



# วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education



## H&E

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2564

VOL.6 NO.2 April - June 2021



ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ..... ปิยรัตน์ ไชยศิริวงมงคล	1
รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรม การดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ..... ชยุต หิรัญรักษ์	13
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในสมอง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ..... ภัทธีญา แตนวงศ์	20
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย ..... กมลทิพย์ กำจรเมฆกุล	29
แนวทางการถอนฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็ก ..... ชีวันนัท เหล่าพงศ์พิชญ์	39
ประสิทธิผลการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาด ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019..... ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์	53
การพยาบาลผู้ป่วยกรณีปฏิกิริยาที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการฉีดวัคซีนกลุ่มอาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมอง ..... สิริวรรณ เคนผาพงศ์	67
ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ..... พิชญ์ วชิราภากร	73
รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ..... กันตภณ ใจศิริ	83
ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวน ปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน ..... สมร ประทุมไทย	90

## บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 22 (ปีที่ 6 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา เมษายน – มิถุนายน 2564 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไต กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น การถอนฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็ก ระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปฏิริยาที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการฉีดวัคซีนกลุ่มอาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท การปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป



# ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5

## Factors related to decision making for non-dialysis in chronic kidney disease stage 5 patients

(Received: May 12,2021; Accepted: June 9,2021)

ปิยรัตน์ ไชยศิวิวมงคล

Piyarath Chaisiwamongkol

นายแพทย์ชำนาญการ หน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลยางตลาด

Registered Medical Physician Professional level Family Medicine Work Group Yangtalad Hospital

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม(case-control study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวนทั้งหมด 104 คน โดยกำหนดให้ case คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ตัดสินใจปฏิเสธฟอกไต และ control คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ตัดสินใจฟอกไต เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสุ่มตัวอย่างโดยวิธี Time frame allocation sampling เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักได้เท่ากับ 0.815 แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ด้วยแปรเชิงเดียว Chi-Square Test และการวิเคราะห์แบบพหุคูณโดยโลจิสติก กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

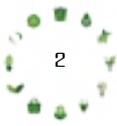
ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.05$ ) มีทั้งหมด 7 ปัจจัย ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี (Adjusted OR = 37.87 [95%CI: 4.26-336.35],  $p$ -value=0.001), สถานภาพโสด/หย่า/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (Adjusted OR = 23.21 [95%CI: 3.02-178.58],  $p$ -value=0.003), สิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Adjusted OR = 35.02 [95%CI: 1.46-838.45],  $p$ -value=0.028), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทางเรื่องพื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้านคับแคบ (Adjusted OR = 6.70 [95%CI: 1.08-45.20],  $p$ -value=0.041), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทางเรื่องการไม่มีรถส่วนตัวที่ใช้โดยสามารถโรงพยาบาล (Adjusted OR = 9.06 [95%CI: 1.38-59.38],  $p$ -value=0.022), ทศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น (Adjusted OR = 61.56 [95%CI: 1.05-3,629.40],  $p$ -value=0.048), ทศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (Adjusted OR = 53.76 [95%CI: 2.26-1,280.75],  $p$ -value=0.014) ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ปฏิเสธฟอกไต โดยตระหนักถึงปัญหาและความต้องการในพื้นที่

**คำสำคัญ :** ปัจจัย, ปฏิเสธฟอกไต

### Abstract

This Case-control study aimed to explore the factors that could be related to decision making in non-dialytic chronic kidney disease stage 5 patients. 104 CKD stage 5 patients in Yangtalad hospital were interviewed by Time frame allocation sampling. Participants were divided to 2 groups (Case: non-dialysis patients and Controls: dialysis patients). Questionnaire was used to collect demographic data and factors that may involve in decision making for non-dialytic patients. The reliability value of the questionnaire was 0.815. Data analysis was conducted inform of Frequency, Percentage, Mean(Standard deviation), Min, Max, Chi-Square test, Odds ratio(OR), 95% Confidence interval and Multiple Logistic Regression.

Results: The factors that showed significant relationship to decision making in non-dialytic patients are: Age over 65 years(Adjusted OR = 37.87 [95%CI: 4.26-336.35],  $p$ -value=0.001) Single/Divorced/Separated status(Adjusted OR = 23.21 [95%CI: 3.02-178.58],  $p$ -value=0.003), Patients under universal health coverage scheme(Adjusted OR = 35.02 [95% CI: 1.46-838.45],  $p$ -value=0.028), Small household spaces(Adjusted OR = 6.70 [95%CI: 1.08-45.20],  $p$ -value= 0.041), Lack of private



vehicles(Adjusted OR = 9.06 [95%CI: 1.38-59.38], p-value=0.022), Perceive that dialysis will worsen quality of life(Adjusted OR = 61.56 [95%CI: 1.05-3,629.40], p-value=0.048), Perceive that dialysis will shorten one's life(Adjusted OR = 53.76 [95%CI: 2.26-1,280.75], p-value=0.014,). Concerning about local needs and problems, more action researches about care system for non-dialytic chronic kidney disease stage 5 patients should be established.

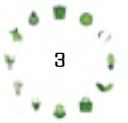
**Key word:** Factors, Non-dialysis

## บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและเป็นปัญหาต่อระบบบริการด้านสุขภาพ(ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) โดยโรคไตวายเรื้อรังจัดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 16 ของโลก(Chen et al., 2019) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ มีอัตราการเสียชีวิตสูง และมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา(Cueto-Manzano et al., 2014)

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้ดำเนินโครงการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Thai-SEEK study: Screening and Early Evaluation of Kidney Disease study)ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2550 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2551 โดยสุ่มตัวอย่างประชากรจาก 10 จังหวัด จากทุกภาคทั่วประเทศไทย จำนวน 3,459 คน ตรวจพบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ทั้งหมด ร้อยละ 17.5 ของประชากร โดยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนี้ จำนวนกว่า 2 แสนคน(Ingsathit et al., 2010) ตามแนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ของประเทศไทยนั้น มีการรักษาหลักคือ การบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) ซึ่งมี 2 วิธี คือ การฟอกไตและการปลูกถ่ายไต ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาและการรักษาแบบประคับประคองไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Non-dialysis treatment) โดยมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์แก่กายและใจของผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีนโยบาย การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Fourth option) เกิดขึ้นในปี 2560(สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตประมาณถึง 1,300 คนต่อประชากร 1 ล้านคนและคาดว่าจะควรเพิ่มเป็นประมาณ 1,400-1,500 คนต่อประชากร 1 ล้านคน ในปีพุทธศักราช 2561 หรือ

คิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงเป็นเงินประมาณ 18,000 และ 20,000 ล้านบาทต่อปีตามลำดับ(เกรียง ตั้งสงาม et al., 2562) จาก “นโยบายล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก” (PD First Policy) ได้ประกาศมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 30 ตุลาคม 2550 โดยให้เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นไป นโยบายรัฐให้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ใช้สิทธิบัตรทอง จะได้รับการล้างไตโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยให้เลือกการล้างไตทางช่องท้องเป็นอันดับแรก กรณีที่ทำการล้างไตทางช่องท้องไม่ได้ ให้ทำการล้างไตทางหลอดเลือดแทนและทุกรายมีสิทธิทำ KT(รายที่มีข้อบ่งชี้) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) นโยบายนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างทั่วถึง ซึ่งวิธีล้างไตผ่านช่องท้องนับเป็นการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เป็นมาตรฐาน ประหยัดใช้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มากและผู้ป่วยสามารถล้างไตได้เองที่บ้าน ทำให้สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ (ทวี ศิริวงศ์, 2555) การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตสามารถยืดอายุของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุประโยชน์ของการบำบัดทดแทนไตจะลดลง การดูแลแบบประคับประคองอาจส่งผลดีมากกว่า(Chandna et al., 2011) ในต่างประเทศ NICE guideline (National Institute for Health and Clinical Excellence guideline) ได้จัดการรักษาแบบไม่ฟอกไตเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย(Tomson & Duffy, 2019) มีการศึกษาแบบ systematic review รายงานว่า ค่ากลางอายุคาด (life expectancy) ของผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตอยู่ระหว่าง 6.3 เดือน ถึง 23.4 เดือน(O'Connor & Kumar, 2012) โดยการรักษาแบบไม่ฟอกไตเป็นการดูแลรักษาที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (supportive care) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและควบคุม



อาการคุกคามที่เกิดขึ้นจากภาวะไตวาย พยายามคงสภาพการทำงานไตในส่วนที่เหลือ ดูแลสภาพทางจิตใจและสภาวะทางสังคม การให้กำลังใจ การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต รวมไปถึงการดูแลประคับประคองสภาพจิตใจคนในครอบครัวและผู้ดูแล (Murtagh et al., 2009) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งที่ปฏิเสธการฟอกไตและเข้ารับการรักษาแบบไม่ฟอกไตเนื่องจากปัจจัยหลายประการ ดังนั้นการนำเสนอเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตยังไม่ใช่ภาพรวมของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สมบูรณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตคืออีกส่วนที่สำคัญที่ควรได้รับการเก็บรวบรวมเป็นภาพรวมของประเทศ เพื่อให้ทราบถึงขนาดของปัญหาและพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (อานวยพร แดงสีบัว et al., 2558)

ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าจำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในปีพุทธศักราช 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสูงเป็นอันดับ 4 ของจังหวัด รองลงมาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างตามลำดับ และพบว่ามีแนวโน้มความชุกของโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยปี พุทธศักราช 2560-2562 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 6,683 คน, 8,775 คน และ 8,938 คน ตามลำดับ ในปีพุทธศักราช 2561 มีรายงานอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังพบมากเป็นลำดับที่ 1 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2564)

โรงพยาบาลยางตลาดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2552 จนถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยในคลินิกทั้งหมดประมาณ 1,200 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยจากสถิติพบว่า จากปีพุทธศักราช 2560-2563 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกฟอกไต จำนวน 115 คน, 137 คน, 150 คน และ 171 คน ตามลำดับ และสถิติของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกไม่ฟอกไต จำนวน 76 คน, 90 คน, 72 คน และ 93 คน ตามลำดับ

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2564) ซึ่งเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งสองทางเลือก ดังนั้นนอกเหนือจากการศึกษาข้อมูลปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจฟอกไตที่ผ่านมาแล้วนั้น การศึกษาเพิ่มเติมเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตจึงมีความสำคัญเช่นกันในการดูแลปัญหาระบบสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ทั้งสองมิติให้สมบูรณ์ เพื่อนำไปพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

ถึงแม้มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลือกปฏิเสธฟอกไตมาบางพื้นที่ในประเทศไทยแล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลือกปฏิเสธฟอกไตอย่างแพร่หลายในบริบทของพื้นที่ภาคอีสาน ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในเรื่องนี้

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5

### วิธีการวิจัย

#### รูปแบบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม (case-control study) โดยกำหนดให้ case คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตและ control คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ตัดสินใจฟอกไต

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ และเข้ารับการรักษาในระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึง เดือนเมษายน 2564 ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ทั้งหมด 104 คน

### เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 และขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์



2. เป็นผู้ที่อ่านหนังสือออกและมีระดับการรู้สึกรู้ตัวดี สามารถสื่อสารได้

3. ผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการด้านการเรียนรู้และสติปัญญา หรือความพิการด้านการได้ยินและการสื่อความหมาย หรือความพิการด้านการมองเห็น

4. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

5. ผู้ป่วยที่มีอาการโรคไตเรื้อรังไม่รุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต

### เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภททุกประเภท

การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Time frame allocation sampling กำหนดขนาดตัวอย่างจากการทำ pilot study ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไต จากนั้นเลือกขนาดตัวอย่างที่สามารถเก็บข้อมูลได้จริงในจำนวนที่มากที่สุดเท่าที่จะเก็บตัวอย่างได้ โดยเลือกปัจจัยด้านครอบครัวและเศรษฐกิจในการคำนวณขนาดตัวอย่าง แล้วแทนค่าในสูตรโปรแกรม n4 Studies (Ngamjarus et al., 2016) ได้ขนาดตัวอย่าง (Sample size) = 104 ราย (case = 52, control = 52)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการวิจัยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ศาสนา สิทธิการรักษาพยาบาล ทั้งหมด 8 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามปรนัย เป็นคำถามให้เลือกตอบ (Multiple choice questions) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฟอกไตหรือปฏิเสธฟอกไต ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพบุคคล ปัจจัยด้าน

ครอบครัวและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทาง ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลเรื่องโรคไต ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านความเชื่อจิตวิญญาณ ทั้งหมด 23 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน คำนวณค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC หรือ Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.8-1 ทดสอบคุณภาพและความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.815

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ Frequency, Percentage, Mean (Standard deviation), ค่าต่ำสุด (Min), ค่าสูงสุด (Max) สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test, Odds ratio (OR), 95% Confidence interval, Multiple Logistic Regression

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขการรับรองที่ 003/2564

### ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 104 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 57.7 และ 42.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 61.4 ปี อายุมากที่สุดคือ 78 ปี อายุน้อยสุดคือ 41 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.6 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 73.1 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.0 และส่วนใหญ่เป็นสิทธิการรักษาแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 92.8



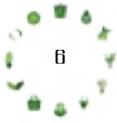
ส่วนที่ 2 การนำตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) พบมีทั้งหมด 11 ตัวแปร ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี (COR=9.67 [95%CI: 3.52-26.58],  $p$ <0.001), การศึกษาระดับประถมศึกษา (COR=3.60 [95%CI: 1.08-12.04],  $p$ =0.038), สถานภาพ โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (COR=3.50 [95%CI: 1.42-8.66],  $p$ =0.007), สิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (COR=4.18 [95%CI: 1.40-12.48],  $p$ =0.010), ปัจจัยการมีโรคร่วม 1 โรคหรือไม่มีโรคร่วม (COR=2.36 [95%CI: 1.08-5.19],  $p$ =0.032), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทางเรื่องพื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้านคับแคบ (COR=3.13 [95%CI: 1.03-9.56],  $p$ <0.001) และการไม่มีรถส่วนตัวที่ใช้โดยสารมาโรงพยาบาล (COR=9.40 [95%CI: 3.22-27.41],  $p$ <0.001), ปัจจัยด้านทัศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น (COR=25.00 [95%CI: 5.50-113.65],  $p$ <0.001) ทัศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (COR=8.06 [95%CI: 2.76-23.52],  $p$ <0.001) ทัศนคติเรื่องเคยมีประสบการณ์เห็นคนฟอกไตแล้วมีชีวิตที่ไม่ดีขึ้น (COR=4.90 [95%CI: 2.03-11.80],  $p$ =0.001) และทัศนคติเรื่องความรู้สึกไม่กลัวการฟอกไต (COR=4.20 [95%CI: 1.80-9.79],  $p$ =0.001) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการ

รับรู้ข้อมูลเรื่องโรคไตและปัจจัยด้านความเชื่อจิตวิญญาณ ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value > 0.05)

จากนั้นนำตัวแปรที่ได้ทั้งหมด 11 ตัวแปร มาควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ โดยการวิเคราะห์สถิติแบบพหุคูณถอยโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) แสดงขนาดความสัมพันธ์ควบคุมผลจากทุกตัวแปร เป็นค่า Adjusted Odds Ratio (Adjusted OR) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีทั้งสิ้น 7 ปัจจัย ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี (Adjusted OR = 37.87 [95%CI: 4.26-336.35],  $p$ -value=0.001), สถานภาพ โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (Adjusted OR = 23.21 [95%CI: 3.02-178.58],  $p$ -value=0.003), สิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Adjusted OR = 35.02 [95%CI: 1.46-838.45],  $p$ -value=0.028), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทางเรื่องพื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้านคับแคบ (Adjusted OR = 6.70 [95%CI: 1.08-45.20],  $p$ -value=0.041), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทางเรื่องการไม่มีรถส่วนตัวที่ใช้โดยสารมาโรงพยาบาล (Adjusted OR = 9.06 [95%CI: 1.38-59.38],  $p$ -value=0.022), ทัศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น (Adjusted OR = 61.56 [95%CI: 1.05-3,629.40],  $p$ -value=0.048), ทัศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (Adjusted OR = 53.76 [95%CI: 2.26-1,280.75],  $p$ -value=0.014) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธฟอกไต

ปัจจัย	ผู้ป่วยปฏิเสธฟอกไต N=52 (ร้อยละ)	ผู้ป่วยเลือกฟอกไต N=52 (ร้อยละ)	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
ข้อมูลทั่วไป						
อายุ						
อายุ 0-65 ปี	23(44.2)	46(88.5)	1.00			
อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป	29(55.8)	6(11.5)	9.67 (3.52-26.58)	<0.001	37.87(4.26-336.35)	0.001
ระดับการศึกษา						
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	4(7.8)	12(23.1)	1.00			
ระดับประถมศึกษา	48(92.3)	40(76.9)	3.60(1.08-12.04)	0.038	7.94(0.71-89.47)	0.093
สถานภาพ						



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธฟอกไต

ปัจจัย	ผู้ป่วยปฏิเสธฟอกไต N=52 (ร้อยละ)	ผู้ป่วยเลือกฟอกไต N=52 (ร้อยละ)	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
สมัคร	30(57.7)	43(82.7)	1.00			
โรค/หามาย/หยา/ร้าง/แยกกันอยู่	22(42.3)	9(17.3)	3.50(1.42-8.66)	0.007	23.21(3.02-178.58)	0.003
สิทธิ์การรักษาพยาบาล						
เบิกจ่ายตรง/ประกันสังคม/อื่นๆ	7(9.6)	16(30.8)	1.00			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47(90.4)	36(69.2)	4.18(1.40-12.48)	0.010	35.02(1.46-838.45)	0.028
ปัจจัยด้านสุขภาพบุคคล						
โรคร่วมในช่วงที่ทำนตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา						
โรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป	20(38.5)	31(59.6)	1.00			
ไม่มีโรคร่วมหรือโรคร่วม 1 โรค	32(61.5)	21(40.4)	2.36(1.08-5.19)	0.032	2.36(0.43-12.91)	0.322
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทาง						
พื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้าน						
ไม่คับแคบ	39(75.0)	47(90.4)	1.00			
คับแคบ	13(25.0)	5(9.6)	3.13(1.03-9.56)	0.045	6.70(1.08-45.20)	0.041
การมีรถส่วนตัวที่ใช้โดยสามารถไปโรงพยาบาล						
มีรถส่วนตัว	47(90.4)	26(50.0)	1.00			
ไม่มีรถส่วนตัว	5(9.6)	26(50.0)	9.40(3.22-27.41)	<0.001	9.06(1.38-59.38)	0.022
ปัจจัยด้านทัศนคติ						
ทัศนคติเรื่องคุณภาพชีวิตหลังการฟอกไต						
คุณภาพชีวิตดีขึ้น	26(50)	50(96.2)	1.00			
คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น	26(50)	2(3.8)	25.00(5.50-113.7)	<0.001	61.56(1.05-3629.4)	0.048
ทัศนคติเรื่องถ้าเลือกฟอกไตจะทำให้ท่านเสียชีวิตเร็วขึ้น						
ไม่ใช่	28(53.8)	47(90.4)	1.00			
ใช่	24(46.2)	5(9.6)	8.06(2.76-23.52)	<0.001	53.76(2.26-1280.7)	0.014
ทัศนคติเรื่องเคยมีประสบการณ์เห็นคนฟอกไตแล้วมีชีวิตดีขึ้น						
ใช่	24(46.2)	42(80.8)	1.00			
ไม่ใช่	28(53.8)	10(19.2)	4.90(2.03-11.80)	<0.001	1.00(0.13-7.48)	0.999
ทัศนคติเรื่องความรู้สึกกลัวการฟอกไต						
รู้สึกกลัว	40(76.9)	23(44.2)	1.00			
ไม่รู้สึกกลัว	12(23.1)	29(55.8)	4.20(1.80-9.79)	0.001	2.96(0.63-13.91)	0.169
เชื่อ	9(17.3)	10(19.2)	0.88(0.36-2.38)	0.800		

อภิปรายผลการวิจัย



จากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปฏิเสธฟอกไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 มีทั้งหมด 7 ปัจจัย อภิปรายผลได้ดังนี้

**1.อายุมากกว่า 65 ปี** (Adjusted OR = 37.87 [95%CI: 4.26-336.35], p-value=0.001) อายุที่มากขึ้นส่งผลโดยตรงต่อการเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย โดยผู้ที่เป็นโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 ที่สูงอายุส่วนใหญ่มีแนวโน้มการทำงานไตเสื่อมลงมากกว่าวัยหนุ่มสาว (จิรดา อรรถเมธากุล & วรณีย์ ศรีวิสัย, 2013) อายุจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการตัดสินใจเลือกการรักษาของตนเอง การศึกษาของ ญานิศา สุริยะะ บันเทิงและคณะ(2563) พบว่าเหตุผลที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ส่วนใหญ่คืออายุมาก และไม่มีคนดูแล (ญานิศา สุริยะะบรรเทิง & ภักวีร์ นาคะวิโร, 2563) การศึกษาของจักรพงษ์ เสงตระกูลเวนิช และคณะ(2563)ได้ ทำการศึกษาแบบย้อนหลัง เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธกับผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในชนบทส่วนใหญ่มักปฏิเสธการล้างไตต่อแม้ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจดังกล่าว คือ การมีอายุมากกว่า การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวมากกว่า ไม่ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวในการดูแล (จักรพงษ์ เสงตระกูลเวนิช et al., 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรตี อภิวัฒน์นาร และคณะ(2561) เรื่องปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิเสธการฟอกไตเพิ่มขึ้น ได้แก่ อายุมากกว่า 65ปี (AOR) = 3.00 [95%CI: 1.67-5.39],  $p < .001$  (อภิรตี อภิวัฒน์นาร & ชิตชนก เรือนก้อน, 2018) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kwok และคณะ(2016) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ในการตัดสินใจเลือกฟอกไตหรือไม่ฟอกไตนั้นขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ โรคร่วม การช่วยเหลือตนเอง เศรษฐกิจ โดยอธิบายเพิ่มเติมในงานวิจัยว่า การฟอกไตจะได้รับผลประโยชน์น้อยลงในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี ที่มีโรคร่วมหลายโรคหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Kwok et al., 2016) การศึกษาของ Da Silva-Gane M และคณะ (2012) พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมากและมีโรคร่วม

หลายโรคหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงสูง ประโยชน์ของการบำบัดทดแทนไตจะลดลง การดูแลแบบประคับประคอง (supportive non - dialysis care) อาจส่งผลดีมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกวิธีการรักษาด้วยการฟอกไต (Da Silva-Gane et al., 2012) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศไต้หวันของ Pei-Chun Chiang และคณะ (2016) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกการฟอกไตทางหน้าท้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ได้แก่ อายุ น้อย ระดับการศึกษาที่สูงและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ดี (Pei-Chun Chiang et al., 2016)

**2.สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่** (Adjusted OR = 23.21 [95%CI: 3.02-178.58], p-value 0.003) การศึกษาของจักรพงษ์ เสงตระกูลเวนิช และคณะ(2563) ได้ ทำการศึกษาแบบย้อนหลัง เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธกับผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจดังกล่าว คือการมีคู่สมรสเสียชีวิต (จักรพงษ์ เสงตระกูลเวนิช et al., 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรตี อภิวัฒน์นาร และคณะ(2561) พบว่าปัจจัยที่มีผลลดการปฏิเสธการฟอกไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพแต่งงาน (COR=0.62 [95%CI: 0.39-0.98],  $p=0.040$ ) (อภิรตี อภิวัฒน์นาร & ชิตชนก เรือนก้อน, 2018)

**3.สิทธิ์การรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า** (Adjusted OR = 35.02 [95% CI: 1.46-838.45], p-value=0.028) เนื่องจากรัฐบาลไทยได้มีนโยบายสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการล้างของเสียออกทางเยื่อช่องท้อง หรือ “PD-First Policy” สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ได้มีความเชื่อว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกรายควรได้รับการรักษาดังกล่าว และสถิติความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) แต่จากรายงานสถิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่



เลือกฟอกไตในปีพุทธศักราช 2560-2563 มีจำนวน 115 คน, 137 คน, 150 คน และ 171 คน ตามลำดับ และสถิติของผู้ป่วยที่เลือกปฏิเสธฟอกไต จากปี พุทธศักราช 2560-2563 มีจำนวน 76 คน, 90 คน, 72 คน และ 93 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2564) ซึ่งเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบฟอกไตและไม่ฟอกไตของผู้รับบริการมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั้งสองทางเลือก จากผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มที่ใช้สิทธิ์การรักษาแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีทั้งหมด 83 คน จากจำนวนทั้งหมด 104 คน มีกลุ่มที่ตัดสินใจเลือกปฏิเสธฟอกไตจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 90.4 และกลุ่มที่ตัดสินใจเลือกฟอกไตจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 จะเห็นได้ว่าสิทธิ์การรักษาพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

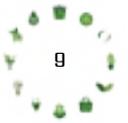
**4.พื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้านคับแคบ** (Adjusted OR = 6.70 [95%CI: 1.08-45.20], p-value 0.041) การเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องเตรียมสถานที่ให้พร้อมก่อนรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ดังนี้ ความสะอาดบ้านทั่วไป บริเวณสำหรับเปลี่ยนน้ำยาสะอาดโดยควรจัดพื้นที่แยกเป็นสัดส่วนหรือเป็นห้อง อากาศถ่ายเทสะดวกมีแสงแดดส่องถึง ห้องน้ำสะอาด มีถังขยะไว้รองรับถังน้ำยาที่ใช้แล้ว ไม่มีสัตว์เลี้ยงบริเวณที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยา มีแหล่งน้ำสะอาด มีอ่างล้างมือและก๊อกน้ำ (วานีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล et al., 2557) ซึ่งจากหลักการดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีพื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้านคับแคบ ทำให้ไม่สะดวกในการจัดสรรพื้นที่ดังกล่าวได้ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

**5.การไม่มีรถส่วนตัวที่ใช้โดยสารมาโรงพยาบาล** (Adjusted OR = 9.06 [95% CI: 1.38-59.38], p-value=0.022) การศึกษาในประเทศออสเตรเลีย ของ Morton RL และคณะ(2012) พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเลือกฟอกไตมากกว่า ถ้าได้รับการสนับสนุนเรื่องการเดินทาง และพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตมากกว่าแบบฟอกไตเมื่อต้องเพิ่มจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่

โรงพยาบาลและเมื่อมีข้อจำกัดในการเดินทางมากขึ้น (Rachael L. Morton et al., 2012) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษ ของ Chanouzas และคณะ(2012) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะห่างระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานพยาบาล ความสามารถในการดูแลและจัดการตนเอง ความเหมาะสมของวิธีการรักษากับวิถีการดำเนินชีวิตและสภาพเศรษฐกิจสังคม ดังนั้นปัจจัยเรื่องสิ่งแวดล้อมและการเดินทางจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา (Chanouzas et al., 2012)

**6.ทัศนคติเรื่องการรักษาฟอกไตทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น** (Adjusted OR = 61.56 [95%CI: 1.05-3629.40], p-value=0.048) ปัจจัยเรื่องแนวคิดและทัศนคตินั้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ล้วนมีประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาแตกต่างกันทำให้การเลือกวิธีการรักษาแตกต่างกันไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรตี อภิวัฒน์นกร และคณะ(2562) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าการฟอกไตสัมพันธ์กับการให้คุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่ กลุ่มนี้มีความเห็นว่า การมีชีวิตอยู่ต่อเป็นความทรมานอย่างหนึ่ง มีความท้อแท้หมดหวังหมดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ ประกอบอาชีพไม่ได้แล้ว เป็นภาระให้กับครอบครัวด้วย แม้กลุ่มตัวอย่างทราบดีว่าการฟอกไตเป็นวิธีที่ยืดชีวิตของผู้ป่วยได้ จึงไม่ใช่วิธีเลือกที่ดีและมีรูปแบบการให้ความหมายโดยผ่านความเชื่อ ประสบการณ์ และบริบทของแต่ละบุคคล 5 รูปแบบ ได้แก่ การฟอกไตบ่งชี้ถึงการเดินทางสู่ความตาย การฟอกไตทำให้ชีวิตอยู่ในภาวะฟุ้งเฟ้อ การฟอกไตลดทอนความสามารถในการดูแลครอบครัว การฟอกไตเปรียบเสมือนเครื่องพันธนาการ และการฟอกไตสัมพันธ์กับการให้คุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่ (อภิรตี อภิวัฒน์นกร & ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2562)

**7.ทัศนคติเรื่องการรักษาฟอกไตจะทำให้ท่านเสียชีวิตเร็วขึ้น** (Adjusted OR = 53.76 [95%CI: 2.26-1280.75], p-value=0.014) การศึกษาในประเทศออสเตรเลีย ของ Morton RL และคณะ(2010) เรื่องทัศนคติของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจเลือกการรักษาโรคไตเรื้อรังมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาทัศนคติและ



ปัจจัยที่มีผลในการตัดสินใจเลือกการรักษาโรคไตเรื้อรัง ใช้วิธีการศึกษาแบบ systematic review โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพทั้งหมด 18 งานวิจัย ซึ่งมีรายงานวิจัยที่การเลือกฟอกไตทั้งหมด 14 รายงาน รายงานวิจัยที่การเลือกเปลี่ยนถ่ายไตทั้งหมด 3 รายงาน และรายงานวิจัยที่การเลือกปรับระดับประคองทั้งหมด 1 รายงาน ผลการวิจัยสรุปได้ว่าทัศนคติในการตัดสินใจเลือกการรักษาโรคไตเรื้อรัง มีทั้งหมด 4 แนวคิด ได้แก่ 1.การเผชิญหน้ากับความตาย(การเลือกมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือการเลือกจะเสียชีวิต การมีชีวิตอยู่แบบเป็นภาระ การมีชีวิตอยู่แบบไม่แน่นอน) 2.การไม่มีทางเลือกในการรักษา(การรักษาตามหลักการแพทย์ที่มีอยู่ การไม่ได้รับข้อมูลการรักษา การมีแหล่งทรัพยากรที่จำกัด) 3.การได้รับความรู้เรื่องทางเลือกการรักษา(การรับข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังมาก่อน ระยะเวลาในการตัดสินใจและเลือกการรักษา) และ 4.การเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียในการรักษาแบบอื่นๆ (การคงสภาพของวิถีชีวิตเดิม อิทธิพลของครอบครัว การคงสภาพของสถานะสุขภาพของตนเอง XR. L. Morton et al., 2010) การศึกษาในประเทศแคนาดา ของ Harwood L และคณะ(2014) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ปฏิเสธการฟอกไตและมีอายุมากกว่า 65 ปี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ ความเชื่อ ประสบการณ์ที่ผ่านมา คุณค่าในชีวิต ผู้ป่วยไม่อยากจะฟอกไต (Harwood & Clark, 2014) ในประเทศไทยมีการศึกษาของ อำนวยพร แดงสีบัว และคณะ(2558) พบว่ามีจำนวนหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ระบุเหตุผลของการเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วย เช่น เพราะอายุมากแล้ว กลัวการฟอกไต กลัวว่าจะฟอกไตไม่เป็น ไม่อยากตายในโรงพยาบาลหรือยังไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องฟอกไต(อำนวยการ แดงสีบัว et al., 2558) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรัตน์ อภิวัฒน์นกร และคณะ(2562) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถอธิบายโรคไตวายเรื้อรังและการฟอกไตตามหลักทางชีวการแพทย์ได้ แต่

มีรูปแบบการให้ความหมายโดยผ่านความเชื่อ ประสบการณ์ และบริบทของแต่ละบุคคล ในความเข้าใจของผู้ป่วยโรคไตวายและการฟอกไตหมายถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นภาระที่น่ากลัว ทุกข์ทรมานและถึงแก่ชีวิตได้อย่างรวดเร็ว คำอธิบายรูปแบบนี้มีอยู่ 2 ลักษณะ คือ 1. การตายเป็นเรื่องธรรมดา ในกลุ่มนี้จะมีแนวคิด ที่เห็นว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา จึงยอมรับสภาวะที่เกิดขึ้น ดังคำที่สะท้อนความหมายดังกล่าวต่อไปนี้ “เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์ทุกคน” “ใช้ชีวิตมานาน คຸ້ມค่าแล้ว” “เอาแต่บุญแต่วาสนาวา” “การเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเกิดขึ้น แล้วยกให้มันเป็นไป” เมื่อแพทย์แจ้งให้ฟอกไตคล้ายเตือนว่าเวลาของชีวิตเหลือน้อยแล้ว การเลือกฟอกไตหรือไม่ ฟอกก็ ตาม ในท้ายที่สุดก็ต้องตายเหมือนกันอยู่ดี จึงเลือกที่จะไม่ฟอกไตและรองกันว่า จะจากไปเมื่อถึงเวลาอันสมควร 2. การฟอกไตเร่งสภาวะการตาย ในกลุ่มนี้ให้ ความหมายผ่านประสบการณ์ที่รับมาจากญาติ คนรู้จัก หรือผู้ที่อยู่ภายในชุมชนเดียวกันที่เป็นทุกข์กับการเป็นโรคไตและฟอกไต หรือพบว่า มีคนที่ตายในช่วงที่ฟอกไต ในขณะที่ผู้ที่ไม่ฟอกไตนั้น กลับยังคงมีชีวิตอยู่ และพบว่าในชุมชนมีผู้ที่ฟอกไตเสียชีวิตหมดหรือยังอยู่เพียงน้อยนิด กลุ่มนี้จะตัดสินใจปฏิเสธการฟอกไตมาแล้วก่อนมารับคำปรึกษาแนะนำเรื่องการฟอกไต(อภิรัตน์ อภิวัฒน์นกร & ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2562)

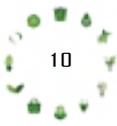
### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1.สนับสนุนการจัดตั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ปฏิเสธการฟอกไต โดยดูแลร่วมกับทีมการรักษาแบบประคับประคอง และทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)

2.สนับสนุนโครงการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและการทำ Advanced care plan(ACP)ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ปฏิเสธการฟอกไต

3.สนับสนุนโครงการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ เพื่อจัดแนวทางการรักษาให้เป็นไปตามนโยบายสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการล้างของเสีย



ออกทางเยื่อปอดหรือช่องท้อง หรือ “PD-First Policy” สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ไม่มีข้อห้ามในการฟอกไต

4.สนับสนุนการจัดสรรงบประมาณให้โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังทุกระยะและมีการติดตามประเมินผลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

#### ข้อเสนอแนะเชิงการศึกษาวิจัยในอนาคต

1.เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เพียงเขตพื้นที่เดียว ดังนั้นควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลซึ่งเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรที่แท้จริงจากหลาย ๆ พื้นที่

2.ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในกลุ่มประชากรที่อายุมากกว่าอายุ 75 ปี โดยการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นตัวแทนในกลุ่มผู้สูงอายุ

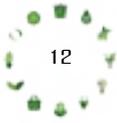
3.ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มประชากรโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เพื่อศึกษาทัศนคติ วิถีชีวิต อุปสรรคในการดูแลในบริบทของภูมิภาคอื่นๆ ในประเทศไทย

4.ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ปฏิเสธฟอกไต โดยตระหนักถึงปัญหาและความต้องการในพื้นที่

#### เอกสารอ้างอิง

- Chandna, S. M., Da Silva-Gane, M., Marshall, C., Warwicker, P., Greenwood, R. N., & Farrington, K. (2011). Survival of elderly patients with stage 5 CKD: Comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(5), 1608–1614. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq630>
- Chanouzas, D., Ng, K. P., Fallouh, B., & Baharani, J. (2012). What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage? *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(4), 1542–1547. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfr452>
- Chen, T. K., Knicely, D. H., & Grams, M. E. (2019). Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. *JAMA*, 322(13), 1294–1304. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>
- Cueto-Manzano, A. M., Cortés-Sanabria, L., Martínez-Ramírez, H. R., Rojas-Campos, E., Gómez-Navarro, B., & Castellero-Manzano, M. (2014). Prevalence of chronic kidney disease in an adult population. *Archives of Medical Research*, 45(6), 507–513. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2014.06.007>
- Da Silva-Gane, M., Wellsted, D., Greenshields, H., Norton, S., Chandna, S. M., & Farrington, K. (2012). Quality of life and survival in patients with advanced kidney failure managed conservatively or by dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 7(12), 2002–2009. <https://doi.org/10.2215/CJN.01130112>
- Harwood, L., & Clark, A. M. (2014). Dialysis modality decision-making for older adults with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3378–3390. <https://doi.org/10.1111/jocn.12582>
- Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., Ongaiyooth, L., Vanavanant, S., Sirivongs, D., Thirakhupt, P., Mittal, B., & Singh, A. K. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(5), 1567–1575. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfp669>
- Kwok, W. H., Yong, S. P., & Kwok, O. L. (2016). Outcomes in elderly patients with end-stage renal disease:

- Comparison of renal replacement therapy and conservative management. *Hong Kong Journal of Nephrology*, 19, 42–56. <https://doi.org/10.1016/j.hkjh.2016.04.002>
- Morton, R. L., Tong, A., Howard, K., Snelling, P., & Webster, A. C. (2010). The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. In *BMJ (Online)* (Vol. 340, Issue 7742, p. 350). <https://doi.org/10.1136/bmj.c112>
- Morton, Rachael L., Snelling, P., Webster, A. C., Rose, J., Masterson, R., Johnson, D. W., & Howard, K. (2012). Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *CMAJ*, 184(5), E277–E283. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111355>
- Murtagh, F. E. M., Spagnolo, A. G., Panocchia, N., & Gambaro, G. (2009). Conservative (non dialytic) management of end-stage renal disease and withdrawal of dialysis. In *Progress in Palliative Care* (Vol. 17, Issue 4, pp. 179–185). Routledge. <https://doi.org/10.1179/096992609X12455871937143>
- Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V., & McNeil, E. (2016). N4Studies: sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160–170.
- O'Connor, N. R., & Kumar, P. (2012). Conservative management of end-stage renal disease without dialysis: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 15(2), 228–235. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0207>
- Pei-Chun Chiang, Hou, J.-J., Jong, I.-C., Hung, P.-H., Chih-Yen Hsiao, Tsung-Liang Ma, & Yueh-Han Hsu. (2016). Factors Associated with the Choice of Peritoneal Dialysis in Patients with End-Stage Renal Disease. *BioMed Research International*, 2016(1), 1–7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4799809/>
- Tomson, C., & Duffy, S. (2019). Management of chronic kidney disease. *Medicine (United Kingdom)*, 47(9), 567–575. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2019.06.011>
- เกรียง ตั้งสง่า, ธีรวัฒน์ ธนชยานนท์, เมธี จันทร์พิทักษ์กุล, ธีรยุทธ เจียมจริยาภรณ์, มรกต สมพันธ์, & ศัลยเวทย์ เลขะกุล. (2562). การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลอำเภอ และโดยพยาบาลชุมชน ของ รพ.สต.” (ธีรวัฒน์ ธนชยานนท์ (ed.); 1st ed.). สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์.
- จักรพงษ์ เสงตะกุลเวนิช, กนกวรรณ พรหมชาติ, สุชัญญา พรหมนิ่ม, นภาพร บุญยีน, จิตาพร อินทพงษ์, ภัทราภรณ์ มีศิริ, วินัย สัมมิตร, & เกรียง ตั้งสง่า. (2563). การศึกษาแบบย้อนหลังเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ระหว่างผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธกับผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต. *วารสารกรรมการแพทย์*, 45(4), 111–121.
- ญานิศ สิริยะบรรเทิง, & ภัควีร์ นาคะวิโร. (2563). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10, 49–60.
- ทวี ศิริวงศ์. (2555). PD First Policy. In *กรุงเทพมหานคร*.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). Current Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand. *Journal of the Department of Medical Services*, 40(5), 5–18.
- วานีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล, สกาวดี ดอกเทียน, ชนัญทิพย์ เรียงวิโรจน์กิจ, ปัญญภัสส์ ปานจันทร์, & ปัทมา เต็มบุญ. (2557). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องสำหรับประชาชน* (1st ed., Vol. 60).



