนไม่ตระหนักถึงอันตรายยังมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบเหมือนเดิม และยิ่งไปกว่านั้นยังซื้อยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ พาคิวอนเทลรับประทานเอง โดยไม่ได้ตรวจอูจาระหาพยาธิก่อน ทำให้มีพฤติกรรมติดพยาธิซ้ำซาก ส่งผลให้เกิดภาวะท่อน้ำดีอักเสบแบบเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จึงจัดเป็นมะเร็งกลุ่มที่ป้องกันได้และรักษาหาย หากแพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ผู้ป่วยยังไม่ปรากฏอาการแสดง โดยยุทธศาสตร์การควบคุมโรคที่สำคัญ ต้องมีกระบวนการค้นหาความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี นั่นคือ ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เป็นชาวอีสานโดยกำเนิดหรืออาศัยอยู่ภาคอีสานมากกว่า 20 ปี มีประวัติกินปลาน้ำจืดสุก ๆ ดิบ ๆ หรือมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ แล้วมาบุคคลเหล่านี้มาลงทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยง เก็บไว้ในฐานข้อมูลที่เรียกว่า Isan Cohort กลุ่มเสี่ยงดังกล่าวจะถูกนัดมาตรวจคัดกรองด้วยการทำอัลตราซาวด์ บริเวณตับซึ่งจะพบรอยโรคที่ทางการแพทย์เรียกว่า Periductal fibrosis หมายถึง การเป็นพังผืดรอบท่อน้ำดีเนื่องจากมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแบบเรื้อรังยาวนาน ซึ่งหากพบรอยโรคนี้นี้ ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง และใช้เป็นตัวชี้วัดการพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้วิธีหนึ่ง ที่สำคัญแพทย์ควรเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงนี้ด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ซ้ำทุก ๆ 6 เดือน จะทำให้มีโอกาสตรวจพบมะเร็งระยะเริ่มแรกได้ การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้น สามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 90 วิธีการรักษาที่มีประสิทธิผลดีที่สุดในปัจจุบัน ได้แก่ การผ่าตัด ซึ่งจะทำโดยศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคตับและท่อน้ำดี โรงพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เป็นต้น ปัจจุบันนี้พบว่า แพทย์สามารถรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีให้หายขาดได้ถึง ร้อยละ 45 สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่อยู่ในระยะลุกลามไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัด จะได้รับการรักษาแบบประคับประคองจวบจนวาระสุดท้ายของชีวิต



ความถี่ของการติดเชื้อของโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน มีความผันแปรอย่างมาก โดยเฉพาะการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชากรที่อาศัยอยู่บริเวณรอบ ๆ แหล่งน้ำจืด พบการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปี ยังไม่ลดลง มีความผันแปรตั้งแต่ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 70 จากสถิติการเกิดโรคมะเร็งระหว่าง 93 - 318 ราย ต่อประชากรแสนคน ต่อปี และวันนี้สถานการณ์อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีไม่ได้มีแนวโน้มลดลงตามโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างที่ควรจะเป็น

มะเร็งท่อน้ำดีมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับและสารไนโตรซามีน โรคเรื้อรังในระบบท่อน้ำดี และปัจจัยทางพันธุกรรม (นพรัตน์ ส่งเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ, 2554) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 3 เท่า และพบมากในกลุ่มอายุ 45 - 55 ปี อาการของมะเร็งท่อน้ำดีมี 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการตัวเหลืองตาเหลืองและกลุ่มอาการตับโต การวินิจฉัยสามารถทำได้ทั้งในระยะเริ่มต้นและระยะมีอาการ ซึ่งจะมีผลต่อการวางแผนในการรักษาต่อไป มะเร็งท่อน้ำดีมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มแรก และยังไม่มีการวินิจฉัยหรือตรวจคัดกรองที่จำเพาะในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการในระยะสุดท้าย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและเพิ่มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย

จังหวัดยโสธร มีอุบัติการณ์พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีสูงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนใหญ่พบผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องดูแลแบบประคับประคอง สาเหตุสำคัญเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำซาก การรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบ ประกอบกับมีความเชื่อว่ามีผู้ป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีแล้วไม่สามารถรักษาหายได้ จากอุบัติการณ์การพบผู้ป่วยมะเร็งที่น้ำดีระยะแสดงอาการที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร 3 ปีย้อนหลัง ในปี พ.ศ.2558 - 2560 พบผู้ป่วย 741.0 , 104.5 และ 112.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และจากผลการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการอัลตราซาวด์อำเภอเมืองยโสธร ปี พ.ศ. 2557 และ 2559 ตรวจพบกลุ่มเสี่ยงสูงที่เป็น Liver mass ร้อยละ 0.54 , 0.86 ซึ่งเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มสูงขึ้น และตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย 2 ราย เพศชายทั้ง 2 ราย อายุ 50 ปีและ 63 ปี ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว ทั้ง 2 ราย ด้วยรูปแบบการคัดกรองเดิมที่ดำเนินการมา ไม่สามารถค้นพบผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกได้เลย แต่กลับ

พบผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรกลุ่มเสี่ยง ให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงตรงกลุ่มเป้าหมายและสามารถค้นหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรกได้ ที่ยังไม่ปรากฏอาการทางคลินิกให้สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วทันการณ์และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมืองยโสธร และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการค้นพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ระยะเริ่มแรก

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร มีผลต่อการค้นพบผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ระยะเริ่มแรก

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) รูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมืองยโสธร ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 สำรวจ รวบรวมข้อมูลกลุ่มเสี่ยง

1.1 จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดี ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและตับอักเสบบี รายชื่อผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังหรือตับแข็ง ในเขตอำเภอเมืองยโสธรจำแนกเป็นรายตำบล โดยการจัดทำข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 2 ส่วน คือ จากการสำรวจในพื้นที่แต่ละตำบลโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และจากฐานข้อมูลการมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง เพื่อทราบถึงสถานการณ์ความชุกในแต่ละตำบล แล้วส่งข้อมูลทั้งหมดกลับคืนให้พื้นที่แต่ละตำบลให้ทราบสถานการณ์และความชุก ของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี อัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับอักเสบบีและอัตราการป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรังหรือตับแข็ง เพื่อให้ทราบกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับการคัดกรองดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

1.3 ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal Screening) ในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่อาศัย

อยู่ในอำเภอเมืองยโสธร ด้วย 5 คำถาม และเข้มข้นในการคัดกรองในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงตามทะเบียนรายชื่อ

1.4 จัดเตรียมเอกสารในการคัดกรองด้วยด้วยวาจา 5 คำถาม ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วย ชื่อ สกุล เพศ เลขประจำตัวประชาชน อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อคู่สมรส ชื่อบิดา ชื่อมารดา เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ (register) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มะเร็งท่อน้ำดี (CCA01) แบบบันทึกผลการอัลตราซาวด์ (CCA02) ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการและรับการตรวจอัลตราซาวด์

1.5 ประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล จำนวน 50 ราย เพื่อพัฒนาศักยภาพในการบันทึกข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยงตามโครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรองตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program: CASCAP) ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 21 แห่ง และ PCU จำนวน 3 แห่ง เพื่อให้สามารถบันทึกข้อมูลทั่วไป (register) ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการและรับการตรวจอัลตราซาวด์ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มะเร็งท่อน้ำดี (CCA01) แบบบันทึกผลการอัลตราซาวด์ (CCA02) ในโปรแกรม CASCAP ได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินผลได้อย่างแม่นยำ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการอัลตราซาวด์

ดำเนินการรวบรวมรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่ได้จากการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) 5 คำถาม จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกหมอครอบครัวในอำเภอเมืองยโสธร เพื่อนำมาวางแผน และจัดทำแผนการตรวจอัลตราซาวด์ โดยการประสานศัลยแพทย์ รังสีแพทย์โรงพยาบาลยโสธร เพื่อให้บริการออกตรวจอัลตราซาวด์ ที่คลินิก OPD ศัลยกรรมในเวลาราชการทุกบ่ายวันพุธ และในวันหยุดเสาร์และอาทิตย์ในช่วงการรณรงค์ นอกจากนี้ยังประสานพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกหมอครอบครัวในการนัดประชากรกลุ่มเสี่ยงมาตรวจอัลตราซาวด์ และการเตรียมตัวประชากรกลุ่มเสี่ยงในการตรวจอัลตราซาวด์ เตรียมสถานที่ ห้องตรวจ ห้องแจ้งผลการตรวจการให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน มิดชิด ประสานเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพในการขึ้นปฏิบัติงานตรวจอัลตราซาวด์นอกเวลาราชการ จัดหาเครื่องอัลตราซาวด์ที่มีสมรรถนะสูงในการตรวจอัลตราซาวด์ของศัลยแพทย์และรังสีแพทย์ เพื่อให้เกิด

ประสิทธิภาพสูงสุดในการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ระยะเริ่มแรก

ระยะที่ 3 ประเมินและวิเคราะห์ผล ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงสูงที่ตรวจพบ Liver Mass , Dilate bile duct พบแพทย์เฉพาะทางและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการตรวจ เอ็ ก ซี เ ร ย์ ค อ ม พิว เต อ ร์ (Computerized Tomography Scan : CT Scan) เมื่อสงสัยหรือวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ทันที โดยมีช่องทางด่วนพิเศษที่ทางเขตสุขภาพที่ 10 ได้กำหนดไว้เพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1.ประชากร คือ ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองยโสธร จำนวน 48,951 ราย
- 2.กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองยโสธร ที่ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา 5 คำถามและพบว่า มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป และยินยอมเข้ารับการตรวจอัลตราซาวด์ จำนวน 1,301 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

- 1.โครงการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดีอำเภอเมืองยโสธร ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 สสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี โดยการประชุมปรึกษาหารือผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อทบทวนปัญหาอุปสรรคในการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี รายใหม่ พบว่า การคัดกรองยังเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม และกลุ่มเสี่ยงสูงไม่ยินยอมเข้ารับการตรวจอัลตราซาวด์ ด้วยเหตุผลว่า ไม่สะดวกในการเดินทาง กลัวตรวจพบโรค ประกอบกับมีความเชื่อว่าตรวจพบมะเร็งท่อน้ำดีแล้วรักษาไม่ได้ตายทุกราย รอนาน ทนหิวไม่ไหว เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงต้องงดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนตรวจอัลตราซาวด์

ขั้นตอนที่ 2 การปรับรูปแบบการทำข้อมูลกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้ตรงเป้าหมายมากยิ่งขึ้น โดยการทำทะเบียนรายชื่อผู้ตรวจพบไขพยาธิใบตับรักษาด้วยยาพาซิควอนเทล ผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและตับอักเสบบี รายชื่อผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังหรือตับแข็ง ในเขตอำเภอเมืองยโสธรจำแนกเป็นรายตำบล โดยการจัดทำข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 2 ส่วน คือ จากการสำรวจในพื้นที่แต่ละตำบล



โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจากฐานข้อมูล
การมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลโยธธ

ขั้นตอนที่ 3 การคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา 5
คำถาม ในประชากร 40 ปีขึ้นไป

ขั้นตอนที่ 4 การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงใน
โปรแกรม CASCAP

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจอัลตราซาวด์

ขั้นตอนที่ 6 การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและส่งต่อ
เพื่อการรักษา

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบคัดกรอง
ด้วยวาจา 5 คำถาม แบบสอบถามข้อมูล

ทั่วไป (register) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคและ
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA01) แบบ
บันทึกผลการอัลตราซาวด์ (CCA02) โปรแกรม CASCAP

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
จำนวน และร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีใน
ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีดังนี้

1. รูปแบบการคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา
(Verbal Screening) จากการสำรวจสภาพปัญหาและ
ความต้องการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี
ด้วยวาจา ซึ่งรูปแบบเดิมไม่สามารถค้นพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
รายใหม่ได้เลย โดยมีสภาพปัญหาดังนี้ การคัดกรอง
ความเสี่ยงด้วยวาจาไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงที่แท้จริงได้
เนื่องจากประชากรบางราย บางครอบครัวไม่ทราบการ
เจ็บป่วยของเครือญาติตนเอง เนื่องจากไม่ได้อาศัยอยู่
ร่วมกันหรือหมู่บ้านเดียวกัน และไม่ทราบสาเหตุการ
เสียชีวิตของ ปู่ ย่า ตา ยาย ว่าเสียชีวิตด้วยโรคหรือสาเหตุ
ใดกันแน่

รูปแบบใหม่ ได้จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงซึ่ง
ประกอบด้วย ทะเบียนรายชื่อผู้ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ
รักษาด้วยยาพาซิควอนเทล ผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี
ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและตับ
อักเสบบี รายชื่อผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังหรือตับแข็ง ในเขต
อำเภอเมืองยโสธรจำแนกเป็นรายตำบล โดยการจัดทำ
ข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 2 ส่วน คือ จากการสำรวจในพื้นที่
แต่ละตำบลโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ
จากฐานข้อมูลการมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล
โยธธ ส่งคืนพื้นที่ ทำให้การคัดกรองด้วยวาจาเข้าถึง

ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ และผลการคัดกรองความ
เสี่ยงด้วยวาจา (Verbal screening) ในประชากรอายุ 40
ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในอำเภอเมืองยโสธรจำนวน 44,873
ราย คิดเป็นร้อยละ 91.67 (48,951 ราย) และพบกลุ่ม
เสี่ยง จำนวน 1,529 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.41

อธิบายลักษณะข้อมูลประชากร ได้ดังนี้ ประชากร
กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง ทั้งหมด
1,301 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.6 เป็นเพศชาย ร้อย
ละ 33.4 เมื่อจำแนกตามลักษณะประชากรที่ได้รับการ
ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง พบว่า กลุ่มอายุที่ได้รับการ
ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 50-59
ปี เพศชาย ร้อยละ 38.4 เพศหญิง ร้อยละ 39.8 อาชีพที่
ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง คือ อาชีพ
เกษตรกรรม พบว่า เพศชาย ร้อยละ 85.3 เพศหญิง ร้อย
ละ 84.7

ประวัติการได้รับการตรวจหาไขพยาธิใบไม้ตับ
พบว่า การไม่เคยตรวจหาไขพยาธิใบไม้ตับ มีจำนวนมาก
ที่สุด คือ ร้อยละ 58.74 รองลงมา คือ การตรวจหาไข
พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 29.29

ประวัติการได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
พบว่า รักษาด้วยยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 1 ครั้ง มาก
ที่สุด ร้อยละ 74.62 รองลงมา คือ รักษาด้วยยาฆ่าพยาธิ
ใบไม้ตับ จำนวน 2 และ 3 ครั้ง ร้อยละ 15.53 และ 4.51
ตามลำดับ

ประวัติการมีญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า มี
ญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 66.10 ซึ่งมีความ
เชื่อมโยงกับพ่อหรือแม่ เป็นมะเร็งท่อน้ำดี คิดเป็น ร้อยละ
19.90

ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มเสี่ยงได้รับการ
ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.60 แยก
เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.90

ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่ม
เสี่ยงได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง มีประวัติดื่ม
เครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ ร้อยละ 41.50 แยกเป็นเพศชาย
ร้อยละ 57.04

ประวัติการเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังจากการเครื่องดื่ม
ที่แอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจอัลตราซาวด์
ช่องท้อง เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ร้อยละ 1.1 แยกเป็นเพศ
ชาย ร้อยละ 63.64

ประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบ ๆ
สุก ๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก พบว่า มีประวัติการรับประทาน
ปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบ ๆ สุก ๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุกร้อยละ
94.40 แยกเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.37

2. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยการอัลตราซาวด์ โดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการตรวจอัลตราซาวด์ ที่ตอบสนองต่อผู้มารับบริการ ดังนี้

รูปแบบเดิม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้ติดต่อประสานงานเชิงรุกถึงสี่แพทย์จากโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนมาให้บริการตรวจอัลตราซาวด์ในวันหยุดราชการ เสาร์และอาทิตย์ ในช่วงรณรงค์ ที่ห้องประชุม 1, 2 และ 3 ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลยโสธร เนื่องจากแพทย์อาศัยอยู่ต่างจังหวัด และต่างอำเภอ ต้องใช้เวลาในการเดินทาง จึงทำให้ได้ตรวจซ้ำประมาณ 09.30 น. ผู้รับบริการรอนานและหิวข้าว เนื่องจากต้องงดอาหารตั้งแต่หลังเที่ยงคืน แพทย์ต้องเร่งตรวจให้ทันเวลา ส่วนสถานที่ตรวจเนื่องจากเป็นห้องประชุมชั้น 5 ผู้รับบริการมีความลำบากไม่สะดวก บางรายกลัวการขึ้นลิฟท์ต้องเดินขึ้นบันได ห้องแจ้งผล และให้คำปรึกษาเป็นห้องรวมไม่เป็นสัดส่วน ทำให้ทราบผลการตรวจของผู้รับบริการรายอื่นไปด้วย ไม่เป็นความลับ และห้องตรวจอัลตราซาวด์กับห้องประชุมเป็น 2 ส่วน ไม่เป็นสัดส่วน ไม่มิดชิดเท่าที่ควรและไม่สวยงาม ผู้รับบริการมานั่งรอในห้องหลายคนคุยกันเสียงดังแพทย์ผู้ตรวจเสียสมาธิ เครื่องอัลตราซาวด์ใช้เครื่อง Mobile เคลื่อนที่ซึ่งสมรรถนะไม่สูงพอเมื่อเทียบกับเครื่องที่ใช้ประจำที่ห้องเอกซเรย์ ซึ่งไม่สามารถเคลื่อนย้ายมาตรวจที่ห้องประชุมได้ ให้บริการตรวจอัลตราซาวด์เฉพาะวันหยุดราชการ เสาร์และอาทิตย์ในช่วงรณรงค์ 8 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลยโสธรเท่านั้น กลุ่มเป้าหมายเดินทางมาลำบาก บางรายไม่มีคนพามาและไม่มีรถมา มาไม่ได้ ทำให้เสียโอกาสในการตรวจอัลตราซาวด์ ทั้ง ๆ ที่มาความเสี่ยงหลายข้อ อาจมีความผิดพลาดโดยไม่มีอาการก็ได้ จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงอำเภอเมืองยโสธรใหม่ดังนี้

รูปแบบใหม่ ผู้วิจัยได้ประสานขอความร่วมมือจากรังสีแพทย์และศัลยแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาลยโสธรมาให้บริการตรวจอัลตราซาวด์ และแพทย์เริ่มตรวจตั้งแต่ 07.30 น. ทำให้ผู้รับบริการรอนาน มีความเข้าใจในบริบทของผู้รับบริการ สถานที่ตรวจได้ปรับมาใช้ห้องตรวจที่คลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม ชั้น 2 มีห้องตรวจที่มิดชิดเป็นสัดส่วน ห้องแจ้งผลให้คำปรึกษาเป็นส่วนตัว มีที่นั่งรอตรวจเป็นสัดส่วนเพียงพอกับผู้มารับบริการ เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกันในอำเภอเมืองยโสธร ผู้วิจัย จึงได้ทำหนังสือขอยืมเครื่องอัลตราซาวด์จากคลินิกหมอคอบครัว จำนวน 2

เครื่อง ซึ่งเป็นเครื่องใหม่ได้รับสนับสนุนจากงบประมาณคลินิกหมอคอบครัวที่มีสมรรถนะสูง เพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง และเพิ่มวันในการตรวจอัลตราซาวด์ในเวลาราชการ ทุกบ่ายวันพุธ เพื่อให้ผู้รับบริการมีทางเลือกเพิ่มขึ้น สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก กำหนดวันตรวจได้ด้วยตัวเองตลอดทั้งปี นอกจากจะตรวจที่โรงพยาบาลยโสธรแล้ว ยังออกพื้นที่ตรวจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมและมีกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ตรวจโดยรังสีแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพออกให้บริการตรวจอัลตราซาวด์ร่วมกัน นำเครื่องอัลตราซาวด์ อุปกรณ์และจัดเตรียมสถานที่ก่อนตรวจ 1 วัน ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างดี และแพทย์พยาบาลก็ให้ความร่วมมืออย่างดีด้วยเช่นกัน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ผลดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการอัลตราซาวด์ช่องท้อง ในประชากรกลุ่มเป้าหมายพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร พบว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ จำนวน 1,301 ราย คิดเป็น ร้อยละ 85.09 ผลการดำเนินการอัลตราซาวด์ช่องท้อง พบว่า ปกติ ร้อยละ 24.44 PDF ร้อยละ 57.34 Fatty liver ร้อยละ 20.59 Liver mass ร้อยละ 1.08 ได้ส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและวินิจฉัยป่วยด้วยผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ระยะเริ่มแรก 1 ราย และผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่ระยะเริ่มแรก 1 ราย

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ระยะเริ่มแรก (CCA) เป็นเพศหญิง อายุ 61 ปี สถานภาพสมรส คู่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ทำนา มีโรคประจำตัว คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง มีประวัติเสี่ยง คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานปลาร้าดิบ ก้อยปลา ลาบปลาดิบมาตั้งแต่เด็ก ผู้ป่วยเคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ 1 ครั้ง ไม่พบไข่พยาธิและไม่เคยรับประทานยาพาซิคอนเทล บิดาเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ พี่ชายและพี่สาวเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดี ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ในวันที่ 29 เมษายน 2561 พบ Liver mass ประมาณ 3 เซนติเมตร ได้ทำ CT scan วันที่ 7 พฤษภาคม 2561 แพทย์วินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี จึงได้ส่งต่อไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 8 พฤษภาคม 2561 ตามช่องทางพิเศษของโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 10 และได้นอนพักรักษาด้วยการผ่าตัด ตั้งแต่วันที่ 16-24 พฤษภาคม 2562 และรายงานผลการ



ตรวจวิเคราะห์ขึ้นเมื่อพบว่า ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยจึงไม่ได้ฉายแสง ไม่ได้ให้เคมีบำบัด เพียงไปตรวจตามนัดเท่านั้น ปัจจุบันสุขภาพแข็งแรงดีสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเองได้ทุกอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่ระยะแรก เพศชาย อายุ 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ปีที่ 4 อาชีพเกษตรกรกรรม ทำนา มีโรคประจำตัว คือ ติดไวรัสตับอักเสบบี และมีความประวัติดีเสี่ยง คือ ผู้ป่วยพฤติกรรมรับประทานปลาร้าดิบ ก้อยปลา ปลาปลาดิบมาตั้งแต่เด็ก เคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ 2 ครั้ง พบไข่พยาธิทั้ง 2 ครั้งและรักษาโดยการรับประทานยาพาคอนเทล มีประวัติเคยสูบบุหรี่ ดื่มสุรา บิดาเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ในวันที่ 10 มิถุนายน 2561 พบ Liver mass ขนาด 4 เซนติเมตร ได้ตรวจ CT scan วันที่ 14 มิถุนายน 2561 แพทย์วินิจฉัย Hepatocellular carcinoma : HCC ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 20 มิถุนายน 2561 ตามช่องทางพิเศษของโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเขตสุขภาพที่ 10 ได้รับการผ่าตัดรักษาและ การตรวจวิเคราะห์ขึ้นเมื่อพบว่า ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยถูกส่งต่อมารับการรักษาโดยการฉายรังสีที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ปัจจุบันมีชีวิตอยู่สุขภาพแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ดีทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