<https://www.slideshare.net/UtaiSukvivatsirikul/2557-63628961>

- วิรดา อรรถเมธากุล, & วรณีย์ ศรีวิสัย. (2013). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. *JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH*, 7(2), 18-28.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). *คำแนะนำการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560* (1st ed.). บริษัทเท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชันจำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2564). *HDC - Dashboard*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กาฬสินธุ์. <https://hdc2.kalasin.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559 การบริหารงบประมาณผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง* (1st ed.). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- อภิรดี อภิวัฒน์นगर, & ชิดชนก เรือนำอน. (2018). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุตรดิตถ์. *Boromajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 10(2), 29-43.
- อภิรดี อภิวัฒน์นगर, & ศศิธร ไชยประสิทธิ์. (2562). การปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุตรดิตถ์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(6), 546-551.
- อำนวยการ แดงสีบัว, อัจฉราวรรณ โตภาคงาม, สัจจะ ตติยานุพันธ์วงศ์, & จุฬารณณ์ ลิ้มวัฒนานนท์. (2558). การติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกรับการรักษาแบบไม่ฟอกไต. *Journal of Health System Research*, 9 ( 2 ) , 1 8 1 -1 9 2 . [http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4288/hsri\\_journal\\_v9n2\\_p181.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4288/hsri_journal_v9n2_p181.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

# รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอ ห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

## Comprehension enhancing model of elderly care activities of elderly caregivers Khamyai sub-district Huai Mek district Kalasin province.

(Received: April 26,2021; Accepted: May 18,2021)

ชยุต หิรัญรักษ์

Chayut Hiranrak

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ระดับความเข้าใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน มิถุนายน 2563 – กันยายน 2563 รวมทั้งสิ้น 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ รวมทั้งสิ้น 60 คน เก็บข้อมูลโดย แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากดำเนินงานความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (pมากกว่า.05 ทุกค่า) โดยที่หลังการดำเนินการ มีความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มากกว่าก่อนดำเนินการ (tมีค่าเป็นลบทุกค่า)

คำสำคัญ : ความเข้าใจ , ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

### ABSTRACT

This research was action research aimed to studied elderly care activities , elderly caregivers comprehension and studied Comprehension enhancing model of elderly care activities of elderly caregivers Khamyai sub-district Huai Mek district Kalasin province. The study period is between June 2020 -September 2020, totaling 3 months. Sample size were 60 of elderly caregivers Khamyai sub-district Huai Mek district Kalasin province. Data were collected by questionnaire and analyzed by content analysis , mean , standard deviation and dependent t-test.

The study found that after operation total and aspect comprehension of elderly care activities of elderly caregivers Khamyai sub-district Huai Mek district Kalasin province had statistically significant difference at the .05 level (p more than .05 for all values). After operation comprehension of elderly care activities of elderly caregivers more than before operation (t was all negative).

Keyword : comprehension , elderly caregivers

### บทนำ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุข จึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ใน พ.ศ. 2559 โลกของเรามีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้

เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทย ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยได้เพิ่มช้าลงอย่างมาก ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มด้วยอัตราที่เร่งเร็วขึ้น ในปี 2503 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1 ล้านคน หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 4 ของ



ประชากร 26 ล้านคนเท่านั้น จนถึงปี 2548 เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นปีแรกเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากร 63 ล้านคน หรือเท่ากับมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน ในปี 2559 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2559) องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป (60+) โดยเป็นนิยามนี้ นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่า ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยาม ผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิดตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้ว มักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศ อาจนิยามผู้สูงอายุ ตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูง อายุ อยู่ใน ช่วง 55-75 ปี (World Health Organization, 2002)

วัยผู้สูงอายุผลจากการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมที่เกิดขึ้นซึ่งจะมีปัญหาที่เกิดขึ้นและพบบ่อยจะเห็นได้ว่า ปัญหาของผู้สูงอายุมีหลายมิติที่ซับซ้อนนอกจากนี้ยังรวมไปถึงปัญหาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เป็นปัจจัยการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เช่น มีบันไดหลายชั้น มีทางต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ ตลอดจนปัญหาทางด้านความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งความรู้ทักษะทางการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ขึ้น เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลและศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาระดับความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

## วิธีการวิจัย

### รูปแบบงานวิจัย

รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีตัวแปรต้น คือ รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ และตัวแปรตาม ได้แก่ ความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 12 หมู่บ้าน ละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกระบวนการ ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้แบบสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ กิจกรรมที่ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ต้องดำเนินการโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผูกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัด

กาฬสินธุ์ เป็นแบบเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มี  
เกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด  
มาก หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นมาก  
ปานกลาง หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นปาน  
กลาง  
น้อย หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นน้อย  
น้อยที่สุด หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นน้อย

ที่สุด

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 ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ  
ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง ( Validity ) โดยนำ  
แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา  
ตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิด  
และข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้  
เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำ  
แบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้  
เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ ( Try  
Out ) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่ม  
ตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำ  
แบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความ  
เชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา  
ของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง  
เท่ากับ .792

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการ  
ดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วย  
เม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย  
ดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุใน  
พื้นที่
2. การวิเคราะห์วัตถุประสงค์และเป้าหมายของ  
กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่
3. การศึกษาระดับความเข้าใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแล  
ผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่  
อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่

4.1 การอบรมให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ  
เกี่ยวกับกิจกรรมที่ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบล  
คำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ต้องดำเนินการ  
โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4.2 ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลคำ  
ใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ กิจกรรมดูแล  
ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้  
(กลุ่มติดสังคม) กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง  
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และกิจกรรมดูแล  
ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ  
หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)

4.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

5. สรุปผลของการเสริมสร้างความเข้าใจใน  
กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมา  
ประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณ  
โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิง  
พรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจง  
ความถี่(Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage)  
ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\bar{x}$ ) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( S.D.)  
สถิติเชิงอนุมาน ( Inferential Statistics ) โดย  
กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

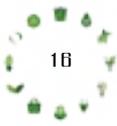
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การ  
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
กาฬสินธุ์

### ผลการวิจัย

1. กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่  
ประกอบด้วย กิจกรรมสำหรับสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งตนเอง  
ได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)  
กิจกรรมสำหรับสำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง  
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และ กิจกรรม  
สำหรับสำหรับผู้สูงอายุผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้



ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)

2. ระดับความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและการดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) อยู่ในระดับ มาก ส่วนระดับความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) อยู่ในระดับปานกลาง

3. การเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่

อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่คือ การบรรยายฝึกปฏิบัติ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4. ระดับความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ โดยรวมและการดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) อยู่ในระดับ มาก ส่วนระดับความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) อยู่ในระดับมากที่สุด

5. การเปรียบเทียบความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ติดสังคม	3.39	0.31	4.10	0.05	59	-9.679	.000	-	-.56586
ติดบ้าน	3.46	0.14	4.09	0.32	59	-	.000	-	-.52984
ติดบ้าน(2.1)	3.41	0.24	4.12	0.39	59	-	.000	-	-.57599
ติดบ้าน(2.2)	3.52	0.18	4.06	0.33	59	-	.000	-	-.43341
ติดเตียง	3.42	0.21	4.20	0.30	59	-	.000	-	-.65879
ติดเตียง(3.1)	3.43	0.25	4.18	0.32	59	-	.000	-	-.62122
ติดเตียง(3.2)	3.41	0.27	4.21	0.04	59	-	.000	-	-.65131
รวม	3.43	0.13	4.13	0.29	59	-	.000	-	-.61531
						15.861		.79298	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า ความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p มากกว่า .05 ทุกค่า) โดยที่หลังการดำเนินการ มีความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของ

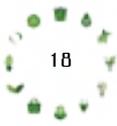
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบทุกค่า)

### สรุปและอภิปรายผล

กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ประกอบด้วย กิจกรรมสำหรับสำหรับผู้สูงอายุที่

พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) กิจกรรมสำหรับสำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และ กิจกรรมสำหรับสำหรับผู้สูงอายุผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) แต่พบว่าระดับความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและการดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) อยู่ในระดับ มาก ส่วนระดับความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อดำเนินการเสริมสร้างความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่คือ การบรรยาย ฝึกปฏิบัติ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2557) ได้ศึกษาการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ใช้เทคนิคการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย 1) การเตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่ายการทำงาน ทั้งผู้สูงอายุและกลไกต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ได้แกนนำชุมชนอย่างแท้จริง 2) การประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกับผู้สูงอายุ โดยทีมวิจัย 3) การประเมินบทบาทหน้าที่และศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่กำหนดไว้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรอื่นๆ ครอบครัวและคนในชุมชน 4) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสะท้อนกลับให้ชุมชน

เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และออกแบบโครงการ/กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5) การพัฒนาต่อยอดโครงการ/กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง 6) การเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ วิพากษ์ข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างหลากหลายจากบุคคลภายในและภายนอกโครงการ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจากกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ระดับความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ โดยรวมและการดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)อยู่ในระดับ มาก ส่วนระดับความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p มากกว่า .05 ทุกค่า) โดยที่หลังการดำเนินการ มีความเข้าใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบทุกค่า) สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแล และระยะที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสนทนากลุ่มแบบสัมภาษณ์เชิงลึก คู่มือรูปแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ



แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลที่ใช้รูปแบบ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้ม และสนทนากัน ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=12.22$  ;  $p$ -value  $<.001$ ) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนระยะการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญพึงพอใจรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปสามารถให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ (2559) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคกอำเภอกะชังศรีวิชัย จังหวัด

ร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางการสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ 3 สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 78.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในครั้งนี้เกิดจากการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชนผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จนทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง

### ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ต้องสร้างเวทีการมีส่วนร่วมขึ้นในชุมชนให้โอกาสภาคีเครือข่ายได้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนี่ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้นำชุมชน
2. ควรศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ร่วมกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2559). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ : บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด. 2559
- World Health Organization.(2002). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. 2002. URL <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่.
- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรสิริพงษ์; วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์; พัชณี วินิจจะกุล; วราพร ศรีสุพรรณ; สุภัตรา ศรีวิณิชชากร. (2562). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2562
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน.(2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แถวเพี้ย.(2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคกอำเภอกะชังจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. ปีที่ : 23 ฉบับที่ : 2 เลขหน้า : 79-87 ปีพ.ศ. : 2559



## การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในสมอง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Nursing care of Cerebral Hemorrhage patient in Kalasin Hospital

(Received: April 28,2021; Accepted: June 1,2021)

ภัทธีญา แตนวงศ์

Patteeya Danwong

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในสมอง เป็นรูปแบบกรณีศึกษาโดยคัดเลือกผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง เข้ามารับการรักษานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน มิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 2 ราย

#### ผลการศึกษา:

**กรณีศึกษารายที่ 1** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี อาการสำคัญดื่มสุราขับรถจักรยานยนต์ล้มเองสลบมีอาการปวดศีรษะอาเจียน 2 ครั้ง มีเลือดออกหูด้านขวา เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมงได้รับการดูแลรักษาด้วยการส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง สังเกตอาการทางสมองร่วมกับให้ยาแก้อักเสบและควบคุมอาการปวดผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 5 วัน แพทย์วินิจฉัยโรค Thin SDH at bilateral tentorial cerebelli and Diffuse brain swelling

**กรณีศึกษารายที่ 2** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษา เดินข้ามถนนถูกรถยนต์ชนมีแผลฉีกขาดที่ศีรษะพุดจาสำบนระดับความรู้สึกตัวลดต่ำลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีภาวะ Cardiac arrest ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพและส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบภาวะเลือดออกในสมองได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองร่วมกับการให้ยา หลังการรักษาอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การวินิจฉัยโรค Traumatic Epidural Hemorrhage, Subarachnoid Hemorrhage, Subdural hemorrhage, Closed Fracture Left Acetabulum ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 7 วัน

**คำสำคัญ :** การบาดเจ็บที่ศีรษะ, ภาวะเลือดออกในสมอง, การพยาบาลเฉพาะทางในภาวะวิกฤติ

### Abstract

This study aimed to analyze and compare nursing patients with head injury with cerebral hemorrhage. It was a case study which selective directly as two patients with cerebral hemorrhage. They were admitted to Kalasin hospital during June - December 2020.

#### RESULTS:

Case study 1: A 54-year-old Thai male patient, came with main symptoms of drinking alcohol, driving a motorcycle, falling on their own, falling asleep, having headache, vomiting twice, bleeding on the right ear which was found as a hour before coming to the hospital. He was diagnosed with computer x-ray examination and found that was a hemorrhage in the brain. After has observed in brain symptoms with anticonvulsants and pain control. The patient's symptoms improved accordingly. Finally, doctor discharged



him to his home. To sum up his duration of hospital stay as 5 days with Thin SDH at bilateral tentorial cerebelli and diffuse brain swelling.

Case study 2: A 79-year-old Thai female patient, came with important symptoms receiving treatment during walked across the road, she was hit by a car, had a wound and was torn . she was examine and found with spoke confused, the level of consciousness dropped. After 2 hours before coming to the hospital, while receiving treatment, the patient with cardiac arrest was resuscitated and sent for computer x-ray examination. Give medicine After treatment, the patient's condition improved accordingly. Patients returned home. Diagnosis of Traumatic Epidural Hemorrhage, Subarachnoid Hemorrhage, Subdural hemorrhage, Closed Fracture Left Acetabulum 7 days of hospital stay.

**KEYWORDS:** Head injury, Brain hemorrhage, emergency nursing care delivery

## บทนำ

ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยบนท้องถนน (Global Report on Road Safety 2018) โดยองค์การอนามัยโลก พบว่า การบาดเจ็บ และสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา พบอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนสูงถึง 1.25 ล้านคนต่อปี และจะเพิ่มเป็น 1.35 ล้านคน ในอีกสามปี หรือเฉลี่ย 3,700 คน ต่อวัน (World Health Organization:2013) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ รถจักรยานยนต์ และคนเดินถนนตามลำดับ ประเทศไทยมีรายงานอุบัติการณ์ผู้บาดเจ็บจาก อุบัติเหตุจราจรระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้อัตราตายในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลง แต่อัตราเฉลี่ย ในรอบ 6 ปี ยังมี สัดส่วนที่สูง เป็นอันดับ 2 ของโลก และอันดับ 1 ของเอเชีย (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2561) และพบว่า มีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ โดยได้รับอันตรายที่สมอง เป็นอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูงสุด ถึงร้อยละ 29 โดยแบ่งเป็นบาดเจ็บรุนแรง ร้อยละ 8.8 บาดเจ็บปานกลาง ร้อยละ 5.1 และบาดเจ็บเล็กน้อยร้อยละ 86.1 (Bureau of Epidemiology, 2013)

การบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพ เกิดความ

ผิดปกติ ด้านการรู้คิด ร่างกายผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว มีปัญหาด้านจิต อารมณ์ และพฤติกรรม มีปัญหาด้านการเข้าสังคม และสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย (สวิง ปันจัยสิทธิ์, 2556) สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในระหว่าง พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีจำนวน 759,675 และ 947 รายตามลำดับ มีการเสียชีวิตจำนวน 254,198 และ 235 รายตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 37.8% (สถิติข้อมูลศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2562) นอกจากนี้แล้ว ในปี พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมา การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง ตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลผู้ป่วยในตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้ได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต และระยะฟื้นฟูต่อเนื่อง ยังพบความไม่ครอบคลุม และไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลที่ดี อันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และในบางรายยังมีความพิการเกิดขึ้น

ดังนั้นผู้ศึกษา จึงสนใจเลือกศึกษาเปรียบเทียบ การดูแลทางการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง จำนวน 2 ราย โดยมีกรอบ



การศึกษาในประเด็น ประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วมของผู้ป่วย ประวัติแบบแผนในการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ นำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ เพื่อนำมาวางแผนให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีทางการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ปกติ ไม่กลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม รวมทั้งพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ดีให้เกิดขึ้นในหน่วยบริการต่อไป

### วัตถุประสงค์:

1. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง จำนวน 2 ราย

2. เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง

### วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคบาดเจ็บที่ศีรษะและเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย

### ผลการศึกษา

#### ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	54	79
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา 6	ประถมศึกษา 4
สถานภาพสมรส	สมรส	หม้าย
อาชีพ	รับจ้าง	ทำนา
สิทธิการรักษา	ประกันภัย พ.ร.บ./บัตรทอง	ประกันภัย พ.ร.บ./บัตรทอง
ภูมิลำเนา	จังหวัดกาฬสินธุ์	จังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษา	12 กันยายน 2563	12 กันยายน 2563
วันที่จำหน่าย	17 กันยายน 2563	17 กันยายน 2563

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

3. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษเอ็กซเรย์ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์

4. ศึกษาค้นคว้าจากหลักการและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมอง ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยแผนการรักษา นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ

5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

8. เรียบเรียงและเขียนผลงาน

9. จัดพิมพ์รูปเล่มเป็นนอกระบบวิชาการ

การวินิจฉัยโรค	Thin SDH at bilateral tentorial cerebelli and Diffuse brain swelling	Traumatic Epidural Hemorrhage, Subarachnoid Hemorrhage, Subdural hemorrhage, Closed Fracture Left Acetabulum
การผ่าตัด	-	Ganicyotomy with remove dot
อาการสำคัญที่โรงพยาบาล	ตื่นสุราซึบรถจักรยานยนต์ล้มเอง สลบมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน 2 ครั้ง มีเลือดออกหูด้านขวา เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง	เดินข้ามถนนถูกรถยนต์ชนมีแผลฉีกขาดที่ศีรษะ พุดจา สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1 วันก่อนมาผู้ป่วยตื่นสุราซึบรถจักรยานยนต์ล้มเอง สลบมีอาการปวดศีรษะร่วมกับอาเจียน 2 ครั้งมีเลือดออกหูด้านขวา ผลเบื้องต้นแย่ง รก กู้ชีพนำส่งที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	2 ชั่วโมงก่อนมา ถูกรถยนต์ชนขณะกำลังเดินข้ามถนนมีแผลฉีกขาดที่ศีรษะ ความจำสับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผลเบื้องต้นแย่ง รก กู้ชีพ นำส่ง โรงพยาบาลคำมวง ขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลคำมวงระดับความรู้สึกตัวลดลงประเมิน GCSE1V1M2 แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ห้ามเลือดแผลที่บริเวณศีรษะนำส่งที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรถกู้ชีพพร้อมพยาบาลนำส่ง
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิสโรโรคประจำตัว ปฏิสโรโรคติดต่อทางพันธุกรรมและโรคเรื้อรังต่างๆ	มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรับการรักษาด้วยการรับประทานยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อาการแรกเริ่ม	แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวถมชัดเจน มีเลือดออกที่หูด้านขวา และงุมูกด้านขวาไม่Active bleedมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น ร่วมกับมีคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง ไม่มีภาวะ Cyanosis capillary refill > 2 sec แขนด้านขวา On 0.9%NSS 1000 ml vein rate 120 ml/hr สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 81 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ 128 /72 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	ประเมินสภาพผู้ป่วย GCS E1V1M1 pupil 4 mm RTL BE สัญญาณชีพ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 93 /74 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมี Cardiac arrest คลื่นชีพจรไม่ได้ EKG ตรวจพบ Ventricular fibrillation Oxygen saturation = 85%

ตารางที่ 2 การประเมินร่างกายตามระบบ

ระบบที่ตรวจ	ผลการตรวจกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผลการตรวจกรณีศึกษาครั้งที่ 2
2.General appearance	Thai male, Good consciousness, looked fatigue BW 44.50 Kg. สูง 164 cm. BMI = 17.38	The elderly Thai female, Semi-consciousness, looked weak, not pale jaundice BW 60 Kg. BH 160 cm. BMI= 22.43
3.HEENT	Not pale conjunctive, no pale sdera, no edematous of eyelids, no neck engorged.	Not pale conjunctive, Lacerations wound at scalp 7cms with hematoma at right eyelid
4.Heart	Normal S1, S2, no murmur	ผู้ป่วยมี Cardiac arrest คลื่นชีพจรไม่ได้ EKG ตรวจพบ Ventricular fibrillation
5.Lungs	Clear both lung	Lung Clear, no crepitation
6.Abdomen	Abdomen soft normal active bowel sound	Abdomen mild guarding tender , Liver was just palpable, normal active bowel sound
7. Genitourinary	CVA not tender	CVA not tender



ระบบที่ตรวจ	ผลการตรวจกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผลการตรวจกรณีศึกษาครั้งที่ 2
7.Extremities	No edema, no rash, no petechiae	No edema ,no petting
8.Neurosign	GCS E4V5M6 pupil 3mm RTLBE ,stiff neck negative Motor power grade V	E1VTM1 pupil 4 mm RTL BE Motor power grade 0

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบ บ แ ผ น สุขภาพ	ชายไทย 54 ปี ต่อมสุราขับขีรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกกันน็อก	หญิงไทย 79 ปี ขณะเดินข้ามถนนถูกรถยนต์ชนมีแผลลักษณะที่ศีรษะ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การเกิดอุบัติเหตุมีความต่างกัน กรณีศึกษาครั้งที่ 1 เกิดจากอุบัติเหตุจากรถร่วมกับดื่มสุราไม่สวมหมวกกันน็อก ส่วนกรณีศึกษาครั้งที่ 2 ปล่อยจากอุบัติเหตุจากรถ แต่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยจากการประมาทในการข้ามถนนและความประมาทของกรณีในการขับขี่รถยนต์
2. พยาธิสภาวะ อาการและอาการแสดง	แรกเริ่ม GCS E4V5M6 pupil 3 mm react to light both eyes มีเลือดออกที่หูด้านขวา และ จมูกด้านขวาไม่ Active bleed มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย 05.30น. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น GCS E4V5M6 pupil 3 mm react to light both eyes Pain Score 10 คะแนน อาเจียน 2 ครั้ง สัญญาณชีพ ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ 130/74 mmHg	ผู้ป่วย GCS E1VTM1 pupil 4 mm react to light both eyes. สัญญาณชีพ 37. 1 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 93/74 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมี Cardiac arrest คล่าชีพจรไม่ได้ EKG ตรวจพบ Ventricular fibrillation	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ระดับความรู้สึกรับผิดชอบ ต่อมาผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง อาการที่พบได้แก่ปวดศีรษะ มีอาเจียนมากขึ้น ส่วนในรายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง มาถึงแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่รู้สึกรับผิดชอบชีพจรไม่ได้
3. แผนการรักษา	ส่งตรวจ CT Scan Brain Emergency ผลตรวจพบ Thin SDH at bilateral tentorial cerebelli and Diffuse brain swelling ยาต่อเนื่อง -Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง -Dilantin 100 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง -Plasil 10 mg pain for nausea vomiting -Observe V/S, N/S ทุก 1 ชั่วโมง	-Defibrillation 200 J x 5 ครั้ง -10% calcium gluconate 20 ml vein push -7.5% NaHco3 100 ml vein push, Adrenaline(1:1000) 1 ml ทุก 3 นาที x 7 ครั้ง -On Volume Control tidal volume 450 Fio2 0.1 RR=16 IE 1:2 PEEP 5 - Monitor EKG -DTX stat 65 mg% ได้รับ 50% glucose 50 ml vein push ประเมิน DTX ซ้ำ = 98 mg% -0.9%NSS 1000ml rate 60ml/hr ส่งตรวจ CT Scan Brain + C-Spine ผลการตรวจพบ Epidural hematoma at right parietal area size 3.4 x2.7cm -Consult Neurosurgeon -Set OR Craniectomy with remove dot	แผนการรักษาผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการสังเกตอาการทางสมอง ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ชัก และยาแก้อาเจียน ส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ส่วนในรายที่ 2 ผู้ป่วยไม่รู้สึกรับผิดชอบ ไม่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาช่วยฟื้นคืนชีพ Adrenaline, 10% calcium gluconate, 7.5% NaHco3 100 ml vein push อีกทั้งยังมีปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้รับ 50% glucose 50 ml vein push และใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Volume Control และส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์และรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะและยาห้ามเลือดออก

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3.แผนการรักษาเปรียบเทียบ		-Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง -Dilantin 100 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง -Transmine 2 amp M ทุก 8 ชั่วโมง -Vit K 10 mg M OD -plasil 10 mg iv ทุก ชั่วโมง pm for nausea vomiting จง PRC 4 unit, FFP 4 unit เตรีมยา Cefazolin 1 gm. ไป OR - Dilantin 1000 mg ไป OR -Manitol 250 mg ไป OR -Record V/S, N/S ผ่าตัด Craniectomy with remove clot	ร่วมกับให้ยากันชัก อีกทั้งรายที่ 2 มีการSet ผ่าตัด ผ่าตัดเอาบางส่วนของกะโหลกศีรษะออก เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองและมีภาวะสมองบวมเพื่อให้สมองได้มีการขยายพื้นที่ ออกนอกกะโหลกและลดแรงกดเบียดในสมอง การเตรียมผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เตรียมเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการฉุกเฉิน เตรีมยาเตรียมผู้ป่วยและแจ้งญาติในภาวะวิกฤติและฉุกเฉินให้ญาติได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยพยาบาล	1.เกิดการเปลี่ยนแปลงแรงดันกำซาบของเนื้อเยื่อสมอง 2.เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง 3.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 4.ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะ 5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล	1. มีภาวะ Cardiac arrest 2.เกิดการเปลี่ยนแปลงแรงดันกำซาบของเนื้อเยื่อสมอง 3.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ประสิทธิภาพการหายใจลดลง 4. มีภาวะHypoglycemia 5. เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเจ็บที่ศีรษะ 7. ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค	จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายกันคือ 1) เกิดการเปลี่ยนแปลงแรงดันกำซาบของเนื้อเยื่อสมอง 2) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง 3) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 4)ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะ 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ส่วน ข้อวินิจฉัยที่มีความต่างคือ 1) มีภาวะ Cardiac arrest 2) มีภาวะ Hypoglycemia
5.การปฏิบัติการพยาบาล 5.1ระยะวิกฤติ	-ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 1/2-1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่ -ให้ออกซิเจน Cannula 3 lit/min ตามแผนการรักษา -จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา -ให้นอนพักทำกิจกรรมบนเตียง -งดน้ำและอาหาร -ให้0.9%NSS M rate 80 ml/hr -บันทึกสารน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง -ลดปัจจัยที่ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น -ให้ยาตามแผนการรักษา คือยาปฏิชีวนะ ป้องกันการช้ำ ยาป้องกันเลือดออก ป้องกันการอาเจียน	-กดหน้าหัวใจที่หน้าอก - Defibrillation 200 J x 5 ครั้ง -10% calcium gluconate 20 ml vein push -7.5% NaHco3 100 ml vein push, Adrenaline(1:1000) 1 ml ทุก 3 นาที x 7 ครั้ง -On Volume Control FiO2 0.1 RR=16 IE 1:2 PEEP 5 -ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที จนกว่าอาการจะคงที่ - Monitor EKG -ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา	กรณีศึกษา2รายได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤติอย่างครอบคลุม เป้าหมายคือลดความดันในกะโหลกศีรษะให้เลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอลดภาวะแทรกซ้อนจากสมองจนกว่าจะคงที่ ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ตั้งแต่เริ่มแรกให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินจะเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติเป็นเรื่องที่สำคัญการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรายที่ 1



ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	<p>-ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>-ส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>-ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและแผนการรักษา</p>	<p>-DTX stat 65 mg% ให้ ยา 50% glucose 50 ml vein push</p> <p>-ประเมิน DTX ซ้ำ = 98 mg%</p> <p>-0.9%NSS 1000ml rate 60ml/hr</p> <p>-ส่งตรวจ CT Scan Brain + C-Spine ผลการตรวจ พบ Epidural hematoma at right parietal area size 3.4 x2.7cm</p> <p>-Consult Neurosurgeon</p> <p>-Set OR Craniectomy with remove clot</p> <p>-เตรียมผ่าตัด ได้แก่ ด้านร่างกาย เลือด ผล Lab ย</p> <p>-ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและแผนการรักษา</p>	<p>ได้รับการรักษาด้วยการสังเกตอาการทางสมอง ขณะให้การพยาบาลพบปัญหาความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากอาการแสดงทางคลินิก ได้แก่ ปวดศีรษะ และอาเจียนจึงได้ตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพิ่มเติมและให้ยารักษาภาวะเลือดออกในสมอง</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจากภาวะเลือดออกในสมอง หลังจากทำให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตฉุกเฉินผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกแพทย์มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดแรงดันในสมองและเอาก้อนเลือดในสมองออก</p>
<p>5.การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>5.2 ระยะ ดูแล ต่อเนื่องและฟื้นฟู</p>	<p>-ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>-Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง</p> <p>-Dilantin 100 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>-Plasil 10 mg pain for nausea vomiting</p> <p>-Record V/S, N/S</p> <p>-ส่งเข้ารักษาหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน สังเกตอาหารทางสมอง</p>	<p>-ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>-Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง</p> <p>-Dilantin 100 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>-Transmine 2 amp IV ทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>-Vit K 10 mg IV OD</p> <p>-plasil 10 mg iv ทุก ชั่วโมง pm for nausea vomiting</p> <p>จง PRC 4 unit, FFP 4 unit</p> <p>เตรียมยา Cefazolin 1 gm. ไป OR</p> <p>- Dilantin 1000 mg ไป OR</p> <p>-Manitol 250 mg ไป OR</p> <p>-Record V/S, N/S</p> <p>-Record Uline out put</p> <p>-Consult Orthopedic</p> <p>-Consult PM&amp;R</p>	<p>เมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤตแล้วพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยตามแผนการรักษา ตามแผนการรักษาให้ครอบคลุมปัญหา และทัน เวลา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น</p> <p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะและยารักษาภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด ยาแก้อักเสบ ยาป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนส่วนในรายที่ 2 ได้รับยาลดสมองบวมและยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด</p>
5.3 ระยะวางแผนจำหน่าย	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 กลับบ้านได้อาการทางระบบประสาทปกติ GCS E4V5M6 pupil 3mm reac to light bote eye Motor powergradeV ให้คำแนะนำการสังเกตภาวะมีเลือดออกในสมองได้ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 2 กลับบ้านได้อาการทางระบบประสาทปกติ GCS E4V3M6 pupil 3mm reac to light bote eye Motor power gradeV มี ปัญหา Closed Fracture Left Acetabulum แพทย์มีแผนการรักษาให้ Bed rest 1 ผู้ป่วยมีความบกพร่องเรื่องการกลืนและการสำลัก ส่งปรึกษา นักกิจกรรมบำบัดฝึกกลืนได้ดี ไม่สำ ได้ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลในการเฝ้าระวังและประเมินอาการผิดปกติที่เสี่ยงต่อการสำลักและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง</p>	<p>เนื่องจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ มีแผนการรักษาให้กลับมาพบแพทย์ 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา และได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน</p>

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กรณีศึกษาที่
		ทางสมองให้ผู้ดูแลรับทราบถ้ามีอาการผิดปกติดังกล่าวให้มาพบแพทย์ ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน	

### ผลลัพธ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลครอบคลุมตามมาตรฐาน การพยาบาล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ญาติและผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี

กรณีศึกษารายที่ 1 พบว่ามีปัญหาของภาวะเลือดออกในสมองมีอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกขณะนอนสังเกตอาการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินหลังจากตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบภาวะเลือดออกในสมอง หลังรับการรักษาด้วยยาและการสังเกตอาการทางสมอง ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนคือหัวใจหยุดเต้นจากภาวะศีรษะได้รับบาดเจ็บรุนแรง แต่หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพ กดนวดหัวใจ กระตุ้นหัวใจร่วมกับการให้ยาอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับและได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติมด้วยการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบภาวะเลือดออกในสมองและรักษาภาวะเลือดออกในสมองด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดแรงดันในสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือมีภาวะเลือดออกในสมองประสิทธิภาพการหายใจลดลง มีภาวะกระดูกหักบริเวณ Left Acetabulum หลังผ่าตัดพบปัญหาการกลืนและขาอ่อนแรงต้องปรึกษาแพทย์กายภาพบำบัดเพื่อประเมินการกลืน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบองค์รวมมีการประเมินจากสหสาขาวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เพื่อให้กลับไปดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

### อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สมองพบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 มี Subdural hematoma at right parietal area แต่ กรณีศึกษารายที่ 2 มี Epidural hematoma at right parietal area size 3.4x2.7cm ทำให้มีพยาธิสภาพร้ายแรงกว่ารายที่ 1 และระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลงเร็วกว่า GCS E1VTM1การมีเลือดออกในสมองร่วม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและทรุดลงเร็ว จนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการฟื้นคืนชีพและได้รับการรักษาด้วยการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อหาตำแหน่งเลือดออกในสมองและผ่าตัดด่วนเพื่อเอาก้อนเลือดออกทั้งแพทย์และพยาบาลต้องใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการประเมิน และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วรวมทั้งเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดจนผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของโรคได้ การเฝ้าระวังและการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่ต้องมีการประเมินเบื้องต้นหรือการคัดกรองที่รวดเร็ว (รุ่งนภา เขียวชะอำ ,2560) รวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที่วงที่ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะลดอัตราการตายและการพิการของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การประเมินซ้ำในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทุกรายหรือการทำ Secondary survey จะช่วยให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางสมองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากหน่วยงานเพื่อช่วยให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลง



ทางสมอง ช่วยในการวินิจฉัยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ (ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

### ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อผ่านการคัดกรองจากด่านหน้าด้วยการทำ Triage เบื้องต้นจากจุดคัดกรองแล้ว เมื่อเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจ Primary survey ในระหว่างการดูแลอย่างละเอียดรอบคอบและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างทันที่ และมี การประเมินซ้ำ Secondary survey ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยหรือก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ควรจัดเป็นแนวปฏิบัติในการให้พยาบาลและการดูแลในภาวะวิกฤติที่ชัดเจนเป็นระบบ

2. ควรพัฒนาทักษะและฟื้นฟูความรู้เชี่ยวชาญในด้านประสาทและศัลยศาสตร์ให้กับพยาบาลอย่างเป็นระบบ เสริมสร้างความสามารถในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือชีวิตในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3. ควรเสริมพลังอำนาจและความมั่นใจให้กับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและฟื้นฟูที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านการเผชิญปัญหาในระยยะวิกฤติและฉุกเฉิน การจัดการการดูแลระหว่างการรักษา การแก้ปัญหาอย่างเป็นองค์รวมเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วยและญาติในการกลับไปสู่ชีวิตปกติได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ:2562.
- World Health Organization [WHO]. Road traffic injury. Retrieved August 18,2014, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/en/2013>.
- Bureau of Epidemiology. (2013). Accident information in Thailand 2556.Nonthaburi: Office of Bureau of Epidemiology. National statistic office Ministry of information and communication technology.
- สวิง ปันจัยสิทธิ์, นครชัย เพื่อนปฐุม และกุลพัฒน์ วีรสาร. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. เข้าถึงจาก <http://pni.go.th/Pnigoth/wpcontent/uploads/2013/10/Clinical-Practice-Guidelines-for-Traumatic-Brain-Injury.pdf>.2556.
- สถิติข้อมูล งานศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. 2562
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์. แบบฟอร์ม Nursing Care Plan (รายงานการวางแผนการพยาบาล)สืบค้นจาก <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VmsnmlXgWNUJ:www.bcnspm.wacth/main/files/file%2520Academic/Form%2520Nursing%2520care%2520plan.doc+&cd=2&hl=th&ct=clnk&gl=th>
- รุ่งนภา เขียวชะอำ,ชดช้อย วัฒนนะ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม. Journal of Phrapokkiao Nursing College 2017:28 (1) :133-143.
- ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข .บริษัท พอส เพอร์สพัลส์จำกัด; 2562.

## การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

### Nursing care of Non ST- elevation myocardial infarction (NSTEMI) patient with Congestive heart failure in Kalasin Hospital : 2 case studies

(Received: April 28,2021; Accepted: June 1,2021)

กมลทิพย์ กำจรมณูกุล

Kamoltip Kamjornmenukul

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Registered Nurse Professional Level Kalasin Hospital

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระยะเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียน การประเมินอาการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยกลับบ้าน

**ผลการศึกษา :** จากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล ชักประวัติ ประเมินอาการ เฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีส่วนร่วม ตั้งแต่การประเมิน การคัดกรองโอกาสเสี่ยง การประสานงานกับทีมสหสาขา การให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ครอบคลุมมีประสิทธิภาพทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต ผู้รับบริการพึงพอใจ บุคลากรมีความปลอดภัย

**คำสำคัญ :** ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI) , ภาวะหัวใจล้มเหลว, การพยาบาล

#### Abstract

The is a comparative study of two case studied the nursing care of Non ST- elevation myocardial infarction (NSTEMI) patients with Congestive heart failure who are admitted to the female medicine department in Kalasin Hospital. Two case studies in the critical care phase, continuous care phase and the discharge phase. The data was collected by patient's history, patient relative, physical examination and medical record to identify problems and needs of patient. Bring the information come to make plans for nursing, nursing diagnosis using Gordon's 11 -base health model concept. Orem self-care theory, palliative care. There is ongoing evaluation of nursing until the patient goes home.

Result: In both case studies, nurse played an important role in patient's history, assessment, careful monitoring. The ability to screen, assess symptoms, Predictive of risk, coordinate with a multidisciplinary team and give information are required to provide medical treatment, providing patients with prompt, comprehensive and effective care. The goals for patient and health care worker safety.

Keywords: Non ST- elevation myocardial infarction (NSTEMI), Congestive heart failure, Nursing.

#### บทนำ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) เป็นกลุ่มอาการที่บ่งบอกถึงภาวะการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรุนแรง ระยะเวลาการอุดตันที่นานขึ้นจะเพิ่มพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆ ของ



คนไทยที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปีพ.ศ.2554 มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด 22.5 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มมาเป็น 31.8 ในปีพ.ศ.2560 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยเฉพาะผู้ป่วย ST elevation myocardial infarction (STEMI) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 17 ในปีพ.ศ.2545 เหลือประมาณร้อยละ 10 ในปีพ.ศ.2561 หากติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป 1 ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงโดยผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตร้อยละ 14 ส่วนผู้ป่วย NSTEMI เสียชีวิตที่ 1 ปีมากถึงร้อยละ 25 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ ทั้งในการให้การวินิจฉัยด้วยความรวดเร็ว การให้การรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตในระยะยาว จากสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปีพ.ศ.2561 ถึง 2563 พบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับการรักษา จำนวน 388, 285, 254 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 8.515% ,6.31% และ 8.26%ตามลำดับ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น หรือ NSTEMI-ACS เป็นโรคที่พบได้บ่อย และมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง ดังนั้นการวินิจฉัยและรักษา ควรเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ การวินิจฉัยผู้ป่วย NSTEMI-ACS เริ่มต้นด้วยการซักประวัติและตรวจร่างกาย ผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก หรืออาการเหนื่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีอาการเฉียบพลัน ควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลอย่างเร่งด่วน โดยควรทำภายใน 10 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการและ EKG ที่เข้าได้กับ NSTEMI-ACS อย่างชัดเจน อาจพิจารณาเริ่มให้การรักษากับ DAPT

ได้เลย แต่หากอาการและ EKG ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างชัดเจน ให้รอผลการตรวจ cardiac troponins ประกอบการวินิจฉัยก่อนให้ DAPT สาเหตุการเกิดเนื่องจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติดังกล่าว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง บุหรี่ โรคอ้วนลงพุง เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าในเพศหญิง ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายและภาวะเครียด ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนั้นตีบร้อยละ 50 หรือมากกว่า อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่นอาการเจ็บแน่นอก ใจสั่น เหนื่อยออก เหนื่อยขณะออกกำลังกาย เป็นลมหมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน สามารถแบ่งกลุ่มอาการทางคลินิกได้ 2 กลุ่มคือ ภาวะเค้นอกคงที่ (Stable angina) และภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) ซึ่งส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกนานเกิน 20 นาที โดยไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายหรืออารมณ์ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2551) ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อนอาจพบอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่มีความรุนแรง หรือความถี่มากกว่าปกติ หรืออาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่นอาการเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว ใจสั่น หัวใจเต้นจังหวะ ในรายที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 40 จะมีอาการรุนแรงและพบภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) และร้อยละ 85 มักเสียชีวิต(สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557)

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นโรงพยาบาลหลักในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีภาวะแทรกซ้อน และเนื่องจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างครบวงจร จึงต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ซึ่งเป็นการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูง หากที่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา และให้การพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว มีประสิทธิภาพจะสามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย ให้ความรู้ เสริมพลังให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล จะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

### วิธีการศึกษา

เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย จากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) เลือกกรณีศึกษา โดยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในโรงพยาบาลอยู่อย่างน้อย 3 วัน มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือไตวายเรื้อรัง ที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 31 พฤษภาคม 2564 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกตและการปฏิบัติการพยาบาล ได้กรณีศึกษาที่น่าสนใจ มีความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรค การรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 2 ราย 2) ดำเนินการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) ดำเนินการวิเคราะห์ กรณีศึกษา โดย

ประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน การดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ การพยาบาลแบบประคับประคองและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

### เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย 3) แบบบันทึกแบบแผนสุขภาพ 4) แบบบันทึกวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

### ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยคู่ อายุ 66 ปี เชื้อชาติไทย มาด้วย 15 ชั่วโมงก่อนมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ 3 ชั่วโมงก่อนมาหายใจหอบ เหนื่อยมาก ถึง ER รพช.สมเด็จ อัตรการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ,O2 sat 60 % on ETT tube ก่อน refer มา,EKG ที่ รพช.: NSR, no ST change ไม่ได้ตรวจ Troponin T การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ดี อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มี murmur ปอดมี crepitation และฟังได้เสียง wheezing ทั้ง 2 ข้าง มีอาการบวมที่ขาทั้ง 2 ข้าง pitting edema 1+ ค่า Troponin T positive 137 และ 167 ขณะรักษาตัวผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะการหายใจล้มเหลว รับประทานเกล็ดเลือด Enoxaparin 0.4 ml sc. ทุก 12 ชั่วโมง x 3 วัน และยา Plavix (75) 1 tab oral pc. OD ,ASA (81) 1 tab oral pc. OD ใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 5 วัน ไม่มีภาวะปอดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีภาวะน้ำเกินจากภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยตอบสนองต่อการให้ยาขับปัสสาวะ อาการบวมลดลง มีภาวะซีดจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่วนบนและ CKD stage 4 มีภาวะ Hypokalemia และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการและมีอาการดีขึ้น ถอดเครื่องช่วย

หายใจได้ในวันที่ 5 ของการรักษา แพทย์วางแผนส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลแม่ข่ายคือรพศ.ขอนแก่น และวางแผนการรักษาทดแทนไต เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิเสธการรักษาทดแทนไตและการรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยได้เลือกการรักษาแบบประคับประคองและการรักษาตามอาการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยอาการทุเลา รวมอยู่โรงพยาบาล 7 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยคู่ อายุ 77 ปี เชื้อชาติไทย มาด้วย 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนอนรู้สึกเจ็บแน่นใต้ลิ้นปี่ ราวไปที่ต้นคอซ้าย เจ็บเหมือนมีอะไรมาทับ pain score 10/10 หายใจลำบาก อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ,O<sub>2</sub> saturation 89 % on

O<sub>2</sub> mask with bag 10 ltr/min ไอแห้งๆ ไม่มีไข้ ปัสสาวะออกน้อย มีอาการบวมที่ขาทั้ง 2 ข้าง pitting edema 1+ ปอดมี crepitation ทั้ง 2 ข้าง มีประวัติเคยรักษาโรคหัวใจขาดเลือดและเคยได้รับการตรวจสวนหัวใจ ที่โรงพยาบาลขอนแก่นเมื่อ 3 ปีที่แล้ว ค่า Troponin T ครั้งแรกที่รพช. Negative ครั้งที่ 2 ที่รพช. 82 และ ที่รพช.กาฬสินธุ์ 216 อัตราการเต้นของหัวใจ irregular HR 90 ครั้ง/นาที EKG ST depress II,III AVF ผล Echocardiogram : Cardiomyopathy with mild MR, LVEF 38 % ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด Enoxaparin 0.4 ml sc.ทุก 12 ชั่วโมง x 3 วัน และยา Plavix (75) 1 tab oral pc. OD ASA (81) 1 tab oral pc. OD อาการทั่วไปดีขึ้น จำหน่ายทุเลาและส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเพิ่มเติม

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	66 ปี	77 ปี
วันรับการรักษา	21-28 ธันวาคม 2563	16-19 ธันวาคม 2563
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล	7 วัน	3 วัน
อาการสำคัญ	หายใจหอบเหนื่อย มก 3 ชั่วโมง	แน่นหน้าอกใต้ลิ้นปี่ เป็นก่อนม 8 ชั่วโมง
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	15 ชั่วโมง มีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ 3 ชั่วโมงก่อนมา หายใจหอบมาก ถึง ER รพช.สมเด็จ อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ,O <sub>2</sub> sat 60 % on ETT tube ก่อน refer ม EKG ที่รพช.: NSR, no ST change	8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนอนรู้สึกเจ็บแน่นใต้ลิ้นปี่ ราวไปที่ต้นคอซ้าย เจ็บเหมือนมีอะไรมาทับ pain score 10/10 หายใจลำบาก ไอแห้งๆ ไม่มีไข้ ไม่มีบวม ปัสสาวะออกดี EKG ที่รพช.: ST depress II,III AVF
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวานประเภทที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 4 รับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จ	มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวานประเภทที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 3 รับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าคันโท และโรคหัวใจขาดเลือด ได้รับการรักษาและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
ประวัติ แพทย์และสารเสพติด	ปฏิเสธแพทย์ ไม่สูบบุหรี่/สารเสพติด/ไม่ดื่มสุรา ปฏิเสธการใช้สมุนไพร	ปฏิเสธแพทย์ ไม่สูบบุหรี่/สารเสพติด/ไม่ดื่มสุรา ปฏิเสธการใช้สมุนไพร
การตรวจร่างกายแรกรับ	S : เหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ ไอ O : หายใจหอบ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ,O <sub>2</sub> saturation 100 % ที่ On ETT ขนาด 7 มิลลิเมตร ลึก 18 เซนติเมตร retain NG tube : coffee ground 10 ml retain urine catheter : urine ออกดีดสาย Lung : Crepitation , wheezing both lung Extremities : pitting edema 1+ both leg Heart : regular , no murmur	S : หายใจหอบเหนื่อย แน่นกลางอกใต้ลิ้นปี่ ราวไปที่ต้นคอซ้าย เจ็บหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับ Painscore 10/10 ไอแห้งๆ นอนราบไม่ได้ O : หายใจหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ,O <sub>2</sub> saturation 89 % on O <sub>2</sub> mask with bag 10 ltr/min retain urine catheter : urine ออก 100 ml Lung : Crepitation both lung Extremities : pitting edema 1+ both leg Heart : irregular HR , HR 90 ครั้ง/นาที

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	HEENT : pale, no jaundice PR : yellow feces	HEENT : pale, no jaundice
CXR	Cardiomegaly , Reticulonodular infiltration	Crepitation both lung
EKG	Normal sinus rhythm, no ST change	ST depress II, III AVF
Troponin T	ครั้งที่ 1 = 137 ครั้งที่ 2 = 167	ครั้งที่ 1 = negative ครั้งที่ 2 = 82 ครั้งที่ 3 = 216
Echo	-	Cardiomyopathy with mild MR, LVEF 38 %
การวินิจฉัยแรกรับ	CHF with Respiratory failure	CHF 2.NSTEMI 3.DM type 2,HT,IHD
สัญญาณชีพแรกรับ	อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที (เครื่องช่วยหายใจ) ความดันโลหิต 119/67 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/68 มิลลิเมตรปรอท
การวินิจฉัยสุดท้าย	NSTEMI with CHF	NSTEMI with CHF
การรักษา	-Tazocin 1 gm. iv ทุก 8 ชั่วโมง -Azithromycin 500 mg. iv OD -Losec 40 mg. iv ทุก 12 ชั่วโมง -Lasix 40 mg. iv -PRC 1 unit iv in 3 ชั่วโมง -ASA (300 mg) 1 tab oral stat Then ASA (81) 1 tab oral pc OD -Plavix (75) 1 tab oral stat then Plavix (75) 1 tab oral pc OD -Enoxaparin 0.4 ml sc ทุก 12 ชั่วโมง X 3 day -Simvastatin (20) 1 tab oral hs. -on Ventilator สามารถ off ETT ได้ในวันที่ 5 ของการรักษา -DTX keep 80-200 mg% -Hct. Keep ≥ 25 % -เข้ารักษาใน ICU สามารถย้ายออกจาก ICU ในวันที่ 5 ของการรักษา -record IO keep urine > 400 ml/8 ชั่วโมง - plan refer for CAG (ผู้ป่วยปฏิเสธ) - Plan RRT (ผู้ป่วยปฏิเสธ) - Palliative care -FU OPD cardio clinic	- ASA (V) 1 tab oral stat Then ASA (81) 1 tab oral pc OD -Plavix (75) 1 tab oral stat then Plavix (75) 1 tab oral pc OD - Lasix 40 mg. iv -Enoxaparin 0.4 ml sc ทุก 12 ชั่วโมง X 3 day -Losec (20) 1 tab oral ac OD -DTX keep 80-200 mg% -record IO - Echocardiogram - Refer รพท.ขอนแก่น OPD case
อาการก่อนจำหน่าย	รู้สึกตัวดี หายใจได้เองปกติ ไม่หอบเหนื่อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก นอนราบได้ ไม่บวม ไม่มีไข้ อ่อนเพลีย ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการรักษาทดแทนไต และปฏิเสธการทำ CAG เข้าใจและยอมรับแนวทางการรักษาแบบประคับประคองและการรักษาตามอาการ	รู้สึกตัวดี หายใจได้เองปกติ ไม่หอบเหนื่อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก นอนราบได้ ไม่บวม ไม่มีไข้ อ่อนเพลีย ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพของกอร์ดอน

สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัย



ทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน คลายความวิตกกังวล มีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแล

รักษาต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลตัวเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาล**

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
1. มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) ให้ตรงตามตำแหน่งที่ระบุไว้ใบบันทึกทางการพยาบาล</li> <li>2. ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ และติดตามค่าปริมาตรปอด (Tidal volume) สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น อาการหายใจหอบ ซีพเร็ว ปลายมือ ปลายเท้า เยื่อเมือกซีด เป็นต้น</li> <li>3. ดูแลการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ระดับสูง (High PEEP) ตามแผนการรักษา โดยต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เช่น ความดันโลหิตต่ำจากการมีความดันในทรวงอกเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้ลดลง ถุงลมแตก (Pneumothorax) เป็นต้น (พุทธพงศ์ นิสิตรา, 2561)</li> <li>4. ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เช่น ABG, Chest X-ray เป็นต้น</li> <li>5. ดูแลการให้สารน้ำและอาหารอย่างถูกต้องตาม แผนการรักษาของแพทย์</li> <li>6. ดูแลการให้ยาตามแผนการรักษา และปรับลด หรือเพิ่มตามแผนการรักษา และประเมินอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา</li> <li>7. ดูแลการให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา</li> <li>8. ประเมินและบันทึกสารน้ำเข้า - ออก จากร่างกายทุก 4 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษาของ แพทย์</li> <li>9. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรก จากนั้นปรับเป็นทุก 1 ชั่วโมง เมื่อไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ</li> </ol>
	2. มีภาวะน้ำเกินจากภาวะหัวใจล้มเหลว	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดให้นอนศีรษะสูง</li> <li>2. จำกัดกิจกรรมในช่วงที่มีอาการหายใจลำบาก</li> <li>3. ประเมินอาการ อาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว Right side HF : หายใจหอบเหนื่อย ไอมีเสมหะเป็นฟอง นอนราบไม่ได้ ฟังปอดได้ยินเสียงเบลงมี crepitation Left side HF : PND (paroxysmal Nocturnal dyspnea)</li> <li>4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา</li> <li>5. ติดตามสัญญาณชีพตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและ อาการแสดงทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรก จากนั้น ปรับเป็นทุก 1 และ 4 ชั่วโมง เมื่อไม่มีการเปลี่ยนแปลง ของสัญญาณชีพ</li> <li>6. ควบคุมการให้สารน้ำ ควรใช้เครื่องควบคุมอัตราการหยดของสารน้ำ</li> <li>7. จำกัดน้ำดื่มตามแผนรักษา</li> <li>8. จำกัดเกลือในอาหารและเครื่องดื่ม</li> <li>9. ให้ยขับปัสสาวะตามแผนการรักษา</li> <li>10. บันทึกสารน้ำเข้าและออก ทุก 8 ชั่วโมง</li> </ol>
3. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	3. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดูแลให้ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดตามแผนการรักษา (DAT)</li> <li>2. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์/ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา</li> <li>3. ดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา</li> </ol>

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
		4.ดูแลให้ Bed rest 5.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา keep O2 sat > 90 % 6.ประเมินและเฝ้าระวังอาการเจ็บหน้าอก ลักษณะ ความรุนแรง อาการเจ็บร้าว ระยะเวลาที่เป็น 7.ดูแลให้ได้รับยา Isordil sl ตามแผนการรักษา 8. บันทึก EKG 12 lead เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก 9.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอาการและ อาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรก จากนั้น ปรับเป็นทุก 1 และ 4 ชั่วโมง เมื่อไม่มีการเปลี่ยนแปลง ของสัญญาณชีพ 10.เฝ้าระวังการ อาการแสดงภาวะ cardiogenic shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบา ความดันโลหิตต่ำ
4.เสี่ยงต่อการเกิดปอดติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ		1.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอาการและ อาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรก จากนั้น ปรับเป็นทุก 1 ชั่วโมง เมื่อไม่มีการเปลี่ยนแปลง ของสัญญาณชีพ 2.ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน VAP : WHAPO W: weaning daily assessment : Weaning protocol H: Hand hygiene A: Aseptic Precaution : นอนศีรษะสูง 30-45 ° : Cuff pressure ทุก 8 ชั่วโมง P: Precaution contamination : เหน้าโน Curcuite : suction เมื่อจำเป็น โดยใช้ aseptic technique O: oral care ด้วย 0.12 % cohexidine ทุก 12 ชม
5.ซีด อ่อนเลี้ย จากเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน CKD stage 4		1.ดูแลให้ Bed rest 2.ติดตามค่า Hct. ตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้ได้รับส่วนประกอบของเลือด ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการได้รับเลือด 4. ประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น อาเจียนเป็น coffee ground /เป็นเลือด ,ถ่ายดำ 5.แนะนำการป้องกันการเกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ 6.แนะนำป้องกันการเกิดแผลตกหล่นจากอาการเพลีย วิงเวียนศีรษะ
6.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	6.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	1.มอบหมายพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะราย 2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้บอกเล่าความรู้สึก ความต้องการ 3.ให้ข้อมูลเรื่องการรักษา อาการ การปฏิบัติตัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา 5.ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ 6.จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน
7.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	1.ประเมินความรู้ ทักษะคติ และการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ 2.ให้ความรู้ ตาม DMETHODE D-Diagnosis: ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การควบคุมโรคเช่นการควบคุมระดับน้ำตาล ไขมัน ความดันโลหิต วิธีการรักษา

## ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
		<p>M-Medicine: แนะนำการใช้ยา สรรพคุณของ ยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา การจัดเก็บ ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย</p> <p>E - Environment : การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย</p> <p>T-Treatment: การเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ อาการที่ต้องกลับพบแพทย์ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก บวม หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟอง ลูกบิโตนกลางคืน ฯ</p> <p>การจัดการอาการ/การดูแลตัวเองเบื้องต้น เช่น การฉายาได้ลิ้น</p> <p>H-Health: การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>O-Out patient: การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้เคียงกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน , โทร 1669</p> <p>D-Diet คือการเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลักเลี้ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตราย งด อาหารเค็ม จำกัดน้ำดื่ม</p>
8.มีภาวะ Hypokalemia		<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ประเมินอาการทั่วไป เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เหน็บชา ท้องผูก หัวใจเต้นผิดจังหวะ</li> <li>2.ดูแลให้ได้รับ 0.9%NSS 1000 ml+ KCL 60 mEq iv drip 20 ml/hr.</li> <li>3.เฝ้าระวังภาวะ Hyperkalemia เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก การหายใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ</li> <li>4.เฝ้าระวังภาวะ Exacerbation จากการบริหารยา HAD</li> <li>5.ประเมินและติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</li> <li>6.ติดตามค่า serum K ตามแผนการรักษา</li> <li>7.บันทึก IO ทุก 8 ชั่วโมง</li> </ol>

### อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยใช้การประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนเป็นกรอบในการประเมิน ทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวม และสามารถระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ถึงการวางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลอย่างชัดเจน ซึ่งจากการดูแลรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าได้รับการวินิจฉัยโรคที่เหมือนกันคือ NSTEMI-ACS ที่มีภาวะแทรกซ้อนคือ ภาวะหัวใจล้มเหลว และมีกระบวนการตรวจวินิจฉัยด้วยการอ่านผล EKG และตรวจหา Cardiac enzyme ผล Troponin T สูงทั้ง 2

ราย ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่ทั้ง 2 ราย มีเหมือนกัน คือเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วมทั้ง DM, HT, CKD ซึ่งเป็นโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด แต่พบว่าอาการนำและความรุนแรงที่มาโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน โดยในกรณีศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาลด้วยภาวะภาวะหายใจล้มเหลว ร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว ได้รับการรักษาโดย On ETT จาก รพช. ก่อน refer มา EKG , no ST change ทำให้ไม่สามารถวินิจฉัย NSTEMI-ACS ได้ ตั้งแต่ครั้งแรก และวินิจฉัยได้ที่หอผู้ป่วย ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 สามารถวินิจฉัย NSTEMI-ACS with CHF ได้ตั้งแต่แรกพบ. เนื่องจากมีอาการเข้าได้กับ NSTEMI-ACS และ Troponin T ให้ผล Positive จะเห็นได้ว่าอาการวินิจฉัย NSTEMI-ACS มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องวิเคราะห์จากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการคัดกรอง การประเมินและการเฝ้าระวังอาการ ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

เพื่อให้สามารถ ประเมิน คัดกรองและวินิจฉัยและ  
คาดการณ์ปัญหาพร้อมกับทีมได้ และทั้ง 2 รายมี  
ภาวะแทรกซ้อนเหมือนกันคือภาวะ CHF แต่ใน  
กรณีศึกษาที่ 1 มีความรุนแรงมากกว่า ซึ่งอาจเกิดได้  
จากหลายปัจจัยทั้งด้านพยาธิสภาพของโรคและโรค  
ร่วมคือไตวายระยะที่ 4 ภาวะเลือดออกในกระเพาะ  
อาหาร ภาวะช็อค และด้านตัวผู้ป่วยเองที่ขาดความรู้ใน  
การดูแลตัวเอง การควบคุมโรคร่วม รวมถึงการรับรู้  
สภาวะของโรค ไม่ทราบอาการที่ต้องรีบไปพบแพทย์  
หรือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นต้น จึงทำ  
ให้กรณีศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่รุนแรง  
ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องได้เข้ารับการรักษานใน  
ICU ส่งผลให้มีระยะเวลาในการรักษานานกว่า และมี  
ค่าใช้จ่ายและใช้ทรัพยากรในการรักษามากกว่า  
นอกจากนี้ในกรณีศึกษาที่ 1 ได้เข้ารับการรักษานแบบ  
ประคับประคองและรักษาตามอาการ ซึ่งได้รับข้อมูล  
เรื่องแผนการรักษา การพยากรณ์โรคจากทีมสุขภาพ  
โดยมีผู้ป่วยและญาติร่วมตัดสินใจในการรักษาดังกล่าว  
ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติโรคร่วมคือ IHD, CKD  
stage 3 ที่เคยได้รับการรักษาโดยการสวนหัวใจที่รพ.ศูนย์  
ขอนแก่นเมื่อ 3-4 ปีมาแล้ว ทำให้มีความรู้เรื่องอาการ  
อาการแสดง และเข้าใจในกระบวนการรักษา โดย  
กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการเสริมพลังจากทีมสห  
สาขา โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ ในการ  
ประเมินปัญหา ความต้องการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย  
ปลอดภัยสามารถดูแลตนเองได้ ป้องกันการ  
กลับมานอนโรงพยาบาลและเพื่อภาวะสุขภาพและ  
คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

### ข้อเสนอแนะ

### เอกสารอ้างอิง

- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, จารุกัญญ์ พริกบุญจันทร์. (2560). การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ. กรุงเทพฯ: บริษัทสุขุมวิทการ  
พิมพ์ จำกัด
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา
- พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ, พญ.เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย(สำหรับบุคลากร  
ทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์
- มณฑิรา มณีรัตนพร และคณะ. (2561). อายุรศาสตร์ทันยุค 2561. กรุงเทพฯ: พรีนเอเบิล
- วิจิตรา กุสมม์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์



- สถาบันบาราศนราดูร. (2552). แนวทางปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(2551).แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจขาดในประเทศไทย ปี 2551. กรุงเทพฯ
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(2557).แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี 2557. กรุงเทพฯ
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(2563).แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563. กรุงเทพฯ
- สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสาพันธ์ภักตี. (บรรณาธิการ).การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บุรณาการสู่การ ปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด
- จันทร์ทิวา เจียรณัย. (2553). ประมวลสาระการสอน วิชา แนวคิดพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## แนวทางการถอนฟันนกรามแท้ซี่แรกในเด็ก

### Guidelines for extractions of First permanent molars in children: To treat or to extract

(Received: May 4,2021; Accepted: June 1,2021)

ชีวันนัท เหล่าพงศ์พิชญ์

Cheewanun Laupongpitch

ทันตแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลภุมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

#### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการตรวจรักษาผู้ป่วยในการเลือกถอนฟันนกรามแท้ซี่แรกได้อย่างเหมาะสมที่สุดกับพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีทันตแพทย์เฉพาะทางด้านจัดฟัน ศึกษาในผู้ป่วยเด็กตั้งแต่มีฟันนกรามแท้ซี่แรกขึ้นมากในช่องปากช่วงอายุ 6-7 ปีและอยู่ในช่วงฟันชุดผสม การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการรวบรวมความรู้ทางวิชาการ โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากวารสารและหนังสือต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีเนื้อหาสอดคล้อง หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลจากวารสารและหนังสือทั้งหมด โดยการแบ่งเป็นหัวข้อดังนี้ 1)พัฒนาการของฟันนกรามแท้ซี่แรก 2)ความสำคัญของฟันนกรามแท้ซี่แรก 3)แนวทางในการเลือกถอนฟันนกรามแท้ซี่แรก 4)เวลาที่เหมาะสมในการถอนฟันนกรามแท้ซี่แรก 5)ผลมาจากการถอนฟันนกรามแท้ซี่แรก ผลจากการศึกษาค้นคว้าได้เป็นแนวทางในการถอนฟันนกรามแท้ซี่แรกในเด็กสำหรับทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นดังนี้ 1)เวลาที่ควรถอน ในขากรรไกรบน ประมาณอายุที่ 10.5 ปี ในขากรรไกรล่างประมาณอายุที่ 8-9 ปีโดยต้องมีการถ่ายภาพรังสีร่วมด้วยให้เห็นฟันนกรามแท้ซี่ที่สอง 2)การพิจารณาทำการถอนเพื่อปรับสมดุลและการถอนฟันคู่สบ ให้ทำได้เฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีการสบฟันประเภทที่ 1 การสบฟันประเภทอื่นให้ส่งปรึกษาทันตแพทย์จัดฟัน แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ควรบอกผลที่ตามมา หรือให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการจัดการช่องว่างที่เกิดขึ้นหลังจากการถอนฟันแก่ผู้ปกครอง

**คำสำคัญ :** ฟันนกรามแท้ซี่แรก, การถอนฟัน, แนวทางการถอนฟันนกรามแท้ซี่แรกในเด็ก

#### ABSTRACT

This study was documentary research aimed to studied guidelines for extractions of First permanent molars(FPM) in children and most suitable for the area of community hospital without orthodontist. It was studied in children since the First permanent molars(FPM) erupted into the oral cavity at the age of 6-7 years and was in the mixed dentition stage. Data collection by reviewing literature from local and international journals and the books . Data analysis into topics 1) Development of the first permanent molar. 2) Importance of the first permanent molar. 3) Guidelines for extractions of the first permanent molar 4) Ideal timing of the first permanent molar extraction. 5) Consequences. The results were as guideline for extractions of First permanent molar in children for general dentist and other specialty dentist, 1) Ideal timing for extraction in upper arch approximately age 10.5 years and lower arch approximately age 8-9 years with radiography is required to show the second permanent molar development.2)Balancing and Compensating extraction can only be performed in children with type 1 occlusion. For other types of occlusion, refer to the orthodontist. But if you can't do it, you should tell the consequences or give parents additional advice on how to manage the space after tooth extraction.

**Key word:** First permanent molar, extraction, Guidelines for extractions of First permanent molars in children.

#### บทนำ

ฟันนกรามแท้ซี่แรก (First permanent molar: FPM) ได้รับการยกให้เป็นฟันซี่ที่มีการผุมากที่สุดในช่วงฟันชุดผสม เนื่องจากมีโครงสร้างทางกายวิภาคของฟันผิวด้าน

บดเคี้ยวที่มักเกิดการกักเก็บอาหารรวมทั้งตำแหน่งของฟันในขากรรไกรเด็กที่ยากต่อการเข้าถึงทำความสะอาด และช่วงเวลาของฟันซี่นี้ที่ขึ้นมาเร็วนับเป็นฟันแท้ซี่แรกๆ ที่เกิดในช่องปากอยู่ในช่วงฟันชุดผสม ซึ่งในบางครั้ง



ผู้ปกครองเข้าใจผิดคิดว่าเป็นฟันน้ำนม ทำให้ละเลยในการดูแลรักษา และมักจะถูกทำลายโดยโรคฟันผุในช่วงแรกๆ ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เนื้อฟันถูกทำลายอย่างรวดเร็ว และสุดท้ายมาพบทันตแพทย์ เมื่อมีอาการปวดอย่างรุนแรง ฟันกรามแท้ซี่แรกเป็นฟันที่มีพื้นผิวรากฟันมากที่สุดทำให้เป็นตัวเลือกที่ดีที่สุดสำหรับการใส่อุปกรณ์เทียมต่างๆ ฟันกรามแท้ซี่แรกมีบทบาทสำคัญในการกำหนดระดับ คงสภาพความสูงในแนวตั้งของใบหน้า และยังมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพการบดเคี้ยวและตำแหน่งของฟันแท้ซี่อื่น ๆ จากทั้งหมดนี้ สรุปได้ว่าฟันกรามแท้ซี่แรกมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ปัจจุบันโรงพยาบาลกมลลาไสย พบว่ามีเด็กปฐมวัยเป็นโรคฟันผุจำนวนมาก โดยในปี พ.ศ.2560 พบฟันผุร้อยละ 66.35 ในปี พ.ศ.2561 พบฟันผุร้อยละ 67.14 ในปี พ.ศ.2562 พบฟันผุร้อยละ 66.48 โดยในจำนวนฟันผุเหล่านี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นฟันกรามแท้ซี่แรกที่เริ่มขึ้นในช่องปากเริ่มตั้งแต่อายุ 6 ปี และจากข้อมูล HDC พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 6 ปีมีฟันผุในฟันแท้ซึ่งน่าจะเป็นฟันกรามแท้ซี่แรกปี พ.ศ.2560 พบร้อยละ 3.78 ปีพ.ศ.2561 พบร้อยละ 6.47 ปีพ.ศ.2562 พบร้อยละ 7.81 ปีพ.ศ.2563 พบร้อยละ 5.59 (ข้อมูล HDC ปี 2560-ปี 2563) ซึ่งโอกาสที่จะไม่ได้รับการรักษาค่อนข้างมากเพราะไม่มีอาการ จนกระทั่งเนื้อฟันถูกทำลายอย่างรวดเร็ว กว่าจะมาพบทันตแพทย์บางครั้งก็ต้องถอนหรือรักษารากฟันซึ่งทำได้ยากเนื่องจากมีความซับซ้อนขนาดทันตแพทย์เฉพาะทางด้านรักษารากฟัน หรือไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษารากฟันจนกระทั่งถึงทำครอบฟัน สุดท้ายแล้วก็ต้องถอน ทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่องตั้งแต่ฟันซี่ข้างล้มเอียงเข้าหาช่องว่าง ปัญหาด้านการสบฟันผิดปกติ ปัญหาระบบข้อต่อขากรรไกร

การตัดสินใจของผู้ปกครองในเขตพื้นที่อำเภอกมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลกมลลาไสย ส่วนใหญ่แล้วมักจะให้เด็กถอนฟันกรามแท้ซี่แรกเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษารากฟันค่อนข้างสูง ผู้ปกครองมีรายได้ไม่เพียงพอ ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

หรือตรวจพบแล้วที่ไม่สามารถรักษาได้เลยต้องถอนอย่างเดี๋ยวกทันตแพทย์จึงต้องพิจารณาถอนฟันกรามแท้ซี่แรก แต่เพื่อให้เกิดผลเสียน้อยที่สุดต่อผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้ครอบครัวมีปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวควบคุมองค์รวมให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยเด็กสามารถกลับไปใช้ชีวิตแบบปกติสุข มีการเจริญเติบโตของฟันและขากรรไกรที่เป็นปกติ มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา จากที่ฟันมาทันตแพทย์แต่ละท่านมีข้อโต้แย้งหลายอย่างถึงแนวทางการถอนหรือไม่ถอนฟันกรามแท้ซี่แรกในชุดฟันผสม ทำให้ผู้ศึกษาสนใจศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้โดยได้ศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมหลากหลายฉบับ ทำให้สามารถนำมาสรุปตามความเข้าใจในแต่ละประเด็น และจัดทำเป็นแนวทางสั้นๆ เพื่อนำมาใช้ประกอบการตรวจรักษาผู้ป่วยให้เหมาะกับบทบาทของทันตแพทย์เฉพาะทางสำหรับเด็กและทันตแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอที่จัดได้ว่าเป็นพื้นที่ชนบท ต้องตัดสินใจทำการถอนเองไม่มีทันตแพทย์เฉพาะทางจัดฟันให้คำปรึกษา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการจัดฟันได้

### วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวทางในการพิจารณาตัดสินใจถอนฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กอายุ 6-12 ปี ให้ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์สาขาอื่นที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีทันตแพทย์จัดฟันให้คำปรึกษา และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

### วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสาร โดยรวบรวมความรู้ทางวิชาการโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากวารสารและหนังสือต่างๆ ให้สอดคล้องกับเรื่องที่สนใจศึกษา โดยเจาะจงเลือกรวบรวมเรื่องที่ศึกษาในเด็กช่วงวัย 6-12 ปีหรือในชุดฟันผสม

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทบทวนจากวรรณกรรมหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับแนวทางในการถอนฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กช่วงวัย 6-12 ปีหรือในชุดฟันผสม มีการรวบรวมความรู้ทางวิชาการ นำความรู้ที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ โดยนำเอาความรู้วิชาการพื้นฐานทางทันตแพทยศาสตร์มาใช้ร่วมด้วย จากนั้นรวบรวมความรู้ทางวิชาการที่ได้มาเขียนเป็นแนวทางในการพิจารณาถอนฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กตามลักษณะปัจเจกบุคคล สำหรับให้ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีทันตแพทย์จัดฟันคอยให้คำปรึกษา

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. พัฒนาการของฟันกรามแท้ซี่แรก (Development of the first permanent molar: FPM) (Martyn TC, Alison WI, Mike HA, 2014; ศรีณย์ เลื่องชัยเชวง, พูนศักดิ์ ภิเศก, ปฎิมาพร พิงชาญชัยกุล. 2556) พัฒนาการของฟันกรามแท้ซี่แรกมาจากแถบเยื่อบุผิวต้นกำเนิดฟัน (primary dental lamina) หลักฐานทางสัณฐานวิทยาของการก่อตัวมักจะปรากฏในตัวอ่อนของมนุษย์ภายในสัปดาห์ที่ 17 ของการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปการสร้างเนื้อเยื่อแข็งเริ่มต้นตั้งแต่แรกเกิดและมีการพัฒนาจนจะเสร็จสมบูรณ์ภายในปีที่สามของชีวิต ฟันกรามแท้ซี่แรกจะขึ้นในช่องปากช่วงอายุ 6-7 ปีและการสร้างรากจะสมบูรณ์เมื่ออายุ 9-10 ปีในช่วงเวลาของการสร้างตัวฟันอาจทำให้เกิดรอยโรคของชั้นเคลือบฟันซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะ hypomineralisation, hypoplasia หรือมีภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกินในฟันกรามและฟันตัด (molar incisor hypomineralisation; MIH) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระหว่างการพัฒนาของเคลือบฟันในระยะสะสมแร่ธาตุ เกิดขึ้นในชุดฟันแท้โดยพบรอยโรคบนเคลือบฟันที่บริเวณด้านใกล้แก้ม หรือใกล้ลิ้น และยอดปุ่มฟัน มีลักษณะเป็นรอยขุ่นที่มีขอบเขตชัดเจนเห็นความแตกต่างจากเคลือบฟันปกติโดยรอบได้ง่าย หรืออาจมีการแตกหักของเคลือบ

ฟัน พบในฟันกรามแท้ซี่แรกจำนวน 1 ซี่ หรือมากกว่า และอาจพบร่วมกับฟันตัด ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคที่แน่ชัด แต่คาดว่าเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบร่างกาย หรือผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่ร่างกายได้รับในช่วง 2 ปีแรกของชีวิตซึ่งขัดขวางการพัฒนาการของเคลือบฟัน ความชุกของรอยโรคนี้อยู่ระหว่างร้อยละ 24-40.2 ทั่วโลก ลักษณะทางคลินิกของรอยโรคมีหลากหลายตั้งแต่พบเป็น รอยโรคที่มีขอบเขตชัดเจนของเคลือบฟัน หรืออาจพบการแตกหักของเคลือบฟันเนื่องจากเคลือบฟันมีความเปราะและพราะกว่าปกติ อาจพบฟันที่มีภาวะนี้มีการบูรณะที่ไม่เป็นไปตามแบบแผน (atypical restoration) และมักมีการลุกลามของฟันผุอย่างรวดเร็ว จนมีอาการแสดงของเนื้อเยื่อใน และอาจถูกถอนฟันในที่สุด เราสามารถแบ่งระดับรอยโรคได้ตามการลุกลามของรอยโรค โดยใช้หลักเกณฑ์วินิจฉัย ความรุนแรงของรอยโรคภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกินในฟันกรามและฟันตัดตาม Lygidakis และคณะ ในปี ค.ศ. 2010<sup>3</sup> ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของรอยโรคเป็น 2 ระดับ คือ 1) ระดับ รุนแรงน้อย พบรอยขุ่นขอบเขตชัดเจนแต่ไม่มีการแตกของเคลือบฟัน อาจเสียฟันเมื่อได้รับการกระตุ้นจากภายนอก เช่น ลม น้ำ แต่ไม่ใช่จากการแปรงฟัน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยอาจมีความกังวลเล็กน้อยในเรื่องความสวยงาม เนื่องจากการเปลี่ยนสีที่ฟันตัดและไม่พบฟันผุที่เกี่ยวข้องกับรอยโรค 2) ระดับรุนแรงมาก พบรอยขุ่นร่วมกับการแตกของเคลือบฟัน พบ ฟันผุ และรู้สึกเสียวฟันขณะทำหน้าที่ เช่น เมื่อรับประทาน เครื่องดื่มเย็น หรือขณะแปรงฟัน และผู้ป่วยมีความกังวล เรื่องความสวยงามอย่างมากจนอาจมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่แน่ชัด แต่มีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้นในเด็กทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีความชุกในการเกิดตั้งแต่ 10-30% ช่วงเวลาที่ฟันกรามแท้ซี่แรกขึ้นในช่องปากมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคฟันผุ แม้จะพบว่า การเกิดฟันแท้ผุในเด็กจะลดลงอย่างต่อเนื่องในสหราชอาณาจักรในช่วงสามสิบปีที่ผ่านมา แต่ข้อมูลล่าสุดแสดงให้เห็นว่าราวหนึ่งในสามของเด็ก



วัย 15 ปีในสหราชอาณาจักรยังมีฟันผุในฟันแท้อย่างน้อยหนึ่งซี่ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าฟันกรามแท้ซี่แรกส่วนใหญ่จะถูกถอนไปแล้วเนื่องจากโรคฟันผุ

**2. ความสำคัญของฟันกรามแท้ซี่แรก (Importance of the first permanent molar: FPM)** จากการที่พบว่าฟันกรามแท้ซี่แรกจะขึ้นในช่องปากในช่วงอายุ 6-7 ปี ด้วยเหตุนี้บางคนหรือบางการศึกษาอาจจะเรียกฟันซี่นี้ว่า “ฟันกราม 6 ปี” (six year molar) ถือเป็นฟันกรามแท้ซี่แรกที่ขึ้นมาในช่องปาก โดยจะขึ้นต่อจากฟันกรามน้ำนมซี่ที่สอง จากพัฒนาการของฟันกรามแท้ซี่แรก และจากการทำหน้าที่ในช่องปาก ถือได้ว่าเป็นฟันที่มีความสำคัญที่สุด โดยมีบทบาทสำคัญพอจะสรุปได้ดังนี้ (Chintakanon K,1998 ; Sashi KM,2016; มนเทียร โมโนสุตประสิทธิ์ ,2548) 1) ขนาดใหญ่ที่สุด และแข็งแรงที่สุดในขากรรไกร 2) มีบทบาทหลักสำคัญในการบดเคี้ยว 3) คงสภาพความสูงในแนวตั้งของใบหน้า 4) สร้างความสวยงาม โดยเพิ่มความนูนของแก้ม 5) เป็นส่วนสำคัญในการคงสภาพฟันซี่อื่นๆ ให้เรียงตัวดีในขากรรไกร

**3. แนวทางการเลือกถอนฟันกรามแท้ซี่แรก<sup>1</sup>**  
( Guidelines for extractions of the first permanent molar: FPM) ฟันกรามแท้ซี่แรก (FPM) ที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี อาจต้องมีการพิจารณาเลือกให้ถอนออก ในขั้นตอนนี้ควรมีการพิจารณาบางประการเกี่ยวกับการเลือกถอนฟันกรามแท้ซี่แรกที่เหลืออยู่ในรูปแบบของการปรับสมดุลหรือการถอนฟันคู่สบออก (Balancing and Compensating extraction) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีการพยากรณ์โรคในระยะยาวที่จะต้องพิจารณารักษาแบบประนีประนอมเพื่อบรรเทาอาการก่อนที่จะมีการพิจารณาถอนฟันควรทำการถ่ายภาพรังสีเพื่อตรวจสอบตำแหน่งและรูปแบบของฟันแท้ซี่อื่นๆว่ามีพัฒนาการปกติหรือไม่เช่นเรื่องรูปร่าง จำนวนฟันในขากรรไกร นอกจากนั้นฟันน้ำนมซี่อื่นๆที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีควรถูกพิจารณาให้เป็นตัวเลือกสำหรับการถอนเพื่อปรับสมดุลหรือการถอนฟันคู่สบด้วยเช่นกัน

โดยเฉพาะในกรณีที่มีการดมยาสลบซึ่งการรักษาซี่มักจะถอนหลายซี่ได้พร้อมกัน ส่วนการถอนฟันภายใต้ยาชาเฉพาะที่ หลังจากถอนซี่ที่มีอาการออกแล้วเพียงซี่เดียวอาจจะยากในการจัดการถอนฟันปกติซี่อื่นที่เหลือ

การถอนเพื่อปรับสมดุลและการถอนฟันคู่สบ (Balancing and Compensating extraction) คือ การถอนฟันกรามแท้ซี่แรก (FPM) ในตำแหน่งอื่นเพิ่มเติมหลังจากที่มีการถอนฟันกรามแท้ซี่แรก (FPM) ออกไปก่อนแล้ว มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาความสัมพันธ์ของฟันกรามแท้และความสมมาตรของกระดูกขากรรไกรที่กำลังพัฒนา มีความหมายดังนี้

1. การถอนเพื่อปรับสมดุล (Balancing extraction) คือการถอนฟันกรามแท้ซี่แรก (FPM) ในอีกข้างกับซี่ที่ถูกถอนไปก่อนแล้ว โดยฟันที่ถอนเพิ่มอยู่ในขากรรไกรเดียวกัน

2. การถอนฟันคู่สบ (Compensating extraction) คือการถอนฟันกรามแท้ซี่แรก (FPM) ที่เป็นคู่สบกับซี่ที่ถูกถอนไปก่อนแล้ว โดยฟันที่ถอนเพิ่มจะอยู่คนละขากรรไกร

ซึ่งมีหลายปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณารวมเมื่อต้องถอนฟันทั้ง 2 แบบได้แก่

1. ตำแหน่งของฟันกรามแท้ซี่แรกที่ถูกถอนไป
2. สภาพโดยรวมและการพยากรณ์โรคในระยะยาวของฟันกรามแท้ซี่แรกที่เหลืออยู่
3. จำนวนและรูปร่างของฟันที่มีอยู่ในขากรรไกรพัฒนาการของฟันและขากรรไกร (รวมทั้งการตรวจทางภาพรังสีเพื่อดูการปรากฏของฟันกรามแท้ซี่ที่สาม)
4. รูปแบบการสบฟันและการเรียงตัวที่ผิดปกติ

มีแนวทางทั่วไปหลายประการเกี่ยวกับการวางแผนการรักษากรณีการถอนฟันกรามแท้ซี่แรก หลักการทั่วไปคือ หากไม่แน่ใจให้ชะลอการถอนออกไปและช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวดจากฟันซี่นั้นก่อนพยายามดูแลรักษาฟันและส่งต่อปรึกษาทันตแพทย์เฉพาะทางจัดฟัน หรือมีเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา ดังนี้ (Ong DC,

Bleakley JE., 2010 ; Mackie IC, Blinkhorn AS, Davies PHJ. ,1989)

### การสบฟันประเภท 1 (Class I cases)

การสบฟันประเภท 1 ที่มีฟันซ้อนเกเล็กน้อย (Class I cases with minimal crowding) มุ่งเป้าไปที่ การถอนในเวลาที่เหมาะสมที่สุดเพื่อให้ฟันกรามแท้ซี่ที่ สองเข้ามาอยู่ในตำแหน่งปกติที่ดีและเหมาะสมที่สุด มีข้อควรพิจารณา ดังนี้ 1) ห้ามถอนเพื่อปรับสมดุล (ไม่ต้องทำ Balancing extraction) ในฟันที่ดีและไม่ผุ 2) เมื่อมีฟันกรามแท้ซี่แรกถอนไปแล้ว ให้พิจารณา ทำการถอนฟันคู่สบคือให้ถอนฟันกรามแท้ซี่แรกบนที่เป็น คู่ สบ กัน ( ให้ ทำ Compensating extraction) เนื่องจากฟันซี่นี้มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาในอนาคต 3) ในทางกลับกัน เมื่อมีฟันกรามแท้ซี่แรกบนถูกถอนไปแล้ว ไม่ต้องถอนฟันคู่สบล่าง (ไม่ต้องทำ Compensating extraction) หากฟันซี่นั้นมีสภาพดีและไม่ผุ

การสบฟันประเภท 1 ที่มีฟันซ้อนเกปานกลาง (Class I cases with moderate crowding) ในกรณีที่มีการเรียงตัวของฟันซ้อนเกในส่วนแก้ม (buccal segment) ให้พิจารณาถอนฟันกรามแท้ซี่แรก (FPM) ในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ฟันกรามแท้ซี่ที่สองขึ้นในตำแหน่งปกติที่ดีซึ่งจะช่วยลดการเบียดได้บ้าง มีข้อควรพิจารณา ดังนี้ 1) ถ้ามีฟันซ้อนเกในส่วนแก้ม (buccal segment) สองข้างในขากรรไกร ให้พิจารณาทำการถอนปรับสมดุล (ทำ Balancing extraction) เพื่อลดความแออัดของฟัน 2) การถอนฟันกรามแท้ซี่แรกที่เป็นคู่สบบนทำได้ ถือได้ว่าช่วยลดการเบียดหรือการเรียงตัวออกนอกแนวของฟันกรามน้อยบน (ให้ทำ Compensating extraction ในฟันบน)

ในกรณีที่มีการซ้อนเกในส่วนของริมฝีปาก (labial segment) การถอนฟันกรามแท้ซี่แรกจะสามารถช่วยลดความรุนแรงหรือลดการซ้อนเกได้เองเล็กน้อย มีข้อควรพิจารณา ดังนี้ 1) ให้ชะลอการถอนฟันกรามแท้ซี่แรกไปจนกว่าฟันกรามแท้ซี่ที่สองจะขึ้นมาในช่องปาก แล้วส่งต่อทันตแพทย์ จัดฟันเพื่อพิจารณาปิดช่องว่าง 2)

อีกทางเลือกสามารถถอนฟันกรามแท้ซี่แรกในเวลาที่เหมาะสมและรอพิจารณาทำการรักษาครั้งเดียวในชุดฟันแท้ ถ้าต้องถอนฟันกรามน้อยควรต้องมีการตรวจหาฟันกรามแท้ซี่ที่สามเพิ่มเติมด้วย

การสบฟันประเภท 2 (Class II cases) การถอนฟันกรามแท้ซี่แรก จะยากในการวางแผนการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเวลาที่เหมาะสมของการถอนฟันกรามแท้ซี่แรกบน โดยจุดมุ่งหมายหลักคือต้องพยายามแก้ไขความสัมพันธ์ระหว่างฟันตัด (Incisor relationship) มีข้อควรพิจารณา ดังนี้

การสบฟันประเภท 2 ที่มีฟันซ้อนเกเล็กน้อย (Class II cases with minimal crowding) ในขากรรไกรบน ต้องการช่องว่างเพื่อนำมาแก้ไขความสัมพันธ์ของฟันตัด ดังนี้ 1) การถอนฟันกรามแท้ซี่แรกล่าง จะต้องถอนในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้ฟันกรามแท้ซี่ที่สองอยู่ในตำแหน่งปกติที่ดี 2) ไม่ต้องทำการถอนปรับสมดุล และถอนคู่สบ (Balancing and Compensating extraction) ในฟันล่างที่มีสภาพดีและไม่ผุ 3) ถ้าต้องถอนฟันกรามแท้ซี่แรกบนทันที จะต้องมีการรักษาต่อทางทันตกรรมจัดฟัน 4) การแก้ไขสามารถใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ (functional or removable appliance) และเฮดเกียร์ (headgear) ตามด้วยการจัดฟันแบบติดแน่น 5) อีกทางเลือกในการรักษา คือ ถอนฟันกรามแท้ซี่แรกบนได้เลยแล้วรอจนกระทั่งฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 ขึ้น จึงค่อยมาพิจารณาแก้ไขความสัมพันธ์ของฟันตัดในครั้งเดียว 6) การตรวจพบฟันกรามแท้ซี่ที่สามบนจากการถ่ายภาพรังสี สามารถพิจารณาถอนฟันกรามน้อยบนได้ เพื่อช่วยเพิ่มช่องว่างและแก้ไขความสัมพันธ์ของฟันตัด 7) ถ้าสามารถบูรณะฟันกรามแท้ซี่แรกบนแบบชั่วคราวได้ ให้ทำเพื่อชะลอการถอนจนกระทั่งฟันกรามแท้ซี่ที่สองขึ้นมาในช่องปาก 8) ช่องว่างที่เกิดขึ้นจากการถอนฟันต้องถูกแก้ไข ปิดช่องว่างด้วยการจัดฟันแบบติดแน่น 9) ถ้าฟันกรามแท้ซี่แรกบนไม่ผุ แต่มีแนวโน้มที่ฟันหน้ายื่น พิจารณาถอนได้



10) ควรจะมีการถ่ายภาพรังสีเพื่อตรวจหาฟันนุกรมแท้ซี่ที่สามทุกครั้งเพื่อนำมาวางแผนการรักษา

**การสบฟันประเภท 2 ที่มีฟันซ้อนเกเพิ่มขึ้น (Class II cases with crowding)** ในกรณีที่มีฟันซ้อนเก ความต้องการพื้นที่จะมากขึ้น ในส่วนขากรรไกรกลาง จะต้องมียุทธศาสตร์สำหรับการลดความแออัด ขณะที่ในส่วนขากรรไกรบนจะมีความต้องการพื้นที่เพิ่มขึ้นสำหรับการแก้ไขความสัมพันธ์ของฟัน 1) ในขากรรไกรกลางหากฟันกรามซี่ที่สามปรากฏในภาพรังสีสามารถถอนฟันกรามแท้ซี่แรกออกในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้ฟันกรามแท้ซี่ที่สองขึ้น จากนั้นจึงถอนฟันกรามน้อยในระยะต่อมาเพื่อแก้ไขการเบียด ในกรณีที่ต้องใช้วิธีจัดฟันแบบติดแน่น 2) อีกวิธีหนึ่งสามารถถอนฟันกรามแท้ซี่แรกได้หลังจากฟันกรามแท้ซี่ที่สองขึ้น และส่งต่อจัดฟันแบบติดแน่น 3) ในขากรรไกรล่างไม่จำเป็นต้องถอนเพื่อปรับสมดุลและถอนคู่สบ

กรณีนี้ในขากรรไกรบนมีความจำเป็นต้องใช้ช่องว่างเพื่อนำมาแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติ ซึ่งในฟันกรามแท้ซี่แรกควรจะมีการบูรณะแบบชั่วคราวไว้ก่อนเพื่อรอถอนในเวลาที่เหมาะสม ถ้าเป็นไปได้ควรส่งปรึกษาทันตแพทย์จัดฟันก่อนทุกราย ถ้ามีการตรวจพบฟันกรามแท้ซี่ที่สามจากภาพรังสีอาจพิจารณาทำการถอนฟันกรามแท้ซี่แรกออกได้เพื่อป้องกันฟันยื่นเลยระนาบสบ และนอกจากนั้นอาจต้องมีการถอนฟันกรามน้อยเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติ

**การสบฟันประเภท 3 (Class III cases)** กรณีการสบฟันประเภท 3 การถอนฟันกรามแท้ซี่แรก จะทำให้การวางแผนการรักษาทำได้ยากขึ้น และไม่แนะนำให้ทำการถอนเพื่อปรับสมดุลและถอนฟันคู่สบ ในกรณีนี้จำเป็นต้องได้รับความเห็นจากทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดฟันก่อนทุกครั้งที่จะถอนฟันกรามแท้ซี่แรก

**4. เวลาที่เหมาะสมในการถอนฟันกรามแท้ซี่แรก (Ideal timing of the first permanent molar extraction: FPM)** เวลาที่เหมาะสมในการถอนฟันกรามแท้ซี่แรกโดยที่ฟันกรามแท้ซี่แรกที่มีพยาธิ

โรคไม่ดีเราอาจพิจารณาว่าควรถอนฟันกรามแท้ซี่ที่หรือควรชะลอการถอนฟันออกไปโดยบรรเทาอาการและทำการบูรณะชั่วคราว ซึ่งการพิจารณาการให้การรักษาดังกล่าวขึ้นกับปัจจัยส่วนหนึ่ง ดังนี้

1. ตำแหน่งของฟันกรามแท้ซี่แรกที่ได้รับการถอนฟัน การวางแผนการรักษาพร้อมกับทันตแพทย์จัดฟันโดยการถอนฟันกรามแท้ซี่แรกที่มีความบกพร่องอาจพิจารณาถอนฟันคู่สบหรือถอนฟันในด้านตรงข้ามของขากรรไกรขึ้นกับว่าฟันซี่ที่มีความบกพร่องดังกล่าวอยู่ในขากรรไกรบนหรือล่าง และอยู่ตำแหน่งการของชุดฟันใดในระยษชุดฟันผสมที่ยังไม่เริ่มการรักษาด้วยวิธีจัดฟัน การถอนฟันคู่สบ (compensating extraction) ทำเพื่อป้องกันภาวะฟันงอกเลยระนาบสบ (over-eruption) มักเกิดในขากรรไกรบนที่สูญเสียฟันคู่สบล่างเป็นเวลานานภาวะฟันงอกเลยระนาบสบสามารถขัดขวางการเคลื่อนของฟันกรามแท้ซี่ที่สองลงไปทางด้านใกล้กลาง (mesial) ในขณะที่การถอนฟันคู่สบล่างเพื่อป้องกันภาวะฟันงอกเลยระนาบสบ มีความจำเป็นน้อยกว่าเนื่องจากฟันกรามแท้บนซี่ที่สองขึ้นเร็วกว่าและมีทิศทางเคลื่อนที่ไปทางด้านใกล้กลางอยู่แล้ว ในระยะชุดฟันแท้การถอนฟันคู่สบบนอาจทำหรือไม่ทำก็ได้ ขึ้นกับแผนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ทั้งนี้เพราะเครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่นสามารถป้องกันภาวะฟันงอกเลยระนาบสบในฟันบนได้ การถอนฟันด้านตรงข้ามของขากรรไกร (balancing extraction) ทำเพื่อป้องกันการเกิดการเบี่ยงเบนของแนวแกนฟัน (midline discrepancy) Ong DC, Bleakley JE. (2010) แต่ไม่จำเป็นต้องทำในผู้ป่วยทุกราย อย่างไรก็ตามการถอนฟันคู่สบและการถอนฟันด้านตรงข้ามในขากรรไกรควรพิจารณาร่วมกับ ความรุนแรงของรอยโรคที่อาจเกิดในฟันกรามแท้ซี่แรกอื่นๆ

2. ความสัมพันธ์ของการสบฟัน ความสัมพันธ์ของการสบฟัน รวมถึงการสบเหลื่อมแนวราบ (Overjet) การสบเหลื่อมแนวตั้ง (overbite) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพิจารณา ช่วงเวลาและจำนวนของการถอนฟันกรามแท้ซี่

แรก มีการทบทวนวรรณกรรมและแนะนำในผู้ป่วยที่มีการสบฟันประเภท 1(class I) กรณีถอนฟันกรามล่างในระยะฟันชุดผสมให้ถอนฟันคู่สบ และถอนฟันด้านตรงข้ามของขากรรไกร กรณีถอนฟันกรามบน ให้ถอนฟันด้านตรงข้ามของขากรรไกรด้วยเพื่อป้องกันการ เกิดการเคลื่อนออกจากแนวกลาง (midline shift) อย่างไรก็ตาม ทันตแพทย์ควรพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วยก่อนวางแผนการรักษาผู้ป่วยที่มีการสบฟันประเภทอื่น ๆ มักจะหลีกเลี่ยงการถอนฟัน หรือมีข้อพิจารณาเพิ่มเติม เช่น ในผู้ป่วยที่มีการสบฟันประเภท 2 ดิวิชัน 2 (class II division II) ควรพยายามเก็บรักษาฟันกรามแท้ซี่แรกในขากรรไกรล่าง และหลีกเลี่ยงการถอนฟันซี่ดังกล่าว เนื่องจากการถอนฟันกรามล่างในผู้ป่วยที่มีการสบฟันประเภทนี้จะปิดช่องว่างโดยการจัดฟันได้ค่อนข้างยาก ในขากรรไกรบน ควรเก็บรักษาฟันกรามแท้บนซี่แรก จนกระทั่งฟันกรามแท้บนซี่ที่สองขึ้นในช่องปาก(Martyn TC, Alison WI, Mike HA ,2014 ; Ong DC, Bleakley JE. ,2010 ; Gill D, Lee R, Tredwin C. 2001)

3. จำนวนและสถานะของฟันซี่อื่นในช่องปาก การตรวจประเมินจำนวนและสถานะของฟันซี่อื่น ๆ ของผู้ป่วยทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการ จัดการทางทันตกรรมจัดฟัน การรักษาผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องถอนฟันด้านตรงข้ามของขากรรไกรที่มีสภาพแยกกว่า ร่วมด้วย เช่น ถ้าฟันกรามแท้ซี่แรกในด้านตรงข้ามมีความ ผิดปกติมากอาจพิจารณาถอนฟันซี่นี้เพิ่มเติมการไม่มีฟันกรามแท้ซี่ที่สามไม่ได้เป็นข้อห้ามของการถอนฟันกรามแท้ซี่แรก แต่อย่างไรก็ตามการมีฟันกรามแท้ซี่ที่สามจะทำให้เกิดการเคลื่อนที่ไปยังด้านใกล้กลางช่วยในการปิดช่องว่างได้

4. อายุของผู้ป่วยและพัฒนาการของชุดฟัน อายุของผู้ป่วยอาจช่วยในการประเมินการพัฒนาของฟันได้ในเบื้องต้น ดังนั้นทันตแพทย์ ควรประเมินพัฒนาการของฟันจากภาพถ่ายรังสี การสูญเสียฟันในขากรรไกรขณะที่การสบฟันยังมี พัฒนาการไม่สมบูรณ์ อาจทำให้ฟันที่กำลังขึ้น ขึ้นในทิศทาง ที่ไม่เหมาะสม เช่น การถอน

ฟันกรามแท้ซี่แรกก่อนอายุ 8 ปี มีผลทำให้ฟันกรามน้อยซี่ที่สองเคลื่อนไปทางใกล้กลาง ฟันล้ม หรือมีการบิดหมุนของฟันขณะที่กำลังขึ้นในช่องปาก หรือขึ้น ในบริเวณฟันกรามแท้ซี่แรก (Ong DC, Bleakley JE. ,2010)ดังนั้นอาจต้องชะลอการถอน ฟันซี่ดังกล่าวโดยการรักษาบรเทาอาการชั่วคราว

ในขากรรไกรบน ช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการถอน ฟันกรามแท้ซี่แรก คือ เมื่อฟันกรามแท้ซี่ที่สองบนยังไม่ขึ้นใน ช่องปาก โดยเมื่อประเมินจากภาพถ่ายรังสีพบว่าตัวฟันกรามแท้ซี่ที่สองอยู่เหนือรอยต่อเคลือบรากฟัน-เคลือบฟัน (cemento-enamel junction) ของฟันกรามแท้ซี่แรกจะทำให้มีการปิดช่องว่างได้ โดยฟันกรามแท้ซี่ที่สองอาจเคลื่อนไปแทนที่ฟันกรามแท้ซี่แรกที่ถอนไป แต่ถ้าถอนฟันกรามแท้ซี่แรกหลังการขึ้นของฟันกรามแท้ซี่ที่สองจะทำให้เกิดการหมุน ขณะเคลื่อนปิดช่องว่าง เกิดจุดสัมผัสที่ไม่ดี ควรรักษาโดย การจัดฟันแบบติดแน่น

ในขากรรไกรล่าง เวลาที่เหมาะสมสำหรับการถอนฟันกรามแท้ซี่แรก คือประมาณอายุ 8-9 ปี เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ตัวฟันของฟันกรามแท้ซี่ที่สองสร้างเสร็จสมบูรณ์และเห็นการสร้างรากฟันแล้ว (Martyn TC, Alison WI, Mike HA ,2014 ; Ong DC, Bleakley JE. ,2010 ; Gill D, Lee R, Tredwin C. 2001) ถ้าถอนฟันกรามแท้ซี่แรกในช่วงเวลานี้จะมีการเคลื่อนที่ของหนองฟันกรามแท้ซี่ที่สองไปทางด้านใกล้กลางและอาจทำให้ฟันกรามแท้ซี่ที่สามขึ้นในขากรรไกรได้ หรือถ้ามีช่องว่างเล็กน้อยระหว่างฟันกรามน้อยซี่ที่สองและฟันกรามแท้ซี่แรกจะสามารถปิดช่องว่างนี้ได้ง่ายขึ้น ด้วยวิธีทางทันตกรรมจัดฟัน แต่หากมีการถอนฟันกรามแท้ซี่แรกหลังหรือระหว่าง การขึ้นของฟันกรามแท้ซี่ที่สองซึ่ง ได้ผ่านระยะเวลาในอุดมคติไปแล้ว ผลของการปิดช่องว่างที่เกิดขึ้นเองมักไม่เป็นที่น่าพอใจ แล้วยังมีผลต่อการสบฟันด้วย คือ ฟันกรามแท้ซี่ที่สองอาจล้มไปทางด้านใกล้กลางหรือด้าน ลื่น ฟันกรามแท้ซี่แรกบนมีภ ภาวะงอกเลยระยะสบจนขัด ขวางการเคลื่อนไปทางด้านใกล้กลางของฟัน



กรามแท้ล่างซี่ที่สอง ถ้าไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการจัดฟันจะทำให้ช่องว่างปิดได้ไม่สมบูรณ์และทำให้เศษอาหารติดได้ อาจมีฟันกรามน้อยซี่ที่สองล้มเอียงไปทางด้านใกล้กลาง หรือมีการฝ่อของกระดูก เบ้ารากฟัน (alveolar bone) บริเวณที่ช่องว่างปิดไม่สนิท ทำให้การจัดฟันทำได้ยาก

แม้ว่าฟันกรามแท้ซี่แรกไม่ใช่ฟันที่พิจารณาถอนเพื่อการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน แต่ถ้าฟันกรามแท้ซี่แรกมีพยาธิกรรมการรักษาระยะยาวที่ไม่ดี การถอนฟันดังกล่าวในเวลาที่เหมาะสมร่วมกับการจัดฟันเป็นการรักษาที่ได้ผลในผู้ป่วยหลายราย โดยก่อนที่ทันตแพทย์จะถอนฟันกรามแท้ซี่แรก ควรประเมินปัจจัยต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่ามีผลดี ผลเสีย และความคุ้มค่ากับค่าใช้จ่าย

### 5. ผลตามจากการถอนฟันกรามแท้ซี่แรก

#### (Consequences)

**ผลตามของการสูญเสียฟันกรามแท้ล่างซี่แรก (Consequences of the loss of mandibular first permanent molars: mandibular FPM)** (D.S. GILL, R.T. LEE AND C.J. ,2001) เวลาที่เหมาะสมในการถอนฟันกรามแท้ล่างซี่แรก (mandibular FPM) คือก่อนที่ฟันกรามแท้ซี่ที่สองขึ้น จะอยู่ในช่วง 8-9 ปี ถ้าถอนในช่วงนี้อาจจะทำให้ฟันกรามแท้ซี่ที่สองขึ้นได้เร็วและขยับมาชิดกับฟันกรามน้อยซี่ที่สองได้ในตำแหน่งที่ดี บางครั้งอาจจะพบว่ามีอาการเคลื่อนของฟันกรามน้อยซี่ที่สองไปทางด้านใกล้กลาง (distal drift) ได้ โดยเฉพาะถ้าตำแหน่งนี้มีฟันซ้อน

Richardson ได้รายงานไว้ว่าการซ้อนเกของฟันหน้าล่างจะลดลงในปีแรกหลังจากที่ทำการถอนฟันกรามแท้ล่างซี่แรก การสบเขี้ยวเกิน (overbite) เพิ่มขึ้นซึ่งพบร่วมกับการล้มไปด้านหลัง (retroclination) ของฟันหน้าล่าง โดยจะเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนในคนที่มีการถอนฟันหน้าล่างเรียบร้อยแล้ว ในทางตรงกันข้าม Thunold ได้รายงานว่าหลังจากถอนฟันกรามแท้ซี่แรกไปแล้วทั้ง 4 ซี่