จากการค้นพบผู้ป่วยมะเร็งตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ระยะเริ่มต้น และเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็วตามมาตรฐาน ถือว่าประสบความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอมืองยโสธร จังหวัดยโสธร

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยการอัลตราซาวด์ อำเภอมืองยโสธร เพื่อตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษ กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568 จากการศึกษาลักษณะของประชากรในกลุ่มเสี่ยงพบว่า เมื่อจำแนกตามลักษณะประชากรที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง พบว่า กลุ่มอายุที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 39.45 ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มวัยทำงาน และเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 38.4 สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรองตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า โรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับประมาณร้อยละ 55 เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัวอายุระหว่าง 40-60 ปี ซึ่งถือเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ พบว่า เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการกินปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบๆ ซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับและเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดีแล้วเกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) หรือ Liver Fluke Infection แบบเรื้อรังหรือมีการติดเชื้อแบบซ้ำซาก นอกจากนี้ยังพบว่า การรับประทานอาหารหมักดองของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น ปลาร้า ปลาเจ่า ปลาจ่อม และปลา ส้ม จะมีสาร N-Nitrosocompound และ Nitrosamines ซึ่งจะเร่งให้เกิดมะเร็งได้ เร็วขึ้น (Khuntikao N., 2005 : 1-7) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า มีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆ สุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก ร้อยละ 94.40 การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อผลการรักษาที่ลดอัตราการตายและเพิ่มอัตราการรอด จากการรักษาที่ผ่านมา พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์มีประโยชน์ในแง่ต่างๆ การศึกษาของประคองบุญ สังข์สุพรรณ และคณะ (Sungkasubun P. et al, 2004 : 346) พบว่าการตรวจพบพยาธิสภาพก่อนกลายเป็นมะเร็งและระยะเริ่มแรกของมะเร็งสามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้ การตรวจอัลตราซาวด์ทำให้ผลลัพธ์การรักษาทางคลินิกดีขึ้น และการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการอัลตราซาวด์ในพื้นที่ระบาด ถือเป็นวิธีแรกที่ควรทำจนกว่าการตรวจด้วยตัวบ่งชี้ทางชีวภาพจะแพร่หลาย การศึกษาของนิทยา ชมาดล และคณะ (Chamadol N. et al ,2014 : 316-322) พบว่า อัลตราซาวด์สามารถใช้ตรวจหาเนื้อเยื่อพังผืดรอบๆ ท่อน้ำดี (Periductal Fibrosis) ซึ่งเป็นรอยโรคที่เกิดจากการอักเสบแบบเรื้อรังอันเนื่องมาจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ช่วยให้ตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกและใช้เฝ้าระวังในพื้นที่ระบาดได้ การศึกษาของ Mizuma และคณะ (Mizuma Y. et al ,2002 : 408-415) พบว่า ค่าความไวและความจำเพาะของการตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยการตรวจอัลตราซาวด์มีค่าค่อนข้างสูงและเพียงพอสำหรับประชากรที่ไม่มีอาการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ จำนวน 1,301 ราย ผลการอัลตราซาวด์ช่องท้อง พบว่า ผิดปกติ ร้อยละ

79.01 (PDF ร้อยละ 57.34, Fatty liver ร้อยละ 20.59 และ Liver mass ร้อยละ 1.08) จากการวิเคราะห์ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่า มีความชุกของ PDF เท่ากับ ร้อยละ 57.34 มากกว่าการศึกษา³ ที่พบว่า ในการศึกษา กลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง จำนวน 55,246 ราย พบว่า มีความชุกของ PDF เท่ากับ ร้อยละ 33.0

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (นพรัตน์ ส่งเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ, 2554) คือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* (*O. viverrini*) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด โรคมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อมีการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่น พบว่า สามารถเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี เช่น การศึกษาของ Haswell-Elkins et al. (Haswell-Elkins et al., 1994 : 505-9) พบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี แม้ว่าจะมีหลักฐานจากการศึกษาในรูปแบบต่างๆ ที่สรุปว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี แต่อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มรายที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไม่ได้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีทุกราย ดังนั้นน่าจะมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่มีบทบาทร่วมด้วย เช่น สารไนโตรซามีนที่ พบในอาหารประเภทปลาร้า ปลาจ่อม และอาหารหมักดอง นอกจากนี้ การศึกษาของ Songserm N. (Songserm, 2011) พบว่า การบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาดิบ (ก้อยปลา) ทุกอาทิตย์ และทุกวัน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีเป็น 2 เท่า และ 10 เท่า ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆ สุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก พบว่า มีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆ สุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก ร้อยละ 94.40 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก ในขณะที่ การศึกษาเชิงป้องกัน ของ Srivatanakul P. (Srivatanakul P. et al., 1991 : 821-25) โดยให้อาสาสมัครที่มีพยาธิใบไม้ตับรับประทานวิตามินซี เพื่อพิสูจน์การเกิด Endogenous nitrosation พบว่า กระบวนการ Endogenous nitrosation ลดลงจริง จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพราะการลดลงของ Endogenous

nitrosation เป็นการลดความเสียหายในระดับเซลล์ของตับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chernrungrroj G. (Chernrungrroj G., 2000) และ Songserm N. (Songserm, 2011) ซึ่งพบว่า การรับประทานผักและผลไม้มีความสัมพันธ์ในเชิงป้องกันของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่น่าจะนำไปสู่การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีที่ค่อนข้างชัดเจน ได้แก่ Primary sclerosing cholangitis, Ulcerative colitis, Choledocal cyst, Caroli's disease แต่ปัจจัยที่น่าสนใจ คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ซึ่งมี การศึกษาน้อยมากในมะเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยด้านพันธุกรรมนี้ น่าจะมีความเป็นไปได้สูง ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร มีประสิทธิภาพดีเนื่องจากมีค่าความไวค่อนข้างสูงและทำให้พบรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรก อันจะส่งผลให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น การตรวจคัดกรองพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรก มีความสำคัญอย่างยิ่ง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย การศึกษานี้ค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ระยะแรกได้ 2 ราย และยังสามารถค้นพบกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโอกาสเป็นมะเร็งท่อน้ำดีอีกจำนวนมาก จำเป็นต้องมีการติดตามต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค เพื่อป้องกันการป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคต สร้างความตื่นตัวในชุมชนให้เกิดการป้องกันการเกิดโรคและสร้างความเชื่อมั่นมะเร็งท่อน้ำดีที่ตรวจพบระยะแรกสามารถรักษาหายได้ และผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติอื่น ๆ เช่น นิ่วในถุงน้ำดีได้รับการรักษาก่อนจะมีอาการรุนแรง ประชาชนมีความพึงพอใจ ควรมีการตรวจคัดกรองนี้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครอบครัว ชุมชน จึงจะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลงได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

นพรัตน์ ส่งเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ. 2554. บทวิเคราะห์มะเร็งท่อน้ำดี ความรู้ บทบาทและความท้าทายของนักสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมในประเทศไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 4 (ฉบับที่ 3) มหาวิทยาลัยขอนแก่น. **โครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**
โรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย. <https://cascap.kku.ac.th>. สืบค้นเมื่อ(วันที่ 15 กันยายน 2562). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **การพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรองตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการ**

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. <https://www.hsri.or.th/researcher/research/trend>. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2562).

- Chamadol N, Pairojkul C, Khuntikeo N, Loapaiboon V, Loilome W, Sithithaworn P. 2014 : Histology Confirmation of periductal fibrosis from ultrasound diagnosis in cholangiocarcinoma patients. Japanese Society of Hepato-Biliary Pancreatic Surgery. **2014** (21) : 316-22.
- Chernrungraj G. 2000. Risk factors for cholangiocarcinoma: a case-control study. Doctor of philosophy in Epidemiology. Yale University. **2000**.
- Khuntikao N. 2005. Current concept in management of cholangiocarcinoma. Srinagarind Medical Journal. **2005** (20) : 1-7.
- Haswell-Elkins, M. R., Mairiang, E., Mairiang, P., Chaiyakum, J., Chamadol, N., Loapaiboon, V., et al. 1994. Cross-sectional study of *Opisthorchis viverrini* infection and cholangiocarcinoma in communities within a high-risk area in northeast Thailand. International Journal of Cancer. **1994** (59) : 505-9.
- Mizuma Y, Watanabe Y, Ozasa K, Hayashi K, Kawai K. 2002. Validity of sonographic screening for the Detection of abdominal cancers. J clin Ultras. **2002** (30) : 408-15.
- Sungkasubun P, Siripongsakun S, Akkarachinorate K, Vidhyarkorn S, Worakitsitatorn A, Sricharunrat T, et al. 2016. Ultrasound screening for cholangiocarcinoma could detect premalignant lesions and early stage Diseases with survival benefits. BMC Cancer. **2016** (16) : 346.
- Songserm, N. 2011. Risk factors for cholangiocarcinoma in high-risk area of Thailand: role of lifestyle, diet and polymorphisms in methylenetetrahydrofolate reductase. Doctor of philosophy in Public Health. Khon Kaen University. **2011**.
- Srivatanakul, P., Ohshima, H., Khlai, M., Parkin, M., Sukaryodhin, S., Brouet, I., et al. 1991. *Opisthorchis viverrini* infestation and endogenous nitrosamines as risk factors for cholangiocarcinoma in Thailand. International Journal of Cancer. **1991** (48) : 821-5.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Acute gastroenteritis ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาล ยโสธร

The Development of Nursing Practice Guideline for Children Acute gastroenteritis patient In the pediatric ward of Yasothon Hospital.

(Received: October 15,2020 ; Accepted: November 18,2020)

ร่ำไพ ศรีเนตร พย.บ.

Rumpai srinet

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยโสธร

Professional Nurse Yasothon Hospital

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis และผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลยโสธร กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ที่นอนโรงพยาบาล ระหว่าง เดือนตุลาคม 2562-กันยายน 2563 โดยคัดเลือกแบบเจาะจงเฉพาะเด็ก อายุ 1-5 ปีจำนวน 370 รายและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ IOWA Model มาเป็นกรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ และแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ IOWA Model 2) การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปปฏิบัติจริง 3) การประเมินผลลัพธ์ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ Readmission ภายใน 28 วันภาวะ Severe dehydration ขณะนอนโรงพยาบาล คะแนนความรู้ของผู้ดูแลเด็ก Acute gastroenteritis ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ และการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบทบทวนเวชระเบียน แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis เอกสารแผ่นพับคู่มือให้สุขศึกษา แบบประเมินภาวะ Dehydration และแบบบันทึกการตรวจปัสสาวะออกจากร่างกายเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกตัววัดแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis การตรวจสอบความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนได้ค่าความตรงตามเนื้อหาได้ค่า 0.8 การตรวจสอบความเที่ยงโดย alpha cronbach ได้ค่า 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในข้อมูลที่มีการเปรียบเทียบก่อนและหลังกลุ่มเดียวกันใช้สถิติ pair t-test

ผลการวิจัย 1) ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ซึ่งประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้ (1) การประเมินผู้ป่วย (2) การป้องกันภาวะขาดน้ำ และ (3) การดูแลต่อเนื่อง 2) ผลลัพธ์ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis (1) อัตรา Readmission ภายใน 28 วัน ก่อนดำเนินการปี ตุลาคม 2559- กันยายน 2562 พบ 4.8%, 3.6% และ 4.2% หลังดำเนินการพบ 0.8% (2) ผู้ป่วยที่มีภาวะ Severe dehydration ขณะนอนโรงพยาบาล ก่อนดำเนินการปี ตุลาคม 2559- กันยายน 2562 พบ 3, 2 และ 3 รายหลังดำเนินการไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะ Severe dehydration ขณะนอนโรงพยาบาล (3) ความรู้ของผู้ดูแลเด็ก Acute gastroenteritis โดยการประเมินความรู้ ก่อนและหลังให้ความรู้สุขศึกษาพบว่าก่อนให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 4.35 หลังให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 7.76 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (4) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติพบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (5) ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ร้อยละ 92

คำสำคัญ: Acute gastroenteritis, Dehydration, แนวปฏิบัติการพยาบาล

Abstract

The purpose of this research was develop a nursing practice for pediatric patient Acute gastroenteritis and the research of nursing practice for pediatric patients Acute gastroenteritis who treat at pediatric ward at Yasothon hospital. The target group is pediatric patients Acute gastroenteritis who admit at Yasothon hospital between October 2019 – September 2020 by selected pediatric patients aged 1 -5 years old 370 persons and

pediatric nurse practice 10 person. The development of nursing practice in the IOWA model is guideline of development. The research applied 1) The development of nursing practice using IOWA model 2) The implementation of nursing practice by using guideline 3) The evaluation of result after the implementation of using nurse practice including readmission within 28 days severe dehydration while admit at hospital. Acute gastroenteritis caregiver's knowledge nurse satisfaction toward the use of nursing guideline. The research instrument was review of medical record pediatric nursing practice Acute gastroenteritis guideline papers of the study evaluate of dehydration Acute gastroenteritis straightness check the reliability of data was 0.8 . The reliability of alpha combrach was 0.86. The data were analyzed by percentage , mean , standard deviation in the data that were compared before and after the same group by used pair t-test statistics.

Result. 1. Nursing Practice Guideline for Children Acute gastroenteritis Contains 3 categories. (1) Patient assessment (2) Prevention of dehydration (3) Continuing Care. 2. Result after use nursing practice guideline for children acute gastroenteritis. 1) Readmission within the 28 days before the implementation of 2017-2019 found 4.8%, 3.6% and 4.2% after the implementation of 0.8% 2) Severe dehydration during hospital stay 3, 2 and 3 patients were found after the operation. dehydration while in hospital. 3) The knowledge of child care acute gastroenteritis by evaluating knowledge. Before and after the health education, it was found that before the education, the average score was 4.35, and the average score was 7.76. There were significant differences at the .05 level. 4) Nurses' satisfaction toward the use of practice guidelines revealed that the personnel were satisfied with the use. The overall practice is at the highest level. 5) Percentage of follow-up of nursing practice guideline for acute gastroenteritis 92%
Key words : Acute gastroenteritis, Dehydration, Nursing practice guideline

บทนำ

Acute gastroenteritis เป็นโรคที่พบบ่อยในเด็ก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเนื่องจากภูมิคุ้มกันและการเจริญเติบโตยังไม่เต็มที่ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ปีละกว่า 1 ล้านคนมีรายงานการเข้ารับการรักษาในรพ.ทั่วประเทศ 1,038,770 คน เสียชีวิต 5 ราย สาเหตุของโรคเกิดจากการรับประทานอาหารและน้ำที่ไม่สะอาดเป็นอันตรายถึงชีวิตหากขาดน้ำระดับรุนแรงจากสถิติการให้บริการในตึกกุมารเวชกรรม รพ. โสธร ปี พ.ศ. 2559-2562 มีผู้ป่วย Acute gastroenteritis จำนวน 410, 396 ราย และ 427 ราย ตามลำดับ เป็นโรคที่พบเป็นอันดับ 1 ในตึกกุมารเวชกรรม ปัญหาสำคัญคือการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ซึ่งในปี พ.ศ. 2559-2562 พบว่าร้อยละ 4.8, 3.6 และ 4.2 ตามลำดับ และปัญหาภาวะช็อกจาก Severe dehydration การปฏิบัติที่หลากหลายของบุคลากรพยาบาล ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานมาใช้ในการปฏิบัติงานจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยป้องกันภาวะ Severe dehydration ประกอบกับที่ผ่านมามีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแต่ไม่ชัดเจน ครอบคลุมเพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดีผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรพยาบาลมีการปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis โดยนำกระบวนการมีส่วนร่วมมาใช้ ซึ่งทำให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการคิด ออกแบบระบบ ได้เกิดการ

เรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ทำให้เกิด พฤติกรรมที่คงทน เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis และเพื่อศึกษาผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนาใช้รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model (Titler et al, 2001) มาเป็นกรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์และแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Development) ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุที่พบในหน่วยงาน การกำหนดประเด็นปัญหาได้มาจาก การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563 จำนวน 370 ฉบับ และจากรายงานอุบัติการณ์ที่

เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis พบว่ามีผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยอาการเดิม จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 4.2) และมีผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อคจาก Severe dehydration ในระหว่างนอนโรงพยาบาลจำนวน 3 ราย จากการสนทนากลุ่มย่อยกับผู้ดูแลเด็ก Acute gastroenteritis จำนวน 8 ราย พบว่าผู้ดูแลเด็กไม่ทราบสาเหตุ การป้องกันโรค การดูแลเด็กเบื้องต้นเมื่อมีอาการ และอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล จากการสังเกตการปฏิบัติงาน และสอบถามพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน พบว่าพยาบาลมีประสบการณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ที่แตกต่างกัน เช่น การประเมินระดับภาวะขาดน้ำที่ไม่เหมือนกัน การประเมินความเสี่ยงทางคลินิกของผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะช็อคจาก Severe dehydration การให้ข้อมูลกับผู้ดูแลเด็กที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความล่าช้าผู้ป่วยเกิดภาวะช็อคจาก Severe dehydration ในระหว่างนอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยอาการเดิม มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลโยธธรรได้นำไปใช้ในการประเมินให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์

กิจกรรมที่ 2 การจัดตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้วิจัยได้ประสานกับบุคลากรในทีมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ประกอบด้วยกุมารแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 คน เสนอหัวหน้าพยาบาลเพื่อดำเนินการแต่งตั้งเป็นทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

กิจกรรมที่ 3 การร่วมประชุมปรึกษาหารือทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักฐานต่างๆที่มีความน่าเชื่อถือ

3.1 ฐานข้อมูลในการสืบค้น ผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้ คือ PubMed, CINAHL, Science Direct, Google Scholar และจากวารสารและเอกสารทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข ทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ

3.2 คำสำคัญในการสืบค้นมีดังนี้ Acute gastroenteritis, Dehydration, Clinical Nursing Guideline

3.3 การคัดเลือกงานวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1) คัดเลือกชื่อเรื่องงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Acute gastroenteritis, Dehydration โดยเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 10 ปี ซึ่งอยู่ระหว่าง ปี พ.ศ. 2552-2561

2) อ่านบทคัดย่อ ของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่าตรงประเด็นที่เกี่ยวข้องและต้องการหรือไม่ โดยใช้กรอบของ PICO (รุ่งนภา เขียวช่อ, 2556)

3) นำงานวิจัยที่สนใจมาค้นหา Full text จากวารสารต่าง ๆ และ e-Journal และอ่านงานวิจัยโดยละเอียด คัดเลือกงานวิจัยที่เชื่อถือได้ โดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกซ์ (The Joanna Briggs Institute, 2011)

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ครั้งนี้มี 7 เรื่อง ซึ่งเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systemic Reviews and Meta-analysis) จำนวน 1 เรื่อง (ระดับ 1 เกรด A) (H. Szajewska, A. Sk_orka, M. Ruszczy_nski & D. Gieruszczak-Biatek, 2013) งานวิจัย Randomized Controlled trials จำนวน 1 เรื่อง (ระดับ 2 เกรด A) (จุดเริ่มต้น มากมิ่งจวน, ปรีศนา วาณิช, วัชรีย์ แสงมณี, 2554) งานวิจัยกึ่งทดลองที่มีการออกแบบวิจัยที่ดี แต่ไม่มีการสุ่มจำนวน 1 เรื่อง (ระดับ 3.1 เกรด A) (ศุภระวรรณอินทราขาว, ภาสกรศรี ทิพย์สุโข, ขวัญตาเอื้ออุฬาร, 2552) และงานวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลหลายช่วงเวลา เป็นงานวิจัยทดลองที่ไม่มีการควบคุม แต่ผลการวิจัยมีความสำคัญมาก จำนวน 4 เรื่อง (ระดับ 3.3 เกรด A) (ภัทริน สร้างแก้ว, 2552; ปวีณา คำธัญ, 2556; เพ็ญนภา พงษ์ศรี, 2552)

กิจกรรมที่ 4 การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงานร่วมกับทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1) การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้วิจัยได้มีการจัดประชุมกลุ่มย่อยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มเป้าหมายจำนวน 10 คน เพื่อระดมความคิดเห็นร่วมกัน ช่วยกันร่างและออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis โดยการนำภาวะเสี่ยงต่างๆ และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Severe dehydration ที่เหมาะสมกับบริบทหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลโยธธรร

2) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis (ฉบับร่าง) ที่ได้จากการประชุมมาตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมอีกครั้งจากนั้น นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งได้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ฉบับสมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนในการนำแนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลไปปฏิบัติจริง (Research)

ขั้นตอนนี้เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีแผนในการศึกษา ดังนี้ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มีอาการ Acute gastroenteritis ทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ และพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis จำนวน 10 คน

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนในการประเมินผลลัพธ์ (Evaluation) ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ผู้วิจัยมีการประเมินผลลัพธ์ ดังนี้ 1) การ Readmission ภายใน 28 วัน 2) จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะ Severe dehydration ขณะนอน รพ. 3) คะแนนความรู้ของผู้ดูแลเด็ก Acute gastroenteritis 4) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ 5) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่แบบ ทบทวนเวชระเบียน แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis เอกสารแผ่นพับคู่มือให้สุขศึกษา แบบประเมินภาวะ Dehydration และแบบบันทึกการตวง ปัสสาวะอุจจาระ

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบบันทึกตัวชี้วัด แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก AGE การตรวจสอบความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาได้ค่า 0.8 การตรวจสอบความเที่ยงโดย alpha cronbrach ได้ค่า 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในข้อมูลที่มีการเปรียบเทียบก่อนและหลังกลุ่มเดียวกันคือการประเมินความรู้ของผู้ดูแลเด็ก ใช้สถิติ pair-t test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอโครงการวิจัยผ่าน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ วันที่ 5 สิงหาคม 2562 เลขที่ YST 2019-014

ผลการวิจัย

1. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ซึ่งประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วย

(1) การประเมินภาวะขาดน้ำ ซึ่งประเมินผู้ป่วยแรก รับ ความถี่ในการประเมินตามระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ ขาดน้ำเล็กน้อยประเมิน ทุก 4-8 ชั่วโมง ขาดน้ำปานกลางทุก 2 -4 ชั่วโมง ขาดน้ำรุนแรง ทุก 1 -2 ชั่วโมง โดยใช้แบบประเมินภาวะขาดน้ำ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ขาดน้ำเล็กน้อย (Mild dehydration) ขาดน้ำระดับปานกลาง (Moderate dehydration) และ ขาดน้ำระดับรุนแรง (Severe dehydration) โดยประเมินจาก 1) ตาว่าปกติหรือไม่หรือโป๊ว 2) น้ำตาว่ามีหรือไม่ ลดลง หรือไม่ 3) ปากดูริมฝีปากว่าปกติแห้ง หรือแห้งจนเหี่ยว หรือไม่ 4) การกระหายน้ำ ว่าปกติ หรือ กระหายน้ำปานกลางหรือกระหายน้ำมาก 5) พฤติกรรมเด็ก ว่าแสดงพฤติกรรมปกติ หรือ กระสับกระส่าย หรือกระวนกระวายหรือไม่ 6) กระหม่อมหน้า ใช้ประเมินในเด็กเล็ก ว่าปกติ มีบวมเล็กน้อยหรือบวมมาก 7) ความยืดหยุ่นของผิวหนัง 8) ซีฟจร 9) ความดันโลหิต 10) Urine specific gravity 11) capillary refill