ผ่านไป 25 ปีไม่พบว่ามีการสบเขี้ยวเกิน (overbite) เพิ่มขึ้น

#### การถอนฟันก่อนกำหนด (Early Extraction)

(D.S. GILL, R.T. LEE AND C.J. ,2001) การถอนฟันกรามแท้ล่างซี่แรก (mandibular FPM) ก่อนอายุ 8 ปีขณะที่ฟันกรามน้อยซี่ที่สอง (second premolar) ยังไม่ขึ้น อาจจะทำให้เกิดผลตามหลังจากฟันขึ้น คือฟันเคลื่อนไปทางด้านใกล้กลาง (distal drift) ฟันเอียง (tilting) และบิดหมุน (rotation) ได้ โดยเฉพาะในฟันที่มีการเรียงตัวปกติตั้งรูป ซึ่งอธิบายได้ว่าในช่วงนี้ฟันกรามน้อยซี่ที่สอง (second premolar) ยังคงมีพัฒนาการต่อเนื่องโดยตำแหน่งของหน่อฟันจะอยู่บริเวณปลายรากของฟันกรามน้ำนมซี่ที่สอง (second deciduous molar) โดยหลังจากถอน FPM ไปเหลือแค่หลุมเบ้าฟัน (socket) แรงต้านการขึ้นจะน้อยกว่า ทำให้แนวการขึ้นฟันกรามน้อยซี่ที่สอง (second premolar) ขึ้นได้ง่ายกว่าในตำแหน่ง FPM หรือมีโอกาสที่ฟันกรามน้อยซี่ที่สอง (second premolar) เคลื่อนไปใกล้กลาง (distal) ไปขวางทางการขึ้นของฟันกรามแท้ซี่ที่สอง (second permanent molar) ได้เช่นกัน ซึ่งอาจจะต้องมีการตรวจพิจารณาความสัมพันธ์ของฟันกรามน้อยซี่ที่สอง (second premolar) กับฟันกรามน้ำนมซี่ที่สอง (second deciduous molar) ในทุกเคส โดยอาจจะพิจารณาถอนฟันกรามน้ำนมซี่ที่สอง (second deciduous molar) พร้อมกับฟัน FPM เพื่อให้ฟันกรามน้อยซี่ที่สอง (second premolar) ขึ้นได้ตรงตำแหน่ง

#### การถอนระหว่างหรือหลังการขึ้นของฟันกรามแท้ซี่ที่สอง (Extraction During or After Eruption of the Second Permanent Molars: SPM)

(D.S. GILL, R.T. LEE AND C.J. ,2001) การถอนฟันกรามแท้ซี่แรก (FPM) ในช่วงนี้จะเกิดผลดังนี้ 1) ฟันกรามแท้ซี่ที่สอง (Second Permanent Molars: SPM) จะเคลื่อนที่แบบเอียงมาทางด้านใกล้กลางและด้านหลังเพราะกระดูกออบรากฟันด้านหลังจะบางกว่าด้านแก้มซึ่งอาจทำให้เกิดการสบฟันแบบกรรไกร (scissor bite) 2) ฟันบนซี่ตรงข้ามที่ถอน FPM จะยื่นเลยระนาบสบฟันมาขวางฟันกรามแท้ซี่

ที่สองล่าง (Second Permanent Molars: SPM) ไม่ให้เคลื่อนที่มทางใกล้กลาง กรณีที่ฟัน SPM เคลื่อนที่มทางใกล้กลาง (mesial tipping) อาจจะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อขากรรไกรตามมา 3) การปิดช่องว่างที่ไม่สมบูรณ์อาจทำให้เกิดปัญหาการสะสมของคราบจุลินทรีย์ทำให้เกิดโรคฟันผุหรือโรคเหงือกตามมา 4) ฟันกรามน้อยซี่ที่สอง(second premolar) เคลื่อนมาด้านใกล้กลางและเกิดฟันเอียงได้ 5) ถ้าช่องว่างปิดได้ไม่สมบูรณ์กระดูกขากรรไกรจะฝ่อลีบได้ (Atrophy of the alveolar bone)

**ผลตามของการสูญเสียฟันกรามแท้บนซี่แรก (Consequences of the loss of maxillary first permanent molars: maxillary FPM)** (Thunold K.,1970; Plint DA.,1970) การที่ฟันกรามแท้บนซี่ที่สอง (Maxillary Second Permanent Molars: maxillary SPM) มีแนวการเอียงตัวไปทางด้านใกล้กลาง (distal angulation) จะสามารถปิดช่องว่างได้เองอย่างเป็นที่น่าพอใจ และการถอน FPM เมื่ออายุเริ่ม 8 ปี ผลการปิดช่องว่างจะเป็นที่น่าพอใจเช่นกัน

ถ้าถอน FPM ทันทีหลังจากฟันกรามแท้ซี่ที่สอง (Second Permanent Molars: SPM) ขึ้นในช่องปาก อาจจะทำให้ฟันกรามแท้ซี่ที่สอง (Second Permanent Molars: SPM) เคลื่อนที่มาชิดกับฟันกรามน้อยซี่ที่สอง (second premolar) ได้

กรณีการสบฟันแบบที่ 1 (class I case) ฟันกรามแท้ล่างซี่แรก (mandibular FPM) แทบจะไม่งอกยื่นเลย ระบายสบเลยเพราะปุ่มฟันด้านใกล้กลาง (mesial cusp) สบกับฟันกรามน้ำนมบนซี่ที่สอง (second deciduous molar) หรือฟันกรามน้อยซี่ที่สอง (second premolar)

การศึกษาของ Jälevik และ Möller (Jälevik B, Moller M.,2007) ได้กล่าวถึงผลตามจากการถอนฟันกรามแท้ซี่แรก (FPM)

ในกลุ่มเด็กอายุ 5.6-12.7 ปี พวกเขาพบว่าอัตราการปิดช่องว่างโดยรวมอยู่ที่ 85.2% โดยพบในขากรรไกร

ล่าง (81.6%) มากกว่าขากรรไกรล่าง (75%) แต่ความแตกต่างนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.518$ )

Răducanu et al (Răducanu AFV, Herteliu C, Răducanu M.,2009) รายงานว่า การเคลื่อนหลังการถอนเกิดขึ้นในลักษณะต่อไปนี้ การยื่นของฟันด้านตรงข้ามมากเกินไป การเคลื่อนของฟันในแนวนอน ฟันที่ช่องว่างลดลงจากการเคลื่อนของฟันซี่ข้างเคียงทั้งแนวนอนและแนวตั้ง หรือการปิดช่องว่างทั้งหมดได้ อายุขณะที่ถอน FPM มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการถอนทั้งในขากรรไกร ( $P = 0.02$ ) และขากรรไกรล่าง ( $P < 0.001$ ) ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่า การปิดช่องว่างตามธรรมชาติไม่ได้เกิดขึ้นในเด็กที่ได้รับการถอน FPM หลังจากอายุ 11 ปี ผู้เขียนรายงานว่าอัตราการปิดช่องว่างในขากรรไกรล่าง (50%) สูงกว่าในขากรรไกรอย่างมีนัยสำคัญ (33.3%;  $P = 0.024$ )

Teo et al (Teo TK, Ashley PF, Parekh S, Noar J.,2013) ประเมินการปิดช่องว่างที่เกิดขึ้นเองหลังจากการถอน FPM ในเด็กอายุ 7-13 ปี พวกเขาจำแนกการปิดช่องว่างออกเป็นห้าประเภท ประเภทแรกคือการปิดช่องว่างที่สมบูรณ์ระหว่างจุดติดต่อกันของ ฟันกรามแท้ซี่ที่สอง (SPM) และฟันกรามน้อยซี่ที่สอง อย่างไรก็ตามอีกสี่ประเภทมีพื้นที่เหลือตั้งแต่ 1 มม. ถึง 5 มม. และพบว่า การปิดช่องว่างที่สมบูรณ์ในขากรรไกรบนมีแนวโน้มที่จะทำได้มากกว่าในขากรรไกรล่างอย่างมีนัยสำคัญ (94% เทียบกับ 66% ตามลำดับ) และ การศึกษาของ Rahhal (Rahhal A.,2014) ศึกษาระยะเวลาในการถอน FPM บนที่ผุและมีการทำลายเนื้อฟันอย่างมาก ในกลุ่มตัวอย่างเด็กของเขา (อายุเฉลี่ย 10.5 ปี) ที่ได้รับการถอน FPM บน Rahhal พบว่า 84.6% ของ SPM บนมีการปิดช่องว่างอย่างสมบูรณ์โดยไม่มีการจัดการรักษาทางทันตกรรมใดๆ และมีเพียง 15.4% ที่พบระยะห่าง 1 มิลลิเมตร ระหว่าง SPM บนกับฟันกรามน้อยซี่ที่สองบน ในการศึกษาล่าสุด Teo et al (Teo TK, Ashley PF, Parekh S, Noar J.,2013) มีรายงานเกี่ยวกับการปิดช่องว่างในกลุ่มเด็กอายุเฉลี่ย 9.2 ปี เกี่ยวกับเวลาในการถอน พวกเขา

เขาศึกษาจากภาพรังสีพบประเด็นที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับการถอน FPM ไล่กับการปิดช่องว่างหลังถอน ปัจจัยสามประการ ได้แก่ “1. ฟันกรามน้อยซี่ที่สองมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการขึ้นของฟันกรามแท้ซี่ที่สอง (SPM), 2. มุมระหว่าง SPM กับ FPM และ 3. การปรากฏของฟันกรามแท้ซี่ที่สาม” พบว่าปัจจัยทั้งสามมีความสัมพันธ์กับการปิดช่องว่างที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.001$ ) และถ้ามีปัจจัยที่สองและสามร่วมกันจะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการปิดช่องว่าง ( $P < 0.001$ )

สำหรับการวิเคราะห์ Meta-analysis (Afnan MS, Doua HA, Mariam FH, Azza AH, Najlaa MA, Heba JS. 2018) สำหรับการศึกษาระดับต้น (Jalevik B, Moller M. 2007 ; Rahhal A. 2014) ที่รายงานเพื่อเปรียบเทียบความถี่ของการปิดช่องว่างที่เกิดขึ้นเองของ SPM ในขากรรไกรบนกับขากรรไกรล่าง การปิดช่องว่างมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่าง แต่ความแตกต่างนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (อัตราต่อรอง 2.06 ช่วงความเชื่อมั่น 95% 0.46–9.28;  $P = 0.35$ ) ความแตกต่างระหว่างการศึกษาทั้งสามอยู่ในระดับปานกลาง ( $I^2 = 72\%$ ) และมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.03$ ) จากการศึกษาแรกพบว่า การปิดช่องว่างในขากรรไกรบนมีค่ามากกว่าขากรรไกรล่างอย่างมีนัยสำคัญ (94% และ 66% ตามลำดับ;  $P = 0.0001$ ) (Teo TK, Ashley PF, Parekh S, Noar J. 2013) การศึกษาครั้งที่สองยังพบว่า การปิดช่องว่างในขากรรไกรบนมีค่ามากกว่าขากรรไกรล่าง (81.6% และ 75% ตามลำดับ) แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.518$ ) (Jalevik B, Moller M. 2007) ในทางตรงกันข้าม การศึกษาครั้งที่สามพบว่า การปิดช่องว่างในขากรรไกรล่างมีมากกว่าขากรรไกรบนอย่างมีนัยสำคัญ (50% และ 33.3% ตามลำดับ;  $P = 0.024$ ) (Răducanu AFV, Herteliu C, Răducanu M. 2009)

## บทวิจารณ์

ปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กก็มีปัญหาสูงอย่างน่าเป็นห่วง ซึ่งผลกระทบจากการเกิดฟันผุนอกจากส่งผลทำให้เกิดกลิ่นปาก อากาศเสียวและปวดฟัน ยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาด้านสติปัญญา บุคลิกภาพ และปัญหาทางโภชนาการตามมา ทั้งนี้โรคฟันผุในเด็กนั้นมีความสำคัญต่อการเรียงตัวในชุดฟันแท้ด้วย ซึ่งจะส่งผลไปถึงด้านการใช้งาน การทำความสะอาด และความสวยงามของคนนั้นได้ นอกจากนี้แล้ว การเกิดฟันผุปริมาณมากในชุดฟันน้ำมนั้นยังเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญที่จะทำนายการเกิดฟันผุในชุดฟันแท้ในอนาคตได้อีกด้วย ดังนั้นการทราบสาเหตุของโรคฟันผุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาและให้ความสำคัญ โดยจากองค์ความรู้ในปัจจุบันทราบว่า โรคฟันผุนั้นเป็นโรคที่เกิดจากพหุปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดกรด (cariogenic bacteria) อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (fermentable carbohydrate) และปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ ฟันและสภาพในช่องปากต่างๆ สำหรับปัจจัยด้านเชื้อ แบคทีเรียที่ทำให้เกิดกรด และอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุมากมาย แต่สำหรับปัจจัยด้านกายภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุยังมีการศึกษาไม่มากนัก และมีหลายปัจจัยที่ควมมีข้อถกเถียงอยู่ในความสัมพันธ์ เช่น ปัจจัยด้านน้ำหนักตัวของเด็ก ปัจจัยด้านเพศ ปัจจัยด้านลักษณะการสบฟัน และปัจจัยด้านนิสัยที่ผิดปกติทางช่องปาก (ณัฐธูธ แก้วสุทธา และคณะ 2556)

ปัจจัยด้านน้ำหนักตัวเด็กนั้น มีหลายการศึกษาที่สรุปว่า น้ำหนักตัวของเด็กมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็ก เช่น การศึกษาของวิลเลอร์ฮอร์เซนที่ประเทศเยอรมัน ที่พบว่าเด็กที่อยู่ในกลุ่มน้ำหนักมากกว่าปกติจะมีค่าเฉลี่ยของฟันผุมากกว่าเด็ก ในกลุ่มน้ำหนักปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) และแนวโน้มของค่าเฉลี่ยของฟันผุนั้นจะมีแนวโน้มแปรผันตามปริมาณน้ำหนักตัวของเด็กอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา แต่ก็พบว่ามีการศึกษาที่ให้ผลตรงกันข้ามอีกด้วย นั่นคือการศึกษาของโคกซอลและคณะ ที่ศึกษาใน

เด็กชาย-หญิงอายุ 5-9 ปี ในประเทศตุรกี ที่พบว่าในกลุ่มของเด็กที่น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มีค่าอุบัติการณ์ในการเกิดฟันผุและมีค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด ต่ำกว่าเด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์และต่ำกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือการศึกษาในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 ที่พบว่าเด็กที่อยู่ในกลุ่มผอมมากนั้นจะมีค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด มากกว่าเด็กกลุ่มอื่น และเด็กที่อยู่ในกลุ่มโภชนาการเกินจะมีค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด ที่น้อยที่สุด นอกจากนี้ แล้วยังมีอีกหลายการศึกษาที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันของน้ำหนักตัวของเด็กกับการเกิดฟันผุ (Willershausen B, Haas G, Krummenauer F, Hohenfellner K. ,2004 ; Prashanth S.T, Venkatesh B, Amitha HA. ,2011)

ปัจจัยความสัมพันธ์เรื่องเพศกับการเกิดโรคฟันผุในเด็กก็ยังไม่ชัดเจนที่แน่ชัด ในบางการศึกษาสรุปว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน เช่น การศึกษาของชาวลา ที่พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดฟันผุในเด็กนั้นไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างทั้งสองเพศ สอดคล้องการศึกษาอื่นๆ แต่ในบางการศึกษากลับพบว่าเด็กผู้หญิงมีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุมากกว่าเด็กผู้ชาย ซึ่งอาจจะมีความเกี่ยวข้องกับการที่การพัฒนาการในการขึ้นของฟันเด็กผู้หญิงขึ้นเร็วกว่า เด็กผู้ชาย (Goel P, Sequeira P, Peter S. ,2000 ; Basil G. ,1970)

สำหรับปัจจัยด้านลักษณะการสบฟันกับการเกิดฟันผุมีหลายการศึกษา พบว่าเด็กที่มีลักษณะการสบฟันที่ผิดปกติจะพบอุบัติการณ์ของการเกิดฟันผุได้ มากกว่าเด็กที่มีการสบฟันปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เบรคเกอร์และ คณะ พบว่าเด็กที่ปราศจากฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 97.8 จะมีลักษณะการสบฟันใกล้เคียงลักษณะการสบฟันที่ปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่มีการเบี่ยงเบนจากแนวกลาง (Midline shift) จะมีค่าฟันผุ ถอน อุด มากกว่า เด็กที่มีการเบี่ยงเบนในแนวกลางปกติ 1.7 เท่า และเด็กที่มีภาวะสบเปิด (Open bite) จะมีค่าฟันผุ ถอน อุด มากกว่าเด็กที่มีการสบฟันปกติ 2.1 เท่า ทั้งนี้ การเกิดความผิดปกติของลักษณะการสบฟันนั้น บางครั้งก็เป็นสาเหตุมาจาก

การเกิดฟันผุด้วยโดยการเกิดฟันผุที่ลุกลามรุนแรงจนจำเป็นต้องถอนฟันนั้นมาก่อนวัยอันควร อาจเป็นสาเหตุผิดปกติของลักษณะการสบฟัน(ณัฐรุช แก้วสุทธา และคณะ ,2556 ; Laura SM, Leonor SP, Ma. Isabel LA. ,2017)

สำหรับปัจจัยด้านนิสัยที่ผิดปกติทางช่องปาก ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุนั้นมีหลายการศึกษา ที่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยพบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมหายใจทางปากจะมีคราบสีดำทั้งฟันน้ำนมและฟันแท้ ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุทุกคน นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 61ของเด็กที่มีพฤติกรรมกัดเล็บและดูดนิ้ว พบคราบสีดำบนตัวฟัน ซึ่งเป็นลักษณะของการเกิดฟันผุในเด็ก ทั้งนี้ ปัจจัยด้านนิสัยที่ผิดปกติทางช่องปาก อาจทำให้เกิดการสบฟันที่ผิดปกติ และส่งผลต่อการ ทำความสะอาดช่องปาก ทำให้เกิดฟันผุในเด็กได้ (ณัฐรุช แก้วสุทธา และคณะ ,2556 ; Bircher, M.E. ,2008)

ขณะเดียวกันมีการศึกษาจำนวนมากพบว่า ระดับการศึกษาและรายได้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เด็กที่มีฟันผุมักจะมาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและการศึกษาต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีฟันผุ และอาชีพของหัวหน้าครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการผุของเด็กรวมทั้งปัจจัยรายได้ของครอบครัวและอาชีพของมารดามี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับการแปร่งฟันของลูก ขณะเดียวกันผู้ปกครองในชนชั้นทางสังคมที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกว่าชนชั้นทางสังคมที่ต่ำกว่า (สุณี วงศ์คงคาเทพ )

Amal H.Abuaffan และคณะ ได้ ทำการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคฟันผุที่เกิดกับฟันกรมแท้ซี่แรก (FPM)ในเด็กชูดานอายุ 6-14 ปี พบว่าความชุกของโรคฟันผุในฟัน FPM พบได้ร้อยละ 61 และแยกเป็นพบในเด็กชายร้อยละ 39.9 พบในเด็กหญิงร้อยละ 60.1<sup>31</sup>และเมื่อศึกษาความชุกที่เกิดในแต่ละด้านของฟัน FPM พบว่าฟันผิวที่มีความชุกการเกิดฟันผุมากที่สุดคือด้านบดเคี้ยว (occlusal surface)และพบว่าอายุที่เกิดฟันผุมากที่สุด



คือ 7 ปี จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานประจำที่ทำคือมีโครงการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กประถมศึกษา ถือว่าเป็นการจัดการที่เหมาะสมที่สามารถลดการถอนฟัน FPM ไปได้

แต่สุดท้ายแล้วเมื่อจะต้องถอนฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กก็มีหลายปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณาจากสิ่งที่ได้สัมผัสภายใต้การให้บริการทางทันตกรรมในเขตอำเภอภุมลาลัยนั้นมีข้อจำกัดหลายอย่างเช่น การคงสภาพฟันที่มีอาการปวดให้อยู่ได้จนถึงเวลาที่เหมาะสมต่อการถอน เช่น การทำ Vital pulp therapy, Apexification, Revascularization หรือ Regeneration มักต้องใช้วัสดุที่มีราคาแพง และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม เช่น MTA, Biodentine บางครั้งโรงพยาบาลไม่สามารถจัดหาได้หรือผู้ปกครองไม่เห็นความสำคัญในการชะลอเวลาถอนไม่ต้องกรามหลายครั้ง ไม่พยายามทำความเข้าใจถึงความสำคัญที่จะชะลอเวลาถอนออกไป อยากถอนเพื่อตัดปัญหา กลัวว่าเด็กจะมีอาการปวด และกลัวว่าจะได้เสียเวลามากหลายครั้ง หรือส่วนใหญ่แล้วเด็กมักจะอยู่กับตายาย ซึ่งเป็นผู้เลี้ยงดูแทนพ่อกับแม่ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านหรือต่างจังหวัดไม่สามารถสนับสนุนในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ไม่สะดวกมาทำการรักษาและไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้อย่างเต็มที่ บางครั้งการทำการรักษาเพื่อชะลอเวลาถอนที่เหมาะสมเช่นการอุดฟันที่ลึก การรักษารากฟันที่อาจทำเพียงแค่บรรเทาอาการปวดแบบฉุกเฉินเด็กไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ดี ทำให้บางครั้งหลักการที่นำมาพิจารณาในการถอนฟันกรามแท้ซี่แรกอย่างเหมาะสมไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งทำให้เกิดวงจรการสบฟันที่ผิดปกติ ต้องมีการรักษาทางทันตกรรมเฉพาะทางอย่างอื่นเพิ่มเติมในอนาคต

### ประเด็นที่เป็นข้อโต้แย้ง (Controversy)

การถอนฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็ก มีมาตรฐานข้อควรพิจารณาเป็นเบื้องต้นอยู่แล้ว แต่มีหลายปัจจัยที่เข้ามามีอิทธิพลในการตัดสินใจที่จะถอนหรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการวางแผนการรักษาของทันตแพทย์แต่ละท่าน

ร่วมกับการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถชี้ขาดได้ว่าการรักษาใดผิดหรือถูก

### บทสรุป

เมื่อต้องถอนฟันกรามแท้ซี่แรกในเด็กควรยึดแนวทางตามหลักวิชาการเช่นการถอนแบบปรับสมดุลและการถอนคู่สบ ช่วงอายุที่ควรถอนตำแหน่งของฟันในขากรรไกร รูปแบบของชุดฟันและการกัดสบ ความผิดปกติของฟันซี่อื่นๆที่มีในช่องปาก การตรวจทางภาพรังสีเพิ่มเติม ส่วนปัจจัยด้านอื่นที่ต้องนำมาพิจารณาร่วมอาจจะทำให้ไม่เป็นไปตามแนวทางที่วางไว้ ในผู้ป่วยแต่ละคนแนวทางการถอนฟันกรามแท้ซี่แรกอาจจะต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของทันตแพทย์ร่วมกับผู้ปกครอง โดยสุดท้ายแล้วเป้าหมายในการรักษาคือได้ผลเป็นที่น่าพอใจตามความคาดหวังของผู้ปกครอง เช่นแค่ไม่มีความเจ็บปวดจากฟันซี่นั้น ยังสามารถเคี้ยวอาหารได้ปกติ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ก็ถือว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งแล้ว ส่วนกรณีที่ต้องทำการรักษาต่อและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้ ก็ถือได้ว่าจะได้ผลการรักษาที่ดีในระยะยาวยิ่งขึ้นไปอีก แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้ เป็นหน้าที่ของทันตแพทย์ที่ต้องบอกถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมาให้ผู้ปกครองได้รับทราบด้วย

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษารังนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายท่าน ขอขอบคุณทันตแพทย์จัดฟันบางท่านที่ให้คำแนะนำในการแปลและเรียบเรียงเอกสาร ขอขอบคุณครอบครัวที่เข้าใจถึงการทำงาน และผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดสำหรับข้อมูลแนวทางมาประกอบการตัดสินใจให้ทางเลือกรักษาแก่ประชากรในเขตอำเภอภุมลาลัยจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเด็ก

### เอกสารอ้างอิง

- Martyn TC, Alison WI, Mike HA. A Guideline for the Extraction of First Permanent Molars in Children. Faculty of Dental Surgery, Royal College of Surgeons, London. 2014. P. 1-8.
- ศรัณย์ เลื่องชัยเขวง, พูนศักดิ์ ภิเศก, ปฎิมาพร พิงชาญชัยกุล. การจัดการทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกินในฟันกรามและฟันตัดระดับรุนแรง: รายงานผู้ป่วย 3 ราย. วทันต จุฬา. 2556; 36:189-206.
- Lygidakis NA, Wong F, Jalevik B, Vierrou AM, Alaluusua S, Espelid I. Best Clinical practice guidance for clinicians dealing with children presenting with molar-incisor-hypomineralisation (MIH): An EAPD Policy Document. Eur Arch Paediatr Dent. 2010;11:75-81.
- Chintakanon K. Ectopic eruption of the first permanent molars: Prevalence and etiologic Factors. The Angle Orthodontist. 1998; 68(2):153-160.
- Sashi KM, editor. Extraction of The First permanent Molars (FPM). [monograph on the Internet]. Malaysia: Slideshare; 2016 [cited 2021 May 6]. Available from: [https://www.slideshare.net/sashikmanohar/extraction-of-the-first-permanent-molar?qid=df988773-cbe9-4f64-9dc2-fe2db2a5e72e&v=&b=&from\\_search=1](https://www.slideshare.net/sashikmanohar/extraction-of-the-first-permanent-molar?qid=df988773-cbe9-4f64-9dc2-fe2db2a5e72e&v=&b=&from_search=1)
- มนเทียร มโนสุดประสิทธิ์. ตำราวิชาทันตกรรมจัดฟัน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2548.
- Ong DC, Bleakley JE. Compromised first permanent molars: an orthodontic perspective. Aust Dent J. 2010;55: 2-14; quiz 105.
- Sandler PJ, Atkinson R, Murray AM. For four sixes. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2000; 117(4): 418-434.
- Gill DS, Lee RT, Tredwin CJ. Treatment planning for the loss of first permanent molars. Dent Update. 2001. 28(6): 304-308.
- Mackie IC, Blinkhorn AS, Davies PHJ. The extraction of permanent molars during the mixed dentition period – a guide to treatment planning. J Paed Dent. 1989; 5: 85-92.
- Gill D, Lee R, Tredwin C. Treatment planning for the loss of first permanent molars. Dent Update. 2001;28:304-8.
- D.S. GILL, R.T. LEE AND C.J. TREDWIN. Treatment Planning for the Loss of First Permanent Molars. ORTHODONTICS. 2001; 28: 304-308.
- Thunold K. Early loss of the first molars 25 years later. Trans Eur Orthod Soc. 1970; 349-365.
- Plint DA. The effect on the occlusion of the loss of one or more first permanent molar. Trans Eur Orthod Soc. 1970; 329-336.
- Jalevik B, Moller M. Evaluation of spontaneous space closure and development of permanent dentition after extraction of hypomineralized permanent first molars. Int J Paediatr Dent. 2007;17(5):328-35.
- Răducanu AFV, Herteliu C, Răducanu M. Prevalence of loss of permanent first molars in a group of Romanian children and adolescents. Oral Health Dent Manag. 2009;8(3):3-10.



- Teo TK, Ashley PF, Parekh S, Noar J. The evaluation of spontaneous space closure after the extraction of first permanent molars. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013;14(4):207-12.
- Rahhal A. Extraction timing of heavily destructed upper first permanent molars. *Czas Stomatol*. 2014;4(3):161-8.
- Afnan MS, Doua HA, Mariam FH, Azza AH, Najlaa MA, Heba JS. Consequences of early extraction of compromised first permanent molar: a systematic review. *BMC Oral Health*. 2018; 18(59):2-15.
- ณัฐรุจ แก้วสุทธา, ธนารัฐ บุญอินทร์, คงวุฒิ เหลืองเรืองรอง, ชวรงค์ มาไพศาลสิน, จริญญา ฉายวิริยะ. ความชุกและปัจจัยทางกายภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในผู้ปกครองวัยเด็กคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *ว.ทันต.มศว*. 2556; 6(2): 35-47.
- Willershausen B, Haas G, Krummenauer F, Hohenfellner K. Relationship between high weight and caries frequency in German elementary school children. *Eur J Med Res*. 2004; 9: 400-4.
- Cantekin K, Gurbuz T, Demirbuga S, Demirci T, Duruk G. Dental caries and body mass index in a sample of 12-year-old eastern Turkish children. *Journal of dental sciences*. 2012; 7: 77-80.
- Tripathi S, Kiran K. Relationship between obesity and dental caries in children - A preliminary study. *J. Int oral health*. 2010; 2: 65-72.
- Prashanth S.T, Venkatesh B, Amitha HA. Comparison of Association of Dental Caries in Relation with Body Mass Index (BMI) in Government and Private School Children. *Journal of Dental Sciences and Research*. 2011; 2: 22-6.
- Goel P, Sequeira P, Peter S. Prevalence of dental disease amongst 5-6 and 12-13 year old school children of Puttur municipality, Kamataka State-India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2000;18: 11-7.
- Namal N, Yuceokur A, Can G. Significant caries index values and related factors in 5-6-year-old children in Istanbul, Turkey. *La Revue de Sante de la Mediteranee orientale*. 2009; 15:178-84.
- Basil G. Bibby. Inferences from Natural Occuring Variations in Caries Prevalence. *J Dent Res*. 1970; 49: 1194-5.
- Laura SM, Leonor SP, Ma. Isabel LA. Eruption of the first permanent molars. *Rev Cubana Estomatol*. 2017;54(1):14-23.
- Bircher, M.E. Black stain and caries in deciduous and mixed dentition. *U.N.R. Journal*. 2008; 1: 71-9.
- สุณี วงศ์คงคาเทพ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็กไทย อายุ 3-5 ปี เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ยากจนและไม่ยากจน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*; 17(1):60-80.
- Amal HA, Samah HA, Aml AH, Tibyan AI. Prevalence of Dental Caries of the First Permanent Molars among 6-14 Years Old Sudanese Children. *Indian Journal of Dental Education*. 2018; 11(1):13-16.

ประสิทธิผลการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของ  
ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

EFFECTIVENESS OF CASE MANAGEMENT BY TELEPHONE FOR TYPE 2 DIABETES PATIENTS IN ERA OF  
CORONAVIRUS DISEASE 2019 PANDEMIC

(Received: May 14,2021; Accepted: June 11,2021)

ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ พย.ม., Nakanchaya Navawatcharin

M.N.S., สาขาบริหารการพยาบาล Nursing Administration โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 **วิธีการศึกษา** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research design) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ จำนวน 138 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม C กลุ่มควบคุมโรคได้ดี จำนวน 37 คน กลุ่ม D กลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง จำนวน 52 คนและ กลุ่ม E กลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี จำนวน 49 คน เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลสะสม ด้วยสถิติ dependent t-test และประเมินความพึงพอใจ

**ผลการศึกษา** หลังการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 138 คน พบว่ามีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมไม่แตกต่างจากก่อนการจัดการรายกรณี เมื่อมีการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเป็นกลุ่มพบว่า กลุ่ม C กลุ่มควบคุมโรคได้ดี มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเพิ่มขึ้นจากก่อนการได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) กลุ่ม D กลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารลดลง แต่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ไม่แตกต่างจากก่อนการจัดการรายกรณี ( $p=.070$  และ  $.430$ ) และกลุ่ม E กลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารลดลง ( $p=.611$ ) ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการจัดการรายกรณีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) นอกจากนี้พบว่ามีระดับความพึงพอใจต่อการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์อยู่ในระดับดีมาก

**คำสำคัญ** การจัดการรายกรณี โรคเบาหวาน โควิด-19 โคโรนาไวรัส 2019

Abstract

This study aimed to study the results of the development of a case management telephone service system for diabetes type 2 patients in the situation of the spread of Coronary Disease 2019. **Methods:** This study is a quasi- experimental research design that studied 138 diabetes type 2 patients who received case management by telephone. The patients were divided into 3 groups; C group (good disease control,  $n=138$ ), D group (medium disease control,  $n=52$ ) and E group (poor disease control,  $n=49$ ). Then, compared the difference in fasting and cumulative blood glucose levels using dependent t-test statistics and satisfaction assessment. **Results:** After receiving case management telephone service, the results showed that fasting and accumulative blood glucose levels were not different from normal situations. When comparing the data between groups, the C group showed an increase in fasting and significantly increases in accumulative blood glucose levels after receiving case management telephone service ( $p<.05$ ). The D group showed increasing in fasting blood glucose levels and decreasing in accumulative blood glucose levels but not significant ( $p=.070$  and  $.430$ ). The E group showed no significant decreases in fasting blood glucose levels ( $p=.611$ ) but significant decreases in accumulative

blood glucose levels ( $p < .05$ ). Moreover, the satisfaction level of the case management telephone service was at the highest level.

**Keywords:** Telephone service, Diabetes type 2 disease, COVID-19, Coronavirus 2019

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (กองบริหารการสาธารณสุข, 2563) เป็นไวรัสอุบัติใหม่ที่พบมีการระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยรายงานครั้งแรกที่มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของคน โดยผู้ติดเชื้อจะมีอาการหลายแบบ ตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยคล้ายเป็นไข้หวัดธรรมดา อาการปานกลางเป็นปอดอักเสบ และอาการ รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต (กรมควบคุมโรค, 2563) การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมากกว่า 210 ประเทศ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2563) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และแนะนำทุกประเทศให้ เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค จากข้อมูล ณ วันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2563 มีรายงานผู้ป่วยใน 196 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 1 นครรัฐ เรือสำราญ เป็นผู้ป่วยที่ยืนยัน 597,458 ราย และเสียชีวิต 27,370 ราย

สำหรับประเทศไทย ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคตั้งแต่เริ่มพบการระบาดในประเทศจีน ตรวจพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนในวันที่ 8 มกราคม 2563 ได้รับการตรวจยืนยัน ผลและแถลงสถานการณ์ใน

วันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2563 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และมีผู้เสียชีวิตรายแรก เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2563) ซึ่งทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ถูกประกาศเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่ออันตราย พ.ศ. 2558 เป็นลำดับที่ 14 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 และต่อมาเมื่อวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 นายกรัฐมนตรีได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 ได้ประกาศข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และขอให้ประชาชนคนไทยทุกคนได้พร้อมใจกันอยู่บ้านเพื่อป้องกันตัวเอง ขอให้ทุกคน “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน, 2564) ได้แก่ การไม่รวมกลุ่มกับผู้คนจำนวนมาก การใช้มาตรการป้องกันโรคเพื่อตนเองและแสดงความรับผิดชอบ ต่อสังคม เช่น การใช้หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ การหมั่นล้างมือ การไม่สัมผัสหรือรับเชื้อที่มากับฝอยละอองน้ำลาย การเว้นระยะสัมผัสห่างจากผู้อื่น การไปพบแพทย์ในกรณีต้องสงสัย เป็นที่ยอมรับทั่วโลกแล้วว่าสามารถลดความเสี่ยงได้ดีที่สุดเท่าที่เราจะป้องกันตนเองโดยมีมาตรการพึงปฏิบัติสำหรับบุคคลบางประเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ง่าย ให้อยู่ในเคหสถานหรือบริเวณสถานที่พำนักของตนเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากสภาพภายนอก ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุตั้งแต่เจ็ดสิบปีขึ้นไป (2) กลุ่มคนที่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด

หัวใจและสมอง โรคในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จังหวัดชุมพรพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คนแรกวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2563 และมีการติดเชื้อกระจายไปในหลายพื้นที่รวมผู้ติดเชื้อทั้งหมด 21 ราย รักษาหาย 18 ราย เสียชีวิต 3 ราย โดยในผู้เสียชีวิต 3 รายมีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ โรค SLE โรคไตและโรคภูมิเลือดอุดตันที่ปอด (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดชุมพร, 2563) จากสถานการณ์ดังกล่าวสร้างความตื่นตระหนก วิตกกังวล หวาดกลัวให้กับประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากจังหวัดชุมพรมีผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนหนึ่งในสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้ประชาชนผู้ป่วย ญาติไม่มั่นใจและไม่กล้ามาติดต่อหรือมารับบริการรักษา แต่มีการโทรศัพท์เข้ามาสอบถามถึงการให้บริการที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร เป็นโรงพยาบาลชุมชน ในตำบลปากน้ำชุมพร อำเภอเมือง มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการลงทะเบียนรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหืด โรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวนรวมมากกว่า 2,000 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.48 และ 53.73 เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โดยผู้เป็นเบาหวานอาจมีภูมิคุ้มกันต่ำ เกิดอาการจากการติดเชื้อไวรัสรุนแรง รวมถึงไวรัสกระตุ้นให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้อีกด้วย มีอาการที่รุนแรงจากตัวโรคหรือผลการรักษาที่แย่กว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานประมาณ 2 เท่า นอกจากนี้พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้เป็นเบาหวานสูงถึงร้อยละ 7.3 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตโดยรวมที่พบเพียงร้อยละ 2.3 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2564) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดและนโยบายจากทุกระดับทุกภาคส่วน คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ซึ่งมีการ

ดำเนินงานภายใต้มาตรฐาน NCD Clinic Plus มีการทำงานแบบสหวิชาชีพและเครือข่ายโดยคลินิกเบาหวานเป็นคลินิกที่ผู้มารับบริการในคลินิกจำนวน 60-80 คน ต้องมารับการเจาะเลือดในตอนเช้า รอซักประวัติ รอตรวจกับแพทย์ รอรับยาที่ห้องยา ทำให้เกิดความแออัด ไม่สามารถจัดการรักษาระยะห่างได้ตามมาตรการ ทำให้การให้บริการในคลินิกต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการใหม่เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสหรือติดเชื้อโรคโควิด 19

คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร เริ่มมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการในสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 โดยให้บริการตามปกติ แต่มีการสอนล้างมือ สอนวิธีการใส่หน้ากากอนามัย จัดที่นั่งระยะห่าง ตรวจกับแพทย์ และจัดเวลาไปรับยาครั้งละ 5 คน แต่ยังคงเกิดความแออัดบริเวณห้องยา จึงปรับวิธีการรับบริการในสัปดาห์ต่อมาโดยการนัดคิวการรับบริการเป็นแบบเหลื่อมเวลา แต่ยังคงพบความแออัดในการเจาะเลือดและการรับยา และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการลดลงร้อยละ 40 และ 60 ผิดนัดร้อยละ 10 และ 27 ตามลำดับ เมื่อโทรศัพท์ติดตามพบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ไม่แน่ใจว่าคลินิกเบาหวานยังให้บริการปกติและไม่กล้ามาโรงพยาบาล ทีม NCD เครือข่ายตำบลปากน้ำชุมพร จึงประชุมจัดระบบการให้บริการแบบ NEW Normal ใหม่ร่วมกับการจัดส่งยาให้กับผู้ป่วยเบาหวานในช่วง COVID-19 เพื่อลดการเดินทางและลดความเสี่ยงในการรับเชื้อ โดยการ “ส่งยาทางไปรษณีย์” ซึ่งใช้งบประมาณสนับสนุนจาก “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” หรือ “กองทุนบัตรทอง” ให้กับผู้ป่วยสิทธิบัตรทองทุกรายในอัตราเหมาจ่าย โดยทีมมีการจัดระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กระบวนการจัดการรายการผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์

การจัดการรายการเป็นรูปแบบการบริการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการทางสุขภาพ ซึ่งเป็น

กระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย มีการพัฒนาแผนการดูแลการดำเนินการตามแผนการดูแล การประเมินผลการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องและการสิ้นสุดการจัดการรายกรณีเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความคาดหวังอย่างมีคุณภาพ ใช้การสื่อสารและการจัดการทรัพยากรที่ดีมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม โดยมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse manager) ทำหน้าที่ติดต่อประสานงาน กำกับดูแล รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายตามแผนการดูแลรักษาด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า (ศิริอร ลินธูและพิเชต วงรอด, 2557)

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานเครือข่ายตำบลปากน้ำชุมพร มีการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกในภาวะปกติอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคไวรัสโคโรนา 19 ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีของโพลเวลและทาสาน (Powell et al., 2010) มาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ได้รับกระบวนการรักษาพยาบาลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง สามารถตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแล 4) การดำเนินการตามแผนการดูแล 5) การประเมินผลและ 6) การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการรายกรณี โดยมีผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานงานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โดยการสื่อสารทางโทรศัพท์และได้นำแนวทางการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ (กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีโรคเบาหวานทางโทรศัพท์ โดยเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นความท้าทายของผู้จัดการรายกรณีและทีมสหวิชาชีพในให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านและการจัดส่งยาให้กับผู้ป่วยทางไปรษณีย์ซึ่งไม่เคยดำเนินการมาก่อนในเครือข่ายโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร และเป็นการพัฒนารูปแบบในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยทางโทรศัพท์ให้กับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายต่อไป

#### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจในการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ 2) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ 3) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังอดอาหารก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์

#### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์จำนวน 138 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่ม C กลุ่มควบคุมโรคได้ดี จำนวน 37 คน กลุ่ม D กลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง จำนวน 52 คน และ

และ กลุ่ม E กลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี จำนวน 49 คน โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) ของโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการจัดการรายการณ์ทางโทรศัพท์ เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลสะสมด้วยสถิติ Dependent t-test ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562- 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 (14 เดือน)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการจัดการรายการณ์ทางโทรศัพท์ทั้งหมดจำนวน 248 คน มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโทรศัพท์จากผู้จัดการรายการณ์ มีประวัติการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี รักษาด้วยยารับประทาน มีผลการตรวจระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (A1c) ก่อนและหลังการจัดการรายการณ์ มีสิทธิการรักษาเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และได้รับยาทางไปรษณีย์ ในระหว่างวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2563 -30 กันยายน พ.ศ. 2563 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน นำมาแบ่งเป็นกลุ่มตามเกณฑ์ คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง กรมควบคุมโรค (กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่ม C คือกลุ่มควบคุมโรคได้ดี จำนวน 37 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่ม D คือกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ปานกลาง จำนวน 52 คน และ และกลุ่มที่ 3 กลุ่ม E คือกลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี จำนวน 49 คน ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง จะไม่ได้คัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา

### วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยใช้กระบวนการจัดการรายการณ์ทางโทรศัพท์ของโพลและหาทาน (Powell et al., 2010) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน คือ

**1. คัดเลือกผู้ป่วย** ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน ที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสม A1C ปี พ.ศ. 2563 และระดับน้ำตาลหลังอดอาหารก่อนการจัดการรายการณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

**2. ประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย** ใช้เกณฑ์ในการประเมินผู้ป่วยเบาหวานตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

**กลุ่มที่ 1 กลุ่ม C กลุ่มควบคุมโรคได้ดี** เป็นกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและมีผลลัพธ์ ทางคลินิกที่ดี มีระดับ ระดับน้ำตาล สะสม (A1C) น้อยกว่า 7.0%

**กลุ่มที่ 2 กลุ่ม D กลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง** มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่พอใช้ ได้ระดับน้ำตาลสะสม (A1C) มีค่าอยู่ระหว่าง 7.0-7.9%

**กลุ่มที่ 3 กลุ่ม E กลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี** เป็นกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดี ระดับน้ำตาลสะสม (A1C) มากกว่าหรือเท่ากับ 8.0%

**3. พัฒนาแผนการดูแลแบบจัดการรายการณ์ประยุกต์ใช้ทางโทรศัพท์** เป็นการทำงานโดยทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม -31 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ** วางแผน ประชุมทีม NCD จัดระบบขั้นตอนการให้บริการ กำหนดบทบาทหน้าที่ จัดเตรียมทรัพยากรและบุคลากรให้มีความเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการ



รักษาที่บ้านในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19  
เสมือนมารับบริการที่คลินิกเบาหวานในภาวะปกติ  
ตั้งแต่ขั้นตอนการลงทะเบียนทำบัตร การเจาะเลือดที่

ปลายนิ้ว การซักประวัติ พบแพทย์ นัดการรักษา จัด  
ยา และการรับยา โดยผ่านกระบวนการจัดการราย  
กรณีทางโทรศัพท์ ดังนี้

ตารางที่ 1 แผนการดูแลแบบจัดการรายกรณีประยุกต์ใช้ทางโทรศัพท์

ขั้นตอนการรับบริการคลินิกเบาหวานภาวะปกติที่โรงพยาบาล	ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19
	1. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโทรศัพท์ติดต่อจัดการรายกรณี
ลงทะเบียนทำบัตร	2. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีส่งรายชื่อให้กับงานเวชระเบียนเปิด visit และตรวจสอบสิทธิ์
เจาะเลือดที่ปลายนิ้ว	3. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีและแพทย์ใช้ผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมครั้งสุดท้าย (1 ตุลาคม- 31ธันวาคม พ.ศ. 2563)และระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร1-3 visit
ซักประวัติ	4. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี/พยาบาล OPD ลงข้อมูลการซักประวัติที่ได้จากการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์บันทึกลงในโปรแกรมการซักประวัติ
พบแพทย์	5. แพทย์ทำการสั่งการรักษาโดยใช้ข้อมูลจากการซักประวัติ จากผู้จัดการรายกรณี ผลlab ผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมครั้งสุดท้าย และระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร1-3 visit พฤติกรรมดูแลตนเอง ทำการสั่งยา
นัดการรักษา	6. พยาบาลจุดนัดทำการบันทึกวันนัดและพิมพ์ใบนัด ส่งให้ห้องยา
รับยา	7. เภสัชกรตรวจสอบ คำสั่งจ่าย จัดยาตามแพทย์สั่ง ตรวจสอบรายการยา ให้ถูกต้อง และให้เอกสารข้อมูลคำแนะนำยากรณี เปลี่ยนแผนยา บรรจยาลงกล่อง/ซองไปรษณีย์ และลงทะเบียนการส่งยา

**ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ** พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล สิทธิการรักษา ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ก่อนวันนัด 1 สัปดาห์ ดำเนินการตามขั้นตอน โดยทดลองการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์และเริ่มส่งยาให้กับผู้ป่วยเบาหวานรอบที่ 1 วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 20 คน เป็นชาย 6 คนหญิง 14 คน พบว่า

ร้อยละ 70 สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ตามเบอร์โทรที่ให้ไว้กับงานเวชระเบียน โดยร้อยละ 64.28 ผู้ป่วยเป็นผู้รับโทรศัพท์ด้วยตนเอง ร้อยละ 28.57 เป็นสามี หรือภรรยา และร้อยละ 7.14 เป็นบุตร

ร้อยละ 100 มีความพอใจที่โรงพยาบาลจะมีบริการผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน โดยไม่ต้องเดินทางมารับบริการด้วยตนเอง ร้อยละ 35 สอบถามและกังวล

เรื่องการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ร้อยละ 15 สอบถามเรื่องการตรวจกับแพทย์ ร้อยละ 40 สอบถามเรื่องการเสียค่าใช้จ่ายในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ และร้อยละ 85 สอบถามเรื่องการนัดครั้งต่อไป

**ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล/ปรับปรุง** ทีมได้นำข้อมูลจากการทดลองใช้มาพัฒนาปรับปรุง ดังนี้

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อไม่ได้ ได้ประสานไปที่ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและเทศบาล ให้ติดต่อผู้ป่วยเบาหวานและแจ้งเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีติดต่อกลับไป พบว่าผู้ป่วยได้รับการจัดการรายกรณีเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.6

เพิ่มเติมข้อมูลในการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยในเรื่อง 1) การประเมินระดับน้ำตาลและผล lab อื่น ๆ 2) การตรวจของแพทย์จะมีการประเมินข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายก่อนการสั่งยา

ทุกครั้ง 3) การส่งใบนัดไปกับยาทางไปรษณีย์ 4) แบบเบอร์โทรศัพท์ผู้จัดการรายกรณีให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาทางไปรษณีย์เพื่อตอบแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ ทางโทรศัพท์ จำนวน 3 ข้อ

24 มีนาคม 2563 ทีมสหวิชาชีพ ประชุมทบทวน สรุปรูปแบบ ขั้นตอน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน โดยการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ และระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในผู้ป่วยเบาหวาน เห็นชอบกับระบบที่จะดำเนินการและทำการปรับปรุงจำนวน 7 ท่าน เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2563

**1. การดำเนินการตามแผนการดูแลแบบจัดการรายกรณี** ผู้จัดการรายกรณีใช้กระบวนการพยาบาลกับการนำไปใช้ของอรนันท์ หาญยุทธ เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (อรนันท์ หาญยุทธ, 2557) ดังนี้

### 1.1 ประเมินภาวะสุขภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน (Health Assessment) ดังนี้

โทรศัพท์ถึงผู้ป่วยตามเบอร์โทรศัพท์ >แนะนำตัว >แจ้งวัตถุประสงค์ >สอบถามอาการ โดยพยาบาลเปิดข้อมูลประจำตัวผู้ป่วยในโปรแกรมซักประวัติ Hos.Xp. เพื่อประเมินน้ำหนักตัว ค่า BMI ความดันโลหิต ผล lab (ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 2-3 visit ย้อนหลังและระดับน้ำตาลสะสม A1C ผลการตรวจ Lab ประจำปีครั้งสุดท้าย)

สอบถาม/ซักประวัติอาการปัจจุบัน ประเมินความเสี่ยง ปัญหา อุปสรรค ในการควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา อาการผิดปกติเมื่อน้ำตาลต่ำ น้ำตาลสูง น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการประเมิน 2Q และอาการผิดปกติอื่นๆ

สอบถามอาการโรคโควิด-19 ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ เหนื่อยหอบ การเดินทางไปพื้นที่เสี่ยง การสวมหน้ากากอนามัย การใช้เจลล้างมือ การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน การปฏิบัติตัวเมื่อออกจากนอกบ้าน เป็นต้น

**1.2 วางแผนการพยาบาล** จัดลำดับตามความสำคัญ (ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที ได้แก่ การได้รับยารับประทานต่อเนื่อง พฤติกรรมการปฏิบัติตัว อาการน้ำตาลต่ำ น้ำตาลสูง และความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น ต้องการยานอนหลับ ยานวด ยาหยอดตา ยาแก้ปวดเมื่อย ยาโรคกระเพาะ ครีမ်แก้คัน ยาระบาย เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีการกำหนดผลลัพธ์/เกณฑ์การประเมินผล ได้แก่ ไม่เกิดภาวะหรืออาการน้ำตาลต่ำหรือสูง ประเมิน 2Q ปกติ การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ทานยาได้ตามปกติ ร่วมกับการเลือกกิจกรรมการพยาบาล โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปรึกษาทีมเมื่อพบปัญหา ส่งข้อมูลให้ รพสต เครือข่ายติดตามระดับน้ำตาล ความดันโลหิต ในกรณีที่ต้องดูแลเพิ่มเติม

**1.3 ปฏิบัติการพยาบาล** ใช้ทักษะ Health coach ในการสร้างแรงจูงใจ แนะนำแบบสั้น (Brief Advice หรือ BA:3 เป็น คือถาม ชม แนะนำเป็น) และการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief intervention หรือ BI:3 เป็นร่วมกับประเมิน แก้ไขปัญหาเป็น) ในการดูแลตนเองที่บ้านและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก้ไขจัดการปัญหาอุปสรรคในแต่ละด้านเป็นรายกรณี การแก้ไขอาการผิดปกติ อาการน้ำตาลต่ำ/สูง การมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชน เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้จัดการรายกรณีและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

**1.4 ประเมินผล** สรุปการจัดการรายการณีว่าเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายหรือไม่ แจ้งการนัดหมายครั้งต่อไป ซึ่งจะส่งใบนัดพร้อมกับยา ตกลงการจัดส่งยาไปที่บ้านทางไปรษณีย์

**2. การประเมินผลการจัดการรายการณีและการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง** เก็บข้อมูลความพึงพอใจกลับมาทางโทรศัพท์ ติดตามผลระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังการจัดการรายการณี ภาวะ hypoglycemia hyperglycemia ภาวะแทรกซ้อนอื่น ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ เหนื่อยหอบ ที่ต้องมารับการรักษาระหว่างอยู่ที่บ้าน

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) เก็บข้อมูลทั่วไป ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมจากข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (HOS.xP) ของโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562- 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 (14 เดือน) 2) แบบบันทึกรวบรวมข้อมูล 3) แบบสอบถามความพึงพอใจทางโทรศัพท์โดยผู้จัดการรายการณี ประกอบด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ ในลักษณะเลือกตอบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ จากพึงพอใจมากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อยและน้อยที่สุด ได้รับการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองสอบถามใช้กับผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์ จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามมาทดสอบความเที่ยงด้วยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.62

### วิธีเก็บข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรายบุคคล ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลสะสม

บันทึกผลลัพธ์ก่อนการจัดการรายการณี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562- 31 มีนาคม พ.ศ. 2563

2. ทำการทดลองใช้ระบบและเก็บข้อมูลภายในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563

3. ดำเนินการนำการจัดการรายการณีทางโทรศัพท์มาใช้จัดการในผู้ป่วยเบาหวาน

4. ภายหลังจากการจัดการรายการณีไปใช้ครบ 16 สัปดาห์ ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลเริ่มมาใช้บริการที่โรงพยาบาลหลังการจัดการรายการณี เก็บข้อมูลระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในวันที่ 7 ตุลาคม -31 ธันวาคม พ.ศ. 2563

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและความพึงพอใจใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความพึงพอใจ เปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังการจัดการรายการณีด้วยสถิติ Dependent t-test ทั้งหมด เปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังการจัดการรายการณีด้วยสถิติ Dependent t-test ในแต่ละกลุ่ม

### ผลการศึกษา

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 89 คน คิดเป็นร้อยละ 64.5 เพศชาย 49 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.8 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 70-79 ปี , 50-59 ปี และน้อยกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5, 21.0 และ 9.4 ตามลำดับ กลุ่มอายุที่น้อยที่สุดคือกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.3 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 64.5 เป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 35.5 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่ม C คือกลุ่มควบคุมโรคได้ดี จำนวน 37



คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 คน กลุ่ม D คือกลุ่มที่ควบคุมโรคปานกลาง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ

37.7 และกลุ่ม E คือกลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารก่อนและหลังการจัดการรายการรายกรณีทางโทรศัพท์

ลักษณะศึกษา	ก่อนการจัดการ		หลังการจัดการ		95% Confidence Interval		t	P Value
	Mean	SD	Mean	SD	Lower Bound	Upper Bound		
ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร	147.30	43.52	145.33	43.852	-4.919	8.861	.566	.573
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม	7.722	1.2195	7.749	1.0238	-2.191	.1654	-276	.783

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารก่อนและหลังการจัดการรายการรายกรณีทางโทรศัพท์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลหลังอดอาหารลดลงจาก 147.30 เป็น 145.33 หลังการจัดการรายการรายกรณีทางโทรศัพท์ไม่แตกต่างกัน ( $t=.566, p=.573$ ) ส่วน

ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมหลังอดอาหารก่อนและหลังการจัดการรายการรายกรณีทางโทรศัพท์มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมเพิ่มขึ้นจาก 7.72 เป็น 7.749 หลังการจัดการรายการรายกรณีไม่แตกต่างกัน ( $t=-276, p=.783$ )

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารก่อนและหลังการจัดการรายการรายกรณีทางโทรศัพท์ในแต่ละกลุ่ม

ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร	ก่อนการจัดการรายการรายกรณี		หลังการจัดการรายการรายกรณี		df	t	p-Value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่ม C ควบคุมโรคได้ดี	127.35	27.685	135.70	45.663	36	-1.167	.251
กลุ่ม D ควบคุมโรคได้ปานกลาง	144.19	33.142	136.27	27.144	51	1.853	.070
กลุ่ม E ควบคุมโรคได้ไม่ดี	165.67	54.793	162.22	51.867	48	.511	.611

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารก่อนและหลังการจัดการรายการรายกรณีทางโทรศัพท์ในแต่ละกลุ่มพบว่ากลุ่ม C มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเพิ่มหลังการจัดการรายการรายกรณีทางโทรศัพท์จาก 127.35 เป็น 135.70 เพิ่มขึ้น 8.35 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งไม่

แตกต่างกัน ( $p=.251$ ) ส่วนในกลุ่ม D และกลุ่ม E มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหารลดลงหลังการจัดการรายการรายกรณีทางโทรศัพท์จาก 144.19, 165.67 เป็น 136.27 และ 162.22 ลดลง 7.29 และ 3.45 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ตามลำดับซึ่งไม่แตกต่าง ( $p=.070, .611$ )

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังการจัดการรายการรายกรณีทางโทรศัพท์

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม	ก่อนการจัดการรายการรายกรณี		หลังการจัดการรายการรายกรณี		df	t	p-Value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่ม C ควบคุมโรคได้ดี	6.37	.400	7.23	1.107	36	-4.747	.000*
กลุ่ม D ควบคุมโรคได้ปานกลาง	7.41	.312	7.48	.592	51	-.795	.430
กลุ่ม E ควบคุมโรคได้ไม่ดี	9.06	.82	8.42	.970	48	3.646	.001*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังการจัดการรายการรายกรณีทางโทรศัพท์พบว่า กลุ่ม C มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการจัดการรายการรายกรณี

ทางโทรศัพท์เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.86 จาก 6.37 เป็น 7.23 ซึ่งแตกต่างจากก่อนการจัดการรายการรายกรณีทางโทรศัพท์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-4.747, p=.000$ ) กลุ่ม D มี

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการจัดการรายกรณีเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.07 จาก 7.41 เป็น 7.48 ซึ่งไม่แตกต่างกัน ( $t=-.795, p=.430$ ) และกลุ่ม E มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ลดลงร้อยละ 0.64 จาก 9.06 เป็น 8.42 ซึ่งแตกต่างจากก่อนการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=3.646, p=.001$ )

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์

ลำดับ	ความพอใจการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์	ความคิดเห็น		แปลผล
		X	SD	
1	การให้คำอธิบายและตอบข้อสงสัย ชัดเจน เข้าใจง่าย	4.63	.40	มากที่สุด
2	ได้รับยา เอกสาร สะดวก ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	4.57	.50	มากที่สุด
3	การให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์	4.87	.35	มากที่สุด
	รวม	4.69		มากที่สุด

จากผลระดับความพึงพอใจการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ ใช้แบบสอบถามจำนวน 3 ข้อ จำนวน 30 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์ทั้งหมดจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 52.89 เป็นผู้ได้รับการจัดการรายกรณีโทรศัพท์ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 65.75 บุคคลในครอบครัวโทรศัพท์ตอบแบบสอบถามร้อยละ 34.24 ได้คัดเลือกผู้ตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์ครบทั้ง 3 ข้อ จำนวน 30 คน พบว่ามีความพึงพอใจการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $X=4.69$ ) และความพึงพอใจในแต่ละด้านอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ได้แก่ การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์ ( $X=4.87$ ) การให้คำอธิบายและตอบข้อสงสัย ชัดเจน เข้าใจง่าย ( $X=4.63$ ) และ ได้รับยา เอกสาร สะดวก ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ( $X=4.57$ ) ตามลำดับ

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ โดยประยุกต์จากทฤษฎีการจัดการรายกรณีของโพเวลและทาชาน 6 ขั้นตอน ซึ่งโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรนำมาพัฒนาระบบบริการแบบ NEW Normal ให้เหมาะสมกับบริบทในการให้บริการ ร่วมกับการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน เพื่อลดการเดินทางและลดความเสี่ยงในการรับเชื้อในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจากการศึกษาการพัฒนาบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ของประภา ราชและคณะพบว่าระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ส่งเสริมการทำงานระหว่างสหวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถดูแลจัดการตนเอง เข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง (ประภา ราช, 2563) ผู้วิจัยนำผลการศึกษามาวิเคราะห์และอภิปรายดังนี้

ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารก่อนและหลังการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 คน พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลหลังอดอาหารลดลงหลังการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ที่ไม่แตกต่างจากก่อนการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ ( $p=.573$ ) ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างจากก่อนการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ ( $p=.783$ ) สอดคล้องกับการศึกษาในสถานการณ์แพร่ระบาดของ เชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์และคณะ ซึ่งศึกษาความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังรับยาทางไปรษณีย์พบว่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังรับยาทางไปรษณีย์ ไม่แตกต่างกัน (ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์, 2563) และ

การศึกษาของกิตติภพ แจ่มโสภา ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่กับคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอมบิวเลนต์ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p=0.197$ ) (กิตติภพ แจ่มโสภา, 2563)

เมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของทั้ง 3 กลุ่มพบว่า

กลุ่ม C กลุ่มควบคุมโรคได้ดี เป็นกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (A1C) ก่อนการจัดการรายกรณีน้อยกว่าร้อยละ 7.0 ซึ่งพบว่าหลังการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเพิ่มขึ้นจากการได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) สามารถอธิบายได้ว่าการจัดการรายกรณีในกลุ่มที่ควบคุมได้ ในกระบวนการจัดการรายกรณีมีการถามปัญหา อุปสรรค ให้กำลังใจ แนะนำในการดูแลตนเองที่บ้านและการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง ไม่ได้เข้มงวดเรื่องการปรับพฤติกรรมที่บ้าน เหมือนกับกลุ่มที่ควบคุมปานกลางและควบคุมได้ไม่ดี ผู้ป่วยเกิดการวางใจในการจัดการพฤติกรรมที่บ้านเพราะระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนการจัดการรายกรณีอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กลุ่ม D กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ปานกลาง มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่พอใช้ โดยระดับน้ำตาลสะสม (A1C) ก่อนการจัดการรายกรณีมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 7.0-7.9 พบว่าหลังการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารลดลง แต่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ ( $p=.070$  และ  $.430$ ) ถึงแม้จะยังไม่สามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถอธิบายได้ว่า ใน

กระบวนการจัดการรายกรณีได้มีการเข้มงวดในทุกขั้นตอน โดยเฉพาะความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นประเด็นปัญหาของผู้ป่วยอย่างเข้มงวดแต่ละราย โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ครบหมู่ในแต่ละวัน และได้เน้นย้ำการงดและลดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เนื่องจากช่วงระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดเป็นช่วงฤดูร้อนเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ทำให้มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนการจัดการรายกรณี ( $p= .070$ ) ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการจัดการรายกรณีสูงขึ้นเล็กน้อย ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนการจัดการรายกรณีเช่นกัน ( $p=.430$ ) แต่อย่างไรก็ตาม ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารที่ลดลงและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่เพิ่มขึ้นหลังจัดการรายกรณี

กลุ่ม E กลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี เป็นกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดี ระดับน้ำตาลสะสม (A1C) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 8.0 พบว่าหลังจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารลดลงไม่แตกต่างจากก่อนการจัดการรายกรณี ( $p=.611$ ) อาจอธิบายได้ว่า ในกระบวนการจัดการรายกรณีทุกขั้นตอนในกลุ่มควบคุมโรคไม่ดี เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวที่บ้าน การจัดการจึงให้ผู้ป่วยใช้ทางเลือกในการที่จะเดินทางมารับบริการหรือให้ดูแลตนเองที่บ้าน และรับยาต่อเนื่องในช่วงสถานการณ์โรคระบาด และมีความวิตกกังวลหลังจากการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยต้องมารับการเจาะเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาลหลังอดอาหารซึ่งมีระยะเวลาที่ห่างจากก่อนการจัดการรายกรณีนานเฉลี่ยมากกว่า 3 เดือน ซึ่งนานกว่าการนัดปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องการที่จะประเมินระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร จึงเข้มงวดกับตนเองทำให้ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารลดลงเล็กน้อย ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการจัดการรายกรณีลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<.05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของอุบลรัตน์ รัตนอุไร และประภาส สงบุตร ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (อุบลรัตน์ รัตนอุไร และ ประภาส สงบุตร, 2562) และการศึกษาของ Taylor CB และคณะพบว่าหลังจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ได้รับการดูแลโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีกลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (Taylor et al., 2003)

ระดับความพึงพอใจในการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์พบว่ามีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน จากการสนทนา พูดคุยทางโทรศัพท์ในกระบวนการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเบาหวานต้องการมารับบริการตามปกติ แต่ไม่ต้องการเดินทางมาที่โรงพยาบาล เนื่องจากไม่ต้องการออกจากบ้านเพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เมื่อมีการโทรศัพท์ติดต่อตามกระบวนการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเบาหวานจึงให้ความร่วมมือ ยินยอมให้ข้อมูล ปฏิบัติตามเงื่อนไขการจัดการรายกรณี เพื่อส่งยารับประทานทางไปรษณีย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์และคณะ ความพึงพอใจต่อระบบการจัดการส่งยาทางไปรษณีย์ในสถานการณ์ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 96.2 มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ (ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์, 2563) และ ราตรี โกศลจิตร และ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการจัดการรายกรณีมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (ราตรี โกศลจิตร และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2560)

### สรุปผลการศึกษา

การนำกระบวนการจัดการรายกรณีมาใช้ในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์ 6 ขั้นตอนในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการสื่อสารกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นมากกว่าการที่พยาบาลติดต่อแจ้งผู้ป่วยเพื่อการส่งยาให้ที่บ้านทางไปรษณีย์เท่านั้น แต่ได้นำกระบวนการจัดการรายกรณีมาจัดการทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่บ้านได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในระยะเวลาที่ผู้ป่วยดูแลตนเองที่บ้านในช่วงระยะเวลามากกว่า 4-6 เดือน ไม่แตกต่างกับในสถานการณ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์ และคณะ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังรับยาทางไปรษณีย์มีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังรับยาทางไปรษณีย์ ไม่แตกต่างกันและกิตติภพ แจ่มโสภณ ได้สรุปผลการศึกษาในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบุว่าผู้ป่วยจะรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่หรือรับบริการที่คลินิก หมอครอบครัว ประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคไม่แตกต่างกัน สามารถนำกระบวนการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์มาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรคเรื้อรังที่บ้านในกลุ่มอื่นเช่น ผู้ป่วยที่ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เดินทางไม่สะดวก ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น และทำให้พบว่ากระบวนการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเอง รับประทานยาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเองที่บ้านเป็นระยะเวลาเวลานานมากกว่า 4-6 เดือน สามารถนำมาใช้ในการจัดระบบนัดหมายการส่งยาทางไปรษณีย์ ผู้ป่วยเบาหวานตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละรายให้มีระยะเวลาที่นานขึ้น (ผู้ป่วยเบาหวานจะมีการนัด

หมายไม่เกิน 3 เดือน) เพื่อลดความแออัดในคลินิก เบาหวาน อีกทั้งผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดกับการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ใน สถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารไม่แตกต่างกัน แต่มีระดับน้ำตาลสะสมมีความแตกต่างกันในบางกลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มที่ควบคุมได้ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมสูงขึ้น ส่วนกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ มีระดับน้ำตาลสะสมลดลงหลังจากการจัดการรายกรณี ซึ่งทีมสหวิชาชีพ ต้องนำมาใช้ในการเฝ้าระวัง ดูแล รักษาให้มีความเข้มข้นในทุกกลุ่ม ทั้งในกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี ปานกลาง และควบคุมโรคไม่ได้ เพราะเมื่ออยู่ที่บ้านอาจมีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลสะสมเพิ่มขึ้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลอยู่ในระดับที่

สามารถควบคุมโรคได้ในทุกสถานการณ์ ไม่ว่าจะ เป็นในภาวะปกติ หรือในสถานการณ์แพร่ระบาด

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณแพทย์หญิงสุดฤทัย รัตนโอภาส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ทีมสหวิชาชีพ เครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกท่านและที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ความร่วมมือ ปฏิบัติตัวอย่างดีที่สุด ตามความสามารถของตนในสถานการณ์ที่ยากลำบากนี้ไปด้วยกัน และขอขอบคุณสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 ที่ทำให้ทีม NCD เครือข่ายสุขภาพตำบลปากน้ำชุมพรได้มีการพัฒนาศักยภาพการให้บริการแบบ NEW Normal การให้บริการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และการส่งยาทางไปรษณีย์ อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลที่ดี

### เอกสารอ้างอิง

- Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2010). Case management: A practical guide for education and practice (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor CB, Miller NH, Reilly KR, Greenwald G, Cunning D, Deeter A, et al. Evaluation of a nurse-care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 1058-63.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ต่อคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic Plus). กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3). เข้าถึงได้จาก <http://ddc.moph.go.th/uploads/files/10020200330051455.pdf> สืบค้นเมื่อ 2 เม.ย. 2563.
- กองบริหารการสาธารณสุข. (2563). การป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ติดต่อผ่านช่องทางการสัมผัส. เข้าถึงได้จาก [https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article\\_detail&subpage=article\\_detail&i-d=811](https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&i-d=811) สืบค้นเมื่อ 20 พ.ค. 2563.
- กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดการบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรส่งเสริมการส่งตรวจทางการแพทย์ผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กิตติภพ แจ่มไสภณ. (2563). ประสิทธิภาพของหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้างแอน อำเภอบางบาล จังหวัดสุรินทร์. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2563.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2563). พฤติกรรมของประชากรโลกในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. (2564). การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าถึงได้จาก <https://www.thaigov.go-th/news/contents/details/28032> สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2564.
- ประกาศ ราชฯ, จารุภา ครรช และธนพร สดชื่น. (2563). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารแพทย์เขต. ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2563.



ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์, ประดับ เพ็ชรจรรยา และ สิริินยา สุริยา (2563). การพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน  
สถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. เชียงรายเวชสาร. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2/2563.

ราตรี โกศลจิตรและเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2560). ประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก.  
พยาบาลสาร. ปีที่ 44 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2560.

ศิริอร สิ้นธุและ พิเชตวรอด. (2557). การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. (พิมพ์ครั้งที่2) กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดชุมพร. (2563). สถานการณ์โรคติดเชื้อ covid-19 จังหวัดชุมพร. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.cmpo.moph.go.th/cmp3/index.php/89-sample-data-articles/megazine/workplaces?start=24> สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2564.  
สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2564). ผู้เป็นเบาหวานมีโอกาสติดเชื้อไวรัส COVID-19 มากกว่าปกติหรือไม่. เข้าถึงได้จาก  
<https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/for-normal-person/health-information-and-articles/health-information-and-articles-2563/1010-covid-19> สืบค้นเมื่อ 22 เม.ย. 64.

อรนันท์ ทาญุฑธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2557.

อุบลรัตน์ รัตนอุไรและประภาส สงบุตร. (2562). ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้.  
วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 28 ฉบับพิเศษ พฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2562.

# การพยาบาลผู้ป่วยกรณีปฏิกิริยาที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการฉีดวัคซีนในกลุ่มอาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมอง Nursing care of patients with immunization stress related response (ISSR), cerebrovascular disease-like syndrome

(Received: May 31,2021; Accepted: June 28,2021)

สิริวรรณ เคนผาพงศ์, พย.บ.