(2) การประเมินปริมาณน้ำเข้า ออกของร่างกาย โดยใช้แบบบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกร่างกาย (Record Intake output) และแบบบันทึกการชั่งตวงปัสสาวะอุจจาระของผู้ป่วย ซึ่งได้มีการกำหนดน้ำหนักของเสื้อผ้าผู้ป่วย ผ้าปูที่นอน ผ้าอ้อมอนามัยขนาดต่าง เพื่อเป็นเกณฑ์ในการตวงปริมาณปัสสาวะอุจจาระผู้ป่วยที่สูญเสีย

หมวดที่ 2 การป้องกันภาวะขาดน้ำ กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับ

(1) ผสมผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) ให้ผู้ป่วยทุกเวร บันทึกปริมาณที่ได้ในแต่ละเวร

(2) คำนวณปริมาณน้ำที่สูญเสียทั้งทางอาเจียน หรือ อุจจาระและให้ ORS ทดแทนเท่าปริมาณน้ำที่ออกจากร่างกาย

(3) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาให้ได้ตามปริมาณที่กำหนด

(4) หากผู้ป่วยเด็กไม่สามารถดื่มน้ำผสมผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) ได้เองพิจารณาให้ใส่ NG tube feeding

หมวดที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง โดยประเมินความรู้ การรับรู้ของผู้ดูแลเด็ก ถึงวิธีการดูแลเด็กป่วย Acute gastroenteritis เพื่อวางแผนการสอนให้ความรู้และทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบแนวทางเดียวกัน โดยมีการประเมินความรู้โดยใช้แบบคำถามทดสอบความรู้ก่อนให้คำแนะนำ และมีการให้ความรู้ โดยใช้คู่มือการให้สุขศึกษาเป็นภาพพลิก และแผ่นพับ ความรู้เรื่องการดูแลเด็ก Acute gastroenteritis

2. ผลลัพธ์ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis

(1) อัตราReadmissionภายใน 28วัน ก่อนดำเนินการปี 2559-2562 พบ 4.8%, 3.6% และ 4.2% หลังดำเนินการพบ 0.8%

(2) ผู้ป่วยที่มีภาวะ Severe dehydration ขณะนอนโรงพยาบาล ก่อนดำเนินการปี 2559-2562 พบ 3,2 และ 3

รายหลังดำเนินการไม่พบผู้ป่วย ที่มีภาวะ Severe dehydrationขณะนอนโรงพยาบาล

(3) ความรู้ของผู้ดูแลเด็ก Acute gastroenteritis โดยการประเมินความรู้ ก่อนและหลังให้สุขศึกษาสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ของผู้ดูแลเด็ก Acute gastroenteritis ก่อนและหลังให้สุขศึกษา (N=370)

คะแนน	Mean	S.D.	Min	Max	t	p-value
คะแนนความรู้ก่อนให้สุขศึกษา	4.35	.81	3	6	-52.65	.000
คะแนนความรู้หลังให้สุขศึกษา	7.76	.96	6	10		

พบว่าก่อนให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 4.35หลังให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 7.76 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

(4) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติพบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติพบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

(5) ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritisร้อยละ 92

ของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติพบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 5) ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ร้อยละ 92

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ไปใช้ในโรงพยาบาลยโสธรได้แก่หอผู้ป่วยพิเศษ 3 หอผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis ได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และนำไปเผยแพร่ในการประชุมวิชาการเขต 10 ประจำปี 2563

2. นโยบายขององค์กร ที่ให้ความสำคัญกับงานการดูแลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritisความร่วมมือของทุกสาขาวิชาซีพีในการร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลและ ผู้เข้าร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติ มีเจตคติที่ดีต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติ ความมุ่งมั่นของทีมงาน ที่ช่วยสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ และความต่อเนื่องในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

3. งานวิจัยครั้งนี้เกิดจากการทบทวนปัญหาความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย และการทบทวนสถิติการให้บริการตัวชี้วัดต่างๆ เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritisและในส่วนของผู้ให้บริการ การพัฒนาที่ต่อเนื่องยั่งยืน คือการนำกระบวนการมีส่วนร่วมมาใช้ ซึ่งทำให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการคิด ได้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงทัศนคติทำให้เกิด พฤติกรรมที่คงทน เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน ในส่วนของผู้รับบริการคือการป้องกัน

อภิปรายผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis นี้ใช้รูปแบบการพัฒนาของIOWAModel มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากมีขั้นตอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นที่ยอมรับจากนักวิชาการโดยประยุกต์ใช้ผลงานวิจัยซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดสามารถยืนยันกับผู้รับบริการได้ว่าเป็นบริการที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง แนวปฏิบัติกรพยาบาลนี้แบ่งออกเป็น 3 หมวดคือหมวดที่ 1 การประเมินผู้ป่วย หมวดที่ 2 การป้องกันภาวะขาดน้ำ หมวดที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง ซึ่งแนวปฏิบัติกรพยาบาลนี้ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะขาดน้ำและแก้ไขภาวะขาดน้ำได้อย่างทันท่วงที และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้ในระดับมาก

2. ด้านผลการนำแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ 1)อัตรา Readmissionภายใน 28วัน ลดลง 2) ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะ Severe dehydration ขณะนอนโรงพยาบาล 3)ความรู้ของผู้ดูแลเด็ก Acute gastroenteritis เพิ่มขึ้น 4)ความพึงพอใจ



การเกิดโรค โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีศักยภาพในการดูแลเด็ก

4. จากนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาลโสธร และจากหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลที่ส่งเสริมการทำวิจัย โดยจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ R2R ทุกปี และมีผู้ประสานงานวิจัยที่คอยให้คำแนะนำเปิดโอกาสให้ได้มีการนำเสนอเผยแพร่ผลงานวิจัย ซึ่งทำให้งานวิจัยครั้งนี้ได้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

5. ควรมีการศึกษาและทบทวนความรู้เชิงประจักษ์ใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอและปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยเด็กที่อายุมากขึ้น ให้มีความทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์และมีประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

Titler et al.(2001). Reviewer's Manual.Retrieved August 3, 2016 from

https://www.researchgate.net/publication/51466031_Introducing_evidence_into_nursing_practice_Using_the_IOWA_model.

รุ่งนภา เขียวขำ. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2556, 24(2): 94-108.

The Joanna Briggs Institute.(2011). Reviewer's Manual.Retrieved August 3, 2016 from

<http://www.joanbriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers Manual-2001.pdf>.

H. Szajewska, A. Sk_orka, M. Ruszczy_nski& D. Gieruszczak-Biatek.(2013). Retrieved August 3, 2016

from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2036.2007.03282.x>

จตุรรัตน์ มากมิ่งจวน, ปรีศนา วานิช, วชิรย์ แสงมณี.ปริมาณของ ORS ที่ผู้ป่วยเด็กได้รับได้: เปรียบเทียบการให้ระหว่างสารละลายกับแบบแข็ง. สงขลานครินทร์เวชสาร 2554. 29(6): 259-265.

ศุภระวรรณ อินทรขาว, ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, ขวัญตา เอื้ออุฬาร.ประสิทธิผลของข้าวผงผสมเกลือแร่ในผู้ป่วยเด็กอุจจาระร่วงเฉียบพลัน.J Med Assoc Thai 2552. 93(7): 521-525.

ภัทริน สร้างแก้ว. การพัฒนาแนวทางการจัดการปัญหาภาวะขาดน้ำจากอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มารับบริการสุขภาพพระดํปญมภูมินาพญา สารนิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2552.

ปวีณา คำธัญ.การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.

เพ็ญนภา พงษ์ศรี. ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพขอฆารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ วิทยานิพนธ์ ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์; 2552.

การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโสธร The development of palliative care system for end of life patient at Yasothon hospital.

(Received: October 20,2020 ; Accepted: November 17,2020)

บงกชรัตน์ ยานะรมย์
Bongkotrat yanarom
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโสธร
Registered Nurse Professional Level Yasothon Hospital.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโสธร ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดคุณภาพของโดนาบีเดียน และแนวคิดทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คัดแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ที่เป็นผู้ป่วยนอก 15 ราย และผู้ป่วยใน 15 ราย และ 2) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคอง 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการวิจัยระหว่างตุลาคม 2562 – กันยายน 2563

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโสธร มี 3 องค์ประกอบคือ 1) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 2) แนวปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดของ Kolcaba 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ พบว่า 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าคะแนน PPS ลดลง ในการประเมินครั้งที่ 2 ทั้ง 2 กลุ่ม 2) ค่าเฉลี่ย คะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน หลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยมีความพึงพอใจโดยรวม ($\bar{X}=4.75, S.D=.13$) 4) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูงมาก 4) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการดูแลโดยมีความพึงพอใจโดยรวม ($\bar{x} = 4.75, S.D. = 0.13$) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูงมาก

คำสำคัญ ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

This study aimed to develop and study the results of the development of a palliative care system in end of life patient at Yasothon Hospital. In this study, the researcher integrated Donabedian's quality concept. And Kolcaba's Theory of Comfort. The sample consisted of two groups, which were selected for the end of life patient. Among them were 15 outpatients and 15 inpatients, and 2) 10 nurses in charge of palliative care. It is a research tool. And collect information Conduct research between October 2019 - September 2020.

The results of the study showed that the palliative care system Yasothon Hospital has 3 components: 1) Competency Development of Professional Nurses 2) Palliative Care Practices. End of life patient using the concept of Kolcaba 3) continuous care system The results of the system development showed that 1) End of life patient had a lower PPS score in the second evaluation in both groups, and 2) the mean outcome scores of palliative care in outpatient and inpatient patients. Develop a system higher than before development. significantly at the .05 level 3) the patient's satisfaction with overall satisfaction ($\bar{X} = 4.75, SD = .13$) 4) and all aspects were very high 4) satisfaction. The nurses were satisfied with the care system with overall satisfaction ($\bar{X} = 4.75, SD = 0.13$) and all aspects at a very high level.

Keywords: Palliative care system, End of life patient

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนิน ของโรค เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญ ในการดำรงชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่ง ร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้ และเสียชีวิตในที่สุด(ฐิติมา โปธิศรี ,2550) ถึงแม้ปัจจุบัน วิทยาการทางการแพทย์ จะมีความเจริญก้าวหน้า ทำให้สามารถช่วยเหลือ ผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตออกไปมากขึ้น ส่งผล ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เรื่อย ๆ (จิตนา ตั้งวรวงศ์ชัย ,2550) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลง และผลกระทบต่อสุขภาพ หลายด้าน เช่น ทุกข์ทรมาน จากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจ ลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ เป็นต้น(สถาพร ลีลานันทกิจ ,2547) ซึ่งจะมีความแตกต่างกัน ตามปัจเจกบุคคล ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น สภาพความเป็นอยู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระบบการให้คุณค่า ความเชื่อ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มี อิทธิพลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการ ของแต่ละบุคคล(โรงพยาบาลสงฆ์ ,2551) ดังนั้นการดูแลเพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยความเป็นจริง และสามารถเผชิญความตาย ได้อย่างสงบ ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะ ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยทั่วไป โดยไม่ได้แยกผู้ป่วยไว้ ต่างหากมักถูกจัดลำดับความสำคัญอยู่ในลำดับท้ายๆ ทำให้ได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม(สาวิตริ มณีพงศ์,2551 : . ทองประทีป ,2547) การดูแล มุ่งเน้นที่การรักษามากกว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การรับรู้ต่อความตาย ประสบการณ์ชีวิต การปรับตัว วุฒิภาวะ แหล่งสนับสนุนทางจิตใจ สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้าน พยาบาล เช่น อายุและประสบการณ์ของพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความรู้และ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบบริการ และการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ(ทองประทีป ,2547)

ในส่วนของโรงพยาบาลโสธร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 370 เตียง ดูแลให้บริการแก่ประชาชน จังหวัดยโสธร และพื้นที่ใกล้เคียงเปิดให้บริการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ ปี 2553 – ปัจจุบัน(งานสารสนเทศโรงพยาบาลโสธร ,2561) มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นพบว่า ในปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 901 คน 1,089 คน และ 1,101 คน ตามลำดับ และพบว่า ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโสธร ยังมีรูปแบบการให้บริการที่ไม่ชัดเจน ดังเช่น 1) การกำหนดกลุ่ม

ผู้ป่วยเป้าหมาย 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3) การวางแผนการจำหน่ายและการส่งต่อ เพื่อดูแลต่อเนื่อง 4) การประเมินผลลัพธ์ 5) ศักยภาพและความพร้อมไม่เพียงพอของ บุคลากร ส่งผลให้ผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและ ครอบครัว ได้รับการดูแลที่มีความแตกต่าง และมีกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าถึงบริการ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโสธรในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ผ่านการพิจารณาของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโสธร เลขที่ YST2019-15 สถานที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลโสธร ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 - เดือนกันยายน พ.ศ.2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วยผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตโดยมีคะแนนน้อยกว่า ≤ 60 คะแนนจากการประเมินด้วยเครื่องมือ Palliative performance scale version 2 (PPSV₂) (Lau et al, 2006)และมีคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) อายุ 18 ปีขึ้นไป (2) เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลโสธร (3) มีความสามารถในการสื่อสารพูดคุยด้วยภาษาไทยเป็นอย่างดี (4) มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการเข้าร่วมให้ข้อมูลเพื่อการศึกษา (5) สมารถเข้าร่วมการวิจัย

2. พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโสธร โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้คือ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย (2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 คน พยาบาลวิชาชีพ

ศัลยกรรมหญิง 3 คน ศัลยกรรมรวม 3 คน และพยาบาล
วิชาชีพกลุ่มงานสูติกรรม 1 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น
10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ ระบบ
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) แผนการพัฒนา
บุคลากร 2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับบุคลากร
และสำหรับผู้ป่วย 3) แผนการดูแลต่อเนื่อง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) Palliative
performance scale version 2 (PPSV₂) 2) แบบประเมิน
ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care
Outcome Scale) 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่
ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้นทั้งหมดนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน
5 คน การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ
ที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความเที่ยง ดังนี้ (1) คู่มือการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย นำไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน
หอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 4 คน อ่านและตรวจสอบความเข้าใจ
ว่าตรงกันหรือไม่ หาก 3 ใน 4 มีความเห็นตรงกันถือว่ามีความ
เที่ยง ผลการตรวจสอบความเที่ยง พบว่า มีความเห็นตรงกัน
ร้อยละ 100 (2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย นำไป
ทดลองใช้กับผู้ป่วย หอผู้ป่วยพิเศษ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่ม
ตัวอย่าง 10 คน แล้วนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม
มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ ได้ค่า 0.82 (3)
แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ นำไปทดลอง
ใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษที่ให้การ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 10 คน แล้วนำคะแนนที่ได้จากการ
ตอบแบบสอบถาม มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
ทั้งฉบับ ได้ค่า 0.78 (4) แบบสอบถามความสบายของผู้ป่วย
ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย หอ
ผู้ป่วยพิเศษ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 คน แล้วนำ
คะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม มาหาค่าสัมประสิทธิ์
อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ ได้ค่า 0.86

การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยใช้แนวคิดของโดนาบีเดียน
(Donabedian, A., 2003) 3 ด้าน คือ โครงสร้าง กระบวนการ
และผลลัพธ์ โดยการศึกษาข้อมูลสถิติการให้บริการ ตัวชี้วัด

คุณภาพการรักษาพยาบาลย้อนหลัง 1 ปี และทบทวนเวช
ระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปี 2562

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
และนำรูปแบบแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ ซึ่งระยะนี้มีการ
ดำเนินงาน 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อนำมากำหนดโครงสร้างและ
เนื้อหาของรูปแบบ รวมทั้งเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย

2) ขอจดหมายอนุญาตดำเนินการวิจัยและเอกสาร
รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลโสธร หลังผ่านการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล
โสธร เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

3) ประชุมคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลโสธร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการ
วิจัย หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลโสธรแล้ว

4) กำหนดรูปแบบการดูแล ตามแนวคิด Kolcaba⁹
ใน 4 บริบทได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ด้าน
สังคม วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรในหอ
ผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับตามแนวคิด
Kolcaba (Kolcaba K., 2003) ใน 4 บริบทได้แก่ ด้านร่างกาย
ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ด้านสังคม วัฒนธรรม และด้าน
สิ่งแวดล้อม การใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปใช้
การจัดเก็บเอกสาร

2) ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตาม
โครงสร้างที่กำหนด

ระยะที่ 3 การตรวจสอบติดตามความก้าวหน้า และ
ผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ
ความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการพยาบาล ความพึงพอใจ
ของพยาบาลต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความสุขสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ
สุดท้ายของชีวิต

ระยะที่ 4 ปรับปรุงเรียนรู้เพิ่มเติมจนได้รูปแบบ
แนวทางปฏิบัติที่ต้องการร่วมกัน และสรุปประเมินผลการ
พัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ สถิติ pair t-test

ผลการวิจัย

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโสธร ประกอบด้วย 1) การพัฒนา

สมรรถนะบุคลากรพยาบาล 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3) การประสานงานการดูแลต่อเนื่อง

2. ผลลัพธ์ของระบบ

2.1 Palliative performance scale โดยผู้วิจัยได้ประเมินก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก 15 ราย ผู้ป่วยใน 15 ราย โดยประเมินครั้งแรกก่อนใช้ระบบ และอีก 1 เดือนต่อมา และดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน Palliative performance scale ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Palliative performance scale	ผู้ป่วยนอก (N=15)		ผู้ป่วยใน (N=15)	
	ประเมินครั้งที่ 1 จำนวน(ร้อยละ)	ประเมินครั้งที่ 2 จำนวน(ร้อยละ)	ประเมินครั้งที่ 1 จำนวน(ร้อยละ)	ประเมินครั้งที่ 2 จำนวน(ร้อยละ)
0	-	-	-	1 (6.7)
10	-	1(6.7)	-	2 (13.3)
20	-	-	-	-
30	1 (6.7)	1 (6.7)	4 (26.7)	3 (20.0)
40	-	2 (13.3)	1 (6.7)	1 (6.7)
50	9 (60.0)	3 (20.0)	-	-
60	3 (20.0)	5 (33.3)	5 (33.3)	2 (13.3)
70	2 (13.3)	2 (13.3)	1 (6.7)	2 (13.3)
80	-	1 (6.7)	2 (13.3)	2 (13.3)
90	-	-	2 (13.3)	2 (13.3)

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูล Palliative performance scale ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแผนกผู้ป่วยนอก ในการประเมินครั้งที่ 1 ส่วนมาก Palliative performance scale อยู่ระดับ 50% ร้อยละ 60 รองลงมา อยู่ระดับ 60% ร้อยละ 20 ส่วนผู้ป่วยใน Palliative performance scale ในการประเมินครั้งที่ 1 อยู่ระดับ 60% ร้อยละ 33.33 รองลงมา อยู่ระดับ 30% ร้อยละ 26.7

2.2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ผู้วิจัยได้ประเมินและติดตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 2 ครั้ง นำเสนอดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนรวม ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในการประเมินก่อนและหลังผู้ป่วยนอก (N=15) ผู้ป่วยใน (N=15)

ผู้ป่วย	ก่อน		หลัง		Paired differences				p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	Mean	Std, deviation	95% CI		
							Lower	upper	
1. ผู้ป่วยนอก	21.2	7.57	12.8	4.9	8.33	5.7	5.2	11.5	0.000
2. ผู้ป่วยใน	14.8	7.9	11.1	8.1	3.7	5.2	0.79	6.5	0.016

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ย คะแนนรวม ผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในการประเมินก่อนและหลัง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05

2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการพยาบาล ในระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า ค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วย อยู่ในระดับสูงมากทุกด้าน โดยสูงสุดอยู่ที่ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค และการดูแลต่อเนื่อง ($\bar{X}=5.0$, $S.D.=.00$)

2.4 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคลากรมีความพึงพอใจ โดยรวม ($\bar{x} = 4.75$, $S.D. = 0.13$) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูงมาก โดยความพึงพอใจด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.95$, $S.D. = 0.09$)

อภิปรายผล

การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลยโสธร ทำให้ เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมองค์รวม ส่งผลให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูงผลลัพธ์การนำระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ได้อภิปรายดังนี้

1. ด้านผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับ การศึกษาของ รัฐิตมา โพธิศรี(รัฐิตมา โพธิศรี ,2550) ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจากโรงพยาบาลสุบ้าน พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษา ของสาวิตริ มณีพงศ์(โรงพยาบาลสงฆ์ ,2551) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

2. ด้านผู้ให้บริการ ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐิตมา โพธิศรี(รัฐิตมา โพธิศรี ,2550) และสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตริ มณีพงศ์(โรงพยาบาลสงฆ์ ,2551) พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก และ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ (สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ ,2552) เกิดที่มสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้าใจ แนวคิดการดูแลแบบ

ประคับประคอง มีวิธีทำงานที่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม และมีเครื่องมือช่วยในการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรกำหนดกิจกรรมดูแลต่อเนื่อง และรูปแบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน ตัวชี้วัดที่สำคัญในระดับโรงพยาบาล เชื่อมลงชุมชนให้ชัดเจน

2. ควรส่งเสริมให้นำแนวการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อเนื่องสู่ชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่ของจังหวัดอุดรธานีและ มีการทบทวนแนวทางที่พัฒนาขึ้นเพื่อปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างน้อยปีละครั้ง

3. สนับสนุนให้มีการศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาลยโสธร และเครือข่าย เนื่องจากรูปแบบการศึกษาวิจัยจะทำให้ เกิดการเรียนรู้ มีการพัฒนา งานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และข้อคิดเห็น ต่าง ๆ

4. การดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรเน้นพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การทำงานเป็นทีม การพัฒนาฐานข้อมูลให้มีความทันสมัย ครอบคลุม เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงชุมชน และการสร้างเครือข่ายการดูแลแบบสหวิชาชีพ จากความร่วมมือร่วมใจของชุมชน เพื่อการดูแลที่เข้มแข็งต่อไป

5. การดูแลที่บ้าน การจัดการบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บ้าน ควรค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนมาใช้เพื่อดูแล มีช่องทางด่วนในการขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือ ความกังวลใจของญาติได้ตลอดเวลา

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลในระยะยาว เกี่ยวกับการใช้แนวทางการจัดการบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลา ตรวจสอบเครื่องมือและให้ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร และหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลยโสธร หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมรวม และสูติกรรม ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล พร้อมทั้งทีมพยาบาลงานผู้ป่วยนอก ที่ช่วยเหลือในการศึกษาตลอดจนขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพ ในการประสานการดูแลผู้ป่วย และ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องขอขอบพระคุณผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ



ระดับประคองและญาติทุกท่านที่ได้กรุณาตอบ
แบบสอบถามครั้งนี้ทุกท่านในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้และอีก

หลายท่านที่มีได้กล่าวนามในที่นี่ ผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ
โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- ฐิติมา โพธิ์ศรี. การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน. [รายการการศึกษาอิสระ
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
- จิตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎี
บัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
- สถาพร ลีลานันทกิจ. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. สถาบันเวช
ศาสตร์ผู้สูงอายุ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
- โรงพยาบาลสงฆ์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบระคับประคอง. กรมการแพทย์: กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
- สาวิตรี มณีพงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤต อายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม
โรงพยาบาลศรีนครินทร์. [รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น;
2551.
- ทองประทีป, เสี่ยงสะท้อนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารเกื้อการุณย์: 2547; 11:2, 36-46.
- งานสารสนเทศโรงพยาบาลยโสธร. รายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วยประจำปี. โรงพยาบาลยโสธร: ยโสธร; 2561.
- Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in health care. New York, NY: Oxford University Press.
- Erickson, S. M. (1998).
- Kolcaba K. Comfort theory and practice. New York: Springer Publishing; 2003.
- สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่ง
หนึ่ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for patients sepsis : Case study 2 cases

(Received: October 3,2020 ; Accepted: November 8,2020)

สุภาคินี สุขชนากุล

Supakinee sukhonthanakun

พยาบาลวิชาชีพวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Registered Nurse Ban Phai Hospital Khon Kaen Province.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
ศึกษาในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดในเดือนกรกฎาคม 2563 จำนวน 2 ราย
ผลการศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 1 มาด้วยอาการไข้ หายใจหอบ ผู้ป่วยรายที่ 2 มาด้วยอาการไข้ ซึมลง ดักจับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้
qSOFA score และให้การดูแลรักษาตาม KhonKaen Sepsis protocol ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาหลัก 4 ข้อ ปัญหาผู้ป่วยรายที่ 1
คือ 1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2. เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน
เนื่องจากภาวะกรดจากการเผาผลาญทำให้ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง 3. ไม่สบาย เนื่องจากภาวะมีไข้ ปวดแหวจาก
พยาธิสภาพของโรค 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ปัญหาผู้ป่วยรายที่ 2 คือ 1. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อใน
กระแสเลือด 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 3. ไม่สบาย เนื่องจากภาวะมีไข้ ปวดแหวจากพยาธิสภาพของ
โรค 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาใช้ร่วมกับการ
รักษาพยาบาลตามมาตรฐานมาตรฐาน เพื่อช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหายและจำหน่ายกลับบ้านได้ภายใน 7 วันใน
ผู้ป่วยรายที่ 1 และ 9 วันในผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งรายงานการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลแบบองค์
รวมแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

คำสำคัญ : การติดเชื้อในกระแสเลือด,ภาวะวิกฤติฉุกเฉิน, แบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน,
KhonKaen Sepsis protocol

ABSTRACT

Objective: To promote proper care for patients with sepsis to be safe from complications. This study was studied in two patients with bloodstream infection in July 2020.