Sirivan Kenpapong

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดนครราชสีมา

## บทคัดย่อ

กรณีศึกษาหญิงไทยอายุ 37 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 12 พฤษภาคม 2564 ด้วยอาการ เวียนศีรษะใจสั่น แขน ขาด้านขวาไม่มีแรง 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล หลังฉีด COVID-19 vaccine: Sinovac แพทย์วินิจฉัย R/O Ischemic stroke ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผล No demonstrated focal brain parenchymal abnormality, acute infarction or abnormal enhanced lesion ให้ดูแลรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาละลายลิ่มเลือด ควบคุมระดับความดันโลหิตระดับน้ำตาลในเลือด ส่งตรวจ MRI brain ผลปกติ แพทย์สรุปการวินิจฉัยเป็น ISSR จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 14 พฤษภาคม 2564 ได้รับการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันโรค (AEI) จนครบ 4 สัปดาห์ ไม่มีอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน รับประทานในโรงพยาบาล 2 วัน

## Abstract

In case study, Thai female patient, 37 year old, was admitted to hospital on 12 May 2021. Before hospital admission for 10 min, she had the symptom including dizziness, palpitations, weak right arm and leg after receiving the COVID-19 vaccine (Sinovac) injection. Doctor's diagnosis is R/O Ischemic stroke. The brain of patient was scanned by a computerized tomography (CT). The CT scan result has no demonstrated focal brain parenchymal abnormality, acute infarction or abnormal enhanced lesion. Patient was treated in Stroke unit by receiving intravenous fluids therapy, thrombolytic drug and controlling blood pressure and blood sugar levels. The brain of patient was determined by magnetic resonance imaging (MRI) and showed normal appearance. Doctor concluded that the patient had immunization stress related response (ISSR). The patient was discharged on 14 May 2021. Patient was received symptom monitoring after receiving immunization (AEI) for 4 weeks without abnormalities or complications, total hospital admission for 2 days.

## บทนำ

Immunization Stress-Related Response (ISSR) เป็นอาการทางกายที่เกิดขึ้นจริง ที่ตอบสนองต่อภาวะความเครียดในการได้รับการฉีดวัคซีนร่วมกับอาการข้างเคียงที่เกิดตามปกติหลังได้รับวัคซีน เกิดได้กับวัคซีนทุกชนิด ทุกรุ่นการผลิต (Lot) ซึ่งมีตัวอย่างในหลายเหตุการณ์ที่พบในต่างประเทศจากวัคซีนหลายชนิด และในประเทศไทยก็เคยมีกรณีฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้นักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โดยกลไกของการเกิดโรคยังไม่ชัดเจนอาการของ ISSR มีได้หลากหลาย เช่น เป็นลม ปวดเกร็งท้อง คลื่นไส้ ตั้วความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว อันเป็นผลจากการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติไปจนถึงอาการ

ทางระบบประสาท (Dissociative neurological symptom reaction: DNSR) เช่น อาการอ่อนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ความผิดปกติของการทรงตัว พูดไม่ชัด อาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมองหรือชัก โดยส่วนใหญ่อาการมักเกิดขึ้นเร็วภายในไม่กี่นาทีหลังการฉีดวัคซีน แต่อาจมีบางรายเกิดช้าเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันภายหลังการได้รับวัคซีน ISSR มักจะเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และพบมากในผู้ที่มีอายุน้อย

จากกรณีของผู้ที่มีอาการอ่อนแรงภายหลังการได้รับวัคซีนโควิด-19 ในบางพื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งไม่พบสาเหตุความผิดปกติทางกายที่เป็นสาเหตุชัดเจน อาจถือได้ว่าเข้าข่ายเป็น ISSR พบว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนมีอาการของระบบประสาท คล้ายอาการทางหลอดเลือด



สมอง เช่น ชา แขนขาอ่อนแรง ภายหลังการได้รับวัคซีน โดยอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ประมาณ 5-30 นาที ภายหลังการได้รับวัคซีน แต่บางรายเกิดหลังจากนั้น หลายชั่วโมงหรือเป็นวันเมื่อตรวจภาพรังสีวิทยาของสมอง (Neuroimaging study) ไม่พบพยาธิสภาพที่ชัดเจน อาการมักจะหายไปภายใน 1-3 วัน อย่างไรก็ตาม บางรายอาการอาจจะอยู่ได้นานกว่านั้น จากลักษณะของภาวะ ISRR ที่มีกลุ่มอาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมอง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยการตรวจวินิจฉัยขั้นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องและป้องกันความพิการ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำต่างๆ ให้กับผู้มารับบริการกรณีด้วัคซีน ในฐานะหัวหน้าหน่วยงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีความสนใจที่จะศึกษา กรณีปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการฉีดวัคซีน กลุ่มอาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกรณีปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการฉีดวัคซีน กลุ่มอาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมอง

### วิธีการศึกษา

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติ การเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติ การแพ้ยา หรือสารเคมีแบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

2. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ

3. ศึกษาค่านคว่าจากตำราเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยกรณีปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการฉีดวัคซีนกลุ่มอาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมอง ปรีกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยพยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการ

พยาบาล โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

### ผลการศึกษา

#### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับราชการ เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 12 พฤษภาคม 2564 ด้วยอาการ เวียนศีรษะ ใจสั่น แขน ขาด้านขวาไม่มีแรง 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล หลังฉีด COVID-19 vaccine Sinovac ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน เป็นมา 1 ปี รักษาด้วยยารับประทาน Metformin 1 tab oral bid pc รับประทานยาสม่ำเสมอ มีประวัติการแพ้ยา Diclofenac มีอาการผื่นคันบริเวณใบหน้า Ibuprofen มีอาการบวมตามร่างกาย ปฏิเสธการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

#### การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ

R/O Ischemic stroke

#### การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Immunization Stress-Related Response (ISRR)

#### การประเมินสภาพร่างกาย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/93 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> Saturation 100%

ศีรษะ: รูปร่างปกติ ไม่มีก้อนนูน ผิดปกติ ผมดำ ไม่มีผมร่วงผิดปกติ ไม่มีบาดแผลหรือผื่น

ใบหน้า: สมมาตร รูปร่างปกติ ไม่บวม

ตา หู คอ จมูก: เปลือกตาไม่ซีด pupil 2 mm มีปฏิบัติการต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง

คอและไหล่: ไม่มี neck vein engorgement ต่อมน้ำไทรอยด์ ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

กระดูกและข้อ: กระดูกไม่ผิดรูป เคลื่อนไหวได้

ทรวงอกและปอด: รูปร่างปกติ หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ

หัวใจ: เต็มสม่ำเสมอ ไม่มี murmur อัตราการเต้น 98 ครั้ง/นาที

ท้อง: ไม่มีกตเจ็บ ไม่มี guarding, bowel sound ปกติ ไม่มี ascitis ไม่มีตับ ม้ามโต

ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: Glasgow Coma Score = E4 V5 M6 ผ่านตาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง 3 มิลลิเมตร คะแนน NIHSS ได้ 1 คะแนน แขน ขา ข้างซ้าย motor power grade 5 แขน ขาข้างขวา motor power grade 4

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ**

**วันที่ 12 พฤษภาคม 2564**

1. Complete Blood Count ผล: White blood count 4,890 cells/ cell/mm<sup>3</sup>, Neutrophil 66%, Lymphocyte 27%, Monocyte 6%, Eosinophil 0%, Basophil 1%, Hematocrit 34% , Platelet count 128,000 cell/mm<sup>3</sup>. จากผลการตรวจ CBC ไม่พบการติดเชื้อในร่างกาย

2. Electrolyte ผล: Na 140.7 mmol /L, K 2.9\* mmol /L, Cl 113.6 mmol /L, CO<sub>2</sub> 16.6 mmol /L, BUN 14.9 mg/dl, Creatinine 0.85 mg/dl จากผลการตรวจ Electrolyte มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

3. DTX stat = 258 mg/dl มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

4. เอกซเรย์ปอด ผล: ปกติ

5. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผล: No demonstrated focal brain parenchymal abnormality, acute infarction or abnormal enhanced lesion

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>1. เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทที่เลวลง</b> <b>ข้อมูลสนับสนุน</b> 1. ผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีอาการแขนขาชาวม</p>	<p>1. ชักประวัติถึงอาการสำคัญที่มารักษาและระยะเวลาที่เริ่มเป็นให้ได้เวลาที่ชัดเจน</p> <p>2. ชักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ช่วยสนับสนุนการเกิดโรค เช่นโรคประจำตัว พฤติกรรมเสี่ยง ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว หรือโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3. ตรวจร่างกายเบื้องต้น โดย</p>

6. ตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ผล: No evidence of gross intracranial extracranial abnormality

**แผนการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน**

ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นระยะเวลา 3 วัน วันที่ 12 พฤษภาคม 2564 เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, BUN, Cr, Elyte, PT, PTT, INR, LFT, Trop-T) เจาะ DTX stat ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr ส่งตรวจ CT Brain with non-contrast และนัดส่งตรวจ MRI brain เพิ่มเติมได้วันที่ 13 พฤษภาคม 2564 งดอาหารและน้ำ ยกเว้นยา ให้รับประทานยา Aspirin (300) 1 tab oral stat DTX premeal, hs keep 80-200 mg/dl If DTX 201-250 mg/dl RI 4 unit sc, DTX 251-300 mg/dl RI 6 unit sc, DTX 301-350 mg/dl RI 8 unit sc, DTX 351-400 mg/dl RI 10 unit sc, if < 80 > 400 mg/dl notify ก่อนนอนเปลี่ยน RI เป็น NPH ให้พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย Stroke unit วันที่ 13 พฤษภาคม 2564 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr ให้รับประทานอาหารอ่อน ปรีกษานักกายภาพบำบัดวันที่ 14 พฤษภาคม 2564 ผลการตรวจ MRI ปกติ แพทย์สรุปการวินิจฉัยเป็น ISRR จำหน่ายกลับบ้าน ได้ติดตามเยี่ยมอาการหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์ สอบถามอาการผิดปกติ ได้แก่ ไข้ บวมแดง ร้อนบริเวณที่ฉีดยา ปวดศีรษะ ติดตามจนครบ 4 สัปดาห์ ไม่มีอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>อ่อนแรง Motor power grade 4 เวียนศีรษะ</p> <p>2. ระยะเวลามีอาการ 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล</p>	<p>3.1 ตรวจสอบการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า (facial drop) โดยให้ผู้ป่วยยื่นฟันแล้วสังเกตดูกล้ามเนื้อใบหน้าทั้งสองข้างว่าเท่ากันหรือไม่ ถ้ามุมปากด้านใดตก แสดงว่ากล้ามเนื้อใบหน้าด้านนั้นอ่อนแรง</p> <p>3.2 ตรวจสอบการอ่อนแรงของแขน (pronator drift) โดยให้ผู้ป่วยหลับตาและยกแขนทั้งสองข้างตั้งฉากกับลำตัวค้างไว้ประมาณ 10 วินาที ถ้าผู้ป่วยมีแขนอ่อนแรงจะทำไม่ได้ หรือแขนข้างที่อ่อนแรงจะตกทันที</p> <p>4. การตรวจร่างกายอื่นๆ เช่น สัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาท (GCS, NIHSS) และ O2 saturation</p> <p>5. เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ CBC, BUN, Cr, Elyte, PT, PTT, INR, LFT, Trop-T DTX stat พร้อมเปิดหลอดเลือดดำ 2 เส้นโดยเส้นแรกให้ 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr อีกเส้นหนึ่ง lock เตรียมไว้สำหรับให้ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>6. ส่งตรวจพิเศษ CT Brain non contrast ภายใน 10 นาที และตามผลภายใน 15 นาที</p> <p>7. ตรวจ EKG 12 leads เพื่อค้นหาปัญหาหัวใจอื่นๆ</p> <p>8. ประเมินสัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาท (GCS, NIHSS) และ O2 sat หลังกลับจาก CT และประเมินต่อเนื่องเป็นระยะทุก 15 นาที และรายงานแพทย์ภายใน 4 นาที ในกรณีต่อไปนี้</p> <p>8.1 สัญญาณชีพผิดปกติ ระดับความดันโลหิต SBP &gt; 185-220 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP &gt; 120-140 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>8.2 ภาวะพร่องออกซิเจน O2 Sat &lt; 95% หรือผู้ป่วยมีภาวะ cyanosis</p> <p>8.3 ระดับความรู้สึกตัว GCS ลดลง <math>\geq</math> 2 คะแนน</p> <p>8.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เช่น DTX &lt; 50 mg% หรือ &gt; 400 mg%</p> <p>8.5 อาการอื่นๆ เช่น อาการเจ็บหน้าอก ชักเกร็ง กระตุก เหนื่อยหอบ เป็นต้น</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ผู้ป่วยรู้ตัวดี GCS = 15 คะแนน E4 V5 M6 , NIHSS = 1 คะแนน สัญญาณชีพ ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/90 มิลลิเมตรปรอท Door to CT brain 30 นาที ผล CT Brain ปกติ</p>
<p>2. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. มีประวัติโรคเบาหวาน 1 ปี</p> <p>2. DTX stat 258 mg/dl</p>	<p>1. ให้ RI 6 unit sc stat เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากภาวะน้ำตาลสูง</p> <p>2. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง จากนั้นติดตามเจาะ DTX premeal, hs keep 80-200 mg/dl</p> <p>3. ดูแลให้ได้รับ RI ทาง subcutaneous ตามระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ DTX 201-250 mg/dl RI 4 unit sc, DTX 251-300 mg/dl RI 6 unit sc, DTX 301-350 mg/dl RI 8 unit sc, DTX 351-400 mg/dl RI 10 unit sc, if &lt; 80 &gt; 400 mg/dl notify ก่อนนอนเปลี่ยน RI เป็น NPH</p> <p>4. ประเมินภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากอาการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ภายหลังได้รับ RI</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง 174 mg/dl</p>
<p>3. ผู้ป่วยมีภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p>	<p>1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ 0.9% NSS 1,000 ml + KCl 20 mEq iv drip 80 ml/hr. ควบคุมการหยดผ่าน Infusion pump</p> <p>2. บันทึกสัญญาณชีพ ความดันโลหิตทุก 15,30,45,60 นาที และทุก 4 ชั่วโมงหลังให้</p>



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Na 140.7 mmol/L, K 2.9* mmol/L, Cl 113.6 mmol/L, CO <sub>2</sub> 16.6 mmol/L, BUN 14.9 mg/dl, Creatinine 0.85 mg/dl	3. ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน 4. ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงโซเดียมต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็งอาการชัก และไม่รู้ตัว 5. Monitor EKG ติดตามการเต้นของหัวใจ 6. บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย <b>การประเมินผล</b> ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้โปแตสเซียมทางหลอดเลือดดำ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ
<b>4. ผู้ป่วยและญาติมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล</b> <b>ข้อมูลสนับสนุน</b> 1. ญาติและผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล 2. ญาติสอบถามอาการของผู้ป่วยว่าจะเป็นอัมพาตหรือเปล่า	1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ป่วยโดยการแนะนำตัวเองและพูดคุยให้กำลังใจ 2. กระตุ้นให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง 4. สอนและแนะนำวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแก่ญาติ 5. ประเมินภาวะวิตกกังวลโดยสังเกตพฤติกรรม สีหน้าท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกาย และการซักถาม 6. กระตุ้นและส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย <b>การประเมินผล</b> ผู้ป่วยและญาติสีหน้าดีขึ้น ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้เป็นอย่างดี

**การติดตามเยี่ยม**

วันที่ 13 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รื้อเรื่องดี ทำตามคำบอกได้ GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil 3 RTL BE ขา 2 ข้าง gr5 แขนข้างซ้าย gr5 แขนข้างขวา gr4 ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/74 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> Saturation 100% เริ่มยารับประทาน Aspirin (300) 1 tab oral OD เข้า, Simvastatin (20) 1 tab oral hs, Metformin (500) 1 tab oral bid pc, Omeprazole (20) 1 tab oral OD pc รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน

วันที่ 14 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil 3 RTL BE ขา 2 ข้าง gr5 แขนข้างซ้าย gr5 แขนข้างขวา gr4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/82

มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> Saturation 100% รับประทานอาหารอ่อนได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน นักกายภาพบำบัดมาฝึกทำกายภาพให้ ก่อนจำหน่ายอธิบายและทบทวนการปฏิบัติตัว การเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่อเนืองที่บ้าน

**สรุปและอภิปรายผล**

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางระบบประสาท แขนขาอ่อนแรง และเป็นผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี ถึงแม้ประวัติมีอาการภายหลังฉีด COVID-19 vaccine: Sinovac ยังคงต้องสงสัยภาวะหลอดเลือดสมอง และให้ดูแลตามแนวทางและมาตรฐานซึ่งจะต้องหาสาเหตุของการเกิดโรค หากผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรอง ประเมินอาการ วินิจฉัยโรคแล้ว ทำให้การรักษาที่ผิดพลาดไม่ทันเวลา ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และถ้าหากรอดชีวิต ผ่านพ้นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตไปได้ก็จะมีคุณภาพการหลงเหลือไปตลอด



ชีวิต ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีผลกระทบต่อสังคมโดยรวม จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว วินิจฉัยได้ว่าเป็นภาวะ ISRR ร่วมกับผลการตรวจสมองไม่พบพยาธิสภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้ติดตามเยี่ยมอาการหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์ สอบถามอาการผิดปกติ ได้แก่ ไข้ บวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีด ปวดศีรษะ ติดตามจนครบ 4 สัปดาห์ ไม่มีอาการผิดปกติ

### ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากเป็นช่วงรณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และอาจส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลต่อ

ประชาชนที่จะรับวัคซีน ส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในการรับบริการวัคซีน การให้ความรู้แก่ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ให้ความเชื่อมั่นว่าอาการในกลุ่ม ISRR เป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราว สามารถหายเป็นปกติได้ หากมีอาการที่รุนแรงหรืออาการเข้าได้กับโรคอื่นที่ไม่ใช่ ISRR ก็ยังสามารถได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ได้ตลอดเวลา การจัดเตรียมสถานที่การฉีดวัคซีนให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เช่น ลดความแออัด ในการรอการฉีด จัดที่นั่งพักที่สะดวก ไม่ร้อนอบอ้าว และแยกสถานที่ปฐมพยาบาลให้ห่างจากตำแหน่งที่มีการฉีดวัคซีน แนะนำให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ และดื่มน้ำก่อนฉีดวัคซีน การเตรียมการดังกล่าวข้างต้นสามารถลดและป้องกันการเกิด ISRR ได้

### เอกสารอ้างอิง

- กันติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูล และลัดดา อะโนศรี. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารกองการพยาบาล*: 44 (2).
- จตุพงษ์ พันธุ์วิไลและคณะ. (2555). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นในระยาระดมเงินสำหรับพยาบาล. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*; 27(1): 53-63.
- พรภัทร ธรรมสโรธ. (2555). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*; 33(2): 15-28.
- ดิษยา รัตนกร และคณะ. (2554). *Current Practical Guide to Stroke Management*. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- นลินี พสุคันธ์ภาค, สายสมร บริสุทธิ์ และวันเพ็ญ ภิญญภูภาสกุล. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา. บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- รุ่งนภา จันทรา, เรณู แสงสุวรรณ และชุลีพร หีตอักษร. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันด้วยทีมสหวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*; 18: 49-55.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (11 พฤษภาคม 2564). *ภาวะ ISRR (Immunization Stress-Related Responses) "ปฏิกิริยาที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการฉีดวัคซีน"* [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/infographics>.

## ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น Depression in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in Sichomphu District, KhonKaen Province

(Received: May 19,2021; Accepted: June 18,2021)

พิชญ์ วชิราภกร  
Pich Wachirapakorn  
โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross sectional study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ดำเนินการระหว่าง 20 ธันวาคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ ร้อยละและค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น จากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 120 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75 ) อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 56 ปี ผลประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พบมีภาวะซึมเศร้า 7 คน (ร้อยละ 5.9) พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ประวัติผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้อวัยวะเสียหาย ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด อาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย  
คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### Abstract

This Cross sectional study research aimed to study Depression and factors affecting the depression risk in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in Sichomphu District, KhonKaen Province. The samples were 120 elderly. The conducted during 20 December 2020 – 30 April 2021. The tool of this study was the were 2Q depression screening questionnaire, 9Q depression evaluation questionnaire, 8Q suicidal evaluation questionnaire. Collecting data by evaluation from and analyzed by frequency, percentage and chi-square.

The result following: This research aimed to study Depression in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in Sichomphu District, KhonKaen Province were found most of the samples were female (75%), average of age are 56 years. Form screening with 2Q, we found 29 persons (24.2%) with depression risk. From 9Q, 7 (5.9%) people at risk of depression were found. four significant factors affecting the depression risk were patient's history of violence, patients using drugs, patients current symptoms and feeling of the other towards the patients.

Keyword: Depression in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients

### บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและมีผลกระทบต่อสังคมโดยมีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 0.5-1.5 ของประชากรทั่วโลก<sup>12</sup> ส่วนในประเทศไทย ตามรายงานของกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2561 พบมีผู้มารับบริการด้วยโรคทางจิตเวช จำนวน 300,288 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 80,092 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปีถัดไป

การที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งปัญหาการดำเนินชีวิต (El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A-SMK. 2010 ; Sobieraj M, Williams J, Marley J, Ryan P. ,1998) จาก การที่ในชุมชนหวาดกลัวผู้ป่วย สูญเสียรายได้ เนื่องจากต้องขาดงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นดูแลต่อที่บ้านหรือต้องนำผู้ป่วยที่ โรงพยาบาล ภาระการดูแลเหล่านี้ก่อให้เกิด ความเครียด ความกังวล ความเบื่อ



หน่าย ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้ดูแล ทำให้มีอาการภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล(El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A-SMK. 2010 ; Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U, Kimsao P. 2016)

ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นยังเป็นปัญหาที่ไม่ได้รับความตระหนัก เนื่องจากอาการของภาวะซึมเศร้าอาจไม่ได้แสดงออกชัดเจน และผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยจนไม่ได้ใส่ใจกับภาวะความผิดปกติของอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ทำให้ปัญหามักถูกมองข้ามไป (Depression and Caregiving, 2020) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากที่สุดเป็นอันดับสอง รองจากโรคหัวใจ(Organization WH, Asia RO for S-E. 2020) จากการวิจัยที่ผ่านมาของต่างประเทศพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในชุมชนมีประมาณร้อยละ 10.6 ส่วนความชุกของโรคกลุ่มวิตกกังวลในชุมชนพบว่าอาจสูงถึงร้อยละ 14.2(APA, 2020) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและคณะ(เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมพร อุดมทรัพย์กุล, 2554) พบจำนวนผู้สูงอายุในเชียงใหม่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 จากผลการศึกษาของ อาคม บุญเลิศ(อาคม บุญเลิศ, 2559) เกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น จากกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาคือ 130 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.9

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตนั้นพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ลดลง และพบมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. 2009 ; Aarti, Ruchika, Kumar R, Varghese A. 2019) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยก็พบว่า มีปัญหาในลักษณะเดียวกัน โดยพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีเกี่ยวกับภาวะ

การดูแล (Sangsiirat S. 2016) และมีปัญหาทางสุขภาพจิต รวมถึงมีโรคซึมเศราร่วมด้วย ( Rungwittayanuwat P, Phattharayuttawat S, Charoensak S. 2018 ; ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์, เยาวลักษณ์ พินิตอังกูร, ต้นติมา ดั่งวงโยธา, อุบุญรัตน์ อธิราชและปิยนุช กิมเสาว, 2559 ; สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, ธีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาลและวารลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2561) จากการศึกษาของ ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์และคณะ(ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์, เยาวลักษณ์ พินิตอังกูร, ต้นติมา ดั่งวงโยธา, อุบุญรัตน์ อธิราชและปิยนุช กิมเสาว, 2559) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 230 คน ด้วยแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.7 และ ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 28.3 โดยวิเคราะห์พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์เครียดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับสูง มีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาน้อย และมีความเครียดสูงในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งในการศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของแต่ละพื้นที่นั้นอาจได้ผลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย

โรงพยาบาลสีชมพู เป็นโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจากข้อมูลประชากรกลางปี 2563 อำเภอสีชมพูมีประชากร จำนวน 78,148 คน มีผู้ป่วยจิตเภท 431 คน และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการขึ้นทะเบียนสะสมทั้งหมด 412 คน ซึ่งปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท นั้นเป็นเรื่องยังที่ถูกละเลย ไม่ได้ได้รับความสนใจ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจมีการเจ็บป่วยจากการภาวะซึมเศร้าโดยไม่รู้ตัว ซึ่งนอกจากภาวะซึมเศร้าจะทำให้เกิดความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันและหน้าที่การงานแล้ว ยังเป็นเหตุที่นำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการพยายามฆ่าตัวตายอีกด้วย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จิตเภท อำเภอสี  
ชมพู จังหวัดขอนแก่น

## รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross  
sectional study)

## ประชากรที่ทำการวิจัย

คัดเลือกผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่  
พาผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิก  
เฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาลสีชมพู อำเภอสีชมพู  
จังหวัดขอนแก่น

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าวิจัย (Inclusion  
Criteria)

1. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 18 ปี  
ขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลา  
อย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion  
criteria)

1. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติ  
การเจ็บป่วยโรคทางสุขภาพจิตมาก่อน
2. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถ  
ตอบคำถามได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลการคัดกรอง  
ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่ง  
ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนดังนี้ 1) เอกสารชี้แจง  
สำหรับอาสาสมัคร และแบบยินยอมอาสาสมัคร 2)  
ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิต  
เภท 3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q

## การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมการวิจัย

อาสาสมัคร (ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท) จะ  
ได้รับฟังคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับการ  
การเป็นอาสาสมัคร ในโครงการคัดกรองภาวะ  
ซึมเศร้า ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จิตเภท อาสาสมัคร

จะได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย โดยจะ  
เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และสามารถถอนตัวจาก  
การศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าไม่ประสงค์เข้าร่วมโดยไม่เสีย  
สิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้น  
ตามมาในโอกาสต่อไป

## วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาจำนวนและข้อมูลของผู้ป่วยจิต  
เภท ที่มารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก(คลินิกเฉพาะ  
โรคจิตเวช)โรงพยาบาลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัด  
ขอนแก่น ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ย้อนหลัง ศึกษาความรู้  
แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทาง  
ในการตรวจคัดกรองและให้การดูแลภาวะซึมเศร้าใน  
ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

จัดทำเอกสารในการใช้สอบถามและการคัด  
กรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งประกอบไปด้วย เอกสารชี้แจง  
สำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย แบบแสดงความ  
ยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร และ แบบเก็บ  
บันทึกข้อมูล และคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 ประชุมทีมผู้รับผิดชอบแผนกผู้ป่วยนอก  
(คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช)โรงพยาบาลสีชมพู อำเภอสี  
ชมพู จังหวัดขอนแก่น จัดทำแนวทางการตอบ  
แบบสอบถามและการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล  
หลักของผู้ป่วยจิตเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตามปกติที่  
แผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช)โรงพยาบาล  
สีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น หากมีผู้ดูแลมา  
ด้วย จะคัดเลือกผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้า  
เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion  
criteria) จากนั้นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับ  
ฟังคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับการ  
เป็นอาสาสมัคร ในโครงการคัดกรองภาวะซึมเศร้าใน  
ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

2. หากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ยินยอม  
ในการเป็นอาสาสมัคร จะให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิต  
เภท ลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมให้ทำการ  
วิจัยจากอาสาสมัคร



3. ให้ผู้ดูแลหลักของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถาม หากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ พยาบาลประจำคลินิกเฉพาะโรคจิตเวช จะทำการอ่านแบบสอบถามให้และบันทึกข้อมูลตามที่ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทให้คำตอบ จากนั้นทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q ถ้าเป็นบวก ให้ประเมิน 9Q ต่อไป หากคะแนน 9Q เท่ากับ 7 คะแนนขึ้นไป ให้ทำแบบประเมิน 8Q ต่อไป เพื่อประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลผล นำข้อมูลการประเมินที่ได้รับทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง นำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและนำเสนอผลงานเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

### การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ปัจจัยสังคม ปัจจัยด้านการเข้าถึงการรับบริการ/รักษา กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติ ค่าไคสแควร์ (Chi-square test) ที่ระดับนัยสำคัญ  $p < 0.05$  ถ้าปัจจัยใดพบนัยสำคัญจะนำมาวิเคราะห์แบบ multivariable โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาวิจัยในแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 20 ธันวาคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2564 มีผู้เข้าเกณฑ์การวิจัย 120 คน เป็นเพศชาย 30 คน (ร้อยละ 25) เพศหญิง 90 คน (ร้อยละ 75) อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอายุน้อยสุด 18 ปี อายุมากที่สุด 87 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 56 ปี (SD 14.22) สถานะโสด 4 คน สมรส 84 คน หม้าย, หย่าและแยกกันอยู่ 32 คน ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต

4. หากประเมิน 9Q แล้วได้คะแนนเท่ากับ 7 คะแนนขึ้นไป หรือพบมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ให้ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย ให้คำแนะนำและการรักษา นัดติดตามอาการในครั้งถัดไปเป็น เวลา 2-4 สัปดาห์ หากพบมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง อาจพิจารณาให้การรักษาภายในโรงพยาบาล หรือส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชต่อไป

เภท พบว่าไม่ได้รับการศึกษา 4 คน (ร้อยละ 3.3) ประถมศึกษา 94 คน (ร้อยละ 78.3) มัธยมศึกษา 18 คน (ร้อยละ 15) อนุปริญญาและปริญญา 3 คน (ร้อยละ 2.5) และ 1 คน (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย 50 คน (ร้อยละ 41.7) มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร 45 คน (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือรับจ้าง (ร้อยละ 25.8) และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 29) ตามลำดับ รายได้ส่วนใหญ่ คือ 5000 - 10000 บาทต่อเดือน และพบว่ามีจำนวน 95 คน (ร้อยละ 79.2) มีผู้อื่นช่วยเหลือหารายได้ด้วย จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.3) ส่วนในคนที่ไม่มีโรคประจำตัวพบเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 14) จากข้อมูลพบมีผู้ช่วยดูแลร่วม 70 คน (ร้อยละ 58.3) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันต่ำสุดคือ 6 เดือน (ร้อยละ 0.8) และสูงสุดคือ 30 ปีหรือมากกว่า (ร้อยละ 5) โดยส่วนใหญ่ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ที่ประมาณ 10 ปี

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-12 ชม. ต่อวัน จากข้อมูลพบผู้ป่วยจิตเภทมีประวัติเคยทำร้ายร่างกายหรือทำลายทรัพย์สิน 25 คน (ร้อยละ 20.8) พบผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด 52 คน (ร้อยละ 44.3) ส่วนใหญ่อาการสงบสามารถช่วยเหลือตนเองได้และสามารถหารายได้เองได้ รองลงมาอาการสงบช่วยเหลือตนเองได้แต่ยังไม่สามารถหารายได้เองได้ มีจำนวน 54 คน (ร้อยละ 45) และ 49 คน (ร้อยละ 40.8) ตามลำดับ พบอาการยังไม่สงบและเป็นอันตราย 2 คน (ร้อยละ 1.7) ความรู้สึกรู้สึกส่วนใหญ่ของผู้ป่วยไม่เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นใน

ชุมชนได้ และมี 2 ราย (ร้อยละ 1.7) เป็นที่หวาดกลัวไม่ควรอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน ผู้ดูแลส่วนใหญ่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถจักรยานยนต์ ส่วนใหญ่ใช้เวลาเดินทางมากกว่า 30 นาที โดยใช้เวลาเดินทางสูงสุด 60 นาที ค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่ประมาณไม่เกิน 50 บาทต่อครั้ง จากข้อมูลพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า 7 คน จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 120 คน (ร้อยละ 5.8)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ ประวัติผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด อาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย

ตาราง 1 แสดงปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากข้อคำถาม 9Q		
	ไม่เสี่ยง (<7)	เสี่ยง ( $\geq 7$ )	p-value
1.เพศ			
1) ชาย	30 (25.0)	0 (0.0)	0.115
2) หญิง	83 (69.2)	7 (5.8)	
2.อายุ			0.133
1) 18-34 ปี	8 (6.7)	2 (1.6)	
2) 35-59 ปี	57 (47.5)	3 (2.5)	
3) 60 ปีขึ้นไป	48 (40.0)	2 (1.6)	
3. สถานะการสมรส			0.878
1) โสด	4 (3.3)	0 (0.0)	
2) สมรสและอยู่ด้วยกัน	79 (65.8)	5 (4.2)	
3) หม้าย/หย่าแยกกันอยู่	30 (25.0)	2 (1.6)	
4.ระดับการศึกษาสูงสุด			0.372
1) ไม่ได้เข้าเรียน	3 (2.5)	1 (0.8)	
2) ประถมศึกษา	90 (75.0)	4 (3.3)	
3) มัธยมศึกษา	16 (13.3)	2 (1.6)	
4) อนุปริญญาตรี	3 (2.5)	0 (0.0)	
5) ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1 (0.8)	0 (0.0)	
5.โรคประจำตัว			0.921
1) ไม่มี	83 (69.2)	5 (4.2)	
2) มีโรคประจำตัว 1 โรค	19 (15.8)	1 (0.8)	
3) มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป	11 (9.2)	1 (0.8)	
6.รายได้			0.739
1) น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	48 (40.0)	4 (3.3)	
2) 5000-10000 บาท/เดือน	50 (41.2)	3 (2.5)	
3) 10,000-15,000 บาท/เดือน	9 (7.5)	0 (0.0)	
4) มากกว่า 15,000 บาท/เดือน	6 (5.0)	0 (0.0)	
7. มีผู้อื่นช่วยหารายได้			0.660
1) ไม่มี	24 (20.0)	1 (0.8)	
2) มี	89 (74.2)	6 (5.0)	



ตาราง 1 แสดงปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากข้อคำถาม 9Q		
	ไม่เสี่ยง (<7)	เสี่ยง(≥7)	p-value
8. มีผู้อื่นร่วมดูแลผู้ป่วย			0.469
1) ไม่มี	48 (40.0)	2 (1.6)	
2) มี	65 (54.2)	5 (4.2)	
9.ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน			0.057
1) 1-6 เดือน	1 (0.8)	0 (0.0)	
2) 6 เดือน -1 ปี	1 (0.8)	1 (0.8)	
3) 1-2 ปี	11 (9.2)	1 (0.8)	
4) มากกว่า 2 ปี	100 (83.3)	5 (4.2)	
10. ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวัน(จำนวนชั่วโมง)			0.522
1) 1-6 ชั่วโมง	8 (6.7)	1 (0.8)	
2) 6-12 ชั่วโมง	52 (43.3)	3 (2.5)	
3) 12-18 ชั่วโมง	21 (17.5)	0 (0.0)	
4) 18-24 ชั่วโมง	32 (26.7)	3 (2.5)	
11.ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย			**0.01
1) ไม่มี	93 (77.5)	2 (1.7)	
2) มี	20 (16.7)	5 (4.1)	
12. ผู้ป่วยมีใช้สารเสพติดใดๆร่วมด้วยหรือไม่			**0.003
1) ไม่มี	65 (54.2)	3 (2.5)	
2) สุรา	3 (2.5)	2 (1.6)	
3) บุหรี่/ยาเส้น	33 (27.5)	0 (0.0)	
4) ยาบ้า	3 (2.5)	0 (0.0)	
4) ใช้ร่วมกันตั้งแต่ 2อย่างขึ้นไป	9 (7.5)	2 (1.6)	
13.อาการปัจจุบันของผู้ป่วย			**น้อยกว่า 0.001
1) อาการยังไม่สงบ/อาการรุนแรงเป็นอันตราย	1 (0.8)	1 (0.8)	
2) อาการยังไม่สงบแต่ไม่เป็นอันตราย	7 (5.8)	3 (2.5)	
3) อาการสงบแต่ไม่สามารถช่วยตนเองได้	4 (3.4)	1 (0.8)	
4) อาการสงบสามารถช่วยตนเองได้ แต่ ยังไม่สามารถหารายได้ได้	48 (40)	1 (0.8)	
5) อาการสงบสามารถช่วยตนเองได้ สามารถหารายได้ได้	53 (44.2)	1 (0.8)	
14.ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็น			**น้อยกว่า 0.001
1) เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น ไม่ควรอยู่ในชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	
2) เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น แต่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้	7 (5.8)	1 (0.8)	
3) ไม่เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้	105 (87.5)	4 (3.4)	
4) อื่นๆ	1 (0.8)	0 (0.0)	
15.ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ			0.220
1) ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 50 บาท	48 (40.0)	1 (0.8)	
2) ค่าใช้จ่าย 50-100 บาท	42 (35.0)	3 (2.5)	
3) ค่าใช้จ่าย 101-200 บาท	14 (11.7)	1 (0.8)	
4) ค่าใช้จ่ายมากกว่า 200 บาท	9 (7.5)	1 (0.8)	