The results: the first patient were fever, shortness of breath, and the second patient came with a drowsy fever, trapping the infection in the bloodstream using the qSOFA score and administering the care according to the Khon Kaen Sepsis protocol. That the patient has 4 main problems The first patient problem was: 1. There was septic shock due to urinary tract infection. 2. Hypoxia-deficient tissue. Due to acidosis, the efficiency of oxygen exchange decreases. 3. Not feeling well due to fever Lumbar pain from pathological disease 4. Patients and their relatives are concerned about the illness of the patient. The second patient's problem was 1. Patients with sepsis; 2. Patients at risk of shock due to high blood sugar levels. 3. Not feeling well due to fever Lumbago from pathology of the disease 4. The patient and their relatives are concerned about the sickness of the patient. The study participants used the concept of nursing process in conjunction with standardized medical treatment. To help provide more comprehensive care for the patient In patient 1 and 9 days in patient 2, this study report could be used as a guideline for nurses to provide holistic nursing to patients with Have an infection in the bloodstream
Keywords: Sepsis, Critical Emergency, 11 Gordon Scheme, Khon Kaen Sepsis protocol

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผลของภาวะนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (WHO, 2016) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2562 พบอัตราเสียชีวิตร้อยละ 35.40, 34.79, 32.03 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ถึงแม้จะมีอัตราผู้ป่วยลดลงแต่เพียงเล็กน้อยเท่านั้นยังถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้ความสนใจในการดูแลรักษา

โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลระดับ M2 ขนาด 90 เตียง ซึ่งในปี 2562, 2563 พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด 120,265 ราย ตามลำดับและพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงถึงร้อยละ 10 และ 1.13 ตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นถึง 1.6 เท่า ถึงแม้้อัตราการตายจะลดลงแต่สาเหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจากภาวะช็อก (septic shock) และไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ทำให้การทำงานของอวัยวะหลาย ระบบล้มเหลว (Multiple organ system dysfunction) เพิ่มระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศได้พบโรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อในกระแสเลือดมากที่สุด คือปอดอักเสบร้อยละ 32.08 รองลงมาคือ การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร และติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 25.38 และ 11.14 ตามลำดับ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือเบาหวาน ร้อยละ 20.81 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 18.99 และ 14.02 ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลบ้านไผ่/โรงพยาบาลบ้านไผ่, 2563)

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย sepsis เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาเป็นการศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 2 รายเปรียบเทียบกันในเดือน กรกฎาคม 2563 ข้อมูลที่ได้เพื่อการศึกษาเชื่อถือได้จากเวชระเบียน ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

กรณีศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 83 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 13 กรกฎาคม 2563 ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เวลา 04.24 น. ประวัติเป็นโรคหอบหืดประมาณ 5 ปี รักษาต่อเนื่องให้ประวัติว่าไข้ ทนทานสั้นหายใจหอบ มา 1 ชั่วโมง ปัสสาวะแสบขัดมา 2 วัน ญาตินำส่งโรงพยาบาลบ้านไผ่ แรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย สัญญาณชีพอุณหภูมิ 40.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที การหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/78 mmHg O₂sat 95% E4V5M6 motor power ระดับ 5 ทั้งแขนและขา pupil 3 mm RTLBE Lung: expiratory wheezing ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาได้แก่ พ่นยาขยายหลอดลมทุก 15 นาที 3 ครั้ง ให้ O₂cannula 3LPM Keep O₂sat > 90% paracetamol (500) 1 tab. oral ให้ 0.9% NaCl 1,000 ml iv drip 60 ml/hr และ load NSS 500 ml เวลา 04.53 น. ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย หายใจ 24-26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลงเหลือ 96/55 mmHg MAP 63 mmHg ชีพจร 133 ครั้ง/นาที O₂sat ลดลงเหลือ 88% ผู้ป่วยกระสับกระส่าย เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, UA, DTX, H/Cx2 spcs, lactate ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ CBC : WBC 14,100 cells/uL ผล LFT: Total bilirubin 1.85 mg/dL, Direct bilirubin 0.55 mg/dL, AST 27 U/L, ALT 27 U/L, Globulin 3.49 g/dl ผล Electrolyte: CO₂ 21.3 meq/L ผล lactate 4.8 mmol/L ผล UA: protein 1+, RBC > 100/HP, WBC 3-5/HP epithelial cell 1-2/HP DTX 138 mg% ตรวจ EKG 12 Lead: normal sinus rhythm เวลา 05.20 น. แพทย์ให้การวินิจฉัย R/O UTI c septic shock, Acute asthmatic attack ให้ยา ceftriaxone 2gm iv Retained foley's catheter urine ออกน้อย 50 ml เก็บ UA เวลา แล้วให้ยา Levophed 4:5:5 D/W 250 ml iv drip 10 ml/hr load NSS ต่อจนครบ 1,000 ml ได้รับการ U/S : IVC เพื่อประเมินความเพียงพอของการได้รับสารน้ำ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ (U/S : IVC collapsibility index 28.95% max 1.74, min 1.3) แต่ไม่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำ ผล lactate 4.8 mmol/L วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 97/48 MAP 59 mmHg O₂sat 95% แพทย์ให้ load NSS 500 ml ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเวลา 2 ชั่วโมง 46 นาที เวลา 07.10 น. ส่ง Admit ที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

กรณีศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 60 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 7 กรกฎาคม 2563 ที่แผนกอุบัติเหตุ

และอุกเงิน เวลา 15.12 น. ประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมา 18 ปี รักษาต่อเนื่อง ให้ประวัติว่าไข้ ซึมลงมา 1 ชั่วโมง มีประวัติถ่ายเหลว 2 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ปัสสาวะแสบขัด ปวดเอวข้างขวา pain score=3 ญาตินำส่งโรงพยาบาลบ้านไผ่แรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยซึม ถ้ามองหน้า E4V4M6, slow response pupil 3 mm RTLBE CVA Rt. Tender มีไข้สูง สัญญาณชีพอุณหภูมิ 39.3 องศาเซลเซียส ซีพจร 76 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 167/83 mmHg O₂sat 98% เวลา 16.10 น.เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, UA,UC, H/Cx2spcs, lactate เจาะ DTX ได้ 353 mg% ให้ RI 8 u iv ผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ CBC : WBC 12,200 cells/uL, Neutrophil 82% ผล LFT: Total bilirubin 1.01 mg/dL Globulin 4.33g/dl lactate เวลา 16.03 น. = 2.9 mmol/L ผล UA: protein 1+, WBC >100/HP epithelial cell 1-2 /HP ตรวจ EKG 12 Lead: Normal sinus rhythm Lung: clear เวลา 15.40 น. แพทย์ให้การวินิจฉัย Acute pyelonephritis with sepsis ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ได้แก่ NSS 1,000 ml iv load then 100 ml/hr Retained foley's catheter urine ออก 150 ml Fortum 2 gm iv stat 1 ชั่วโมงต่อมา DTX 260 mg% ให้ RI 4 u sc Ceftriaxone 2 gm iv ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเวลา 2 ชั่วโมง ส่งผู้ป่วย Admit เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยในหญิง เวลา 17.12 น.

จากการศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อชนิด Localized infection ทั้ง 2 ราย source

of infection คือ urinary tract infection เป็น Community infection จากการประเมินเพื่อค้นหาแหล่งการติดเชื้อและดักจับอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้ qSOFA score พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ผล identify H/C : gram negative bacilli : Escherichia coli ทั้ง 2 ราย รายที่ 1 มีความรุนแรงมากกว่ามีภาวะช็อกร่วมด้วย มีระบบการทำงานล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ระบบการทำงานของตับ Total bilirubin 1.85 mg/dL Direct bilirubin 0.55 g/dL AST 27 U/L ALT 27 U/L, Globulin 3.49g/dl ระบบการหายใจ หายใจ 36 ครั้ง/นาที การแลกเปลี่ยนอากาศบกพร่อง O₂sat ลดลงจาก 95% เหลือ 88% และเกิด Pneumonia ตามมา ต่อมา มีระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว MAP ลดลงจาก 63 mmHg เหลือ 59 mmHg ผู้ป่วยรายที่ 2 การทำงานของระบบสมองและระดับผิดปกติ Glasgow Coma scale=14 Total bilirubin 1.01 mg/dL Globulin 4.33g/dl ทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลให้การรักษาตามแผนการรักษาและปฏิบัติการพยาบาลโดยรวดเร็ว ภายใน 1 ชั่วโมง ตามแนวทางปฏิบัติ (CNPG Sepsis) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการส่งเข้ารับการรักษาอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้หลัก ACCEPT ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อที่เหมาะสมและไม่เกิด adverse event ระหว่างส่งต่อ ได้รับการคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

จากข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้สรุปข้อวินิจฉัยและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลดังนี้

ตารางที่ 1 การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1 มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษาที่ 1	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น ไข้สูงไม่มีไข้ ซีพจรเต้นเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น 2. ติดตาม EKG, ประเมิน VS ทุก 30-60 นาที และ อุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ หากพบความผิดปกติ ให้ บันทึกและรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การ 3. ช่วยเหลือ ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml iv dip 60 ml/hr และ load NSS 1,000 ml ตามแผนการรักษาเป็นการเพิ่ม Preload ซึ่งจะช่วยให้ มีการบีบตัวของหัวใจที่ดีขึ้น 4. ช่วยแพทย์ US : MC เพื่อประเมินความเพียงพอของการได้รับสารน้ำ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำ	1. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บ specimens ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ 2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ทุก 15 นาที ในช่วงแรกที่ให้สารน้ำ ทุกๆ 30 นาที ในช่วงที่ 2 หลังจากนั้น ทุกๆ 4 ชั่วโมง 3. ติดตามผล DTX, serum lactate ถ้าพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข 4. ติดตาม MBC และ neutrophil ,UA เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ ถ้าพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ 5. ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ได้แก่ การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อล้างมือ ก่อนและหลังทำหัตถการต่างๆ การส่งตรวจเพาะเชื้อ



ตารางที่ 1 การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>เพียงพอ(U/S : MC collapsibility index 28.95% max 1.74 ,min 1.3)</p> <p>5.ให้ Levophed 4:5%D/W 250 ml iv drip 10 ml/hr ตามแผนการรักษา Keep BP \geq 90/60 mmHg, MAP \geq 65 mmHg และสังเกตอาการข้างเคียง จากการให้ยา เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ปลายมือปลายเท้าเขียว และ Phlebitis เป็นต้น</p> <p>6.ให้ยาฆ่าเชื้อและปรับเปลี่ยนตามแผนการรักษาและสังเกต อาการข้างเคียงจากการให้ยาได้แก่ Cef3 2 gm iv OD x 2 dose เปลี่ยนเป็น Fotum 2 gm iv q 8 hr x 2 dose ให้ Tazocin 4.5 gm iv q 6 hr จนครบ 7 วัน</p> <p>7.ให้ยา Hydrocortisone 100 mg iv stat เวลา 10.00 น. then 200 mg iv drip in 24 hr ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามการตอบสนองต่อยา เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น</p> <p>8.ผู้ป่วย Retained foley,s catheter ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ดูแลไม่ให้สายหักพับงอบันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 1 ชั่วโมง Keep urine output \geq 30 ml/hr หรือ 0.5 ml/kg/hr หากพบว่า ปัสสาวะ ออกน้อยกว่าที่กำหนดให้รายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป</p> <p>9.ดูแลให้ O2cannula 3LPM เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p> <p>10.เจาะ DTX premeal และให้ P ตามแผนการรักษาของแพทย์เนื่องจากภาวะช็อกจากการ ติดเชื้อจะส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้จึงส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงได้</p> <p>11.ติดตามผลการตรวจ CBC, electrolyte, serum lactate และ H/C ตามแผนการรักษา เนื่องจากกรดลดลงของค่า lactate บ่งชี้ถึงการปรับระดับประคองการไหลเวียนเลือด (hemodynamic) ที่ดีทำให้สามารถเพิ่มการใช้ออกซิเจนระดับเซลล์ได้มีผลต่อการติดตามการรักษา</p>	<p>6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา ceftioxone 2 gm iv OD ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>7.ดูแลให้ผู้ป่วยให้ได้รับ NSS 1,000 ml iv load then 100 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>8.ผู้ป่วย Retained foley,s catheter ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ดูแลไม่ให้สายหักพับงอบันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 1 ชั่วโมง Keep urine output \geq 30 ml/hr หรือ 0.5 ml/kg/hr หากพบว่า ปัสสาวะ ออกน้อยกว่าที่กำหนดให้รายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป</p>
<p>2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง (กรณีศึกษาที่ 2)</p>	<p>1.เจาะ DTX premeal ติดตามผลเพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา ดูแลให้ยา P ตามแผนการรักษาบันทึกและรายงานผลให้แพทย์ทราบทุกครั้งหากผิดปกติจะได้แก้ไขทันเวลา</p> <p>2.ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง หากพบผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข</p> <p>3.สังเกตและบันทึกอาการเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัวและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลดอ่อนเพลียคลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลงหมดสติ</p> <p>4.ดูแลการได้รับประทานอาหารเบาหวาน จัดที่โรงพยาบาลจัดให้</p> <p>5.ดูแลให้ได้รับยา Mixtard 6-0-4 sc, Metformin (500) 2x2 pc, GPZ(5)1x1 pc ตามแผนการรักษา</p>	

ตารางที่ 1 การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3 เกิดภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน เนื่องจากภาวะกรดจาการเผาผลาญทำให้ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง (กรณีศึกษาที่ 1)	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้าเยื่อเมือกผิวหนังลักษณะการขีด เทียว เนื่องจากอาการหายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้า เยื่อเมือกผิวหนังลักษณะการขีด เทียว แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง สอนวิธีการไอที่ถูกวิธีเพื่อให้ขับเสมหะได้ เพื่อลดภาวะพร่องออกซิเจน วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพราะการประเมินสัญญาณชีพจะทำให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลส่งผู้ป่วย CXR และติดตามผล รายงานแพทย์เพื่อดูตำแหน่งของความผิดปกติและการขยายตัวของปอด ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อทำการเคาะปอดและสอนการไออย่างถูกวิธี ดูแลให้ O2cannula 3LPM เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ติดตามค่า O2 sat ดูแลพ่นยา Beradual 1NB q 4 hr ดูแลให้ยาTazodin4.5 gm iv q 6 hr พร้อมสังเกตอาการข้างเคียง ติดตามค่า CO2 เนื่องจากกรดที่เชื่อมโซลต์จะมีความต้องการการใช้ ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึก มากขึ้น จนอยู่ในภาวะต่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) หากไม่ได้รับการแก้ไขร่างกายจะมีการปรับ ชดเชยโดยมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน จนเกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) ได้ กรดแลคติก (lactic acidosis) และเกิดการคั่งของกรด แลคติกตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเนื้อเยื่อปอด ออกซิเจน ดูแลให้ยา7.5%NaHCO3 1 amp iv slowly push ,Sodamint 2 x 3oral pc ตามแผนการรักษา 	
4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะไข้ หายใจหอบ (กรณีศึกษาที่ 1)ไม่สุขสบาย เนื่องจากภาวะมีไข้ ปวดแหวจากพยาธิสภาพของโรค (กรณีศึกษาที่ 2)	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อลดไข้และให้ผู้ป่วยมี ความสุขสบาย โดยดูแลเช็ดตัวลดไข้และประเมินภาวะไข้ ให้ยา paracetamol 500mgรับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6ชั่วโมง เพื่อ บรรเทาอาการปวดแหว ลดไข้ เพื่อลดสาเหตุของการติดเชื้อดูแลให้ยาปฏิชีวนะครบจำนวน และถูกต้องตามแผนการรักษา ปฏิบัติการพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) เช่นล้างมือก่อนและหลังทำการพยาบาลทุกครั้ง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพ่นยา Beradual 1NB q 4 hr เพื่อลดอาการหอบ จัดให้นอนท่า semi Fowler's position อธิบายถึงเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจที่ต้องทำการพยาบาลต่างๆที่เป็นการบรรเทาอาการของผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาต่าง ๆ ให้ยา paracetamol 500mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อ บรรเทาอาการปวด แหว ลดไข้รายงานแพทย์ กรณีอาการปวดไม่ทุเลา ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจให้มากที่สุด จัดทำนอนศีรษะสูงทำนอนให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย การพักผ่อนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะสามารถต่อสู้กับโรคได้ดีขึ้นและเป็นการลดการใช้พลังงานออกจากร่างกาย ส่งเสริมความสบายของผู้ป่วยรักษาความสะอาดของปากและฟันเช็ดทำความสะอาดร่างกาย ปฏิบัติการกิจกรรมพยาบาลให้อยู่ในช่วงเดียวกัน โดยให้รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด สอนการ Relaxation Technique เพื่อบรรเทาอาการ เช่น การหายใจช้าๆ เป็นจังหวะ ,การทำสมาธิ เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลาย , ลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ เบี่ยงเบนความสนใจ ประเมินภาวะปวดโดยใช้ pain scale ทุกวัน
4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย และแผนการรักษาของผู้ป่วยแก่ญาติด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายเป็นระยะๆ เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัย รวมถึงแผนการรักษาของผู้ป่วยกับแพทย์และกำหนดแนวทาง ประเมินความวิตกกังวลของญาติจากสีหน้า ท่าทาง อาการแสดง พร้อมทั้งพูดคุยและเปิดโอกาสให้ ญาติได้ระบายความรู้สึกต่างๆ และสังเกตท่าทีและปฏิกิริยาที่ญาติแสดงออกมาจากการพูดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติด้วยการพูดคุย สัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวลที่มีอยู่ 	

วิจารณ์กรณีศึกษา

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Isphani และคณะ (Isphani P, Pearson NJ, Greenwood D., 1987) ว่า อายุที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มักเป็นผู้สูงอายุ พบอายุเฉลี่ย 62.46 ± 15.96 ปี มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคว่าโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอันดับหนึ่งคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 25 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.65 ความรุนแรงของโรคทำให้เชื้อโรคลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในรายที่ 1 ที่มีโรคประจำตัวที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านโรครั่วและเมื่อเกิดโรคจะทำให้โรครุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยควรได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติจากเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ ซึ่งต้องเน้นการเฝ้าระวังในกลุ่ม high risk ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจที่ re-admit บ่อยๆ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตาม CPG Sepsis และ CNPG Sepsis Bundle Protocol เมื่อเปรียบเทียบกับผลรักษาการพยาบาล CPG Sepsis และ CNPG Sepsis Bundle Protocol พบว่า

1. ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล

1.1 ที่ 0 ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินใช้ (quick Sequential Organ Failure Assessment : qSOFA) คัดกรองภาวะติดเชื้อสามารถ early detect ภาวะ sepsis ได้ตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน ได้ให้ antibiotic หลังการวินิจฉัยและส่ง H/C serum lactate ทั้ง 2 ราย ได้รับการจัดการให้ระบบไหลเวียนโลหิต และการใช้ออกซิเจนในระดับเซลล์กลับมาเป็นปกติ ประกอบไปด้วยการให้สารน้ำในปริมาณที่เหมาะสมการใช้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด กำจัดแหล่งติดเชื้อ และการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องโดยส่งผู้ป่วย Admit

1.2 การประเมิน เฝ้าระวังและติดตามสภาพความรุนแรงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของพยาบาลวิชาชีพที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยซึ่งไม่ได้ใช้เครื่องมือ SOS score ในขณะที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังค่าพารามิเตอร์ต่างๆรวมทั้งวิเคราะห์อาการ เปลี่ยนแปลง และอาการผิดปกติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต(นวลสนธิ ษษฐ ลิขิตลือชา และคณะ ,2561)

1.3 การติดตามการรักษาในผู้ป่วยครบถ้วน ตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตและการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยจากทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง จนถึงวางแผนจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ และคณะ(ปิยะอร รุ่งธนเกียรติและคณะ ,2562) ที่ศึกษาการ

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาล สุรินทร์ พบว่ากระบวนการดูแลต้องครอบคลุมและมีการประสานงานร่วมกันตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในการดูแลตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตและการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบดังกล่าวใช้กระบวนการ ดูแลตาม แนวคิด ระบบร่วมกับการพยาบาลที่มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

2. ผลลัพธ์ด้านดูแลพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่ได้รับการรักษาเพื่อพยุงระบบการไหลเวียนโลหิต นอกจากการให้สารน้ำทดแทนในปริมาณที่เหมาะสมและการให้ยากระตุ้นความดันโลหิตก็มีส่วนสำคัญ ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับยา Norepinephrine อย่างรวดเร็วหลังเกิดภาวะช็อกเพื่อรักษาให้ค่าความดันโลหิต MAP ≥ 65 mmHg มีผลในการลดอัตราการตาย จึงอาจอนุมานผลลัพธ์ที่ได้จากประสิทธิภาพในการช่วยพยุงการไหลเวียนโลหิตจากตัวเองส่วนหนึ่ง

การส่งตรวจระดับ lactate เนื่องจากการลดลงของค่า lactate บ่งชี้ถึงการประคับ ประคองการไหลเวียนเลือด (hemodynamic) ที่ดีทำให้สามารถเพิ่มการใช้ออกซิเจนระดับเซลล์ได้มีผลต่อการติดตามการรักษา ในผู้ป่วยรายทั้ง 2 รายมีระดับ lactate สูงขึ้น บ่งชี้ถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ทั้ง 2 รายเกิดภาวะอวัยวะทำหน้าที่บกพร่อง (Organ failure) ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้แก่ ระบบการทำงานของตับ Total bilirubin 1.85 mg/dL Direct bilirubin 0.55 g/dL AST 27 U/L ALT 27 U/L Globulin 3.49g/dl ระบบการหายใจ หายใจ 36 ครั้ง/นาที การแลกเปลี่ยนออกซิเจนบกพร่อง O_2 sat ลดลงจาก 95% เหลือ 88% และเกิด Pneumonia ตามมา ต่อมา มีระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว MAP ลดลงจาก 63 mmHg เหลือ 59 mmHg ผู้ป่วยรายที่ 2 การทำงานของระบบสมองและตับผิดปกติ Glasgow Coma scale=1-4 Total bilirubin 1.01 mg/dL Globulin 4.33g/dl ทั้ง 2 รายได้รับการดูแลให้การรักษาตามแผนการรักษาและปฏิบัติตามการพยาบาลโดยรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง ตามแนวทางปฏิบัติ (CNPG Sepsis) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการส่งเข้ารับการรักษาอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้หลัก ACCEPT ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อที่เหมาะสมและไม่เกิด adverse event ระหว่างส่งต่อ ได้รับการคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

การตรวจน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สามารถที่จะลดอัตราการตายของผู้ป่วย การล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลลดลงได้อีกด้วย ซึ่งในผู้ป่วยรายที่ 2 ใช้เวลานานในการควบคุมขนาดต่างๆที่สามารถควบคุมแหล่งการติดเชื้อได้ตั้งแต่วันที่ 4 ของการรักษาอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่เดิม ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ดังนั้นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องให้ความสนใจอย่างมากคือปัญหาของผู้ป่วยต้องได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินให้ทันต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงเพื่อทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะปลอดภัยพ้นจากภาวะวิกฤติของชีวิตนอกจากนี้ ต้องให้ข้อมูลอย่างถูกต้องชัดเจนเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมและทำให้ผู้ป่วยคลายกังวลเพราะการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคอาการและการแสดงความคิดเห็นที่ควรรับมาพบแพทย์การรับประทานยาและการแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคและไม่กลับมาเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งหลังจากให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคแล้วผู้ป่วยต้องคลายวิตกกังวลลงและเข้าใจแนวทางปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

บทสรุป

ภาวะ Sepsis และ Septic shock เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉิน มีอัตราการตายสูง หัวใจสำคัญอยู่ที่การวินิจฉัยและเริ่มให้การรักษาย่างรวดเร็ว โดยทีมที่มีศักยภาพ ความพร้อมของผู้ดูแล อุปกรณ์ เครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยหายปลอดภัย ทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ หอฉุกเฉิน หอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยวิกฤต มีบทบาทสำคัญเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงเป็นผู้ประสานทีมผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ฝ่าระวัติดตามอาการผู้ป่วยได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงมีความรู้และทักษะในการประเมินภาวะ sepsis และ septic shock ที่ถูกต้อง แม่นยำเข้าใจพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคสามารถใช้เครื่องมือในการประเมิน คัดกรอง เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมตลอดจนให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติกิจกรรมการร้องขอความช่วยเหลือในชุมชน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีความมั่นใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

การใช้แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ แต่จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพยังไม่สมบูรณ์ซึ่งต้องพัฒนาต่อไป ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. วางระบบการประเมินและเฝ้าระวัง การดำเนินการตามแนวทางทางการดูแล ผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock และปรับเปลี่ยน แบบประเมิน qSOFA และแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock ที่เหมาะสม และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กรเพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน

2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากร ทุกกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทาง การดูแล และผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมพยาบาลบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟู บุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการปฏิบัติตามแนวทาง การดูแลผู้ป่วย SEPSIS / SEPTIC SHOCK

3. จัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วย Sepsis เข้ารับการรักษาเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ กรณีผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยดี จะเป็นการเสริมพลัง หากผลลัพธ์ในการดูแลรักษาไม่ดี จะเป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุ และกระตุ้นเตือนให้พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักในการเฝ้าระวังกระบวนการดูแลผู้ป่วย

4. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้นำทางการพยาบาล เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพปราศจากความเสี่ยง ภายใต้การช่วยเหลือ ชี้แนะ สอน สาคิด ให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ ที่ยุ่งยาก ซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข.(2561). **Inspection Guideline ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง.** [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2563] เข้าถึงได้จาก <http://203.157.229.18/inspec/2561/inspec1>.

นนท์รัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณนิการ์ ปิยะรักษ์ และ ชยธิดา ไชยวงษ์.(2563). **การประเมินและการ พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการ ติดเชื้อในกระแสเลือด.** วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้;7(1): 319-330.

นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์, ธีรพร สตรีอังกูร และอรุณี ไพบูลย์พานิชย์กุล.(2561). **บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพตามการปฏิบัติงาน.** ใน อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ ธีรพร สตรีอังกูร นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และอรุณี ไพบูลย์พานิชย์กุล (บรรณาธิการ). บทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ, (81-82). ปทุมธานี: บริษัทสำนักพิมพ์สี่ตะวัน จำกัด.กองการพยาบาล สำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ สุนันญา พรหมตวง และจันทนา แพงบุตดี.(2562). **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วนโรงพยาบาลสุรินทร์.** วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย; 6(1),36-51.

วีรพงศ์ วัฒนาวณิช(2558).**Update management in septic shock**[อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://medinfo.psu.ac.th/nurse/CoP/Sepsis/sepsis_3.pdf



สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา.(2562). Sepsis & Septic Shock. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, เพชร วชรสินธุ์, ภัทริน ภิญโญพานิช, ชายวุฒิ สว
วิบูลย์ และณัฏฐา กงพลพรหม (บรรณาธิการ), ICU SURVIVAL GUIDEBOOK (หน้า 32-40). นครปฐม: สันทวีกิจปริ้นติ้ง. 8.
หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลบ้านไผ่.(2563).รายงานสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน. โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น.
Dad & Mum - โลกิตเป็นพิษ Sepsis. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก

http://th-th.facebook.com/DadMumSerum/posts/636475689745695****

Isphani P,Pearson NJ,Greenwood D.(1987).An **analysis of community and hospital acquired bacteremia in a large
teaching hospital in the United Kingdom.** QJ Med 1987;63:427-40.

Levy, Evans & Rhodes A. (2018).The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. Intensive care medicine, 44(6):925-
928.

World Health Organization. (2016). **Global health estimates 2015 summary table.** Retrieved 7 September,2017, From
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด(Septic Shock) : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for Septic shock : case study 2 cases

(Received: October 5,2020 ; Accepted: November 11,2020)

พิกุลทอง ลุนสำโรง

Pikulthong Lunsamrong

โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

Registered Nurse Nongsonghong Hospital Khon Kaen Province.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองสองห้องระหว่าง 15 กรกฎาคม 2563 ถึง 5 สิงหาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนจากพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง และระบะการวางแผนจำหน่าย และข้อมูลเปรียบเทียบตาม CPG CNPG Sepsis Bundle Protocol

ผลการศึกษา เปรียบเทียบผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยอายุ 67 ปีมาด้วยอาการไข้สูงก่อนมา 1 วัน มีประวัติขาขวาบวมแดงร้อนปวด แขนซ้ายข้อมือบวมแดงปวด แพทย์วินิจฉัย Sepsis from Wound Ltam, Cellulitis Rt ankle with septic shock หลังการทำการประเมินและรักษาตาม Sepsis Bundle Protocol ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอาการทรุดลง refer รพ.ขอนแก่น กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยอายุ 58 ปีมาด้วยอาการไข้สูงหนาวสั่นก่อนมา 20 นาที มีประวัติ Renal calculi ขาดการรักษา แพทย์วินิจฉัย Acute pyelonephritis วันที่ 2 ของการรักษาผู้ป่วยมีภาวะช็อก แพทย์วินิจฉัย septic shock ทำการประเมินและ รักษาพยาบาลตาม CPG CNPG Sepsis Bundle Protocol ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอาการทรุดลง ได้รับการดูแลรักษาแก้ไขปัญหจนผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ: ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะวิกฤตฉุกเฉิน, แบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน, Sepsis Bundle Protocol

ABSTRACT

The purpose was to study the nursing care of patients with septic shock. This study was comparisons of two cases with septic shock and admitted to the ward in Nong Song Hong Hospital from July 15, 2020 to August 5, 2020. The data collections were from inpatient medical record, history taking and observation. The data analysis were compared *Gordon's 11 Functional Health Pattern* in the aspect of pathology, sign and symptom, treatment and nursing diagnosis, nursing care of patients with critical period, continuing care and discharge planning, and comparison information based on CPG CNPG Sepsis Bundle protocol

Result: The comparisons of patients with septic shock. Case 1, A 67 years old Thai man came with high fever 1 day ago. History of leg swelling, redness and heat, pain, left arm swelling, redness, pain. The diagnosis was Sepsis from Wound Ltam, Cellulitis Rt ankle with septic shock. After evaluation and treatment by Sepsis bundle protocol, the patients had developed complication and collapsed, referred to Khon Kaen Hospital. Case 2, Thai man, 58 years old, with high fever, chill and shivering for 20 minutes prior to admission, had a history of renal calculi, lack of treatment. Acute pyelonephritis was diagnosed. On day 2 of treatment, the patient had been shocked and diagnosed with septic shock. The evaluation was made and the treatment was applied by CPG CNPG Sepsis Bundle Protocol. The patients had developed complication and collapsed, then received the treatment and the problems were solved until getting a better condition and was able to return home.

Keywords: Septic shock, emergency, *Gordon's 11 Functional Health Pattern*, CPG CNPG Sepsis Bundle Protocol

บทนำ

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่มีความสำคัญที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที นับเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก (WHO, 20016) โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 20 – 30 ล้านรายทั่วโลกและทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 1,000 รายหรือ 24,000 รายต่อวันและผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) จะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 40-70 และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลกนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้นๆของประชากรทั่วโลก

ในประเทศไทย อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดปี พ.ศ. 2557 - 2559 จำนวน 65.3, 66.4 และ 68.2 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วย sepsis 175,000 รายเสียชีวิต 45,000 รายโดยอัตราตายอยู่ที่ร้อยละ 32.03 ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชน (Community acquire sepsis, CI) พบว่ามีอัตราตายร้อยละ 36.99 แต่ถ้าเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดในโรงพยาบาล (Hospital acquire sepsis, NI) อัตราตายจะสูงถึงร้อยละ 71.81 สอดคล้องกับข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 7 ที่พบว่า อัตราตาย CI sepsis และ NI sepsis เท่ากับ ร้อยละ 41.25 และ 78.20 ตามลำดับ (HDC, 2560) ดังนั้น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงเป็นปัญหาสำคัญของเขตสุขภาพที่ 7 ที่ต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วนโดยการให้การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการให้การรักษาย่างทันท่วงทีสามารถที่จะลดอัตราตายจากภาวะดังกล่าวได้ อัตราตายปี 2561 อยู่ที่ร้อยละ 34.85 ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วย 1 ราย เกิดขึ้นทุก ๆ 3 นาที เสียชีวิต 5 ราย ทุก ๆ 1 ชั่วโมงปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตคือการได้รับการวินิจฉัยล่าช้า การได้รับการรักษาออกหอบผู้ป่วยวิกฤตการเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยการไม่ได้รับสารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสมและการมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ทั้งนี้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า การวินิจฉัยภาวะนี้ให้รวดเร็ว และให้การรักษาประคับประคองด้วยสารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสม อาจร่วมกับการให้ยากลุ่มกระตุ้นแรงดันโลหิต (vasopressor) เพื่อให้การไหลเวียนและแรงดันโลหิตดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายในเป้าหมาย 6 ชั่วโมงที่เรียกว่า Early goal-directed therapy

(EGDT) Dellinger PR., Levy, MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal, SM, et al. ,2012) สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวได้

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นมาตรฐานสากลล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2552 และทางสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock พ.ศ. 2558 โดยทั้ง 2 แนวทางมีหลักการ คือ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (early recognition) 2) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ (early infection control, early resuscitation, and organ support) 3) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพการประสานงานและการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วนทันเวลาแนวทางการปฏิบัติเพื่อทำให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตประสบความสำเร็จ ประกอบไปด้วยเน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสโลหิตเพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วและวินิจฉัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยใช้ quick Sepsis Organ Failure Assessment (qSOFA score), search out severity score (SOS score) หรือ Modified Early warning score (MEWS) ส่วนในประเทศไทยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตได้เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกโดยอิงตาม septic shock campaigns เป็นองค์ความรู้ใหม่ๆ ในการวินิจฉัยและรักษา septic shock ปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ ได้รักษาผู้ป่วย septic shock ตาม Surviving Sepsis Campaign Bundle 2018 จาก 3 hr bundle/ 6 hr bundle มากอยู่ใน 1 hr bundle ซึ่งการจัดการและ Resuscitation ภายใน 1 ชั่วโมงจะช่วยลดความรุนแรงของ Septic shock ได้ดีขึ้น (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2558)

โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน ด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (severe sepsis and septic shock) ในปี 2561-2563 จำนวน 46, 35 และ 25 ราย ตามลำดับ ข้อมูลการเสียชีวิตในปี 2558 จำนวน 3 ราย ปี 2559 จำนวน 3 ราย และปี 2560 จำนวน 2 ราย ในปี 2561-2563 ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะแทรกซ้อน จะถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลในจังหวัดจากการทบทวนในปี 2563 มีผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาต่อจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อในกระแสเลือดมากที่สุดคือปอดอักเสบ (Pneumonia) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ

ละ 28.00) รองลงมาคือติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร 5 ราย (ร้อยละ 20.00) ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 4 ราย (ร้อยละ 16.00) และติดเชื้อด้วยสาเหตุอื่น ๆ 9 ราย (ร้อยละ 36.00) ตามลำดับโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือที่สูงสุด คือเบาหวาน ร้อยละ 25.81 รองลงมาคือความดันโลหิตสูง (Hypertention: HT) และโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เท่ากับร้อยละ 22.09 และ 17.90 ตามลำดับพบมากในผู้ชาย พบในช่วงอายุ 50-80 ปี (หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลหนองสองห้อง, 2563) โรงพยาบาลหนองสองห้องมีระบบ Sepsis fast track และใช้แนวทางการดูแลตาม Sepsis Bundle Protocol จากการทบทวนในการดูแลผู้ป่วยปี 2560-2563 พบประเด็นที่เป็นความเสี่ยงในกระบวนการดูแลรักษาได้แก่ ความล่าช้าในการประเมินและค้นหาผู้ป่วยไม่สามารถดักจับอาการ การรายงานอาการเปลี่ยนแปลงไม่ทันเวลา ทำให้การวินิจฉัยมีความล่าช้าการให้ยาต้านจุลชีพเพื่อการรักษาประสิทธิภาพของการรักษาภาวะ septic shock ในช่วง 1 ชั่วโมงแรกซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ที่สำคัญคือสมรรถนะบุคลากรที่ไม่สามารถใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยได้โดยเร็วเพื่อการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early detection) เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว (Early treatment) โรงพยาบาลได้จัดให้ความรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้กับเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องและทบทวนการดูแลทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารักษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษา สามารถตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลรักษาในภาวะเร่งด่วน มุ่งเน้นความปลอดภัยโดยมีกระบวนการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis และตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไป

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 2 ราย เปรียบเทียบกัน ในระหว่างเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2563 ข้อมูลที่ได้เพื่อการศึกษาเชื่อถือได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 เข้ารับการรักษาที่ ER ประเมินแรกเริ่มมีภาวะ sepsis แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น sepsis เวลา 18.40 น. (Time zero) โดยมีค่า Glasgow Coma scale = 14 Gr=1.92 mg/dL Lactate = 2.6 mmol/L, WBC=17,320 cells/cu.mm, SOS score= 4 ได้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง (18.46 น.) หลังการวินิจฉัย คือ ceftriaxone 2 gm (V) stat then OD และ cloxacillin 2 gm (V) stat then 1 gm iv q 6 hr หลังส่ง H/C และรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยมีภาวะช็อกในวันที่ 2 โดยมีอาการหายใจเร็วตั้งแต่ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 74/52 mmHg MAP 60 mmHg O₂sat 95 % SOS=7 ได้รับการบำบัดด้วย

ออกซิเจน 3 lit/min ได้รับสารน้ำที่รวดเร็วและเพียงพอ (0.9% NSS 500 ml x 2ขวด) ภายใน 1 ชั่วโมงแรกได้รับการ U/S: IVC เพื่อประเมินความเพียงพอของการได้รับสารน้ำ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ (U/S: IVC collapsibility index 6% max 1.98, min 1.86) แต่ไม่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำความดันโลหิต 78/52 mmHg MAP 58 mmHg ซีฟร 86 ครั้ง/นาที SOS score=7, I/O= 1,200/50 ml (24.00-08.00 น.) ได้ยา hr Levophed 4mg+5% dw 250 ml 15 ml/hr titrate ครั้งละ 2 ml ทุก 15 นาที MAP= 68 mmHg ความดันโลหิต 90/55 mmHg. Lab Lactate = 4.6 mmol/L (ดังตารางที่ 4 และ 5) off ยา cloxacillin 1 gm (V) q 6 hr, ceftriaxone 2 gm (V) OD เปลี่ยนเป็นให้ยา clindamycin 600mg (V) q 8 hr และ Fortum 2 gm (V) q 8 hr x 24 hr then 2 gm q 12 hr มีภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) Cr=3.84 mg/dL, eGFR = 15.24 ml/min/1.73 m² ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงคือผู้ป่วย on Foley's catheter UA WBC > 100 cell/HPF และโรคประจำตัว DM, CKD stage 3 ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ เสี่ยงต่อการหายใจล้มเหลวผู้ป่วยหายใจหอบ 30 ครั้ง/นาที และมี retraction CO₂ = 16 mmol/L ได้รับ 7.5% NaHCO₃ 2 amp (V) slow push then 2 amp iv drip in 1 hr. แพทย์ใส่ ET-tube No. 7.5 ซีด 20 ควบคุมการหายใจด้วย ventilator 20 ครั้ง/นาที refer รพ.ขอนแก่น ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ผู้ป่วยหอบน้อยลง lung clear รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส ซีฟร 98 ครั้ง/นาที หายใจตามเครื่อง 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/87 mmHg MAP 79 mmHg O₂sat 96% on Levophed hr Levophed 4mg+5% dw 250 ml (V) rate 18 ml/hr I/O=1,073/400 ml (08.00-16.00) SOS score= 5

ผู้ป่วยรายที่ 2 แกร็บที่ ER ผู้ป่วยมาด้วย มีไข้สูง หนาวสั่นเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 20 นาที แพทย์ทำการตรวจร่างกายพบว่า มี RtCVA tender ปวดเอวข้างขวา pain score=4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39.1 องศาเซลเซียส ซีฟร 114 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/77 mmHg GSC= E4V5M6 แพทย์วินิจฉัยว่า Acute pyelonephritis โดยผู้ป่วยมีประวัติเป็นนิ่วในไตเมื่อ 1 ปีก่อน รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วย on 0.9% NSS 1,000 ml (V) drip 80 ml/hr. ให้ยา ceftriaxone 2 gm (V) OD วันที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการช็อก มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็นหายใจหอบ 24 ครั้ง/นาที SBP = 80 mmHg. SOS score=5 ประเมิน qSOFA Score มีค่า = 2 คือ มีระบบหายใจล้มเหลว RR 24 ครั้งต่อนาที และระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว มี SBP = 80 mmHg เป็นเวลาที่เริ่มวินิจฉัย sepsis (Time zero) ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา ดังตารางที่



4 และ 5) ได้แก่ load 0.9%NSS1,500 ml เจาะเลือดส่งH/C ,Lactate=3.1 mmol/L DTX=147 mg% ,EKG 12 Lead :normal sinus rhythm1 ชั่วโมงหลัง Load iv fluid ซ้ำพร 93 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 70/51 mmHgรายงานแพทย์ ให้ Levophed 4 mg.in 5%D/W 500 ml (V) drip 5 ml/minitrate ครั้งละ 2 ml ทุก 15 นาที วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Keep MAP≥ 60 mmHg. I/O=3,674/3,400 ml สามารถหยุดยาLevophed ได้ในเวลา 2 วัน แต่ผู้ป่วยยังมีไข้ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ซ้ำพร 86-100 ครั้ง/นาที ไม่หอบ หายใจ 20 ครั้ง/นาที Lung clear ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 99/59 -108/66 mmHg MAP 83 mmHg. GCS=15 SOS score = 3 I/O=3,674/3,400 ml วันที่ 4 ของการรักษาในโรงพยาบาลตรวจพบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีภาวะ AKI (polyurea phase) Cr=4.31 mg/dL GFR=39.24 ml/min/1.73 m² I/O=3,200/4,600 mL SOS score = 0 , อาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะยังคงมีอยู่ ปัสสาวะแสบขัด UA WBC= 30-50 cell/HPF RBC= 10-20 cell/HPF ให้ยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 gm (V) QOD , KUB : bilateral RC แพทย์ให้ off ceftriaxone ให้ Amikin 375 mg (V) QOD c statผู้ป่วยอาการดีขึ้นเรื่อยๆอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหายไป ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ผู้ป่วยและญาติ ได้รับการเตรียมตัวก่อนจำหน่ายใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน นัดติดตาม Amikin 375 mg (V) QOD ต่อ 5 วันเพื่อให้ครบ 7 วัน นัดตรวจติดตามวันที่ 11 สิงหาคม 2563 โดยให้ส่ง UA, Cr, Electrolyte ก่อนพบแพทย์

จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อชนิดLocalized infection ทั้ง 2 ราย โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มี source of infection อยู่ที่ wound Ltarm , Cellulitis Rtankle ที่ค่อนข้างชัดเจน จากผลตรวจ CBC พบ WBC=17,320 cells/cu.mm, Neutrophil= 84% ผู้ป่วยรายที่ 2 มี source of infection อยู่ที่ urinary tract infection จากผลตรวจ Urine examination พบ WBC> 100cell/HPF, RBC=20-30cell/HPF และผลCBC พบ WBC=11,100cells/cu.mm. Neutrophil =97% จาก การประเมินเพื่อค้นหาแหล่งการติดเชื้อและดักจับอาการของภาวะ

ติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้ qSOFA score และ SOS score พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อกร่วมด้วย ด้วยกรณีศึกษา รายที่ 1 มีความรุนแรงมากกว่าผู้ศึกษาได้ดูแลให้การรักษาตามแผนการรักษาและปฏิบัติการพยาบาลโดยรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง

จากการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ข้อที่เหมือนกันคือ มีการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อกร่วมด้วย แต่มีสาเหตุที่เกิดต่างกัน มีการตอบสนองต่อการรักษาและมีภาวะแทรกซ้อนในระบบสำคัญของชีวิตที่ต่างกันจากการรวบรวมข้อมูลข้างต้นในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกทั้ง 2 ราย นำไปสู่แนวคิดในการรวบรวมภาวะสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน 11 แบบแผนซึ่งเป็นการประเมินแบบแผนการดำรงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยสามารถให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ตรงตามเป้าหมาย

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพจำนวน 9 ข้อเท่ากันแบบแผนที่ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน ได้แก่ แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพจำนวน 2 ข้อ แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหารจำนวน 1 ข้อ แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกายและแบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดียวกัน จำนวน 1 ข้อ แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด จำนวน 1 ข้อ

แบบแผนที่ข้อวินิจฉัยการพยาบาลต่างกัน ได้แก่แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย โดยมีข้อวินิจฉัยที่เหมือนกัน จำนวน 2 ข้อ ในผู้ป่วยรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพิ่มจำนวน 1 ข้อแบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรายที่ 1 จำนวน 1 ข้อ ผู้ป่วยรายที่ 2 จำนวน 3 ข้อ ซึ่งเป็นข้อวินิจฉัยเดียวกันกับแบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

จากข้อวินิจฉัยที่พบได้รวบรวมมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลดังตารางที่ 7

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	1. ชักประวัติตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อเก็บ specimens ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและ ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากวินิจฉัย	1. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บ specimens ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและ ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงเฝ้าระวังแรกๆ ให้สารน้ำทุกๆ 30 นาทีในช่วงเฝ้าระวังที่ 2 หลังจากนั้นทุกๆ 4 ชั่วโมง</p> <p>3. ติดตามผล DTX, Electrolyte ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข</p> <p>4. ติดตาม WBC และ neutrophil เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข</p> <p>5. ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้แก่การใส่สายสวนปัสสาวะอย่างมีมาตรฐานด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการต่างๆ การส่งตรวจเพาะเชื้อ</p> <p>6. บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต</p> <p>7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา ceftriaxone 2 gm (V) stat then OD และ doxadlin 2 gm (V) stat then 1 gm (V) q 6 hr ตามแผนการรักษาภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากวินิจฉัย พร้อมทั้งประเมินอาการข้างเคียงและอาการแพ้ยา</p> <p>8. ดูแลให้ผู้ป่วยให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000ml rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์</p>	<p>2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงเฝ้าระวังแรกๆ ให้สารน้ำทุกๆ 30 นาทีในช่วงเฝ้าระวังที่ 2 หลังจากนั้นทุกๆ 4 ชั่วโมง</p> <p>3. ติดตามผล DTX, Electrolyte ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข</p> <p>4. ติดตาม WBC และ neutrophil เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์</p> <p>5. ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้แก่การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการต่างๆ การส่งตรวจเพาะเชื้อ</p> <p>6. บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต</p> <p>7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา ceftriaxone 2 gm (V) OD ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>8. ดูแลให้ผู้ป่วยให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000ml (V) rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์</p>
ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	<p>1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนกว่า SBP > 90 mmHg และ MAP > 65 mmHg ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง จึงประเมินทุก 30 นาที เมื่ออาการคงที่ประเมินทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>2. ดูแลให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว คือ 0.9% NSS 500 ml (V) in 30 min. และอีก 500 ml (V) in 30 min. จากนั้น 100 ml/hr. และควบคุมจำนวนหยดของสารน้ำให้ได้ปริมาณครบทุกชั่วโมงอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา</p> <p>3. ฟังปอด ก่อน/ขณะ/หลัง Load IV เพื่อประเมินภาวะ pulmonary edema</p> <p>4. ช่วยแพทย์ทำ US MC เพื่อประเมินความพอเพียงของสารน้ำ</p> <p>5. ดูแลให้ O₂ canula 3 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p> <p>6. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา สังเกตอาการเหนื่อยหอบเขียวหรือซีดปลายมือปลายเท้า ชีงลงสับสน</p> <p>7. เจาะเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวดจากคนละตำแหน่งก่อนให้ ATB และติดตามผลเพาะเชื้อ</p> <p>8. ดูแลให้ยา ceftriaxone 2 gm (V) stat then OD และ doxadlin 2 gm (V) stat then 1 gm (V) q 6 hr อย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากแพทย์วินิจฉัย ต่อมาเปลี่ยนเป็น dindamycin 600mg (V) q 8 hr และ Fortum 2 gm (V) q 8 hr x 24 hr then 2 gm q 12 hr</p>	<p>1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนกว่า SBP > 90 mmHg และ MAP > 65 mmHg ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง จึงประเมินทุก 30 นาที เมื่ออาการคงที่ประเมินทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>2. ดูแลให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว คือ 0.9% NSS 1,500 ml (V) in 1hr. จากนั้น 100 ml/hr. และควบคุมจำนวนหยดของสารน้ำให้ได้ปริมาณครบทุกชั่วโมงอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา</p> <p>3. ฟังปอด ก่อน/ขณะ/หลัง Load IV เพื่อประเมินภาวะ pulmonary edema</p> <p>4. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา สังเกตอาการเหนื่อยหอบเขียวหรือซีดปลายมือปลายเท้า ชีงลงสับสน</p> <p>5. เจาะเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวดจากคนละตำแหน่งก่อนให้ ATB และติดตามผลเพาะเชื้อ</p> <p>6. ดูแลให้ยา ceftriaxone 2 gm (V) OD อย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากแพทย์วินิจฉัย สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น เล็บบริเวณที่มีกรีดขูด ผื่นคันขึ้นตามตัว ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน</p> <p>7. ดูแลให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดคือ Levophed 4 mg.in 5%D/W 500 ml (V) drip 5 ml/min titrate ครั้ง 2 ml ทุก 15 นาทีที่สามารถหยุดยา Levophed ได้ในเวลา 2 วันภายใต้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำและสังเกตความผิดปกติขณะให้ยา เช่น การรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือดเพราะจะทำให้เกิดเนื้อตายและหากใช้เป็นเวลานานให้เปลี่ยนบริเวณที่แทงเข็มเป็นระยะเพื่อลดการเกิดภาวะหลอดเลือดหดตัวในบริเวณที่แทงเข็ม</p>



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น เจ็บบริเวณที่มีกรีดยา ผื่นคันขึ้นตามตัว ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน</p> <p>9. Retained foleys catheter บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเป็นซีซีต่อชั่วโมงและรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง</p> <p>10.ดูแลให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด คือ Levophed 4 mg + 5% d/w 250 ml (V) 15 ml/hr titrate ครั้ง 2 ml ทุก 15 นาที ภายใต้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำและสังเกตความผิดปกติขณะให้ยา เช่น การรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือดเพราะจะทำให้เกิดเนื้อตาย และหากใช้เป็นเวลานานให้เปลี่ยนบริเวณที่ตรวจสอบตำแหน่งให้ยาแทงเข็มเป็นระยะเพื่อลดการเกิดภาวะหลอดเลือดหดตัวในบริเวณที่แทงเข็ม</p> <p>11. ประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ (tissue perfusion) โดยสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว O₂ sat ทุก 15 นาที เมื่ออาการคงที่ประเมิน ทุก 1 ชั่วโมง และรับรายงานแพทย์ทราบถึงความผิดปกติทันทีที่พบจากการประเมินเช่น ซีมลง สับสน SBP < 90 mmHg, MAP < 65 mmHg, ปัสสาวะ < 0.5 cc/kg/hr. การหายใจ > 30 ครั้ง/นาที ตัวลาย (Mottling) ปลายมือปลายเท้าเย็น, Capillary refill time > 2 วินาที เป็นต้น</p> <p>12. ประเมิน SOS score อย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยและการเกิดกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (Multiple organ dysfunction syndrome : MODS)</p> <p>13. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ</p>	<p>8. ประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ (tissue perfusion) โดยการสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว O₂ sat ทุก 15 นาที เมื่ออาการคงที่ประเมิน ทุก 1 ชั่วโมง และรับรายงานแพทย์ทราบถึงความผิดปกติทันทีที่พบจากการประเมินเช่น ซีมลง สับสน SBP < 90 mmHg, MAP < 65 mmHg, ปัสสาวะ < 0.5 cc/kg/hr. การหายใจ > 30 ครั้ง/นาที ตัวลาย (Mottling) ปลายมือปลายเท้าเย็น, Capillary refill time > 2 วินาที เป็นต้น</p> <p>9. ประเมิน SOS score อย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยและการเกิดกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome : MODS)</p> <p>10. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ</p>
เสียงต่อ การหายใจล้มเหลว (กรณีศึกษาที่ 1)	<p>1. ประเมินสัญญาณชีพอาการและอาการแสดง EKG monitor ทุก 15-30 นาทีจนกว่าอาการคงที่</p> <p>2. ประเมินอาการหายใจหอบเหนื่อย เสียงลมหายใจ ฟังปอด ภาวะ cyanosis ระดับความรู้สึกตัวอย่างน้อย ทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>3. ดูแลให้ O₂ mask with bag 10 lit/min ติดตามค่า O₂ sat</p> <p>4. ช่วยแพทย์ใส่ ET-tube No. 7.5 ซีด 20 ควบคุมการหายใจด้วยเครื่อง ventilator สอนแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจตามเครื่อง ดูแลตำแหน่ง ET-tube ยึดติดพลาสติกให้แน่นหนา ระวังการดึงรั้ง เลื่อนหลอด</p> <p>5. ดูแลเสมหะทุกครั้งที่มีเสมหะและไม่ใช้เวลาดูดเสมหะนานเกิน 15 นาที</p> <p>6. ดูแลให้ 7.5% NaHCO₃ 2 amp (V) slow push then 2 amp iv dip in 1 hr.</p>	
มีภาวะกรดจากการเผาผลาญ เนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (กรณีศึกษาที่ 2)	<p>1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดย ติดตามสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ทุก 15-30 นาทีจนกว่าอาการคงที่</p> <p>2. ประเมินการหายใจ หอบเหนื่อยระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่</p> <p>3. ดูแลให้ได้รับยา ceftriaxone 2 gm (V) OD หรือยา antibiotic อื่น ๆ ตามแผนการรักษาเพื่อกำจัดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะช็อก</p> <p>4. ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอทำความสะอาดปากฟันเพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร</p> <p>5. ติดตามผล Serum lactate และ DTX รายงานแพทย์ทราบเพื่อแก้ไขหากพบผิดปกติ</p>	
มีภาวะกรดจากการเผาผลาญ	<p>1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดย ติดตามสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ทุก 15-30 นาทีจนกว่าอาการคงที่</p> <p>2. ประเมินการหายใจ หอบเหนื่อย และระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่</p>	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (กรณีศึกษาที่ 1)	<ol style="list-style-type: none"> 3. ดูแลให้ได้รับยา ceftriaxone 2 gm (V) stat.then OD และ doxadlin 2 gm (V) stat.then 1 gm (V) q 6 hr หรือยา antibiotic อื่น ๆ ตามแผนการรักษา 4. ดูแลให้ยา 7.5% NaHCO₃ 2 amp (V) slow push.then 2 amp (V) dip in 1 hr. 5. ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอเพื่อความสะอาดปากฟันเพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยาก 6. ติดตามผล Serum lactate และ DTX รายงานแพทย์ทราบเพื่อแก้ไขหากพบผิดปกติ 	<ol style="list-style-type: none"> 3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 gm (V) OD 4 วัน ตามแผนการรักษาต่อจนเปลี่ยนเป็น Amikin 375 mg (V) OD 4. แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตลักษณะการขับถ่ายปัสสาวะ หากพบผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทุกครั้ง ได้แก่ ปัสสาวะสะดุด แสบขัด มีเลือดปน ตะกอน ออกนอกระบบปัสสาวะ เพื่อให้การแก้ไขได้ทันเวลา 5. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ
ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	<ol style="list-style-type: none"> 1. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะไข้ 2. สังเกตและบันทึกสีของปัสสาวะ หากมีสีแดง ตกตะกอน รายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา 3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 gm (V) stat then OD และ doxadlin 2 gm (V) stat then 1 gm (V) q 6 hr ตามแผนการรักษา ต่อมาเปลี่ยนเป็น dindamycin 600mg (V) q 8 hr และ Fortum 2 gm (V) q 8 hr x 24 hr then 2 gm (V) q 12 hr ตามแผนการรักษา 4. สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น เจ็บบริเวณที่มีการฉีดยา ผื่นคันขึ้นตามตัว ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น 4. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุก 12 ชั่วโมง 5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ โดยดูแลสายสวนปัสสาวะให้มีการไหลดี ไม่มีกรกักบังหรือมีการอุดตันของสายยางให้อยู่ในระบบปิด ร่องปัสสาวะไม่ให้สัมผัสพื้น เหนือปัสสาวะไม่ให้รูเปิดของถุงสัมผัสภาชนะรอง ล้างมือ สวมถุงมือ เช็ดรูเปิดของถุงปัสสาวะด้วย alcohol 70% ก่อนและหลังเปลี่ยนปัสสาวะ 6. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์ติดเชื้อเพิ่มขึ้น 7. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำให้ดื่มน้ำมากวันละ 2,000-3,000 ml 2. วัดอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะไข้ 3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 gm (V) OD 4 วัน ตามแผนการรักษาต่อจนเปลี่ยนเป็น Amikin 375 mg (V) OD 4. แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตลักษณะการขับถ่ายปัสสาวะ หากพบผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทุกครั้ง ได้แก่ ปัสสาวะสะดุด แสบขัด มีเลือดปน ตะกอน ออกนอกระบบปัสสาวะ เพื่อให้การแก้ไขได้ทันเวลา 5. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ
มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองอย่างเฉียบพลัน (Acute kidney injury : polyurea phase)	<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับและน้ำที่ขับออกทุกชั่วโมงในระยะแรก และทุก 4 ชั่วโมงเมื่อดีขึ้น การบันทึกปริมาณน้ำเข้าต้องรวมถึงน้ำที่ใช้ผสมยาด้วย ส่วนน้ำที่ขับออกต้องรวมน้ำที่สูญเสียทางระบบทางเดินอาหาร และปริมาณน้ำที่สูญเสียทางปัสสาวะและทางผิวหนังด้วย รายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออก <0.5 ml/kg/hr. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง 2. สังเกตอาการของของเสียคั่งในร่างกายปัสสาวะออกน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย บวม ค้นตามตัว หายใจหอบ ความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงของของเสียคั่งในร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ การทำหน้าที่ของระบบประสาทเช่น ระดับความรู้สึกตัว อากักรกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ชัก การมองเห็น ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา ประเมินทุกชั่วโมงใน ระยะแรก หากพบผิดปกติ รายงานแพทย์ให้การรักษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะปัสสาวะออกมาก จัดหาน้ำและแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 2,000-3,000 ml เพื่อให้เพียงพอสมดุลกับปัสสาวะที่ออก มากขึ้น 2. ประเมินความตึงตัวของผิวหนังและเยื่อบุปากเพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ 3. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชม เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออก 4. สังเกตอาการของของเสียคั่งในร่างกายปัสสาวะออกน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย บวม ค้นตามตัว หายใจหอบ ความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงของของเสียคั่งในร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ การทำหน้าที่ของระบบประสาทเช่น ระดับความรู้สึกตัว อากักรกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ชัก การมองเห็น ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา ประเมินทุกชั่วโมงใน ระยะแรก หากพบผิดปกติ รายงานแพทย์ให้การรักษา



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>3.แนะนำการดื่มน้ำอย่างจำกัดตามแผนการรักษา จัดให้มีน้ำดื่มแบ่งเป็นแต่ละเวลาเช้า 300 ซีซี. เหวบ่าย 150 ซีซี และเวรตึก 50 ซีซี</p> <p>4.ควบคุมสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำหรืออื่นๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนด โดยใช้เครื่องinfusion pump</p> <p>5. แนะนำให้รับประทานอาหารรสจืด งดเค็ม ประเมินความความรู้ผู้ป่วยและญาติในการจัดอาหารเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วย</p> <p>6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดปากฟันอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นในปาก</p> <p>7. ติดตามผลlabBUNCrGFRเพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย</p>	<p>5. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml (V) 100 ml/hr. ตามแผนการรักษา</p> <p>6. แนะนำให้รับประทานอาหารรสจืด งดเค็ม</p> <p>7. ติดตามผล labBUNCrGFRเพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย</p>
เสี่ยงต่อมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์	<p>1.สังเกต อาการเหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย ปากแห้ง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ หากมีอาการวิงเวียนศีรษะเวลาลุกนั่ง ให้รีบแจ้งพยาบาล</p> <p>2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรกที่ให้สารน้ำทุกๆ 30 นาทีในช่วงที่ 2 ทุกๆ 4 ชั่วโมงเมื่อ อาการคงที่</p> <p>3. สังเกตและบันทึกประเมินอาการ อาการแสดงภาวะKต่ำ เช่น คลื่นไส้ ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ หงาย เพื่อรายงานแพทย์และช่วยเหลือนผู้ป่วยได้ทันที่</p> <p>4. ดูแลการให้สารน้ำ 0.9% 1,000 ml (V) late 100ml/hr</p> <p>5. บันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับและขับออก จากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของ สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์</p> <p>6.ดูแลให้ยา Mixture of potassium citrate 30 ml oral bid pc และยา Sodamint 1x3 pc ตามแผนการรักษา</p> <p>7.ตรวจ EKG 12 Lead เพื่อประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ</p> <p>8.ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข</p> <p>9.จัดเตรียมที่รองปัสสาวะไว้ให้ข้างเตียงผู้ป่วยเพื่อให้สะดวกในการถ่ายปัสสาวะ ไม่ต้องเดินไกลลดความอ่อนเพลีย</p>	<p>1.สังเกต อาการเหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย ปากแห้ง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ หากมีอาการวิงเวียนศีรษะเวลาลุกนั่ง ให้รีบแจ้งพยาบาล</p> <p>2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรกที่ให้สารน้ำทุกๆ 30 นาทีในช่วงที่ 2 ทุกๆ 4 ชั่วโมงเมื่อ อาการคงที่</p> <p>3. สังเกตและบันทึกประเมินอาการ อาการแสดงภาวะKต่ำ เช่น คลื่นไส้ ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ หงาย เพื่อรายงานแพทย์และช่วยเหลือนผู้ป่วยได้ทันที่</p> <p>4. ดูแลการให้สารน้ำ 0.9% 1,000 ml (V) late 100ml/hr</p> <p>5. บันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับและขับออก จากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของ สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์</p> <p>6.ดูแลให้ยา Mixture of potassium citrate 30 ml oral bid pc และยา Sodamint 1x3 pc ตามแผนการรักษา</p> <p>7.ตรวจ EKG 12 Lead เพื่อประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ</p> <p>8.ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข</p> <p>9.จัดเตรียมที่รองปัสสาวะไว้ให้ข้างเตียงผู้ป่วยเพื่อให้สะดวกในการถ่ายปัสสาวะ ไม่ต้องเดินไกลลดความอ่อนเพลีย</p>
ไม่ สุข ขบ าย เนื่องจากปวดขา ขว ขนซ้าย มีไข้สูง จากพยาธิสภาพของโรค	<p>1.เพื่อลดไข้และให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย โดยดูแลเช็ดตัวลดไข้และประเมินภาวะไข้ ให้ยา paracetamol 500 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล ลดไข้</p> <p>2. สังเกตแผลของผู้ป่วยเพื่อประเมินลักษณะแผลว่ามีอาการอักเสบเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมหรือไม่สังเกตอาการปวดแผลของผู้ป่วยโดยสังเกตพฤติกรรมอาการแสดงออกของผู้ป่วย</p> <p>3. ป้องกันไม่ให้เกิดการอักเสบมากขึ้น โดยทำความสะอาดแผลอย่างถูกวิธี ให้ยาปฏิชีวนะครบจำนวน และถูกต้องตามแผนการรักษา เพื่อลดสาเหตุของการอักเสบจากเชื้อโรค</p> <p>4. ปฏิบัติการพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) เช่นล้างมือก่อนและหลังทำการพยาบาลทุกครั้ง</p> <p>5. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนยกขาข้างขวาให้สูงโดยใช้หมอนรอง เพื่อลดความตึงตัวและลดอาการปวดทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ เลือดดำและน้ำเหลืองไหลเวียนกลับได้สะดวกยิ่งขึ้น เป็นการลดอาการบวม ลดการเจ็บปวด</p> <p>6. ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยรักษาความสะอาดของปากและฟัน เช็ดทำความสะอาดร่างกาย</p>	<p>1.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการบวมต่าง ๆ</p> <p>2. ให้ยา paracetamol 500mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล ลดไข้รายงานแพทย์กรณีอาการปวดไม่ทุเลา</p> <p>3. ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจให้มากที่สุดจัดท่านอนศีรษะสูง/ท่านอนให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย การพักผ่อนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะสามารถต่อสู้กับโรคได้ดีขึ้นและเป็นการลดการใช้พลังงานออกจากร่างกาย</p> <p>4.ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยรักษาความสะอาดของปากและฟัน เช็ดทำความสะอาดร่างกาย</p> <p>5.ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ในช่วงเดียวกันโดยให้รับกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด</p> <p>6.สอนการ Relaxation Technique เพื่อบรรเทาอาการ เช่น การหายใจช้าๆ เป็นจังหวะ ,การทำท่าสมาธิ เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลาย ,ลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ เบี่ยงเบนความสนใจ</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	7.ประเมินภาวะปวดโดยใช้ pain scale ทุกพร	7. ประเมินภาวะปวดโดยใช้ pain scale ทุกพร
ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยความเต็มใจ และเป็นกันเอง 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและขั้นตอนในการดูแลรักษา ความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ 3. สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ความเป็นกันเอง แสดงความสนใจ และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดคอยสอบถามและสังเกตความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าเขาจะมีพยาบาลคอยดูแลและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเขาอยู่ตลอดเวลา 4. ประสานงานให้ญาติได้พบแพทย์เพื่อซักถามในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา 5. ให้กำลังใจโดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรักของภรรยาและบุตรที่มีให้กับผู้ป่วย 5. แนะนำให้ผู้ป่วยระลึกถึงความมีคุณค่าของตนเองเป็นที่รักเคารพของบุคคลในครอบครัวและชุมชน 7. ให้ญาติผู้ใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลประคับประคองผู้ป่วยพยาบาลให้ข้อมูลและช่วยเหลือญาติด้วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยความเต็มใจ และเป็นกันเอง 2. อธิบายเรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย สั้น ๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน 4. ให้กำลังใจโดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรักของมารดาภรรยาและบุตรตลอดจนญาติคนอื่น ๆ ที่มีให้กับผู้ป่วย 5. แนะนำให้ผู้ป่วยระลึกถึงความมีคุณค่าของตนเอง ในด้านกำลังใจความสามารถเป็นหลักในการทำหน้าที่ ทานเพื่อหารายได้ให้ครอบครัว 6. ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การดูแลสุขภาพที่ต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เนื่องจากยังมีนิวโมโตซิสเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะต้องได้รับการแก้ไข
ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวต่างๆเช่นที่กล่าวไว้ในข้างต้นรวมทั้งเป็นผู้สูงอายุ ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคอยู่แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังการติดเชื้อโดยการรักษาสุขอนามัยอย่างเคร่งครัด เช่น หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด และแหล่งชุมชน กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ ล้างมือก่อนหยิบจับอาหาร ส่งเสริมร่างกายให้แข็งแรง เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ กินอาหารมีประโยชน์ 5 หมู่ให้ครบถ้วนในทุกมื้ออาหารตามคำแนะนำ เรื่องอาหารเฉพาะโรค นอกจากนั้นคือ กินยาตามแพทย์สั่งให้ถูกต้องครบถ้วน และครบพบแพทย์ตามนัดเสมอ 2. เมื่อมีอาการไม่สบายไม่ควรซื้อยารับประทานเองควรมาพบแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง3. ระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุ จะทำให้เกิดบาดแผลซึ่งเป็นแหล่งในการทำให้ติดเชื้อได้ <p>ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือผู้ได้รับยากดภูมิคุ้มกันต้านทานโรคหากมีไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ควรรีบพบแพทย์ภายใน 1-2 วันเสมอ และถ้าอาการรุนแรง ควรต้องพบแพทย์/ไปโรงพยาบาลเป็นการฉุกเฉิน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. วางแผนจำหน่ายโดยให้คำแนะนำและทบทวนความรู้และการปฏิบัติตัวที่บ้านหลังได้รับคำแนะนำ 2. เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ นิวโมโตซิส และมีการติดเชื้อแนะนำให้ระมัดระวังเรื่องการติดเชื้อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพราะเป็นบริเวณที่มีความชื้นค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นตัวกลางสำคัญของการติดเชื้อโดยอาจแนะนำให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้า กางเกงที่โปร่งสบาย ควรเป็นผ้าคอตตอนมากกว่าไนลอนให้ทาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังขับถ่ายและไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน 3. ให้รับประทานอาหารมีประโยชน์ให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มน้ำอย่างเพียงพอวันละ 2-3 ลิตร และกำจัดสาเหตุการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะหากจำเป็นต้องทำผ่าตัดก็ควรทำ 4. บอกถึงความจำเป็นที่ต้องได้รับการฉีดยาให้ครบ และมาตรวจตามนัดแม้จะรู้สึกหายดีแล้ว 5. หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ทนทาน ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะขุ่นมีเลือดปน คลื่นไส้อาเจียนให้มาพบแพทย์ก่อนนัดได้ 6. แจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสเลือด นิวโมโตซิส ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน

วิจารณ์กรณีศึกษา

จากการศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อายุ 67

ปี และ 58 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Spahani และคณะ (1987) ว่า อายุที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มักเป็นผู้สูงอายุ พบอายุเฉลี่ย 62.46 ± 15.96 ปี มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 คือมีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Greg และคณะ (2003) ว่าโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอันดับหนึ่งคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 25 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.65 ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นโรคนี้ว่าไม่ได้ไม่ได้ผ่าตัดเอาเนื้องอกประกอบกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ วันละประมาณ 750 ซีซี ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ความรุนแรงของโรคทำให้เชื้อโรคลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั้ง 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่ 1 ที่มีโรคประจำตัวที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำและเมื่อเกิดโรคจะทำให้โรครุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยควรได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติจากเครื่องช่วยในระดัปลงมือ ซึ่งต้องเน้นการเฝ้าระวังในกลุ่ม high risk ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผู้ป่วยล้างไตผู้ป่วย re-admit บ่อยๆ ผู้ป่วย Old CVA ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังผู้ป่วย retained foley's catheter ผู้ป่วยเจาะคอ รวมทั้งมีสิ่งสอดใส่ในร่างกายทุกชนิด

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตาม CPG Sepsis และ CNPG Sepsis Bundle Protocol ที่ หอผู้ป่วย เนื่องจากโรงพยาบาลหนองสองห้องเป็นโรงพยาบาลชุมชนไม่มีหอผู้ป่วยหนัก โดยเมื่อเปรียบเทียบกับหลักการพยาบาล CPG Sepsis และ CNPG Sepsis Bundle Protocol พบว่า

1. ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล

1.1 ผู้ป่วยรายที่ 1 ที่ 0 ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ใช้ (quick Sequential Organ Failure Assessment: qSOFA) คัดกรองภาวะติดเชื้อสามารถ early detect ภาวะ sepsis ได้ตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน ได้ให้ antibiotic หลังการวินิจฉัยและส่ง H/C ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งการคัดกรองอาการของผู้ป่วยล่าช้าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้เมื่อผู้ป่วยมีภาวะช็อกที่หอผู้ป่วยจึงได้ให้การรักษาระยะฉุกเฉินได้ antibiotic ก่อนการวินิจฉัยและส่ง H/C จุดมุ่งหมายสำคัญในการรักษาระยะฉุกเฉินคือให้ผู้ป่วยพ้นจากระยะช็อกโดยเร็ว การจัดการให้ระบบไหลเวียนโลหิต และการใช้ออกซิเจนในระดับเซลล์กลับมาเป็นปกติ ประกอบไปด้วยการให้สารน้ำในปริมาณที่เหมาะสมการใช้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด การให้ยาปฏิชีวนะ กำจัดแหล่งติดเชื้อ และการเฝ้า

ระวังอาการอย่างใกล้ชิดรวมถึงการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลซึ่งในผู้ป่วยรายที่ 1 มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนคาปัสสาวะ (Catheter associated urinary tract infection)

1.2 การประเมิน เฝ้าระวังและติดตามสภาพความรุนแรงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้ เครื่องมือ SOS score ของพยาบาลวิชาชีพที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยซึ่งไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในขณะที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังค่าพารามิเตอร์ต่างๆรวมทั้งวิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลง และอาการผิดปกติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (เวชปฏิบัติ ลิขิตลีธิดา และคณะ, 2561) โดยปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีภาวะช็อกแล้ว

1.3 การติดตามการรักษาในผู้ป่วยไม่ครบถ้วน กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยต้องครอบคลุมดูแลตั้งแต่ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตและการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย จนถึงการวางแผนจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของปิยะอร รุ่งธนเกียรติ และคณะ (2562) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาล สุรินทร์ พบว่ากระบวนการดูแลต้องครอบคลุมและมี การประสานงานร่วมกัน ตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในการดูแลตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตและการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบดังกล่าวใช้กระบวนการ ดูแลตาม แนวคิดระบบร่วมกับการพยาบาลที่มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

2. ผลลัพธ์ด้านดูแลพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่ได้รับการรักษาเพื่อหยุดระบบการไหลเวียนโลหิต นอกจากการให้สารน้ำทดแทนในปริมาณที่เหมาะสมและการให้ยากระตุ้นความดันโลหิตก็มีส่วนสำคัญ ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับยา Norepinephrine อย่างรวดเร็วหลังเกิดภาวะช็อกเพื่อรักษาให้ค่าความดันโลหิต MAP ≥ 65 mmHg มีผลในการลดอัตราการตาย จึงอาจอนุมานผลลัพธ์ที่ได้จากประสิทธิภาพในการช่วยพยุงการไหลเวียนโลหิตจากตัวยาเองส่วนหนึ่ง

การส่งตรวจระดับ lactate เนื่องจากอาการลดลงของค่า lactate บ่งชี้ถึงการปรับระดับการไหลเวียนเลือด (hemodynamic) ที่ดีทำให้สามารถเพิ่มการใช้ออกซิเจนระดับเซลล์ได้มีผลต่อการติดตามการรักษา ในผู้ป่วยรายที่ 1 ระดับ lactate สูงขึ้น จาก 2.6 เป็น 4.6 mmol/L ในกรณีที่ค่า lactate สูงขึ้นแพทย์ควรมีการ resuscitation เพื่อควบคุมค่า lactate ให้ได้ < 2 mmol/dl และใช้ค่า lactate เป็นเกณฑ์ ในการ refer

เพื่อที่จะให้การดูแลได้ทันทั้งที่ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ขาดความต่อเนื่องของข้อมูลเนื่องจากมีการตรวจเพียงครั้งเดียว ควรมีการประเมินค่า lactateKeep < 2mmol/dl แต่ปั้งี้ถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงทั้ง 2 รายเกิดภาวะอวัยวะทำหน้าที่บกพร่อง (Organ failure) ได้แก่การเกิดไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยรายที่ 1 แก้ปัญหา Septic shock ได้ยังไม่สิ้นสุดและเสี่ยงต่อการหายใจล้มเหลว refer รพ.ขอนแก่น SOS score ระดับ 7 ผู้ป่วยรายที่ 2 แก้ปัญหา Septic shock ได้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของผู้ป่วยดีขึ้น SOS score ระดับและในกระบวนการการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วย ไม่เกิด Organ failure หลายระบบสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

ดังนั้นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องให้ความสนใจอย่างมากคือปัญหาของผู้ป่วยต้องได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินให้ทันต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงเพื่อทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะปลอดภัยพ้นจากภาวะวิกฤติของชีวิตนอกจากนี้ต้องให้ข้อมูลอย่างถูกต้องชัดเจนเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมและทำให้ผู้ป่วยคลายกังวลเพราะการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคอาการและอาการแสดงความผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์การรับประทานยาและการแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านจะช่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคและไม่กลับมาเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งหลังจากให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคแล้วผู้ป่วยต้องคลายวิตกกังวลและเข้าใจแนวทางปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

บทสรุป

ผู้ป่วยภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) เป็นภาวะเร่งด่วนที่พบบ่อยที่มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเนื่องจากการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรงหากแต่สามารถลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลงได้ด้วยการได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วเพื่อให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมทันเวลา โดยมีทีมที่มีศักยภาพความพร้อมของผู้ดูแล อุปกรณ์เครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยหายปลอดภัย ทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยวิกฤตมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงเป็นผู้ประสานทีมผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ฝ่าเระวังติดตามอาการผู้ป่วยได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง มีความรู้และทักษะในการประเมินภาวะ sepsis และ septic shock ที่ถูกต้องแม่นยำเข้าใจพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคสามารถใช้เครื่องมือในการประเมิน คัดกรอง เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติ

กิจกรรมการร้องขอความช่วยเหลือในชุมชน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีความมั่นใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วย จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว โดยจะต้องมีความรู้ความสามารถ การประเมินอาการได้ถูกต้องแม่นยำและรวดเร็วรวมทั้งมีทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยผ่านระยะวิกฤตไปได้อย่างปลอดภัยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ ที่คุกคามทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีโอกาที่จะเสียชีวิตสูง พยาบาลต้องมีความรู้ทางด้านสรีรวิทยา และการดำเนินของโรคเป็นอย่างดีมีทักษะที่ดีในการประเมินและค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ในระยะแรกได้อย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคจนเข้าสู่ภาวะช็อก ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. จัดทำแนวทางการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับทีมรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพให้ทีมมีทักษะและมีความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา ตั้งแต่ระยะเริ่มแสดงอาการ
2. พัฒนาศมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในรูปแบบเครือข่ายสุขภาพค้นหาและเฝ้าระวังผู้ป่วยตั้งแต่บ้านและให้ความรู้สู่ภาคประชาชน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น มีการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติมีการส่งต่อที่ได้มาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อรวมถึงสมรรถนะการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
3. ทบทวนหรือปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทุกปีหรือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศหรือระดับนานาชาติเพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจว่ามีการจัดการในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการที่ทันสมัยและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย
4. จัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับการรักษาเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ กรณีผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยดี จะเป็นการเสริมพลัง หากผลลัพธ์ในการดูแล



รักษาไม่ดี จะเป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุ และกระตุ้นเตือนให้พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักในการเฝ้าระวังกระบวนการดูแลผู้ป่วย

5. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ โดย

ผู้นำทางการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพปราศจากความเสี่ยง ภายใต้การช่วยเหลือชี้แนะ สอน สาคิต ให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่ยากซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร เทียนคาศรี และชนพล บรรดาศักดิ์.(2562).การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์ คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า; 36(4): 347-355.
- กุลวดี แสงสว่าง.(2562). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4; 21(2): 148-155.
- ณัฐยา ระวังทอง.(2562). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: กรณีศึกษา.[อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:
file:///D:/nattaya%20(1)sepsis%20ทางเดินปัสสาวะ.pdf.
- ทัญญู ศรีวิสัย และ วิมล อ่อนแสง.(2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์; 9(2): 152-162.
- นนท์รัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์ และ ชยธิดา ไชยวงษ์.(2563). การประเมินและการ พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้;7(1): 319-330.
- นวลนินชูลิขิตลี้อชา, อัมรภัสร์ อรรถชัยวัฒน์, ชีรพร สติรอังกูร และอรุณี ไทศาลพาณิชย์กุล.(2561). บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพตามการปฏิบัติงาน. ใน อัมรภัสร์ อรรถชัยวัฒน์, ชีรพร สติรอังกูร นวลนินชูลิขิตลี้อชา และอรุณี ไทศาลพาณิชย์กุล (บรรณาธิการ). บทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ, (81-82). ปทุมธานี: บริษัท สานักพิมพ์สื่อตะวันออก จำกัด.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- บราลี ศิลประชาวงศ์.(2563).ผลลัพธ์การใช้แนวทางเวชปฏิบัติรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลต้ง.วารสารวิชาแพทย์เขต 11;34 (3) [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:file:///C:/Users/vav/Downloads/243816-Article%20Text-854579-1-10-20200928.pdf.
- ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ สุนันญา พรหมตวง และจันทนา แพงบุตดี.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตด้วยระบบทางด่วนโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย; 6(1),36-51.
- พรนภา วงศ์ธรรมดี, รัชณี นามจันทรา, วารินทร์ บินโฮเซ็น.(2562). คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอายุรกรรม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท; 1(1): 33-49.
- ลัดดา จามพัฒน์.(2563).การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา;3(2):56-65.
- วิจิตรา กุสุมภ์.(2560).การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม.พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- วีรพงศ์ วัฒนาวณิช(2558).Update management in septic shock[อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:
http://medinfo.psu.ac.th/nurse/CoP/Sepsis/sepsis_3.pdf
- สมหญิง ศรีสรานุกุลวงศ์.(2562).การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Septic shock):กรณีศึกษา 2 ราย. Medical Journal of Yasothon Hospital; 21(2):114-129.
- สุกัญญา ชัชวาลย์.(2558).การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อและมีภาวะการหายใจล้มเหลว. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 12(2): 135-142.
- สุจิตต์ จันทรศิริวัฒนา.(2562).การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด(Septic shock).วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร;35(3-4):37-43.

- สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. **แนวทางการปฏิบัติกรดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558** [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.scribd.com/document/308976515/ร่างแนวทางการปฏิบัติ-sepsis-และ-septic-shock-2558>
- สลิล ศิริอุตมภาส.(2558).**ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia).** [อินเทอร์เน็ต][เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก <https://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=cmu2807&month=02-2009&date=20&group=4&gblog=72>
- หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลหนองสองห้อง(2563).**รายงานสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน. โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. Dad & Mum - โลกทิตเป็นพิษ Sepsis.** [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก <http://th-th.facebook.com/DadMumSerum/posts/636475689745695>
- Dellinger PR., Levy, MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal, SM, et al. (2012). **Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012.** Critical Care Medicine and Intensive Care Medicine, 41(2), 580-637.
- HDC. (2560). รายงานสถานการณ์โรค [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- Isphani P, Pearson NJ, Greenwood D. (1987). **An analysis of community and hospital acquired bacteremia in a large teaching hospital in the United Kingdom.** QJ Med 1987;63:427-40.
- Martin GS, Mannio DM, Eaton S, Moss M, (2003). **The epideology of sepsis in the unitated states from 1979 through 2000.** N Engl J Med 2003;384:1546-54.
- Levy, Evans & Rhodes A. (2018). **The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update.** Intensive care medicine, 44(6):925-928.
- Siddharth D, Chirag C, Abhijit D. (2020). **Sepsis and septic shock: Guideline- based management.** Cleveland clinic journal of medicine, 87(1):53-64.
- Survivingsepsis.org. **Surviving sepsis Campaign [Internet]. 2015 [cited 2020 April 28].** Available from: <https://www.suevivingsepsis.org/Bundles/Pages/default.aspx>.
- World Health Organization. (2016). **Global health estimates 2015 summary table.** Retrieved 7 September, 2017, from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html



ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดรอยจ้ำเลือดหรือก้อนเลือดหลังการฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วย
ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย

Risk Factors of Hematoma or Ecchymosis after LMWH injection in Patients who
admitted at Nongkhai Hospital

(Received: October 5,2020 ; Accepted: November 10,2020)

นุสรามหิคนันท์ ระวีวรรณ โสขมภู

Nusara mahisanan Raviwun Sochomphoo

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

Registered Nurse, Professional Level, Nongkhai Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิด รอยจ้ำเลือดหรือก้อนเลือดหลังการฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มที่ได้รับยาและเพื่อศึกษาการปฏิบัติตามแนว ทางการฉีดยาละลายลิ่มเลือดของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเฮปารินชนิดน้ำหนักโมเลกุลต่ำ (enoxaparin) ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองคาย ในช่วง ตุลาคม 2561 ถึงเดือน กันยายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็น แบบเก็บสังเกตการฉีดยาของพยาบาล และตารางเอ็กเซลสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยากลุ่ม LMWH ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองคาย ทุกราย ในช่วง 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 จำนวน 294 ราย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับ อธิบายข้อมูลทั่วไป การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ใช้สถิติ Chi square test

ผลการศึกษา : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออก เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ เลือดออก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเลือดออก เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อยคือร้อยละ 52.17 ด้านอายุพบว่าอายุ มากกว่า 60 ปีพบมากถึง ร้อยละ 65.22 มีค่า BMI อยู่ระหว่าง 18.5-22.9 ร้อยละ 52.17 ค่าของ Hct มากกว่าค่าเฉลี่ย (31.47) คือร้อยละ 56.52 จำนวนเกล็ดเลือด (PLT) มากกว่าค่าเฉลี่ย (241,815) ร้อยละ 56.52 ค่า PT น้อยกว่าค่าเฉลี่ย (6.89) และมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ร้อยละ 65.22 ค่า PTT น้อยกว่าค่าเฉลี่ย (13.20) ร้อยละ 69.57 ผลการตรวจ Tropt น้อยกว่าค่าเฉลี่ย (782.79) ร้อยละ 73.91 การมีโรคเดิม (UD) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคเดิมและมากกว่าไม่มีโรคร้อยละ 56.52 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi square test พบว่าปัจจัย ดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p. 05)

คำสำคัญ: ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดโมเลกุลต่ำ (LMWH) อุบัติการณ์เลือดออกหรือจุดจ้ำเลือดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Abstracts

This study was a descriptive correlational research. to studied incidence and related factors of hematoma or ecchymosis after LMWH injection and nurses' practice along with LMWH injection guideline , Participants were patients who receiving LMWH at Nongkhai Hospital during October 2018 to September 2019 ; 294 patients ,research instrument was data collecting form. Statistics used in data analysis were percentage, mean, standards deviation and Chi square test.

Results: Factors related to hematoma or ecchymosis analysis showed that majority was female (52.17%), age more than 60 years (65.22) BMI range from 18.2-22.9 kg/m² (52.17%), hematocrit over mean 31.47% (56.52%), platelet over mean (241,815) (56.52%), prothrombin time less than mean (13.20) (69.57%), troponin T less than mean (782.79) (7391%), underlying disease (56.52%). Chi square test was used to analyze correlational factors which showed that there are no factors related to hematoma or ecchymosis.

Keyword: Low Molecular weight Heparin (LMWH), Incidence of hematoma or Ecchymosis and factors related.

บทนำ

ยา enoxaparin เป็นยาในกลุ่ม เฮพารินชนิดน้ำหนักโมเลกุลต่ำ (Low Molecular Weight Heparin : LMWH) น้ำหนักโมเลกุลโดยเฉลี่ย 4,000-6,000 สังเคราะห์มาจากยา heparin มีผลเจาะจงกระตุ้นให้ anti thrombin III ไประงับการทำงานของทรอมบิน โดยมีผลต่อ clotting system น้อย จึงมีภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออกน้อยกว่าและออกฤทธิ์เร่งปฏิกิริยาการยับยั้ง factor Xa มีระยะเวลาครึ่งชีพานานกว่า และให้ประสิทธิภาพดีกว่า ชนิดน้ำหนักโมเลกุลหนักเรียกว่า unfractionated heparin (UFH) โดยใช้ในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ ที่นิยมใช้และมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด non ST elevated) กลุ่มหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep Vein Thrombosis : DVT) และโรคลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดที่ปอด (Pulmonary Emboli : PE) (จันทรา ศรีสวัสดิ์,2554, วีระพล ภิมาลย์,2561) ยาในกลุ่มเฮพารินชนิดน้ำหนักโมเลกุลต่ำ มี platelets inhibitory effect น้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มเฮพารินธรรมดา (Unfractionated heparin ; UFH) การออกฤทธิ์ที่นาน ดูดซึมง่ายขึ้น สะดวกในการใช้ และสะดวกต่อผู้ป่วย แม้ว่ายาจะมีประสิทธิภาพแต่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้ เนื่องจากยามีฤทธิ์ในการต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งพบอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะเลือดออกซึ่งอาจเกิดได้ทุกส่วนของร่างกาย หรือจากเทคนิคการฉีดยาที่ไม่ถูกต้องซึ่งการเลือกตำแหน่งที่ฉีดขนาดของเข็มที่ฉีด การดูดอากาศเข้าไปในกระบอกฉีดยาก่อนฉีด การคลึงภายหลังฉีดยา การไม่ประคบเย็นและระยะเวลาในการฉีดยา รวมถึงการพบอาการปวดจากการฉีดยา การบริหารยาในกลุ่ม LMWH ส่วนใหญ่ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังในขนาด ที่แตกต่างกัน ตามน้ำหนักอายุ หรือการทำงานของไต ยาในกลุ่มนี้ถูกบรรจุอยู่ในกระบอกฉีดยาสำเร็จรูป ขนาดทั่วไปที่นิยมใช้คือ ยา enoxaparin ขนาด 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) วันละ 1- 2 ครั้ง ซึ่งยามีขนาด 20, 40, 60, 80, และ 100 มิลลิกรัม

ภาวะแทรกซ้อนของยาด้านการแข็งตัวของเลือด enoxaparin นอกจากการมีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณที่ฉีดยาแล้ว อาจพบภาวะเลือดออกง่ายและออกมากผิดปกติใน ส่วนต่างๆ ของ ร่างกายได้แก่ 1.มีเลือดออกใต้ผิวหนังหรือเลือดพบได้บ่อยคือ petechial หรือ spot เป็นจุดเลือดออกใต้ผิวหนังเส้นผ่าศูนย์กลาง < 2 มม. Purpura มีเลือดออกใต้ผิวหนังไม่มีขอบนูน เส้นผ่าศูนย์กลาง 2-10 มม. หรืออาจจะเป็นถึงระดับ hematoma คือเกิดก้อนเลือดที่เกิดจากการมีเลือดออกใต้ผิวหนังจำนวนมาก ทำให้มีเลือดคั่งบริเวณนั้นจนเกิดเป็นก้อนนูนแข็งคลำได้ชัดเจน 2. อาการเลือดออกส่วนอื่น ๆ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน หรือเลือดออกมากผิดปกติในช่องปากถ้ามีแผลในช่องปาก มีเลือดกำเดาไหลมาก และนานกว่า