ตาราง 1 แสดงปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากข้อคำถาม 9Q		
	ไม่เสี่ยง (<7)	เสี่ยง(≥7)	p-value
16.ระยะเวลาในการเดินทาง(เฉพาะเวลาเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล) 1) น้อยกว่า 30 นาที 2) มากกว่า 30 นาที	57(47.5) 56(46.7)	1(0.8) 6(5.0)	0.63
17.ระยะเวลาในการมารับบริการ(ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนออกจากโรงพยาบาล) 1) น้อยกว่า 2 ชั่วโมง 2) 2-4 ชั่วโมง 3) 4-6 ชั่วโมง 4) 6-8 ชั่วโมง	9 (7.5) 79 (16.7) 22 (77.5) 3 (2.5)	0 (0.0) 6 (5.0) 0 (0.0) 1 (0.8)	0.185

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยมีผู้เข้าเกณฑ์การวิจัย 120 คน พบ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า 7 คน (ร้อยละ 5.8) การศึกษาของ อิติพันธ์ ธาณิรัตน์และคณะ(อิติพันธ์ ธาณิรัตน์, เยาวลักษณ์ พินิตอังกูร, ตันติมา ต้วงโยธา, อุบุญรัตน์ อูร์ราชและปิยนุช กิมเสาว์ ,2559) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 230 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.7 การศึกษาอื่นๆพบ มีภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันออกไป ซึ่งพบอยู่ในช่วง ร้อยละ 10-25(Rungwittayanuwat P, Phattharayuttawat S, Charoensak S. ,2018 ;ติพันธ์ ธาณิรัตน์, เยาวลักษณ์ พินิตอังกูร, ตันติมา ต้วงโยธา, อุบุญรัตน์ อูร์ราชและปิยนุช กิมเสาว์ ,2559 ;hama R, Shama SC, Pradhan SN. ,2018 ; Derajew H, Tolessa D, Feyissa GT, Addisu F, Soboka M. ,2017) การศึกษาส่วนใหญ่ทำในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแผนกจิตเวช ซึ่งแตกต่างจากบริบทของการศึกษาวิจัยนี้ ที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช หากเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อาการไม่รุนแรงสามารถให้การวินิจฉัยและให้การรักษาเองได้ แต่ถ้าหากอาการรุนแรง หรือ มีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น จำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ หรือ โรงพยาบาลขอนแก่น หากผู้ป่วยที่ได้ทำการส่งตัวไปรักษาต่อนั้นมีอาการสงบไม่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือ

ผู้อื่น จะได้รับการส่งต่อมาติดตามการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสีชมพู และยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังรับการรักษาติดตามอาการต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลชุมแพ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มนี้ไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

จากบริบทดังกล่าวส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลสีชมพู มีอาการไม่รุนแรง และมักเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมานานแล้ว ญาติจึงมักปรับตัวกับปัญหา ค้ำช้นกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้เกิดความเครียดและความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่าการศึกษาอื่น

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาของ Habtamu Derajew และคณะ (Derajew H, Tolessa D, Feyissa GT, Addisu F, Soboka M. ,2017) พบว่า สถานะภาพโสด การดูแลผู้ป่วยมากกว่าวันละ 6 ชั่วโมง และการดูแลผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิจัยนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด อาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ



ชิมเคร้าในแต่ละการวิจัยนั้นแตกต่างกันออกไปตามแต่บริบทของประชากรที่ทำการศึกษา

การที่ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย มีผลอย่างมากเนื่องจากการใช้ความรุนแรงทำให้เกิดความบาดเจ็บต่อร่างกายของผู้อื่นซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ดูแลเอง การถูกทำร้ายร่างกายนอกจากจะส่งผลทางกายภาพต่อผู้ถูกกระทำแล้ว ยังส่งผลต่อจิตใจ ไม่ว่าจะด้วยความเครียด หวาดกลัว อยากรหลีกเลี่ยงจากผู้ป่วย แต่ก็ไม่สามารถทำได้ทั้งนี้เนื่องจากความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วย หรือไม่มีที่พึ่งอื่นที่จะไปอาศัยอยู่ด้วย การที่ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย จากการศึกษาที่มีความรุนแรงที่หลากหลาย มีตั้งแต่ ทำลายต้นไม้ ไปจนถึงเผาบ้านที่อยู่อาศัยของตนเอง นอกจากจะส่งผลต่อจิตใจต่อความรู้สึกไม่ดีโดยตรงจากการเสียทรัพย์สิน ยังทำให้เกิดความกลัว หวาดระแวง กลัวว่าผู้ป่วยจะทำลายทรัพย์สินซ้ำอีก การเสียทรัพย์สินยังส่งผลต่อความเครียดซึ่งเกี่ยวกับเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่วนใหญ่อยู่มีรายได้ไม่สูง ซ้ำรายได้มักมาจากการเกษตรกรรมซึ่งรายได้ไม่สม่ำเสมอ การที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดส่งผลต่อผู้ดูแลในหลายด้าน โดยเฉพาะถ้ามีการใช้สุราหรือยาบ้า ผู้ป่วยต้องใช้เงินเพื่อซื้อสารเสพติดอยู่เป็นประจำ โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ จึงต้องขอเงินจากผู้ดูแล หากผู้ดูแลไม่ให้ ผู้ป่วยบางรายจะหงุดหงิดทำร้ายร่างกายหรือทำลายทรัพย์สิน บางรายขโมยเงินหรือนำข้าวของในบ้านไปขายเพื่อนำไปซื้อหรือแลกสารเสพติด การมีเงินมาจากผลของสารเสพติดทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นอันตราย นอกจากนั้นยังส่งผลทำให้อาการทางจิตกำเริบ และนำไปสู่การทำร้ายร่างกายหรือทำให้ทรัพย์สินเสียหายอีกด้วย

ในเรื่องอาการปัจจุบันของผู้ป่วยนั้น มีผลโดยตรงต่อผู้ดูแลและความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย หากผู้ป่วยอาการสงบ ผู้ดูแลก็ไม่ต้องกังวลมาก ไม่ต้องเสียเวลาดูแลเฝ้าระวังไม่ให้เกิดไปทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สินใดๆ ผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมอย่างอื่นได้ มีเวลาได้พักผ่อนมากขึ้น ความเครียดที่เกิดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็จะน้อยกว่าการดูแลผู้ป่วยที่อาการไม่สงบ ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะคนในชุมชนก็จะไม่ได้หวาดกลัวและให้อภัยรับผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกันใน

ชุมชน และหากผู้ป่วยสามารถทำงานมีรายได้ ก็จะช่วยลดภาระการทำงานของผู้ดูแลไปอีกด้วย ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยอาการไม่สงบ ผู้ดูแลต้องเสียเวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เสียเวลาในการทำงาน เสียรายได้ ไม่ได้พักผ่อน ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีการทำร้ายร่างกายหรือทำให้ทรัพย์สินเสียหาย จะส่งผลให้คนในชุมชนหวาดกลัว ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ส่งผลให้ผู้ดูแลนั้นมีความกังวล ความทุกข์ใจ มีความเครียดมากขึ้นไปด้วย

### สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยภาวะชิมเคร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 20 ธันวาคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2564 จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทการศึกษา 120 คน พบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะชิมเคร้า 7 คน (ร้อยละ 5.8)

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาวะชิมเคร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด อาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้จัดทำวิจัยได้ทบทวนเพื่อหาแนวแก้ไขเพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติที่ดีขึ้นทั้งในเรื่องคัดกรองภาวะชิมเคร้าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ

1. จากข้อมูลที่ได้จากการวิจัย หากผู้ป่วยมีประวัติเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ใช้สารเสพติด อาการปัจจุบันของผู้ป่วยยังไม่สงบ ผู้อื่นควรรู้สึกหวาดระแวงของต่อผู้ป่วย ควรคัดกรองภาวะชิมเคร้าในผู้ดูแลร่วมด้วย

2. จัดเพิ่มวันให้บริการนัดติดตามการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย รวมถึงจัดสรรเวลาในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติมากขึ้น

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนไม่ได้พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ทำให้ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะ

ซึมเศร้า จึงควรมีการติดตามออกเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยประสานให้เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกเยี่ยมคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. ควรมีการศึกษาติดตามผล ของการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีชมพู เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสีชมพูทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวก ในการดำเนินการศึกษาวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

- Wu EQ, Shi L, Bimbaum H, Hudson T, Kessler R. Annual prevalence of diagnosed schizophrenia in the USA: a claims data analysis approach. *Psychol Med.* 2006 Nov;36(11):1535-40.
- Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PloS One.* 2018;13(4):e0195687.
- El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A-SMK. Depressive Disorders Among Caregivers of Schizophrenic Patients in Relation To Burden of Care and Perceived Stigma. 2010;17(3):10.
- Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med.* 1999 Aug;61(4):411-9.
- Sobieraj M, Williams J, Marley J, Ryan P. The impact of depression on the physical health of family members. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 1998 Oct;48(435):1653-5.
- Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U, Kimsao P. Prevalence of Depression, Anxiety, and Associated Factors in Caregivers of Geriatric Psychiatric Patients. *J Psychiatr Assoc Thail.* 2016;61(4):319-30.
- Depression and Caregiving | Family Caregiver Alliance [Internet]. [cited 2020 Jun 18]. Available from: <https://www.caregiver.org/depression-and-caregiving>
- Organization WH, Asia RO for S-E. Conquering depression: you can get out of the blues. 2001 [cited 2020 Jun 18]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204901>
- APA - American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry Fifth Edition [Internet]. [cited 2020 Jun 18]. Available from: [https://www.appi.org/american\\_psychiatric\\_publishing\\_textbook\\_of\\_geriatric\\_psychiatry\\_fifth\\_edition](https://www.appi.org/american_psychiatric_publishing_textbook_of_geriatric_psychiatry_fifth_edition)
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขขิง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2554; 56(2): 103-116.
- อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร.* 2559; 31(1): 25-33.
- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes.* 2009 Sep 11;7:84.
- Aarti, Ruchika, Kumar R, Varghese A. Depression and quality of life in family caregivers of individuals with psychiatric illness. *Int J Community Med Public Health.* 2019 Jan 24;6(2):715-20.



- Sangsirirat S. Burden Among Caregivers of Schizophrenia Patien. *Med J SRISAKET SURIN BURIRAM Hosp.* 2016;31(3):139–48.
- Rungwittayanuwat P, Phattharayuttawat S, Charoensak S. Prevalence of Depression and its Associated Factors among Caregivers of Patients with Schizophrenia. *J Med Assoc Thai.* 2018 Jan 1;101(1):S1-6–6.
- ธิตีพันธ์ ธาณิรัตน์, เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร, ต้นติมา ด้วงโยธา, อุบลรัตน์ จูรีราชและปิยนุช กิมเสาว์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(4): 319-330
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, อีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาลและวารลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(1): 89-98
- Sharma R, Shama SC, Pradhan SN. Assessing Caregiver Burden in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder in Kathmandu Medical College. *J Nepal Health Res Counc.* 2018 Jan 1;15(3):258–63.
- Derajew H, Tolessa D, Feyissa GT, Addisu F, Soboka M. Prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of patients with severe mental illness in southwest, Ethiopia. *BMC Psychiatry.* 2017 09;17(1):88.

## รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### Model strengthen of COVID-19 prevention and control operations comprehension of village Health volunteer

(Received: May 26,2021; Accepted: June 21,2021)

กัณฑณ ใจศิริ

Kantapon Jaisiri

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

#### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจและรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านศึกษา ระหว่าง เดือน มกราคม 2564 – เมษายน 2564 รวมทั้งสิ้น 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอภูผินารายณ์ รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยวิธีเจาะจง (Purposive sampling) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน dependent t test และการวิเคราะห์ เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากและเมื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน , การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

#### ABSTRACT

This research was action research aimed to studied comprehension and Model strengthen of COVID-19 prevention and control operations comprehension of Village Health volunteer. Study between January 2021 – April 2021 total 4 months. Sample size were 60 Village Health volunteer in Kuchinarai District by purposive sampling. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed by frequency , percentage , mean , standard deviation , Dependent t-test and Content Analysis.

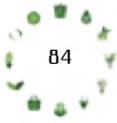
The results of the study found that total and aspect comprehension of COVID-19 prevention and control operations comprehension of village Health volunteer before operation were middle level.

After operation total and aspect comprehension of COVID-19 prevention and control operations comprehension of village Health volunteer were much level. And when compare total and aspect comprehension of COVID-19 prevention and control operations comprehension of village Health volunteer between before and after found there was a statistically significant difference at the .05 level (p-value was .000 for all values).

Keyword : Village Health volunteer , COVID-19 prevention and control

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)  
มีการระบาดในวงกว้างในสาธารณสุขประชาชนจีน



ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา โดยเริ่มจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ จนถึงปัจจุบันทำให้พบผู้ป่วยยืนยันมากกว่า 70,000 ราย และเสียชีวิตมากกว่า 2,000 ราย องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็น "การระบาดใหญ่" หรือ pandemic หลังจากเชื้อลุกลามไปอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคของโลก อาการทั่วไป ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต การแพร่ระบาดของโรคไวรัสที่ทำให้เกิดโรค COVID -19 จะแพร่กระจายผ่านฝอยละอองเป็นหลัก ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อไอ จาม หรือหายใจออก ฝอยละอองเหล่านี้มีน้ำหนักมากเกินกว่าจะลอยอยู่ในอากาศ และจะตกลงบนพื้นหรือพื้นผิวอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยสามารถติดเชื้อได้จากการหายใจเอาไวรัสเข้าสู่ร่างกายเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโควิด-19 หรือโดยการสัมผัสพื้นผิวที่มีเชื้อไวรัสแล้วสัมผัสตา จมูก หรือปากของตนเอง (กรมควบคุมโรค. 2563)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด -19 ซึ่งมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคง ตลอดจนการดำรงชีวิตของประชาชนชาวไทยและชาวต่างชาติ มาตรการตามกลยุทธ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด หน่วยงานเครือข่ายทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งที่เป็นและไม่ใช่หน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุข อาจได้รับการร้องขอจากหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักให้ร่วมปฏิบัติการ หรือช่วยสนับสนุนภารกิจบางส่วนตามมาตรการสำคัญที่กำหนดไว้ตามความเหมาะสมซึ่งประกอบด้วย การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่าน สถานพยาบาล และชุมชน การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ การติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน การ

สื่อสารความเสี่ยง การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และการประสานงานและจัดการข้อมูล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ปัจจุบันมี อสม. ประมาณ 1.04 ล้านคนทั่วประเทศ รวมถึงอาสาสมัคร 15,000 คนในกรุงเทพฯ ซึ่งในช่วงที่มีการแพร่ระบาด การเก็บประวัติสุขภาพของสมาชิกในชุมชนโดยละเอียดได้ถูกนำมาใช้เพื่อติดตามผู้สัมผัสโรคและเพื่อติดตามด้านสุขภาพ ถือเป็นผู้มีส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุขมูลฐาน และมีส่วนในการรณรงค์ให้ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในสถานการณ์โควิด19

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบจึงได้รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อทราบถึงความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาระหว่าง เดือน มกราคม 2564 – เมษายน 2564 รวมทั้งสิ้น 4 เดือน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอกุฉินารายณ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอกุฉินารายณ์ ตำบลละ 5 คน 12 ตำบล รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยวิธีเจาะจง (Purposive sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบไปด้วย การสร้างความตระหนักต่อโรค COVID-19 การสร้างความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การกำหนดแนวทางในการการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และการประสานงานและขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านน้อยที่สุด

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) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.5 ขึ้นไป หลังจากนั้นทำการปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2553) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .942

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาวิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. กำหนดรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบไปด้วย การสร้างความตระหนักต่อโรค COVID-19 การสร้างความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การกำหนดแนวทางในการการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และการประสานงานและขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน
3. ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบไปด้วย การสร้างความตระหนักต่อโรค COVID-19 การสร้างความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การกำหนดแนวทางในการการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และการประสานงานและขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน

4. ติดตามผลการดำเนินงานตามรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ dependent t test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

### ผลการวิจัย

1. ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนการดำเนินงานพบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก
2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการดำเนินงาน (dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การจัดการในชุมชน	3.30	0.41	3.64	0.33	59	-4.133	.000	-4.9164	-1.7086
การส่งเสริมและป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน	3.18	0.46	3.69	0.32	59	-6.091	.000	-6.67976	-3.4357
การปฏิบัติตามแนวทาง Social Distancing	3.18	0.44	3.67	0.37	59	-5.779	.000	-6.4173	-3.1161
รวม	3.22	0.29	3.67	0.24	59	-8.354	.000	-5.4522	-3.3450

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า

### การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นเพราะโรค COVID-19 ยังเป็นเรื่องใหม่และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับยังไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ และคณะ (2563) พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ในระดับมาก แต่พบว่าในรายข้อที่มีค่าคะแนนน้อย ซึ่งอาจส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้ จึงควรมีการสร้างความตระหนักแก่ประชาชนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค และเมื่อ

ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (อภิญญา หนูมี, 2560; จิรายุ โพธิ์ศรี, 2560) ตามรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบไปด้วย การสร้างความตระหนักต่อโรค COVID-19 การสร้างความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การกำหนดแนวทางในการการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และการประสานงานและขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน ทำให้หลังดำเนินการ ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ของ ประเสริฐ ไหลหาโคตร (2559) พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับ ตำบล รวม 9 ชั่นตอน

ประกอบด้วย 1) จัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาร่วมกัน 2) สร้างเครือข่าย 3) อบรมภาคีเครือข่าย 4) จัดทำโครงสร้างการทำงานของทีมเฝ้าระวังโรคที่ 5) อบรมรณรงค์ให้ความสะอาดและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 6) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 7) เครือข่ายทีมระดับตำบล การสำรวจประเมินความชุกของน้ำยุงลาย 8) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการทำงาน 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปผลการดำเนินงาน และ คืบ ข้อมูลให้กับชุมชนและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านก่อนและหลังมีความแตกต่างกัน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี เต็มอุดม และคณะ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดนครพนม จากการศึกษาทำให้ได้ได้รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย การมีปฏิญญาหมู่บ้าน “สัญญาใจสวมใส่หน้ากาก” “นกกาเหว่าเฝ้าลูก” การแยกและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้ามาในหมู่บ้าน “บอกเล่าข่าวจริง” สื่อสารและให้ความรู้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ “บอกข่าวเล่าลูก” สื่อสารเพื่อป้องกันไม่ให้ลูกหลานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเดินทางกลับหมู่บ้าน และ 3) หลังนารูปแบบไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

#### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ จำเป็นต้องมีการสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นรูปแบบที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นการทำความเข้าใจในการดำเนินงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชักจูงให้สามารถปฏิบัติตามได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งมีขั้นตอนประกอบไปด้วย

1. การสร้างความตระหนักต่อโรค COVID-19 ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญจำเป็นของโรค ความรุนแรง อันตราย และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2. การสร้างความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

3. การกำหนดแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เมื่อเข้าใจเกี่ยวกับโรค และบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จึงสามารถมากำหนดเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่เป็นรูปธรรม

4. การประสานงานและขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน เป็นการเตรียมความพร้อมร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อความเข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรจัดรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อความยั่งยืนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]เข้าถึงได้จาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq\\_more.php](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php) สืบค้นเมื่อ 3 มิ.ย 63
- ธานี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ ทัศนิกชัชชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 21(2) พฤษภาคม - สิงหาคม 2563
- อภิญา หนูมี.(2560). กระบวนการจัดประชุมอย่างมีประสิทธิภาพ : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2560)
- บุญธรรม กิจปริตติวิสุทธิ. (2553). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ. 2553.
- จิรายุ โพธิ์ศรี. (2560). การประชุม.<http://hkw0576105761.circlecamp.com/> ค้นเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2560
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1)
- ประเสริฐ ไหลหาโคตร. (2559). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 13 (3) (กันยายน - ธันวาคม) พ.ศ. 2559
- รัชนี้ เต็มอุดม ศิริลักษณ์ ใจช่วง กนกพร ไทรสุวรรณ พเยาวดี แอบไฮสง บารเมษฐ์ภิ ราชล้ำ (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564



## ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน

Results of the development of nursing practice guidelines for the prevention of urinary tract infections in patients receiving urinary catheters in Bueng Sam Phan Hospital

(Received: April 21,2021; Accepted: June 2,2021)

สมร ประทุมไทย

SamronPhathumthai

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์(พยาบาลเฉพาะทาง) สาขาวิชาการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ  
โรงพยาบาลบึงสามพัน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลบึงสามพันและเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลบึงสามพัน โดยศึกษาาระหว่างเดือน พฤษภาคม 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2563 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยหญิงชายในของโรงพยาบาลบึงสามพัน ชาย 86 คน และหญิง 40 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสังเกตวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Multi way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยหญิงและชาย อยู่ในระดับดี และพยาบาลที่มี อายุ , อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตึก ต่างกัน พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งตึกผู้ป่วยชายและตึกผู้ป่วยหญิง นอกจากนี้ ยังพบว่าระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง ธันวาคม ที่ไม่พบผู้ป่วยCAUTI ติดเชื้อ

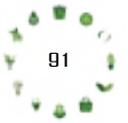
คำสำคัญ : แนวทางปฏิบัติการพยาบาล , การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ,

### ABSTRACT

This research was Quasi Experiment aimed to development of nursing practice guidelines for the prevention of urinary tract infections in patients receiving urinary catheters in Bueng Sam Phan Hospital. And compare hospital infection rate of urinary tract infections in patients receiving urinary catheters in Bueng Sam Phan Hospital. The study was conducted between May 2020 and December 2020. Sample size were 86 males and 40 females patients receiving urinary catheterization in the female/male ward of Bueng Sam Phan Hospital. Collect data from questionnaires and observation forms. Data were analyzed by descriptive statistics such as mean, standard deviation. And inferential statistics such as Multi way ANOVA

The results of the study found that level of nursing practice adherence and satisfaction in preventing urinary tract infections in patients receiving urinary catheterization in Bueng Samphan Hospital in female and male ward were good level. And nurses who are difference age, age service and duration of operation in ward found that adherence to nursing practice guidelines and satisfaction with urinary tract infection prevention were found in patients receiving urinary catheterization. no difference Both the male ward and the female ward. It also found that between August and December, no CAUTI cases were infected.

Keyword : nursing practice guidelines , prevention of urinary tract infections



## บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก ที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง นอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง (Emily RM & Sydnor TMP, 2011) การติดเชื้อส่วนใหญ่ที่พบสัมพันธ์กับการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ เช่น การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ รวมทั้งการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (McGuckin M. 2012)

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับการใส่สายสวนทางเดินปัสสาวะ (catheter associated urinary tract infection; CAUTI) เป็นปัญหาที่พบบ่อยมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 70-80 หรือมากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยติดเชื้อระหว่างรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาลในแต่ละปี (Flores-Mireles AL and other, 2015) และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Scott Rd., 2009) และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งมีอัตราการตายร้อยละ 20 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ CAUTI ทำให้อัตราตาย และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kotikula I, Chaiwarith R., 2018)

โรงพยาบาลบึงสามพันได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อควบคุมการติดเชื้อ CAUTI ตามเกณฑ์ของระบบเครือข่ายสุขภาพอเมริกา (NHSN; National healthcare safety Network) ที่ 50 เปอร์เซนต์ไทล์ (50 percentile) เท่ากับ 3.1 ครั้ง/1,000 วันของการสายสวนปัสสาวะ อัตราการติดเชื้อ CAUTI ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบึงสามพัน ปี 2560-2562 เท่ากับ 1.59, 0.44 และ 1.19 ครั้ง/1,000 วันของการสายสวนปัสสาวะตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตรา การติดเชื้อ CAUTI ที่สูงกว่าตัวชี้วัดของโรงพยาบาล แม้ว่าหอผู้ป่วยได้จัดทำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลควบคุมมาตรฐานการ

พยาบาลผู้ป่วยที่ คาสายสวนปัสสาวะและจากการสังเกตการณ์ของหัวหน้างานการพยาบาลให้ ความเห็นว่าส่วนหนึ่งเกิดจากบุคลากรเป็นพยาบาลจบใหม่ ให้การดูแลไม่ถูกต้องในหลายด้านและขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ คาสายสวนปัสสาวะที่ครอบคลุมและเป็นทิศทางเดียวกัน พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยทำให้อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญที่สุดทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะคือการสวนปัสสาวะและการคาสายสวนปัสสาวะ

ดังนั้นในการลดอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ คาสายสวนปัสสาวะและบุคลากร ต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ คาสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เกิดความปลอดภัย ค่าใช้จ่ายน้อยลง และลดวันนอนให้น้อยลง และบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติตามมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออย่างถูกต้อง รวมทั้งการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ มีอุปสรรคปัญหาที่สามารถปรับปรุงพัฒนาระบบงานได้อย่างมีประสิทธิภาพให้ตอบสนองในการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ คาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลบึงสามพัน

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อ

เชื้อในโรงพยาบาลระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะหรือผู้ป่วยต่ออุบัติเหตุการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะของโรงพยาบาลบึงสามพัน ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 30 พฤศจิกายน 2563

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยหญิง/ชายในของโรงพยาบาลบึงสามพัน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยหญิง/ชายในของโรงพยาบาลบึงสามพัน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการปิดตารางของ Taro Yamane กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน .05 ขนาดประชากร 100 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 80 คน ในการวิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการ Simple Sampling โดยจับสลากแบบไม่ใส่กลับคืน

เกณฑ์ การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะมากกว่า 2 วันจากหน่วยงานในโรงพยาบาลบึงสามพัน เกณฑ์ การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะต่อเนื่องโดยไม่ได้ถอดออก 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะแบบสวนปล่อย โดยสรุปได้ 126 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยชาย 86 คน ผู้ป่วยหญิง 40 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือชุดที่ 1 แนวทางการปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอน คือ 1) เลือกผู้ป่วยเพื่อใส่สายสวนปัสสาวะ เมื่อมีข้อบ่งชี้ 2) เลือกสายสวนปัสสาวะที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 3) เตรียมอุปกรณ์การสวนปัสสาวะ 4) วิธีการสวนปัสสาวะ

5) การดูแลสายสวนปัสสาวะ 6) การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงปัสสาวะ

2. เครื่องมือชุดที่ 2 แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด จำนวน 18 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3ระดับคือ ปฏิบัติครบถ้วนถูกต้อง ปฏิบัติแต่ไม่ครบถ้วน ไม่ปฏิบัติ การแปลผลคะแนน (ประคอง กรรณสูต, 2542)

0.00-0.66 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

0.67-1.33 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

1.34-2.00 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับดี

3. เครื่องมือชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะเป็นลักษณะเป็นคำถามจำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบได้ ระดับของ Likert Scale เกณฑ์การแปลผลระดับความพึงพอใจโดยรวมและรายข้อแบ่งระดับการหาอันตรายภาคขึ้นโดยใช้ ค่าพิสัย (ประคอง กรรณสูต, 2542) การแปลผลคะแนน 5 ระดับดังนี้

4.50-5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

3.50-4.49 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก

2.50-3.49 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง

1.50-2.49 หมายถึง พึงพอใจระดับพอใช้

1.00-1.49 หมายถึง พึงพอใจระดับต่ำ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลการสังเกตและการปฏิบัติตามแนวทางการประเมินด้วยสถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และ

ทดสอบอัตราการเกิดการติดเชื้อ เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลด้วยสถิติอนุमान

**ผลการศึกษา**

1. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน ได้แก่ แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน (ผู้ป่วยหญิง) และแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน (ผู้ป่วยชาย)

2. ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน

2.1 ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน

2.1.1 ในผู้ป่วยหญิง พบว่า ระดับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยหญิง อยู่ในระดับดี การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน ในผู้ป่วยหญิง ของพยาบาลที่มี อายุ , อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตึก ต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยหญิงของพยาบาลมี อายุ , อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตึก ต่างกัน (Multi way ANOVA)

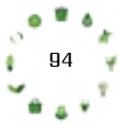
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	.458	4	.114	3.771	.012
Intercept	46.159	1	46.159	1521.134	.000
อายุ	.002	1	.002	.076	.785
อายุราชการ	.119	1	.119	3.928	.055
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	.002	1	.002	.061	.806
Error	1.062	35	.030		
Total	142.917	40			
Corrected Total	1.520	39			

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดิน

ปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยหญิง ของพยาบาลที่มี อายุ , อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตึก ต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยหญิง ของพยาบาลที่มี อายุ , อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตึก ต่างกัน (Multi way ANOVA)



Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Corrected Model	1.491 <sup>a</sup>	4	.373	1.227	.318
Intercept	238.237	1	238.237	783.827	.000
อายุ	.459	1	.459	1.509	.228
อายุราชการ	.067	1	.067	.220	.642
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	.608	1	.608	2.002	.166
Error	10.334	34	.304		
Total	698.315	39			
Corrected Total	11.825	38			

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.1.2 ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน ในผู้ป่วยชาย พบว่า ระดับการปฏิบัติตามแนวทางแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยชาย

โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยชาย ของพยาบาลที่มี อายุ , อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตึก ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยชายของพยาบาลที่มี อายุ , อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตึกต่างกัน (Multi way ANOVA)

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Corrected Model	.516	6	.086	2.586	.024
Intercept	43.289	1	43.289	1302.450	.000
อายุ	.001	1	.001	.036	.849
อายุราชการ	.059	1	.059	1.766	.188
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	.024	1	.024	.729	.396
Error	2.626	79	.033		
Total	313.142	86			
Corrected Total	3.141	85			

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ระดับความพึงพอใจต่อแนวทางแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยชาย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

ทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยชาย ของพยาบาลที่มี อายุ , อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตึก ต่างกันพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยชายของพยาบาลที่มีอายุ, อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตึกต่างกัน (Multi way ANOVA)

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1.685	6	.281	.688	.660
Intercept	215.147	1	215.147	527.404	.000
อายุ	.654	1	.654	1.603	.209
อายุราชการ	.029	1	.029	.071	.791
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	.408	1	.408	.999	.321
Error	32.227	79	.408		
Total	1656.807	86			
Corrected Total	33.912	85			

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3. อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับการใส่สายสวนทางเดินปัสสาวะ CAUTI ปี 2563

ตารางที่ 1 อัตราการติดเชื้อ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับการใส่สายสวนทางเดินปัสสาวะ (CAUTI ปี 2563)

เดือน	จำนวนผู้ป่วย CAUTI (ราย)	จำนวนผู้ป่วย CAUTIติดเชื้อ (ราย)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ(ราย)
มกราคม	1	1	10
กุมภาพันธ์	2	2	13
มีนาคม	1	1	8
เมษายน	1	1	17
พฤษภาคม	1	1	13
มิถุนายน	1	1	15
กรกฎาคม	2	2	21
สิงหาคม	1	0	15
กันยายน	1	0	19
ตุลาคม	1	0	17
พฤศจิกายน	0	0	6
ธันวาคม	1	0	10
รวม	13	9	164

จากตาราง 1 อัตราการติดเชื้อ CAUTI ปี 2563 พบว่าระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง ธันวาคม ที่ไม่พบผู้ป่วย CAUTI ติดเชื้อ

### อภิปรายผล

จากการกำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันโดยระดมแนวคิดจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ซึ่งสามารถสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติได้แก่ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน (ผู้ป่วยหญิง) และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน (ผู้ป่วยชาย) อันเป็นผลมาจากการจัดให้มีเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (ชนธิป ลีสินิน, 2561; เกษรสังข์ กฤษและคณะ, 2015) ส่งผลให้ผลการพัฒนาแนวทาง



ปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน ในผู้ป่วยชาย พบว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยชาย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยชาย ของพยาบาลที่มีอายุ , อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตึก ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกัน มีระดับความพึงพอใจต่อแนวทางแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยชาย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ ตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพันในผู้ป่วยชาย ของพยาบาลที่มี อายุ , อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตึก ต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง ธันวาคม ที่ไม่พบผู้ป่วย CAUTI ติดเชื้อสอดคล้องกันกับการศึกษาของ ธิดากัมพูพงศ์ และคณะ (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลลำพูน โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการศึกษานี้ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model 3 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และแบบวัดระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความ

ตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93, 0.91, 0.92 และ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของบุคลากรสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังจากการส่งเสริมการปฏิบัติ ( $p < 0.001$ ) สำหรับการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ พบว่า การปฏิบัติหลังได้รับการส่งเสริมเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) Catheter associated urinary tract infection (CAUTI) ลดลงจาก 3.99 ครั้ง ต่อพันวันคาสายสวนปัสสาวะ เหลือ 1.54 ครั้งต่อพันวันคาสายสวนปัสสาวะ ( $p < 0.001$ ) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะช่วยลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนาวรรณไชย (2561) ได้ทำการพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่า 1) ระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะสามารถนำไปใช้ได้จริง 2) คุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่ระดับ 281 3) อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ 1.07 ต่อ 1,000 ใส่สายสวนปัสสาวะพบมากที่สุดในห้องผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาล ศัลยกรรม 4) ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่คาสายสวนปัสสาวะถูกต้องในระดับดีที่ร้อยละ 87.2

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลบึงสามพัน ได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรับแนวคิด ค้นหาทางออกร่วมกันจากบุคลากร

ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล  
กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็น  
ค้นหาแนวปฏิบัติที่สามารถจับต้องและปฏิบัติได้จริง  
เนื่องจากสิ่งที่เกิดขึ้นล้วนมาจากประสบการณ์ และจุด  
ร่วมที่ลงตัว

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**  
ควรศึกษาในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอื่นๆ  
เพื่อให้เกิดความเหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์และ  
ปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- กมลวัลย์ ไตรบุตร. (2551). ผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบ  
จากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุม  
การติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
- กาญจนา ขวัญไชยสิทธิ์ กิตติรัตน์ สัสดีวิเศษ ศันสนีย์ ชัยบุตร. (2561). ได้ทำการพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติด  
เชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 :  
มกราคม - มีนาคม 2561
- เกษร สัมภักษ์ ไพลิน นัดสันเทียะวิภา แก้วเคน และปิยนุช บุญทอง. (2015) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จังหวัด  
สกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2015; 33:110-120.
- ชนาธิป ลีนิน. (2561)การจัดการความรู้คืออะไร : KM?. <http://ks.rmutsv.ac.th/th/whatiskm>
- ธิดา กัมพูพงศ์ มาลีวรรณ เกษตรทัต ศศิประภา ต้นสุวัฒน์ ธนิญ น้อยเปียง.(2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกัน  
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. ปีที่ 9  
ฉบับที่ 2 (2554). พฤษภาคม-สิงหาคม
- ประคอง กรรณสูต (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Emily RM & Sychor TMP.(2011). Hospital epidemiology and infection control in acute-care settings. Clin Microbiol Rev 2011;  
24: 141-173.
- Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ.(2015). Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection  
and treatment options. Nat Rev Microbiol 2015; 13: 269-84.
- Kotikula I, Chaiwarith R. (2015). Epidemiology of catheter-associated urinary tract infections at Maharaj nakorn Chiang mai  
hospital, northern thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2018; 49: 113-22.
- McGuckin M.(2012). The patient survival guide: 8 simple solutions to prevent hospital and healthcare-associated infections.  
New York, NY: Demos Medical Publishing.
- Scott Rd. (2009). The Direct Medical Costs of Healthcare-Associated Infections in U.S. Hospitals and the Benefits of  
Prevention, 2009.