ปกติเลือดออกในช่องหน้าลูกตา ปัสสาวะมีสีแดงสีน้ำตาล น้ำอูจจะปนเลือดจากเลือดออกในทางเดินอาหาร ประจำเดือนมากผิดปกติ ปวดแสบปวดร้อน เลือดออกในสมอง ทำให้มีอาการผิดปกติทาง สมอง ถ้ารุนแรงอาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ (สันต์ ใจยอดศิลป์,2551)

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยา LMWH ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและข้อควรระวังต่างๆ พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิดเลือดออกผิดปกติ ได้รับการผ่าตัดหรือได้รับอุบัติเหตุภายในระยะ 2 เดือน ผู้ป่วยที่มี body surface area < 2 m² และกลุ่มที่ต้องมีการติดตามระดับ factor Xa ได้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายที่มีค่า creatinine clearance < 15 ml/min ผู้ป่วยที่มีอายุมาก (อำพัน ชัดวิลาศและคณะ,2551) และในเด็กเล็ก น้ำหนักตัวน้อยกว่า 50 หรือมากกว่า 80 กิโลกรัม (จันทราภา ศรีสวัสดิ์ และ คณะ,2543) การเกิดภาวะเลือดออก (bleeding) พบในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี ผู้ที่ได้รับยาแอสไพริน ผู้ป่วยโรคตับ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า GFR < 30 ml/min/1.73 m² และการเกิดผิวหนังง้ำตายมักเกิดจากการฉีดยาเข้าชั้นไขมัน (แสงรวี มณีศรี,2559) พบการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร และเลือดออกทางจุกย่อยละ 3.8 (อำพัน ชัดวิลาศ และคณะ,2551) ไม่แนะนำให้มีการใช้ยาร่วมกับยา Acetylsalicylic acid ,NSAID , Dextran40 เพราะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก นอกจากนี้ยังพบปัญหาการบริหารยา จากเทคนิคการฉีดยาไม่ถูกต้องร้อยละ 53.8 ไม่มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเป็นสายลักษณะอักษร ไม่ซักประวัติโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง (เสาวนีย์ เนาวพาณิช และคณะ, 2551; มยุรี เทียงสกุล,2558) เป็นต้น

โรงพยาบาลหนองคายมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฉีดยา enoxaparin ในปี 2560 ประมาณ 200 ราย (ข้อมูลจากกลุ่มงานเภสัชกรรม,2560) ทั้งเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยที่มารับรักษาที่งานผู้ป่วยนอก (OPD) ทางกลุ่มการพยาบาลร่วมกับทางทีมนำด้านยา(PCT ยา) ได้มีการพัฒนาแนวทางการบริหารยา enoxaparin มุ่งอย่างต่อเนื่องจนมีรูปแบบหรือแนวทางในการฉีดยา จากการที่ทีมผู้วิจัยสุ่มประเมินและสอบถามพยาบาลบางท่าน พบว่าการบริหารยาดังกล่าว ยังพบมีประเด็นปัญหา เช่น การลืมนวด cold pack ก่อนฉีดยา หรือบางรายวางไว้ที่หน้าท้องผู้ป่วยจนลิ่มแข็ง หรือบางครั้งลิ่มจับตัวผู้ป่วยให้นอนหงายชันเข้า ผู้ป่วยบางรายยังมีจุดจ้ำเลือดออก เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบประเด็นด้านบุคลากรที่มีการหมุนเวียนเข้ามาใหม่ทดแทนการลาออกหรือเกษียณ อยู่ตลอดเวลา และในระยะ 1-2 ปีที่ผ่านมาปี 2561-2562 การติดตามกำกับการบริหารยา และอุบัติเหตุการเกิดรอยจ้ำเลือดค่อนข้างไม่เป็นไปตามระบบทางที่ทีมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะติดตามอุบัติเหตุการเกิดรอยจ้ำเลือด และประเมินเทคนิคหรือทักษะการบริหารยากลุ่มดังกล่าว



ทั้งจะทำการประเมินปัญหาข้อมูลจากผู้ป่วยด้านอื่นๆ เช่น ระดับความปวด เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลของระบบหรือแนวทางการบริหารยาดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดรอยจ้ำเลือดหรือก้อนเลือดหลังการฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มที่ได้รับยา
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางการฉีดยาละลายลิ่มเลือดของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Research) เก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยากลุ่ม LMWH ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองคาย ทุกราย ในช่วง 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 จำนวน 294 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาเฮพารินชนิดน้ำหนักโมเลกุลต่ำ เป็นตาราง Excel ใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกราย และแบบเก็บสังเกตการฉีดยาของพยาบาลที่ฉีดยา Enoxaparin ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาเฮพารินชนิดน้ำหนักโมเลกุลต่ำ เป็นตาราง Excel ไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลจำนวน 2 ท่าน หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะก่อนที่จะนำเครื่องมือไปใช้ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมของการวิจัยโดยก่อนการเก็บข้อมูล ทีมผู้วิจัยจะทำการเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล และการเก็บรวบรวมข้อมูลจะสามารถระบุเป็นตัวบุคคล จะนำเสนอเป็นภาพรวม เลขที่ของจริยธรรมการวิจัย 2 / 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ คือ เพศ อายุ BMI โรคร่วม การได้รับยา โดยใช้สถิติ Chi square test

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและอุบัติการณ์การเกิดจ้ำเลือดหรือภาวะเลือดออก จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา LMWH ในปี 2562 จำนวน 294 ราย พบว่ามีการเกิดจ้ำเลือดหรือเลือดออกที่ระบบอื่นๆ จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.82 โดยเป็นจุดจ้ำเลือดบริเวณผิวหนังจำนวน 20 ราย มีเลือดออกที่ระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 3 ราย เป็นเพศชายจำนวน 150 ราย (ร้อยละ 51) อายุเฉลี่ย 65 ปี (SD13.67) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 217 ราย (ร้อยละ 73.8) ค่า BMI อยู่ในช่วงปกติ (18.5-22.9) ร้อยละ 51.4 อยู่ในกลุ่ม BMI มากกว่า 23 ร้อยละ 40.8 ระดับของ Hct มีค่าเฉลี่ย 31.47 (SD 9.58) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่า มากกว่า 31 ร้อยละ 61.2 จำนวนเกล็ดเลือดมีค่าเฉลี่ย 241815.30 (SD 118075) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 150,000-400,000 ร้อยละ 75.51 ส่วนค่าของ PT มีค่าเฉลี่ย 6.89 (SD 12.72) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่า 13 ร้อยละ 75.51 ค่าของ PTT มีค่าเฉลี่ย 13.20 (SD 20.02) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 25-35 ร้อยละ 74.15 ผลการตรวจ Trop t มีค่าเฉลี่ย 782.79 (SD 5955.97) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่าค่าเฉลี่ย ร้อยละ 95.9 การวินิจฉัยโรค (Principle Diagnosis : Dx) เป็นกลุ่มโรคหัวใจ เช่น NSTEMI , STEMI, Unstable Angina , Congestive Heart Fail , โดยเฉพาะกลุ่ม NSTEMI มีจำนวน 193 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.65 กลุ่ม DVT และอื่นๆ จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.86 การมีโรคเดิม (Underling Disease : UD) โดยเฉพาะโรคเบาหวาน (DM) จำนวน 121 คิดเป็นร้อยละ 23.27 เป็นโรคความดันโลหิตสูง (HT) จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.69 และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง (DLP) จำนวน 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.31 มีการใช้ยาร่วม เช่น ASA, Plavix ถึงร้อยละ 42 ส่วนจำนวนและขนาดของยา LMWH (Enoxaparin) ส่วนใหญ่ใช้ขนาด 0.6 mg จำนวน 248 รายคิดเป็นร้อยละ 84.35 โดยใช้จำนวนขนาด (dose) เฉลี่ย 6.5 dose / ราย

2.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การเกิดภาวะเลือดออกภายหลังการได้รับยา LMWH ในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 23 ราย โดยใช้สถิติ Chi Square test ทีมผู้วิจัยทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่ามีการกระจายแบบปกติ และมีการอ่านค่า Chi Square ตามข้อตกลงที่สำคัญผลการวิจัยพบว่า

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเลือดออก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเลือดออก เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อยคือร้อยละ 52.17 และ 48.83 ตามลำดับ ด้านอายุพบว่าอายุมากกว่า 60 ปีพบมากที่สุดร้อยละ 65.22 มีค่า BMI อยู่ระหว่าง 18.5-22.9 มากกว่ากลุ่มที่ต่ำกว่าหรือมากกว่าเพียงเล็กน้อยคือร้อยละ 52.17 ,39.13 และ 8.70 ตามลำดับ ค่าของ Hct มากกว่าค่าเฉลี่ย (31.47) และมากกว่ากลุ่มอื่นๆเพียงเล็กน้อยคือร้อยละ 56.52 และ 43.48 จำนวนเกล็ดเลือด (PLT) มากกว่าค่าเฉลี่ย (241,815) และมากกว่ากลุ่มอื่นๆเพียงเล็กน้อยคือร้อยละ 56.52 และ 43.48 ตามลำดับ ค่า PT น้อยกว่าค่าเฉลี่ย (6.89)

และมากกว่ากลุ่มอื่นๆเพียงเล็กน้อยคือร้อยละ 65.22 และ 34.78 ตามลำดับ ค่า PTT น้อยกว่าค่าเฉลี่ย (13.20) และมากกว่ากลุ่มอื่นๆคือร้อยละ 69.57 และ 30.43 ตามลำดับ ผลการตรวจ Trop t น้อยกว่าค่าเฉลี่ย (782.79) และมากกว่ากลุ่มอื่นๆคือร้อยละ 73.91 และ 26.09 ตามลำดับ การมีโรคเดิม (UD) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคเดิมและมากกว่าไม่มีโรคเพียงเล็กน้อยคือร้อยละ 56.52 และ 43.48 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p. 05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดออก

ข้อมูล		การเกิดเลือดออก		รวม	χ^2
		ไม่เกิด	เกิด		
เพศ	1.ชาย	139(51.29)	11(48.83)	150 (51)	.919
	2 หญิง	132(48.71)	12(52.17)	144 (49)	
อายุ (เฉลี่ย 65 , SD 13.67)	1. 20-39	12 (4.43)	3 (13.04)	15(51)	.287
	2 40-59	57 (21.03)	5 (21.74)	62(21.1)	
	3 >60	202(74.54)	15(65.22)	217(73.8)	
ค่า BMI (เฉลี่ย 23.38) (SD 4.38)	1 < 18.5	21(7.75)	2(8.70)	23(7.8)	.978
	2 18.5-22.9	139(51.29)	12(52.17)	151(51.4)	
	3 > 23	111(40.96)	9 (39.13)	120(40.8)	
ค่า Hct (เฉลี่ย 31.47) (SD 9.58)	1 < 31.47	101(37.27)	10(43.48)	111(37.76)	.751
	2 >31.47	170(62.73)	13(56.52)	183(62.24)	
ค่า PLt (เฉลี่ย 241815.30) (SD 118075.90)	1 < X	135(49.82)	10(43.48)	145(49.32)	.714
	2 > X	136(50.18)	13(56.52)	149(50.68)	
ค่า PT (เฉลี่ย 6.89,) (SD 12.72)	1 < 6.89	156(57.56)	15(65.22)	171(58.16)	.621
	2 > 6.89	115(44.44)	8(34.78)	123(41.84)	
ค่า PTT (เฉลี่ย 13.20) (SD 20.02)	1 < 13.20	160(59.04)	16(69.57)	176(59.86)	.443
	2 > 13.20	111(40.96)	7(30.43)	118(40.14)	
ค่า Trop t (ค่าเฉลี่ย 782.79) (SD 5955.97)	1 < 782.79	181(66.79)	17(73.91)	198(97.35)	.640
	2 > 782.79	90(33.21)	6(26.09)	96(32.63)	
การมีโรคเดิม (UD)	ไม่มี	113(41.70)	10(43.48)	123(41.84)	.868
	มี	158(58.30)	13(56.52)	171(58.16)	

p < 05

3. การปฏิบัติตามแนวทางการฉีดวัคซีนสายลมเลือดของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ทีมผู้วิจัยทำการสุ่มประเมินการฉีดยาของพยาบาลจำนวน 36 ครั้ง พบว่า การจัดทำผู้ป่วยและการเช็ดผิวหนังด้วยแอลกอฮอล์และตีฉีดยาขึ้น ปฏิบัติได้ร้อยละ 100 รองลงไปคือการไม่ได้อากาศปฏิบัติได้ร้อยละ 97.22 มีการได้อากาศออกจำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 2.78) ส่วนเทคนิคการแทง

เข็มแนวตั้งฉาก ต้นยาช้าๆ 30 วินาที ค้างไว้ 10 วินาที ปลดปล่อยแล้วใช้สำลีกดปฏิบัติได้ร้อยละ 94.44 (ไม่ปฏิบัติได้ร้อยละ 5.56) การประคบเย็นบริเวณที่ฉีดทั้งก่อนและหลังฉีดประมาณ 1 นาที ปฏิบัติได้ร้อยละ 91.67 (ไม่ปฏิบัติได้ร้อยละ 8.33) การปฏิบัติได้ต่ำสุดคือการสลับตำแหน่งฉีดตามรูป ปฏิบัติได้เพียงร้อยละ

88.88 (ไม่ปฏิบัติร้อยละ 11.12) โดยสรุปจากการสุ่มประเมินพบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการฉีดยาร้อยละ 94.84

อภิปรายผล

1.อุบัติการณ์การเกิดเลือดออก ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดจุดจ้ำเลือด เลือดออกระบบอื่นๆ เพียงร้อยละ 7.82 โดยเป็นจุดจ้ำเลือด ร้อยละ 6.80 เลือดออกทางเดินปัสสาวะร้อยละ 1.02 การเกิดเลือดออกใต้ผิวหนัง หรือก้อนเลือดหลังฉีดยาเฮพารินโมเลกุลต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เนื่องจากการฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือด จากการแทงเข็มทะลุผ่านเข้าไปทำให้เลือดออกจากหลอดเลือด (เสาวนีย์ เยาวพานิชย์, 2551) ในบริเวณที่ฉีดสามารถหยุดได้ตามกลไกปกติ เพราะคุณสมบัติของยา ที่มีฤทธิ์ในการต้านการแข็งตัวของเลือด (อุกถวิล พัวพานิชย์, 2558) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก เช่น ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ที่ได้รับยา ASA ไรด์บับ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีกรรกรองของไตน้อยกว่า 30 ml / นาที / 1.73 m² ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดจ้ำเลือดแตกต่างจากการศึกษาของแสรวี มณีศรี และคณะ (2558) ที่พบรอยจ้ำเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับยา เฮพารินโมเลกุลต่ำของโรงพยาบาลธนบุรี ในปี 2554 ร้อยละ 53.33 และจากการศึกษาของแสงไทย ไตรยวงค์ และคณะ (2554) ที่พบรอยจ้ำเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ดื้อยาเฮพารินโมเลกุลต่ำของโรงพยาบาลมุกดาหาร ร้อยละ 66.7 รวมทั้งการศึกษาของ อุกถวิล พัวพานิชย์และคณะ (2558) ที่พบว่าเกิดรอยจ้ำเลือดร้อยละ 25.9 และจากการศึกษาของ ปานรดา นวลโสภานถน (2557) ที่ศึกษาการเกิดเลือดออกในผู้ป่วยที่ผ่าตัดข้อเข่าและได้รับยาเฮพารินโมเลกุลต่ำ จำนวน 108 รายพบว่ามีเลือดออกร้อยละ 14.93

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ค่า BMI ค่า Hct จำนวนเกล็ดเลือด (PLT) ค่า PT ค่า PTT ผลการตรวจ Tropt การมีโรคเดิม (UD) พบว่าปัจจัย

ดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ เยาวพานิชย์ และคณะ (2551) ที่พัฒนาการฉีดยาในกลุ่มตัวอย่าง / กลุ่มพบว่าการเกิดรอยจ้ำเลือดไม่แตกต่างกัน

3. ผลการสุ่มประเมินการฉีดยาของพยาบาลจำนวน 36 ครั้ง พบว่าการจัดทำผู้ป่วยและการเช็ดผิวหนังด้วยแอลกอฮอล์ และตีฉีดยาขึ้นปฏิบัติได้ร้อยละ 100 รองลงไปที่การไม่ใส่หน้ากากปฏิบัติได้ร้อยละ 97.22 เทคนิคการแทงเข็มแนวตั้งฉากตื้นๆ 30 วินาที ค้างไว้ 10 วินาที ปล่อยให้ใช้สำลีกดปฏิบัติได้ร้อยละ 94.44 การประคบเย็นบริเวณที่ฉีดทั้งก่อนและหลังฉีดประมาณ 1 นาที ปฏิบัติได้ร้อยละ 91.67 การปฏิบัติได้ต่ำสุดคือการสลัดตำแหน่งฉีดตามรูปปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 88.88 โดยสรุปพบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการฉีดยาร้อยละ 94.84 เนื่องจากพยาบาลให้ความสำคัญและมีการระมัดระวังเกี่ยวกับเทคนิคการฉีดตามแนวทางที่ทางกลุ่มการพยาบาลที่มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องในปี 2558-2561 สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี เทียงสกุลและปจจริย ศักดิ์วงษ์ ลีสกุล (2558) ที่มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเฮพารินโมเลกุลต่ำ (enoxaparin) ที่พบว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางการร้อยละ 88.37 สิ่งที่ปฏิบัติได้ต่ำคือ การส่งตรวจ CBC,PT,INR การประเมินผู้ป่วยเสี่ยงสูงรวมทั้งการรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่ามียาร้อยจ้ำเลือด ต่างจากการศึกษาของ อัมพัน ชัดวิลาศและคณะ (2551) ที่พบปัญหาการบริหารยา enoxaparin ในโรงพยาบาลแม่สอด ในปี 2549-2550 ที่พบว่าเทคนิคการฉีดยาไม่ถูกต้องร้อยละ 53.8 ฉีดยาซ้ำตำแหน่งเดิมร้อยละ 46.2 รวมทั้งไม่มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ไม่มีเอกสารหรือสื่อสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัด คือเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง การรวบรวมข้อมูลอาจไม่สมบูรณ์ เช่น ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ที่ไม่สมบูรณ์ ไม่มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสายลักษณะอักษร ขาดการบันทึกถึงปัญหาหรือขาดการประเมินผลการใช้ยาดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา ฟิงศรี. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฉีดยาด้านการแข็งตัวของเลือดเข้าใต้ผิวหนังต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณตำแหน่งฉีดยาใน CCU โรงพยาบาลลำปาง. เอกสารประกอบการนำเสนอผลงานโรงพยาบาลลำปาง.2555.ในการประชุมวันพยาบาลแห่งชาติ 17 ตุลาคม 2555, เชียงใหม่ : โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- จันทร์ภา ศรีสวัสดิ์, ต้นตัญญู นำเบญจผล, วิเชียร มลลศศิริตระกูล , อภิชัย ลีละสิริ และ วิชัย ประยูรวัฒน์ บทความพินิจวิชา Low Molecular Weight Heparin .วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต.2543.10(1) ; 67-79
- อุกถวิล พัวพานิชย์ ภัทรา ศาสตร์ศรี พัทรี พงษ์พานิช การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดรอยจ้ำเลือดหรือเลือดหลังฉีดยาด้านการแข็งตัวของเลือด ระหว่างก่อนและหลังการใช้เข็มขัด Enoxaparin สืบค้นจาก <http://www.chainathospital.org/chainatweb/assets/research/research3.pdf>. ถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2563
- มยุรี เทียงสกุล และปจจริย ศักดิ์วงษ์ลีสกุล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการไม่

- พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin. **วารสารกองการพยาบาล**.2558.42(1);113-131
- นิราวรรณ พัวพันวัฒนะ และธนุธร วงศ์ธิดา. การใช้ cold pack ร่วมกับแนวปฏิบัติในการฉีดยา Enoxaparin เพื่อลดความเจ็บปวด การเกิด ecchymosis และ hematoma ในผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome. **เชียงใหม่เวชสาร**.2554;3(1).
- ปานรดา นวลโสภานภณ และ ปวีณา สนธิสมบัติ .ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ Fondaparinuxขนาดต่ำร่วมกับ Rivaroxaban และ Enoxaparin หลังการผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพกเทียมทั้งข้อ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. **เวชสารแพทย์ทหารบก**. 2557;67:11-20
- แสงวี มณีศรี, รัชราสระทอง, ช่อทิพย์ ทองทิพย์, เกษสุณี เทศสนั่น, นันธิดา พันธศาสตร์. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการฉีดยา ด้านการแข็งตัวของเลือดเข้าใต้ผิวหนังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา.**วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. 2558;33(4);6-15.
- สุพัตรา อุปนิสาร, จารุวรรณ บุญรัตน์.การฉีดยากลุ่มเฮพารินที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำเข้าชั้นใต้ผิวหนัง: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. **Princess of Naradhiwas University Journal** 2556; 5(3):142-50.
- สุปราณี เสนาดิลัย และ วรรณภา ประไพพานิช (บรรณาธิการ).**การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ**.กรุงเทพฯ. 2547.หน้า 369
- เสาวนีย์ เนาพานิช, วันดี พุแสง, ละมัย เขียวคลี่ , พัทย์ศ รอบคอบ, พจนารถ ตัญจบุญ อ่อนจันทร์. ผลของความเย็นต่อการเกิดรอยจ้ำ เลือดหรือก้อนเลือด และความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ฉีดยาป้องกัน การแข็งตัวของเลือดใต้ผิวหนัง. **วารสารพยาบาลศิริราช**. 2551,2(2);14-22.
- สันต์ ไชยอดศิลป์.(2551). **การช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ใหญ่ ACLS 2005** : คำแนะนำและหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ Guideline and Scientific evidence. กรุงเทพฯ ,บริษัทพิมพ์สยาม
- แสงไทย ไตรยวงศ์, พัทธนี ฤกษ์ใหญ่ และสุรางค์วดี ตั้งดำรงวัฒน์ . ผลการพัฒนาเทคนิคการฉีดยาด้านการแข็งตัวของเลือดเข้าใต้ผิวหนัง ต่อการเกิดรอยจ้ำเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/อุดตันโรงพยาบาลมุกดาหาร(รายงานวิจัย)มุกดาหาร: โรงพยาบาล มุกดาหาร,2554.
- อำพัน ชัดวิลาศ, ธินารัตน์ วังกาวิ, อำพรแย้มสวน. ผลการพัฒนาคุณภาพเพื่อลดปัญหาจากการบริหารยา enoxaparin ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ปี พ.ศ. 2549-2550. **สารคดีประชากรศึกษาเวชสาร**. 2551; 5(3): 1-10.
- อัจฉริยา พงษ์นุ่ มกุล, รัตนาภรณ์ คงคา, ธนิ ษฐา สมัย. แนวปฏิบัติการใช้ยา Enoxaparin 1-10 สืบค้นจาก <http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/doc/km54/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%9B%E0%B8%8F%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%83%E0%B8%8A%E0%B9%89%E0%B8%A2%E0%B8%B2%A0Enoxaparinpdf>.